

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України

УХІІІ З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015

**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО “Асоціація хірургів України”
28 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Кости́лев, О. М. Литвиненко, П. О. Шкарбан, С. А. Андреещев

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Заграб'ян, А. Є. Коваленко,
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя,
А. С. Лаврик, М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

Відповідальний за випуск

М. Ю. Ничитайло

Видано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах,
несе автор.

XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 3б. наук робіт. — Електрон. дан. (80 min 700 MB). — Київ, Клін. хірургія, 2015. — 1 електрон. опт. диск (CD—ROM). — Систем. вимоги: Pentium ; 2 MB RAM ; Windows XP, 7, 8, 10 ; Adobe Acrobat Reader. — Назва з контейнеар.

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології, та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

го, а через 48 часов калового перитонита. В группе животных, получавших в лечебной дозе цефалоспорины (группа О) через 12 часов признаков перитонита не обнаружено. Через 24 часа в брюшной полости у всех обнаружен в небольшом количестве серозный выпот. Через 36 часов появилось значительное количество мутного выпота, с колибацилярным запахом, а через 48 часов выявлены признаки фибринозно-гнойного перитонита. Перфорации стенки кишки в измененных петлях не выявлено. В группе животных, получавших в лечебных дозах фторхинолоны (группа Ц) обнаружены следующие изменения: через 12 часов выпота в брюшной полости не обнаружено. Через 24 часа в брюшной полости у всех обнаружено небольшое количество серозной жидкости без запаха, а через 48 часов появились фибринозные наложения на петлях кишки.

После выведения животных из эксперимента, согласно срокам, в каждой группе изучали гистоструктуру измененной кишки и определяли в ее стенке количество антибактериальных препаратов.

Установлено, что цефалоспорины и фторхинолоны кумулируются в бактерицидных дозах не только в здоровой стенке кишки, но и в кишке с признаками гнойного энтерита, в отличии от аминогликозидов и пенициллинов. Результаты экспериментального исследования показали, что применение антибактериальной терапии наиболее распространенных групп антибиотиков замедляет в эксперименте развитие гнойного перитонита на 6–12 часов в сравнении с группой животных, не получавших антибактериальной терапии. Сроки появления деструктивных процессов в стенке кишки при механической ОНК на фоне антибактериальной терапии наступали в более поздние сроки. Гнойный перитонит развивался позже на 12–24 часа в группах, получавших цефалоспорины и фторхинолоны, что совпадает с кумуляцией препарата в стенке кишки в бактерицидных концентрациях. Через 48 часов существования в этих группах не обнаружено дефектов в стенке кишки, расположенной выше лигатуры.

В эксперименте установлено, что малоизмененная стенка кишки при ОНК способна накапливать в бактерицидных дозах препараты групп пенициллинов, аминогликозидов, фторхинолонов и цефалоспоринов. По мере развития в стенке кишки гнойного воспаления она теряет способность накапливать пенициллины и аминогликозиды в бактерицидных концентрациях уже к 24 часам существования ОНК. Цефалоспорины и фторхинолоны в бактерицидных концентрациях в стенке флегмонозно измененной кишки обнаружены даже через 48 часов.

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ В ЛІКУВАННІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ҐЕНЕЗУ

Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Пептична виразка шлунку та ДПК складає 12,83% в структурі патології органів травлення і зустрічається у 8–10% дорослого населення працездатного віку. У понад 50% пацієнтів джерелом кровотечі є пептичні гастродуоденальні виразки та ерозивно-виразкові ураження слизової оболонки шлунка й дванадцятипалої кишки. Рівень летальності при виразкових кровотечах досягає 15–20%, а на висоті її рецидиву – 25–75%.

Метою дослідження було встановити ефективність механічного та фізичного ендоскопічного гемостазу.

Об'єктом дослідження були гастродуоденальні кровотечі виразкового генезу. Предмет дослідження — методики ендоскопічного гемостазу.

В основу клінічної частини дисертаційної роботи покладено проспективне дослідження, яке включало 204 пацієнти з виразковими кровотечами, які проходили лікування у клініці кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Серед обстежених пацієнтів особи чоловічої статі складали 136 (66,7%), жіночої — 68 (33,3%). Середній вік обстежуваного контингенту складав $56,6 \pm 17$ років. Більшість виразкових дефектів була локалізована в дванадцятипалій кишці — 127 (62,3%). Виразка шлунку мала місце у 68 (33,3%) пацієнтів, виразка гастроеюноанастомозу — у 9 (4,4%) пацієнтів.

Всім пацієнтам проводилося повне клініко—лабораторне та інструментальне обстеження та призначалася медикаментозна терапія. На тлі медикаментозної терапії частині пацієнтів виконувалися ендоскопічні або оперативні втручання, направлені на досягнення гемостазу.

Лише консервативна терапія застосовувалася у 148 (72,6%) пацієнтів, комбінація консервативної терапії та ендоскопічного гемостазу — 40 (19,6%), а комбінація консервативної терапії та оперативного лікування — 16 (7,8%) пацієнтів. Рецидив кровотечі мав місце у 24 (11,8%) випадках.

Ендоскопічний гемостаз застосовувався лише при активній кровотечі як під час ініціальної ендоскопії ($n=26$ (65,0%)), так і під час повторного ендоскопічного дослідження з приводу рецидиву кровотечі ($n=14$ (35,0%)). З профілактичною метою ендоскопічний гемостаз не застосовувався. Ін'єкційний ендоскопічний гемостаз було виконано 16 (40,0%) пацієнтам, аргонно—плазмена коагуляція — 23 (57,5%), кліпування — 1 (2,5%) пацієнту. Застосування ендоскопічних методик гемостазу забезпечувало надійний миттєвий гемостаз, і, крім того, дозволяло уникнути рецидиву кровотечі у всіх ($n=40$ (100%)) пацієнтів із даної групи.

Ефективність лікувальної тактики оцінювалася по частоті розвитку рецидиву кровотечі. Так, у групі пацієнтів, яким лікування проводилося лише в об'ємі консервативної терапії рецидив мав місце у 24 (14,8%) випадках. У групах пацієнтів із комбінацією консервативної терапії та ендоскопічного гемостазу або оперативного лікування жодного випадку рецидиву кровотечі не спостерігалось. При статистичному аналізі виявилось, що в групах пацієнтів із комбінацією лікувальних заходів частота рецидивування була достовірно нижче ніж у групі пацієнтів лише з консервативним лікуванням ($p<0,01$, точний двосторонній критерій Фішера).

Висновки

Ендоскопічне та оперативне лікування забезпечувало стабільний гемостаз абсолютно у всіх пацієнтів із обстежуваного контингенту. Частота рецидивування в групі пацієнтів із комбінацією консервативного лікування та ендоскопічного гемостазу була достовірно нижчою, ніж у групі пацієнтів лише з консервативним лікуванням.



ЗМІСТ

3 – 35	Вогнепальні ушкодження, пов’язані з воєнними діями
36 – 222	Сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення
223 – 264	Комбустіологія та пластична хірургія
265 – 356	Хірургія серця та судин
357 – 492	Дитяча хірургія
493 – 530	Трансплантологія
531 – 562	Баріатрична та метаболічна хірургія
563 – 615	Ендокринна хірургія
616 – 728	Проблеми ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень
729 – 755	Додатково