

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



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО «Асоціація хірургів України»
27 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Кости́лев, Р. В. Салютін, С. А. Андреєщев, П. О. Шкарбан

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Зограб'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

О. Ю. Усенко

XXIV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон. текст. дані. Київ, Клін. хірургія, 2018. 1 електрон. опт. диск (CD–R).

Видано в авторській редакції.

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

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, баріатричної 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.

Всім хворим проводили клінічне обстеження, оглядову рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, УЗД, комплексна лабораторна діагностика, за показаннями – ургентна фіброколоноскопія, лапароскопія для діагностики, вибору методу лікування.

Обсяг і тривалість передопераційної підготовки залежали від тяжкості стану хворих, функціонального стану серцево-судинної, дихальної та сечовидільної систем, характеру майбутньої операції.

Результати та їх обговорення. Більшість пацієнтів – 77(68,8%) госпіталізовано в 24 – 72 години від початку захворювання. В першу добу були госпіталізовані 17(15,2%) хворих, 35(31,3%) – після 3 діб з появи перших ознак ГОКН. Жінок було 63(56,3%), чоловіків – 49(43,8%). Середній вік склав $66,3 \pm 4,7$ року.

У вкрай важкому стані, з явищами декомпенсації функцій життєво важливих органів госпіталізовано 7(6,3%) хворих, у важкому – 43(38,4%), середньої тяжкості – 62(55,4%).

Локалізація обтуруючої пухлини була у лівій половин товстої кишки – 79(70,5%) хворих, найчастіше це сигмоподібна кишка і ректосігмоїдний відділ товстої кишки (48,2%). Поразка сліпої кишки діагностована у 13(11,6%) хворих, висхідного відділу – у 11(9,8%), нисхідного відділу – у 14(12,5%), прямої кишки – у 11(9,8). Ураження попереково-ободової кишки виявлено у 6(5,4%) хворих. У 3(2,7%) випадках виявлено первинний множинний рак товстої кишки.

У всіх хворих пухлина була III-ї а, б або IV-ї стадії онкологічного процесу. У 70(62,5%) пацієнтів була діагностована декомпенсована ГОКН, у 42(37,5%) – компенсована і субкомпенсована.

В перші 6 год з моменту надходження прооперовані 55(49,1%) хворих, через 7–12 год – 36(32,1%), через 13–24 год – 15(13,4%), у більш пізні терміни – 6(5,4%) пацієнтів.

У 32(28,6%) хворим виконано формування обхідного ілеотрансверзоанастомоза, накладення двохствольної колостоми, у 5(4,7%) – трансверзостомію, у 17(15,2%) – сігмостомію.

У 19(17%) пацієнтів проведена лівобічна геміколектомія з формуванням трансверзостомі. Операція по типу Гартмана виконана у 38(33,9%) хворих.

Післяопераційні ускладнення зареєстровані у 30(26,8%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 27(24,1%) випадків.

Висновки.

1. Діагноз гострої обтураційної кишкової непрохідності пухлинного генезу без уточнення локалізації зони обструкції встановлюється при клінічному дослідженні, при оглядовій рентгенографії та УЗД черевної порожнини.

2. Обсяг оперативного втручання слід визначати диференційовано, залежно від вираженості явищ кишкової непрохідності та перитоніту, поширеності пухлинного процесу, тяжкості стану хворого і супутньої патології.

Лікування хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу

**В. В. Петрушенко, С. В. Хитрук, О. М. Скупий, Я. В. Радьога,
М. О. Мельничук, С. А. Чешенчук**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу – остання ланка у послідовності ускладнень цирозу печінки, яка викликана прогресуванням фіброзу тканини печінки, блокуванням руху крові через тканину, розвитком синдрому портальної гіпер-

тензії, внаслідок чого йде розвиток колатерального кровотоку з прогресуванням розширення вен стравоходу та наступним їх розривом. Вже перший її епізод супроводжується смертністю 30 – 50%. Більшість пацієнтів цієї категорії молодше 60 років, що є істотною соціально-економічною проблемою для суспільства і вимагає покращення їх лікування.

Мета. Покращити результати та якість лікування хворих з шлунково – кишковими кровотечами портального генезу.

Об'єкт та методи дослідження. В клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова у 2017 році перебувало на стаціонарному лікуванні 65 хворих з портальною гіпертензією ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу. Серед даного контингенту хворих було 23 жінок (35,4%) та 42 чоловіків (64,6%). Середній вік склав – 54 роки і коливався від 26 до 76 років. Усім хворим проводили повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Джерело кровотечі встановлювали при проведенні діагностичної езофагогастродуоденоскопії. У хворих були наявні варикозно розширені вени стравоходу з кровотечею з них. З метою зупинки кровотечі хворим виконували ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу, що кровили, досягався надійний гемостаз. Ендоскопічне лігування вариксів виконано 41 хворому (63,0%). Усі хворі отримували консервативну терапію – гемостатичну, антисекреторну, замісну, симптоматичну. З метою зниження тиску в системі портальної вени та попередження рецидиву кровотечі призначали неселективні бета – адреноблокатори (при відсутності у хворих протипоказів). В подальшому хворим з метою зниження тиску в системі портальної вени та попередженню появи нових варикозно розширених вен виконували рентгенендоваскулярні оперативні втручання – емболізацію селезінкової артерії. Дане ендоваскулярне оперативне втручання виконано 7 хворим (10,8%).

Результати та обговорення. Серед пролікованих 65 хворих з портальною гіпертензією ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу за період 2017 року виписано з покращенням із зупиненою кровотечею – 55 хворих, померло – 10. Летальність склала – 15,3%. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала – 6,2 ліжко-днів. Усі померлі хворі отримували лише консервативну симптоматичну терапію. У хворих, яким було виконано лігування варикозно розширених вен стравоходу, досягнуто надійного гемостазу, після проведення емболізації селезінкової артерії – стійке зниження тиску в системі портальної вени. Після проведених поєднаних оперативних втручань усі хворі були виписані додому, летальності не було. Для порівняння, у 2014 році без застосування мініінвазивних оперативних втручань серед хворих даної категорії летальність склала 30,5% (на стаціонарному лікуванні знаходилося 59 хворих, померло 18).

Висновки. Ендоскопічне лігування є сучасним мініінвазивним методом хірургічного лікування і профілактики кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу у хворих з синдромом портальної гіпертензії. Емболізація селезінкової артерії дає зниження градієнта портального тиску і це зменшує ризик розвитку ускладнень портальної гіпертензії і покращує загальну виживаємість. Застосування мініінвазивних оперативних втручань у хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу покращує результати лікування хворих, зменшує тривалість та вартість лікування, поліпшує якість життя.

Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження)	4
Розділ 1. Бойові ушкодження та травми мирного часу.....	7
Розділ 2. Хірургічне лікування захворювань стравоходу та шлунка	36
Розділ 3. Хірургія кишечника	79
Розділ 4. Гепатобіліарна хірургія	125
Розділ 5. Хірургія підшлункової залози	173
Розділ 6. Проблеми перитоніту, сепсису та інфекцій, пов'язаних з лікуванням	229
Розділ 7. Ургентна хірургія	273
Розділ 8. Хірургія магістральних судин та серця	318
Розділ 9. Мікросудинна та пластична хірургія, комбустіологія	411
Розділ 10. Дитяча хірургія	448
Розділ 11. Хірургія ендокринних органів	486
Розділ 12. Трансплантація	542
Розділ 13. Герніологія, експериментальна хірургія та різне	554