

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. Костилов, 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 контейнер.

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.

ние годы в план обследования, особенно у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами, нами включена мультidetекторная компьютерная томография (МДКТ) брюшной стенки и органов брюшной полости. МДКТ проводили томографом Toshiba Aqualition 16.

Разрез по Freedom и разрез Freedom в нашей модификации применен у 69 (81,2%) пациентов. Вертикальный разрез по Fischì, разрез Babcock и разрез Babcock в нашей модификации — у 15 (17,6%), а разрез Dotourmentel et Mouly использовали только у 1 (1,2%) пациента.

Герниопластика сетчатым эндопротезом выполнена 71 (83,5%) пациенту и собственными тканями — 14 (16,5%).

Проведя анализ результатов пластических операций мы убедились, что МДКТ передней брюшной стенки позволяет объективно оценить состояние мышечно — фасциального каркаса брюшной стенки, определить размеры и конфигурацию грыжевых ворот и грыжи, оценить распределение жировой клетчатки, выявить возможный риск Abdominal Compartment Syndrome. На основании этих данных с учетом расположения послеоперационного рубца и рубцовых деформаций кожи выбирали вид разреза кожи. Мы считаем, что это один из основных этапов пластической операции. Из применяемых нами наиболее выигрышным разрезом является разрез Freedom и разрез Freedom в нашей модификации. Они позволяют адекватно убрать кожно — жировой фартук любого размера и веса (нами убирался кожно — жировой фартук максимальным весом 17 кг 500г).

Вертикальный разрез по Fischì, разрез Babcock и разрез Babcock в нашей модификации применяли при послеоперационных грыжах после срединной лапаротомии и в случаях грубых рубцовых деформаций кожи в этой области. Эти разрезы менее выгодны в косметическом плане. Разрез Dotourmentel et Mouly нами применен только в одном наблюдении из — за явных его недостатков.

Операционную рану в обязательном порядке дренировали перфорированным трубчатым дренажом с последующей активной аспирацией отделяемого. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали. Рецидивов грыжи не было.

Выводы

При пластических операциях на передней брюшной стенке у пациентов с вентральными грыжами целесообразно использовать разрез Freedom и разрез Freedom в нашей модификации.

Пластические операции у пациентов с вентральными грыжами значительно улучшают качество жизни у этих людей.

SILS ОДНОПОРТОВА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Петрушенко В. В., Гуменюк К. В.

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Військово медичний клінічний центр Центрального Регіону м. Вінниця**

В умовах сьогодення жовчнокам'яна хвороба в структурі захворювань органів черевної порожнини становить біля 40%. Кількість хворих з жовчнокам'яною хворобою кожних 10 років збільшується вдвічі, при тому, що вік пацієнтів стає молодшим. Розвиток сучасних технологій та впровадження SILS однопортової холецис-

тектомії це крок вперед, який сьогодні диктує нам час та вимога до професійного лапароскопічного хірурга в освоєнні нової технології.

Мета оцінити результати лікування пацієнтів, які були оперовані за допомогою SILS однопортової холецистектомії.

В клініці було виконано 17 операцій по технології SILS. Чоловіків було — 3 (17,6%), жінок — 14 (82,4%). Вік пацієнтів становив від 18 до 44 років, в середньому (35 ± 2) . Проводили ретельний відбір пацієнтів без ознак загострення на жовчно-кам'яну хворобу та без ознак на її ускладнення. Клініко інструментальне та лабораторне обстеження було стандартним для пацієнтів з даною патологією. Використовували порт ("ІППІ — Казань"), ультразвуковий скальпель Гармоніка (Ethicon). Доступ був на півовальним навколо пупка від 2 до 2,5 см.

Тривалість оперативних втручань відповідала кривій навчання, де перші операції становили (180 ± 20) хв., згодом з набуттям досвіду практичних навичок тривалість операцій значно зменшилась (50 ± 30) хв. Використання ультразвукового скальпеля з чіткою візуалізацією анатомічних структур та трикутнику Калло прискорювали етапи операції. Усі пацієнти були активізовані через 6—8 годин після операції, відмічений менший післяопераційний біль, у порівнянні з традиційною лапароскопічною холецистектомією. Не використовували наркотичні анальгетики. У 2 (11,7%) випадках на початку освоєння методики була потреба у введенні додаткового 5 мм троакара для виділення елементів жовчного міхура. У 1 (5,8%) випадку через 40 хв., після SILS операції була потреба в оглядовій релапароскопії враховуючи гіпотонію та підозру у внутрішньочеревній кровотечі. Ознак за кровотечу не виявлено, гіпотонія була пов'язана з анестезіологічним забезпеченням. Пацієнту був встановлений дренаж в під печінковому просторі. Летальних випадків не було. Тривалість перебування в клініці усіх пацієнтів становила 3 ліжко дні. Відмічений гарний косметичний ефект після SILS операцій.

Таким чином, впровадження SILS однопортової холецистектомії продиктовано часом та сучасними технологіями. Метод має переваги в косметичному ефекті, меншому післяопераційному болю, дає можливість використовувати хірургію одного дня. Потрібно ретельно проводити відбір пацієнтів для даного методу, та чітко візуалізовувати анатомічні структури, щоб уникнути можливих ятрогенних ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРСФІНКТЕРНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРЯМОЇ КИШКИ

**Пироговський В. Ю., Сорокін Б. В., Фелештинський Я. П.,
Гречана У. І., Ноєс А. Дж.**

**Київська обласна клінічна лікарня,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МОЗ України, Київ**

Збереження сфінктерного апарату, при операціях з приводу пухлин нижньоампулярного відділу прямої кишки, є однією з задач сучасної онкопроктології. Ми розробили метод лікування пацієнтів з пухлинами, що інтимно прилягають до внутрішнього сфінктера, який дозволяє покращити виживаність та ступінь континенції.

Мета роботи. Визначити безпосередні та найближчі результати застосування інтерсфінктерної резекції прямої кишки з розробленим нами коло—кутанено анастомозом.

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