

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.

У 26 (40,62%) пацієнтів проведена езофагоколопластика. У 4 (15,38%) з них виявлені ізольовані протяжні рубцеві стриктури стравоходу, але шлунок не розглядався в якості інтерпонату так як у цих хворих раніше були проведені операції на шлунку, решті пацієнтів оперативні втручання проводились до розробки методики езофагогастропластики. пацієнтам були сформовані гастростоми по Кадеру, а неможливість використання шлунку в якості інтерпонату для виконання пластики стравоходу дала підґрунтя для виконання езофагоколопластики на реконструктивному етапі. У 3 (11,54%) хворих відмічені ускладнення: прорізування кісєтного шву з підтіканням шлункового вмісту, збільшення гастростомного отвору з мацерацією шкіри навколо нього, випадання гастростомічної трубки.

Реконструктивно—відновні втручання у всіх пацієнтів виконані на другому етапі через 4—10 місяців після першого етапу лікування і відновлення нутритивного статусу.

Усім хворим основної групи проведена езофагогастропластика трансхіатальним доступом з накладанням єдиного анастомозу на шії з використанням в якості інтерпонату підготовленого під час гастростомії шлункового "стебла". В післяопераційному періоді у 6 (6,25%) випадках виникла неспроможність езофагогастроанастомозу на шії, що після санаційних перев'язок самостійно закрилась.

Хворим групи порівняння товстокишкова пластика виконувалась з накладання від трьох до п'яти анастомозів в абдомінальній та торакальній порожнинах. В післяопераційному періоді виникали ускладнення: плеврит — у 3 (11,54%) пацієнтів, пневмонія — у 2 (7,69%) пацієнтів. Один пацієнт помер після езофагоколопластики з комбінованим торакоабдомінальним доступом, летальність при цьому склала 3,84%. Причиною смерті була гостра серцево—судинна недостатність.

Двоетапний підхід лікування дозволяє покращити результати хірургічного лікування хворих з післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу та є методом вибору.

РЕКОНСТРУКТИВНО—ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ НА СТРАВОХОДІ ПРИ ЙОГО НЕПРОХІДНОСТІ

Бойко В. В., Шапринський В. О., Кривецький В. Ф., Шапринський Є. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

До захворювань, що призводять до порушення прохідності стравоходу, слід віднести: післяопікову рубцеву стриктуру, післяопераційну рубцеву стриктуру, стриктуру після рефлюкс—езофагіта (пептичну), ахалазію кардії, доброякісні і злоякісні пухлини стравоходу, дивертикули стравоходу гігантських розмірів, стриктури стравоходу після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу, після мікозів, перенесених інфекційних хвороб, колагенозів. У світі існує велика кількість методів реконструктивно—відновних оперативних втручань на стравоході, зокрема, при його непрохідності. Однак, проблема вибору того чи іншого методу езофагопластики залишається далеко невирішеною.

Метою нашої роботи є покращення результатів реконструктивно—відновних операцій на стравоході при його непрохідності.

Проведено ретроспективний аналіз оперативного лікування 160 пацієнтів на захворювання стравоходу за період з 1993 по 2014 роки. Хворих з післяопіковими

стриктурами стравоходу було 36, з післяопераційними рубцевими стриктурами — 3, зі стриктурами внаслідок рефлюкс—езофагіта — 5, з ахалазією стравоходу — 38, з раком стравоходу — 64, з лейоміомою стравоходу — 3, з дивертикулом стравоходу — 11.

Представленим хворим були виконані різного роду реконструктивно—відновні оперативні втручання, серед яких особливої уваги заслуговують езофагопластики з формуванням штучного стравоходу, які були виконані у 90 випадках. При виконанні товстокишкової езофагопластики (28 хворих) у клініці враховується ряд індивідуальних особливостей кровопостачання товстої кишки і застосовується ряд удосконалень. Зокрема, у передопераційному періоді проводилося ангіографічне дослідження (патент України на винахід № 103847 від 25.11.2013 "Спосіб підготовки товстокишкового трансплантата до проведення езофагопластики") з метою підготовки відповідного сегменту товстої кишки (адаптації до ішемії) для подальшої езофагопластики. Після виконання рентгеноваскулярного втручання хворому призначали відповідну судинну терапію (патент України на корисну модель № 78205 від 11.03.2013 "Спосіб профілактики ішемії товстокишкового трансплантату при езофагопластиці"). Езофагопластику переважно виконували сегментом ободової кишки (частково висхідна, поперековоободова і частина нисхідної) зі збереженням кровопостачання за рахунок лівої ободової артерії. Під час езофагопластики формували антирефлюксний анастомоз за методикою клініки (патент України на винахід № 103862 від 25.11.2013). Пластика стравоходу шлунком була виконана у 49 хворих. У клініці надається перевага трансхіатальній екстирпації стравоходу з пластикою шлунковою трубкою за Черноусовим у власній модифікації, а саме оригінального способу подовження шлункового трансплантату (патент України на корисну модель № 85680 від 25.11.2013). Також при відповідних показах (при одночасному враженні стравоходу і шлунку при опіках, та при захворюваннях товстої кишки: проростанні пухлини у відповідний відділ товстої кишки, її некрозу, не чітко вираженій маргінальній артерії) нами у 13 випадках була виконана езофагопластика ілеоцекальним сегментом зі збереженням кровопостачання за рахунок клубовотовстокишкової артерії та вени (патент України на корисну модель № 78206 від 11.03.2013 "Спосіб езофагогастропластики ілеоцекальним сегментом"). Померло всього 5 хворих. Таким чином, післяопераційна летальність склала 5,56 %.

Вибір реконструктивно—відновної операції на стравоході при його непрохідності є складною проблемою з обов'язковим індивідуальним, ретельним підбором до кожного випадку та прийняттям остаточного рішення — інтраопераційно.



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