

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.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Фомін П. Д., Курбанов А. К., Повч О. А., Переш Є. Є., Пруднікова О. Б.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

В роботі наведений 30-річний досвід діагностики і лікування ахалазії стравоходу I–IV стадії консервативним і хірургічним способами. Слід відзначити, що на даний час не існує визначеного диференційованого підходу до використання того або іншого варіанту доступу для виконання езофагокардіоміотомії. Відповідно до цих даних проведено порівняльне дослідження результатів хірургічного лікування хворих лапароскопічним та лапаротомним доступами.

Мета. Оцінити ефективність та результати хірургічного лікування хворих на ахалазію стравоходу.

Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 103 хворих з I–IV стадіями ахалазії стравоходу (55 жінок і 48 чоловіків), які проходили лікування в Київській міській клінічній лікарні №12 та Одеській обласній лікарні. Всім хворим проведено комплексне діагностичне обстеження, що включало фіброезофагогастродуоденоскопію з експрес рН-метрією та при необхідності біопсію слизової оболонки стравоходу, контрастне рентгеноскопічне дослідження стравоходу та шлунка.

Переважає більшість хворих мала вік від 30 до 60 років ($n=70/67,9\%$), а тривалість захворювання до 5 років ($n=70/67,9\%$). У переважаючій більшості пацієнтів діагностовано III стадію ахалазії стравоходу (50,4%), значно менше II і IV стадії, відповідно 23,3% і 18,4%. Першу стадію розвитку патологічного процесу встановлено лише у 8 хворих (7,7%). Оперативного лікування потребували 92 хворих (89,3%), у інших обмежились декількома курсами балонної кардіодилатації. Операція виконана шляхом езофагокардіоміотомії, яка у 73 пацієнтів (79,3%) була доповнена фундоплікацією. Хворим з I стадією фундоплікацію не виконували. У 53 пацієнтів (57,6%) операція виконана лапаротомним доступом, іншим 39 хворих (42,4%) — лапароскопічно. Інтраопераційним ускладненням езофагокардіоміотомії при лапаротомії була перфорація слизової оболонки стравоходу у 6 хворих (11,3%), а при лапароскопії з фундоплікацією за Дором — у 1 хворого (2,5%). Перфоративний отвір ушивали і прикривали фундоплікаційною манжеткою. Втрати крові в момент операції істотно зростали при відкритому методі: $36,9 \pm 3,0$ мл при лапароскопічному втручанні ($38,7 \pm 3,1$ мл у хворих без фундоплікації і $35,6 \pm 4,0$ мл у осіб із фундоплікацією) до $158,6 \pm 28,0$ мл при лапаротомному. Всі випадки інтраопераційних ускладнень реєструвались у хворих із III–IV стадією ахалазії, ускладненої ерозивним езофагітом (стадії C і D). Загальний час перебігу хворого в стаціонарі становив в середньому $9,2 \pm 1$ діб. При цьому 92 (89,2%) осіб знаходились на стаціонарному лікуванні впродовж 11–20 днів, 8 пацієнтів — до 10 діб і 3 пацієнта більше 3 тижнів. Відновлення пасажу їжі по стравоходу кардії досягнуто у всіх пацієнтів, навіть при IV стадії захворювання, патологічного шлунково–стравохідного рефлюксу не спостерігали. Середній пасаж контрастної речовини у хворих після лапароскопічної операції склав $6,7 \pm 0,9$ секунд, а після лапаротомної — $8,1 \pm 0,8$ секунд, тобто достовірно не відрізнялись.

Висновки

На I стадії ахалазії стравоходу показана балонна кардіодилатація, в II–IV стадії показана лапароскопічна або лапаротомна езофагокардіоміотомія. Рецидив після

балонної дилатації спостерігали у 9,09% хворих, що потребувало проведення повторних курсів дилатації. В таких хворих доцільне застосування хірургічного лікування ахалазії.

Лапароскопічна і лапаротомна езофагокардіоміотомія дозволяє в рівній мірі досягти хороших безпосередніх результатів лікування.

Віддалені результати лікування показали хороші і задовільні результати лікування у 98% осіб, рецидив захворювання реєстрували лише у 2 осіб (1,9%).

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Чурпій І. К., Пиптюк О. В., Чурпій К. Л., Чурпій В. К.

Івано—Франківський національний медичний університет

Кількість оперативних втручань на органах черевної порожнини займає значну частину серед усіх методів хірургічного лікування. Важлива роль в ефективності лікування та швидкому одужанні належить реабілітації оперованих хворих. Проте, проведення реабілітації в післяопераційному періоді, за даними літератури, не є систематизованим, не розроблено тести контролю ефективності реабілітаційних заходів.

У зв'язку з цим розробка комплексу реабілітаційних заходів є актуальним питанням сьогодення, що потребує подальшого впровадження в практику лікаря—хірурга.

Метою роботи було розробити комплекс реабілітаційних заходів у хворих оперованих на органах черевної порожнини.

Нами обстежено 135 хворих оперованих на органах черевної порожнини з приводу перитоніту.

В основній групі базове лікування доповнили запропонованим і розробленим комплексом реабілітаційних заходів.

В групі порівняння комплексне лікування проводилося за клінічними протоколами лікування перитоніту (наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 р.).

До лікування хворих на перитоніт включено запропонований комплекс реабілітаційних заходів, який розпочинали через 12—16 годин після операції

Комплекс розроблених реабілітаційних заходів був спрямований на профілактику бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, активацію моторної функції кишечника, профілактику ускладнень зі сторони післяопераційної рани. Профілактика проводилася по системно і включала в себе фізіотерапевтичні процедури (інгаляції, електрофорез, УВЧ, магнітотерапія, лазеротерапія), набір вправ (лікувальна фізкультура, дихальна гімнастика, масаж, відкашлювання) з чітким описом методики їх проведення та інтенсивності навантаження. Необхідність виконання реабілітаційного комплексу зумовлена важким ураженням органів та систем, розвитком поліорганної недостатності та патологічними змінами в серці та легенях, що підтверджено морфологічним дослідженням.

При морфологічному вивченні міокарду, виявлено виражені альтеративні та дистрофічні зміни кардіоміоцитів, при цьому відмічається залежність характеру таких змін від топографічних особливостей: у субепікардіальному міокарді переважає контрактурний тип ушкодження скоротливих клітин, у субендокардіальному — во-