

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. Костилов, 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. Нікульников

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.

Мета роботи порівняння метаболічного ефекту шунтування шлунку за Ру та міні-шунтування шлунку.

Матеріали та методи: в дослідження включено 91 пацієнта з морбідним ожирінням, яким було виконано шунтування шлунку за Ру з «класичного» лапаротомного доступу та лапароскопічне міні-шунтування шлунку. Термін спостереження 1 рік.

В групу шунтування шлунку за Ру ввійшло 69 хворих. Порушення вуглеводного обміну діагностовано у 60 (87%), з яких на ЦД 2 типу страждали 15 (21,7%) хворих. Дисліпідемію діагностовано у 20 (28,9%), середній коефіцієнт атерогенності $4,8 \pm 0,95$. Середній показник загального білка та гемоглобіну складав $71,4 \pm 5,3$ та $129,9 \pm 13,3$ г/л відповідно.

В групі лапароскопічного міні-шунтування шлунку 22 хворих. Порушення вуглеводного обміну діагностовано у 18 (81,8%), з яких на ЦД 2 типу страждали 6 (27,3%) хворих. Дисліпідемію діагностовано у 7 (31,8%), середній коефіцієнт атерогенності $3,3 \pm 0,84$. Середній показник загального білка та гемоглобіну складав $73,4 \pm 5,2$ та $148,5 \pm 22,2$ г/л відповідно.

Результати: В групі шунтування шлунку за Ру порушення вуглеводного обміну характерні для діабету II типу діагностовано у 3 (5%) пацієнтів, дисліпідемії у 14 (20,3%), середній коефіцієнт атерогенності $3,14 \pm 0,37$. Середній показник загального білка та гемоглобіну складав $71,4 \pm 1,6$ та $135,7 \pm 10,6$ г/л відповідно.

В групі лапароскопічного міні-шунтування шлунку порушення вуглеводного обміну характерні для діабету II типу діагностовано у 1 (4,5%) пацієнтів, дисліпідемії у 4 (18,2%), середній коефіцієнт атерогенності $2,3 \pm 0,37$. Середній показник загального білка та гемоглобіну складав $73,4 \pm 1,6$ та $139,5 \pm 19,4$ г/л відповідно.

Висновки: Дане дослідження показало, що метаблічний ефект шунтування шлунка за Ру дозволяє п'ятикратно зменшити частоту проявів цукрового діабету та в 1,4 рази частоту проявів дисліпідемії, тоді як ефект лапароскопічного міні-шунтування шлунку – в 6 та 1,75 разів відповідно. Зважаючи на меншу тривалість операції, більшу простоту та безпечність міні-шунтування шлунку можна вважати більш прийнятною баріатричною процедурою. Проте, є необхідним дослідження довгострокових баріатричних та метаболічних ефектів даної операції.

Ендоскопічні особливості стравоходу при ахалазії

П. Д. Фомін, А. К. Курбанов, А. В. Малиновський, М. Г. Боярська,
О. Б. Біляков-Бельський, О. А. Повч, Є. Є. Переш

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Київ, Україна,
Одеський національний медичний університет. Одеса, Україна

Вступ. За дисфагією ахалазія стравоходу (АС) посідає 3-є місце після раку та рубцевих звужень. Стаз рідини та їжі в стравоході сприяє розвитку запального процесу у слизовій оболонці, від набряку до ерозивно-виразкових уражень та морфологічної перебудови в шарах стінки стравоходу. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) в цих умовах грає дуже важливу роль для виявлення стану змін стравоходу та визначення необхідності проведення належних заходів підготовки стравоходу до початку лікування.

Мета. Проаналізувати ендоскопічні зміни стравоходу при різних стадіях АС в залежності від наявності, обсягів та характеру стазу рідини.

Матеріали та методи. Проведено аналіз ендоскопічної характеристики стравоходу за даними ЕГДС у 106 хворих на АС, які проходили лікування в хірургічних відділеннях клінічних баз кафедр хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця та хірургії №1 Одеського НМУ. Серед цих пацієнтів I ст мали – 8 (7,5%), II ст – 25 (23,6%), III ст – 55 (51,9%), IV ст – 18 (17,0%) хворих. Вік 58 (54,7%) жінок та 48 (45,3%) чоловіків коливався від 18 до 80 років ($50,37 \pm 14,4$), а тривалість захворювання від появи перших симптомів до лікування складала 1 – 30 ($6,2 \pm 5,2$) років. При проведенні ЕГДС визначали обсяг та характер застійного вмісту в стравоході, проводили рН – метрію, хромоезофагоскопію, біопсію. Стан слизової оболонки оцінювали за модифікованою нами Лос–Анджелеської класифікації езофагіту за чотирма (A,B,C,D) варіантами.

Результати. Стаз рідини та їжі в стравоході, з урахуванням домішок слини, коливався від 1,0 до 60,0 ($24,1 \pm 18,4$) мл, у т. ч. при I ст. – від 1,0 до 2,0 ($1,4 \pm 0,5$) мл, II ст. – від 1,0 до 5,0 ($2,3 \pm 1,3$) мл, III ст. – від 10,0 до 45,0 ($29,1 \pm 10,4$) мл, IV ст. – від 35,0 до 60,0 ($48,9 \pm 8,5$) мл ($p_{I-II,III,IV,II-III,IV,III-IV} < 0,001$). Значна кількість їжі навіть до формування безоар подібних структур заважали повноцінному огляду стравоходу. Із 4 варіантів ендоскопічної характеристики стравоходу було встановлено: варіант **A** (зміни слизової оболонки стравоходу були відсутні) – у 14 (13,1%), **B** (помірний набряк та вогнищева гіперемія без дефектів слизової оболонки) – у 52 (49,1%), **C** (набряк, вогнищева гіперемія та поодинокі поверхневі ерозії слизової оболонки) – у 27 (25,5%), **D** (набряк, гіперемія, поверхневі ерозії, крововиливи та гострі виразки на слизовій оболонці н/з стравоходу над зоною звуження) – у 13 (12,3%) осіб. Вказані варіанти залежали від тривалості хвороби, стадії, характеру стазу і рідше, від віку хворого. На підставі виявлених ендоскопічних змін стравоходу було розроблено алгоритм підготовки стравоходу для проведення лапароскопічного (39) або лапаротомного (56) оперативного втручання на езофагокардіальній зоні з меншим ризиком перфорації слизової оболонки під час операції. У решти 11 осіб застосовували ділатаційні методи без ускладнень.

Висновки.

1. Обов'язкове ендоскопічне дослідження стравоходу дозволяє встановлювати зміни стану слизової оболонки та забезпечує можливість програмувати тактику підготовки стравоходу для лікування хворих на АС.

2. Впровадження розробленого на підставі виявлених ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, алгоритму медикаментозної терапії та санаційних заходів підготовки пацієнтів сприяє зменшенню ускладнень при проведенні обраних методів лікування.

Актуальні питання хірургічної тактики при гострих ускладненнях злоякісних пухлин шлунка

П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, П. В. Іванчов, О. Б. Пруднікова

НМУ імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії № 3, Київ

Вступ. На протязі останніх років спостерігається зростання питомої частки гострих хірургічних ускладнень пухлин шлунку – шлунково–кишкових кровотеч (ШКК), перфорацій чи стенозів у структурі ургентної хірургічної патології. Активна робота хірургів у цьому напрямку спрямована на розробку алгоритмів ведення таких пацієнтів з метою відтермінування оперативних втручань (ОВ), зменшення післяопераційних ускладнень та летальності.