

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.

2016 та 2017р. з приводу великих та гігантських LST–аденом прямої кишки за типовою методикою резекції слизової.

Результати дослідження та обговорення. Загальна кількість хворих з діагнозом – велика або гігантська LST–аденома прямої кишки, що були проліковані в умовах ендоскопічного відділення КМКЛ №18 за період з початку січня 2016 року до кінця грудня 2017 року, становить 19 осіб, жінок – 11 (58%), чоловіків – 8 (42%). Середній вік пацієнтів – 71,5 рік. Кількість пацієнтів з великими (більше 3 см в діаметрі) LST–аденомами прямої кишки склала 8 осіб (42%) та 11 осіб з гігантськими (більше 6 см в діаметрі) LST–аденомами прямої кишки. Середній розмір LST – 5,6 см. Тип LST: LST–NG – 7(36,8%). LST–G 12 (63,2%). Гістологічно в усіх випадках резекція в межах інтактних тканин склала R₀. Тубулярна аденома у 15,8%, папілярно–тубулярна – у 31,6%, папілярна аденома – у 52,6%. У 3 осіб (15,8%) виявлено дисплазію легкого ступеня, а ще в 4 (21%) в осіб – дисплазія важкого ступеня. Тривалість спостереження за пацієнтами – 3 – 27 місяців. В 3 випадках (15,8%) виникла значна інтраопераційна профузна кровотеча. Післяопераційних кровотеч, перфорацій не відмічено. В 5 випадках (26,3%) виник рецидив (всі пацієнти пройшли повторну резекцію без ознак рецидиву в період мінімум 3 місяців після резекції).

Висновки. 1. Результати лікування великих та гігантських LST–аденом прямої кишки значно кращі при видаленні їх шляхом ендоскопічної підслизової дисекції.

2. В умовах нашої країни є актуальною ендоскопічна резекція слизової, як менш вартісне по витратним матеріалам втручання, яке можна виконувати на простішому обладнанні.

3. Результати проведення ендоскопічної резекції слизової у хворих з великими та гігантськими LST–аденомами прямої кишки відповідає даним світової літератури (рівень післяопераційної кровотеч від 0,3 до 6,1%).

4. Зниження частоти рецидивів можливо досягти шляхом видалення пухлини єдиним блоком або найменшою кількістю фрагментів і обробкою країв та дна дефекту аргонплазмозом коагуляцією.

5. Взяття біопсії перед виконання ендоскопічної резекції є недоцільним та обґрунтовано зниженням ризику фіброзу підслизового шару.

6. Фактором ризику масивних кровотеч є локалізація пухлин по задній стінці прямої кишки в середньо– та нижньо–ампулярному відділі, що обумовлено особливостями ангіоархітекτονіки та наявністю перфорант з мезоректуму.

7. Для підвищення ефективності ендоскопічного гемостазу під час виконання втручання вважаємо за доцільне вибирати положення хворого таким чином, щоб операційне поле знаходилось згори або в крайньому випадку збоку, що дозволить уникнути заливання кров'ю при виникненні струминної кровотечі, полегшити виявлення її джерела та подальший гемостаз.

Сучасне хірургічне лікування геморою

Є. Є. Переш, О. І Лісцов, О. А. Повч, А. К. Курбанов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Вступ. Ефективне лікування геморою залишається надзвичайно актуальною і до кінця не вирішеною проблемою сьогодення. Це одне з найпоширеніших захворювань прямої кишки. Його питома вага у структурі аноректальної патології у жінок та чоловіків досі

сягає більше 43%, Захворювання осіб працездатного віку веде до тимчасової непрацездатності в період загострень і зниження якості життя. Вирішення питання хірургічного лікування хвороби розвивається в напрямку застосування малотравматичних операцій. Так, обсяг малоінвазивних втручань при хронічному геморої в США, Німеччині, Бельгії, Великобританії, Франції, Італії за 2010–2012 роки становило близько 55–80% і має чітку тенденцію до щорічного збільшення за рахунок розробки та впровадження нового високотехнологічного обладнання та інформаційної широкої доступності пропонованих методів, як серед лікарів, так і пацієнтів. Це дозволяє щорічно досягати зниження кількості осіб з пізніми стадіями хронічного геморою, знизити вартість лікування.

Мета роботи. Метою роботи є аналіз застосування сучасної методики лікування гострокровоточивого геморою, а саме трансанальної гемороїдальної деартеріалізації (THD).

Матеріали та методи. Проаналізовано застосування THD при ускладненому геморої у 402 пацієнтів за період з 2008–2017 років на базах кафедри хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця. Метод полягає у перев'язуванні гілок верхньої прямокишкової артерії знижуючи таким чином кровонаповнення гемороїдального сплетіння. Маніпуляцію виконують шляхом застосування проктоскопу з доплерівським датчиком. Для ліквідації ректального пролапсу (пролапсу слизової) THD часто доповнюється мукопексією.

Результати. Розподіл пацієнтів за статтю наступний: серед них було 251 (62,43%) жінка та 151 (37,57%) чоловік. Середній вік пацієнтів склав 38,1 років. У 139 пацієнтів був хронічний геморої II – го ступеню, у 179 – III – го ступеню, у 84 – IV – го ступеню. У всіх хворих були прояви ректальних кровотеч та випадіння гемороїдальних вузлів, у 73 пацієнтів був больовий синдром, пов'язаний з анальними тріщинами, коли операцію доповнено девульсією ануса та висіченням тріщини. В 43 випадках THD доповнювали висіченням одного вузла або розтягнутої перианальної шкіри. 12 хворим THD виконували при рецидивному (після виконання інших «традиційних» операцій) геморої. Протипоказаннями до виконання даного виду операцій вважали наявність гострого аноректального тромбозу та супутніх запальних захворювань прямої кишки або параректальної клітковини. У 314 пацієнтів THD доповнено мукопексією. Всі оперативні втручання виконано під спинномозковою або загальною анестезією. Тяжких післяопераційних ускладнень не було, але, у 9 хворих спостерігався больовий синдром, який потребував продовження госпіталізації в середньому до 3 діб, у 8 виник післяопераційний аноректальний тромбоз, купований консервативно. Середній термін перебування в стаціонарі становив 1 добу. Працездатність пацієнтів відновлювалася через 3–5 діб. 3 червня 2014 року THD виконувалось по оновленій нами методиці, що полягає в підхопленні поверхневої частини артерії, де коагулятором встановлюється маркована крапка.

Висновки.

1. THD в сучасній проктології розглядається як малоінвазивне та радикальне хірургічне втручання при геморої 2–4 ст.

2. Методика THD потребує більш широкого застосування у зв'язку з меншою операційною травмою, легшим і менш тривалим післяопераційним періодом, швидшим відновленням працездатності пацієнта, що суттєво знижує загальну вартість лікування хворих.

3. Віддалені результати застосування THD потребують подальшого вивчення.