

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. Габрієлян, 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.

го етапу, який виконаний на 30 конвенційних рендомбредних аутбредних статевозрілих самцях білих шурів (м. Запоріжжя) в експериментальній лабораторії на базі інституту патології хребта та суглобів ім. М. І. Сітенка НАМН України (м. Харків). Лабораторія є сертифікованою, а всі дослідження (включаючи анестезію, виведення тварин з експерименту) повною мірою відповідали принципам Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей (Страсбург, 1986), закону України "Про захист тварин від жорстокого поводження".

Тварини були розподілені на основну групу (n=18), групу контролю (n=6) та групу інтактних тварин (n=6). Всіх тварин основної та контрольної груп оперували під загальною анестезією шляхом лапаротомії з міні доступу в правому підребер'ї: в основній групі виконали виділення та перев'язку загальної протоки нижче конфлюенса, а в контрольній групі обмежились експлоративною лапаротомією (група т.з. несправжньооперованих). В групі інтактних тварин ніяких втручань не виконували. Тварин основної групи розділили за строками прогресування механічної жовтяниці на три підгрупи. Перша підгрупа з терміном жовтяниці 7 днів, друга – 14 днів, третя – 28 днів. По закінченню вказаних термінів тварин виводили з експерименту.

В результаті проведеного комплексного дослідження нами встановлено, що головною особливістю, яку слід обов'язково враховувати при моделюванні механічної жовтяниці є вихідний (фоновий) рівень структурно–функціонального стану печінки, навіть у тварин з одного виводку й при однакових умовах їх утримання. Мова йде про ступінь активності фіброзу печінкової тканини й кількість живих гепатоцитів, між якими спостерігали зворотній кореляційний зв'язок. Маркером активності фіброзу печінкової тканини є рівень хондроїтинсульфатів в крові. Механічна жовтяниця, яка відтворюється з самого початку на різній за структурою та функцією печінці, в динаміці дослідження й прогресує по різному. Наприклад, по різному в одній групі тварин на початку дослідження підвищувався рівень білірубину й ферментів, а потім, в динаміці, по різному знижувався; різними також були й структурні зміни самої печінкової тканини. Цей факт не може бути ігнорованим! Для статистично значущого аналізу оцінки результатів з моделювання механічної жовтяниці на щурах, необхідно до початку дослідження виділяти однорідні групи тварин, у яких вихідний структурно функціональний стан печінки буде статистично однаковий (у межах допустимої похибки), інакше, отримані в результаті експерименту данні не можуть вважатися достовірними.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМОВАНОЇ ЛАПАРОСТОМІЇ З ВАУУМ—ТЕРАПІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАЖКОГО АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Криворучко І. А., Сивожелізов А. В., Ажгібесов К. А., Чеверда В. М.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Важкий абдомінальний сепсис, який часто ускладнюється розвитком синдрому внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ, Abdominal Compartment Syndrome – ACS) – симптомокомплексом, що виникає внаслідок підвищення ВЧГ і характеризується формуванням у подальшому поліорганної недостатності. За даними Всесвітнього товариства з ACS (World Society of the Abdominal Compartment Syndrome – WSACS),

ВЧГ — це тимчасове або постійне патологічне підвищення ВЧТ до 12 мм рт. ст. і більше. ВЧГ відзначають у хворих, які перебувають у критичному стані, коли ВЧТ підвищується до рівня, за якого переривається нормальне кровопостачання органів. Величина такого ВЧГ остаточно не встановлена, оскільки провідну роль у формуванні ВЧГ в кожній конкретній ситуації відіграють індивідуальні фізіологічні особливості організму.

Мета роботи — вивчити можливість застосування методики програмованою лапаростомії в поєднанні з вакуум—терапією у хворих з тяжкий абдомінальний сепсис і ВЧГ.

Проліковано 12 хворих у віці 34—56 років, у яких в якості етапної лікувальної тактики використовували програмовану лапаростомію в поєднанні з вакуум—терапією. Хворих на розповсюджений інфікований панкреонекроз було 7, на вторинний післяопераційний перитоніт — 5. Тактика хірургічного ведення хворих включала дві основні складові: контроль джерела інфекції (source control) та контроль функції ураженого органа і системних захисних механізмів (damage control). У всіх хворих застосовували двухетапну тактику лікування: на 1—му етапі — санація патологічного вогнища і програмована лапаростомія з вакуум—терапією, на 2 — му — закриття рани передньої черевної стінки, фракційне закриття дренажу черевної порожнини чи ложа підшлункової залози і видалення дренажів в міру зменшення кількості ранового секрету. У лапаротомній рані створювали безперервне цілодобове розрідження 95—150 мм рт. ст. за допомогою вакуумного отсосу. Пов'язки міняли через 48—72 ч. Зміну пов'язки поєднували з промиванням черевної порожнини ізотонічним розчином натрію хлориду. У разі появи нових некротичних вогнищ проводили додаткову некротектомію при інфікованому панкреонекрозі. Для всіх маніпуляцій використовували дозволений на Україні стерильний набір пов'язок із поліуретану різного розміру "NRWT Dressing Kit" виробництва Китаю.

При ВЧТ вище 20 мм рт. ст., асоційованому з поліорганною недостатністю, відзначали синдром ВЧТ. Дослідження проводили до операції, через кожні 6 год. протягом першої доби після операції, у подальшому — протягом 3—4 діб раннього післяопераційного періоду в усіх хворих. Для діагностики синдрому ВЧТ використовували адаптований до умов клініки алгоритм з визначенням факторів ризику шляхом оцінки шансів кожного з них за допомогою математичних методів. Отже, АС в усіх хворих, що розглядалися, супроводжував підвищенням ВЧТ і формуванням ВЧГ.

Тривалість перебування хворих у стаціонарі склала від 29 до 65 діб. Товстокишкова нориця виникла у 1 (8,3%) хворого, гостра шлунково—кишкова кровотеча — у 2 (16,7%), нагноєння післяопераційної рани — у 3 (25%), пневмонія — у 3 (25%) хворих. Померли два хворий (16,7%) від прогресування поліорганної недостатності.

Тактика поетапного хірургічного лікування тяжкого абдомінального сепсису, ускладненого розвитком ВЧГ на тлі розповсюдженого інфікованого панкреатиту та вторинного перитоніту, що включає лапаростомію і вакуум—терапію з наступним переходом до закритого фракційного дренажу, дозволяє знизити летальність і кількість септичних ускладнень. Вакуум—терапія спрощує догляд за лапаростомією і покращує якість життя хворих в ранній післяопераційний період.

