

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

концентрацією ICAM-1 та гематокритним числом ($r=0,90688, 0,97626$ і $0,95189$) залежно від важкості перебігу ГХ.

Висновки.

1. Гострий холангіт супроводжується порушенням у системі зсідання крові, які характеризуються зниженням вмісту АПС та зростання сироваткових рівнів ICAM-1 ($p<0,01$), особливо у пацієнтів з ПОД.

2. Для корекції порушення системи коагуляції-фібринолізу рекомендуємо стосування низькомолекулярних гепаринів та N-ацетилцистеїну, як антиадгезивного препарату.

Відеолапароскопія в лікуванні гострого апендициту при ретроперитонеального розташування червоподібного відростка

А. В. Сивожелізов, Д. А. Смецков, П. В. Свірепо

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Ретроперитонеальне розташування апендикса (РРА) спостерігається у 2,5 – 11,5% хворих з гострим апендицитом (ГА). Пізня діагностика ГА, черевна локалізація апендикса призводять до тяжких ускладнень і технічних труднощів апендектомії. При цьому летальність може досягати 1,2%.

Мета дослідження. Вивчення результатів застосування відеолапароскопії у хворих ГА при РРА.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 105 пацієнтів з ГА при РРА, яким виконана апендектомія з 2000 по 2017 г. Робота виконана на базі хірургічних відділень м. Харкова. Всі хворі розділені на дві групи: 1 група (порівняння) – 45 (42,9%) пацієнтів, оперовані з використанням лапаротомного доступу: за Мак-Бурнеєм – 30 (66,7%), серединна лапаротомія – 15 (33,3%); 2 група (основна) – 60 (57,1%) хворих, оперовані відеолапароскопічно. Середній вік пацієнтів в обох групах склав $47,5 \pm$ років. З них чоловіків – 46 (43,8%), жінок – 59 (56,2%).

Результати та їх обговорення. За ступенем деструкції червоподібного відростка спостерігали в 1 групі такі форми: катаральний – у 9 (20%) хворих, флегмонозний – у 20 (44,5%), гангренозний – у 10 (22,2%), перфоративний – у 6 (13,3%). У 2 групі катаральний – у 10 (16,7%) пацієнтів, флегмонозний – у 37 (61,6%), гангренозний – у 6 (10%), перфоративний – у 7 (11,7%). Повний РРА відзначено в 1 групі у 14 (31,1%) хворих, у 2 групі – у 15 (25%). Неповне РРА зустрілося в 1 групі у 31 (68,9%) пацієнтів, у 2 групі – у 45 (75%). ГА, ускладнений абсцесом з місцевим перитонітом, діагностований у 1 групі у 9 (20%) хворих, у 2 групі – у 15 (25%). Відмежований перитоніт у 1 групі виявлений у 15 (33,3%) хворих, у 2 групі – у 22 (36,7%). Поширений перитоніт у 1 групі виявлений у 10 (22,2%) пацієнтів, у 2 групі – у 15 (25%). У 1 групі операція апендектомія виконувалася через косозмінний розріз за Мак-Бурнеєм у 30 (67, 5%) пацієнтів. Серединна лапаротомія в цій групі потрібна була 15 (32,5%) хворим. Всі операції в 1 групі завершені дренаванням черевної порожнини через контрапертуру. У 2 групі всі пацієнти оперовані за допомогою відеолапароскопії. Кукса червоподібного відростка при цьому оброблялася накладенням подвійний лігатури з біполярної коагуляцією її слизової. Техніка лапароскопічної апендектомії (ЛАЕ) при РРА відрізнялася від стандартної ЛАЕ. Додатково до стандартних трьох троакарів при виникненні труднощів з метою додаткового зміщення

органів вводили четвертий (5 мм) троакар в зоні операції. Після розтину очеревини червоподібний відросток виділяли з навколишніх тканин тупим і гострим шляхом, застосовуючи попередню біполярну коагуляцію брижі відростка. Середня тривалість операції в 1 групі склала $75 \pm 10,5$ хв., у 2 групі – 35 ± 3 хв. В обох групах летальних випадків не спостерігали. З боку органів черевної порожнини післяопераційних ускладнень не відзначено. Місцеві ускладнення відзначені у вигляді інфільтрату післяопераційної рани: в 1 групі – у 5 (11,1%) пацієнтів, у 2 групі – у 2 (3,3%). Середній ліжко-день в 1 групі склав 9,1 л/д, у 2 групі – 5,5 л/д.

Висновки. 1. Відеолапароскопія дозволяє об'єктивно оцінити морфологічні зміни в червоподібному відростку при його ретроперитонеальному розташуванні і виконати апендектомію.

2. Застосування ЛАЕ дозволяє значимо зменшити частоту ранових післяопераційних ускладнень і скоротити термін перебування пацієнта на ліжку.

Современные аспекты хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с учетом степени тяжести перитонита

Ю. В. Товбин, И. Н. Ангеловский, В. В. Солдусова, Ю. Л. Писаренко,
Т. А. Мосейко, А. А. Жердев

ЗМАПО МОЗ України

Вступление. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний, которые выявляются у 10–15% взрослого населения. Несмотря на успехи гастроэнтерологов за последние 15 лет в лечении ЯБ, отмечен рост ее осложненных форм с 4,2% до 4,7% по Украине. До настоящего времени отсутствует единая позиция по выбору методов хирургического лечения перфоративных язв (ПЯ) в зависимости от срока возникновения перфорации, распространенности и тяжести перитонита, возраста больного.

Цель исследования – оценить результаты лечения больных с ПЯ двенадцатиперстной кишки в зависимости от тяжести перитонита, возраста и сопутствующей патологии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 138 больных. Мужчин было 92% (127), женщин 8% (11). Ошибки в диагностике на догоспитальном этапе чаще встречаются в результате атипичного течения клиники прободения. В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 107 (77,5%) пациентов, от 6 до 24 ч – 14 (10,2%), свыше 24 ч – 17 (12,3%).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 138 пациентов у 99 (71,7%) больных диагноз перфорации полого органа не вызвал сомнений и был поставлен до операции на основании клинико–рентгенологических и ультразвуковых данных. В целях дифференциальной диагностики при неясной картине заболевания проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) 18,9% и лапароскопия 9,4%. У всех пациентов во время операции был установлен перитонит: распространенный у 31 (22,5%), диффузный у 101 (73,1%) и у 6 (4,4%) местный ограниченный. Реактивная фаза перитонита отмечена у 88 (63,8%), токсическая – у 42 (30,4%) и терминальная у 8 (5,8%).

Применялись следующие методы хирургического лечения: ушивание прободной язвы 58% (80), среди них 70% (56) видеолапароскопически; иссечение и ушивание с пилороп-