

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

(37,5±4,42%) вказували на наявність залишків крові на туалетному папері при проведенні гігієни після акту дефекації. Наявність смужок крові на калі відмічали 23,2±5,08% жінок і 21,6±5,8% чоловіків. На яскраву кров наприкінці акту дефекації, яка зафарбовувала воду в сифоні чи забруднювала стінки унітазу вказували 23,2±5,08% жінок і 29,4±6,4% чоловіків. Згустки крові наприкінці акту дефекації відмічали 10,0±3,63% жінок та 7,8±3,8% чоловіків. Таку особливість кровотечі ми розцінювали як обов'язкове показання до проведення ендоскопічного обстеження товстої кишки для виключення, в першу чергу, колоректальної пухлини. Забруднення нижньої білизни кров'ю, незалежно від акту дефекації, нами було відмічено у 7,2±3,12% жінок та 5,9±3,3% чоловіків.

Висновки. Пацієнти при зверненні до хірурга у 55,0±4,2% вказують на десятирічний анамнез геморою, причому основними скаргами є: випадіння вузлів, відчуття дискомфорту в задньому проході та ректальні кровотечі, які виникали на всіх етапах дефекації: на її початку, внаслідок випадання вузлів і тріщини слизової; під час акту, коли щільні фрагменти калових мас травмували гемороїдальні вузли; наприкінці дефекації, коли травмовані вузли випадали в анальний канал та при проведенні гігієнічних заходів.

Оптимізація операцій на товстій кишці SILS методом та використанням зварювання живих біологічних тканин

В. В. Ганжий, Р. В. Драгулов, І. Ю. Ганжий, С. І. Гроздев

Запорізький державний медичний університет

Вступ: Початок лапароскопічної хірургії датується 1987 роком, і пов'язаний із іменем Філіппа Мюре, який виконав першу лапароскопічну операцію. З того часу лапароскопічна хірургія стала найдинамічнішою, ультратехнологічною галуззю хірургії із блискавичним розвитком технологій. Лапароскопічні операції поступово почали витісняти відкриті методи оперування із багатьох сфер, ставши в хірургії жовчного міхура золотим стандартом лікування. Проте розвиток лапароскопічної техніки і методик операцій не закінчився лише стандартним доступом із багатьох троакарів. Наступною сходинкою стало використання єдиного доступу у лапароскопічній хірургії. Що надавало неймовірний косметичний ефект, зменшення післяопераційного болю. Проте дана методика була завжди більш трудомістна та складна і ніколи не мала однозначних позитивних відгуків широкого кола хірургів. Ще тривають дебати що до доцільності єдиного доступу у хірургії жовчного міхура, але ця методика зайняла вже свою тверду позицію у цій сфері. У хірургії товстої кишки втручання через SILS доступ практично не використовується. Так немає чітких критеріїв до виконання операції єдиним доступом. Проте існують косметичні потреби хворих у мінімізації рубців на тілі, що не можна не брати до уваги. Також бажання хірургів зменшити операційну травму, скоротити час перебування хворого у стаціонарі зі збереженням якості оперативного втручання. Все це надає єдиний доступ при правильному методичному його використанні. Хірург повинен бути готовий до роботи в умовах недостатнього поля для маніпуляцій. Відсутність істинної триангуляції, з використання псевдотриангуляції. Постійне фехтування інструментом створює багато проблем до освоєння даної методики. Але після накопичення досвіду оперування мінімум тридцяти операцій рухи бригади стають гармонійними, покращується взаємодія хірурга та асистента призводячи цю операцію до рангу звичайних повсякденних операцій.

Метою дослідження є оптимізація SILS операцій на товстому кишечнику за допомогою біологічного зварювання тканин.

Матеріали та методи:

У дослідження включено 31 пацієнтів з захворюваннями товстої кишки що потребували оперативне лікування, які лікувалися в «Міській клінічній лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги» м.Запоріжжя.

Вік хворих склав від 45 до 87 років. Критерії включення: потреба хворого у оперативному втручанні на товстій кишці, відсутність загальних протипоказань для проведення лапароскопії та загальної анестезії.

Операції на товстому кишківнику з SILS доступу здійснювалися вертикальним розрізом до 3 см завдовжки через пупок. За нашими спостереженнями кількість ранових ускладнень при адекватній обробці операційного поля, які б перевищували кількість ускладнень при іншому розташуванні доступу не виявлено. Після виконання кожного розрізу відкритим методом у черевну порожнину після пальцевого та візуального контролю встановлювався SILS–порт, накладався карбоксиперитонеум 12–15 мм рт.ст.. У черевну порожнину вводилась 10 мм лапароскоп із 30 градусним кутом огляду, у поєднанні із SILS–затискачем і Liga Sure підєднаним до апарату зварювання біологічних тканин. Після проведення оглядової відеолапароскопії і верифікації захворювання за допомогою SILS–затискача проводилися маніпуляції з захвату і відведення латерально товстої кишки. За допомогою Liga Sure виконувалося розсічення парієтальної очеревини по ходу відрізка товстої кишки запланованого до резекції. Надалі виконувалася диссекція заочеревинної клітковини апаратом Liga Sure у поєднанні із апаратом біологічного зварювання тканин. Це поєднання надавало можливість виконувати диссекцію із якісним гемостазом, ранньою судинною ізоляцією. Це стало можливим у зв'язку із використанням апарату біологічного зварювання тканин, що достовірно зупиняє кровотечу із судин діаметром 5 мм. Це виключало використання при перетині судин кліпсування титановими кліпсами. Надалі при досягненні кордонів резекції, мобілізовану кишку при правосторонній геміколонектомії виводився через раніше виконаний доступ, який при необхідності розширювався відносно розмірів кишки. Виведена кишка перетиналася у раніше намічених кордонах, накладався ізоперистальтичний анастомоз між проксимальним і дистальним відрізком кишки.

Анастомозовані відрізки кишківника занурювалися у черевну порожнину, при необхідності черевна порожнина дренувалася.

При виконанні резекції лівих відділів ободової кишки після достатньої мобілізації кишківника виконується інтрокорпоральне пересічення дистального відрізка кишки. Проксимальний відрізок кишки через ЕЛД виводився із черевної порожнини. Перед цим при необхідності розширювався доступ до співвідношення з діаметром кишки. Виконувалася резекція кишки. У просвіт проксимального відрізка товстої кишки вводилася частина, що від'єднується, кінець кишки герметизувався кіссетним швом. Далі проксимальна частина кишківника занурювалася у черевну порожнину. Повторно встановлювався SILS–порт, накладався карбоксиперитонеум. В пряму кишку вводилася основна частина циркулярного зшиваючого апарату, перфоровалася дистальна культя товстої кишки. Із основною частиною апарату зєднувалася відємна частина за допомогою SILS–затискача. Накладався циркулярний апаратний анастомоз кінець в кінець. Далі при необхідності дренувалася черевна порожнина. Післяопераційна рана ушивалася PDS ниткою.

При наявності у черевній порожнині масивного спайкового процесу після раніше перенесених операцій можлива постановка допоміжного троакару. При операціях на

лівій половині ободової кишки хворому надавалося положення Тренделенбурга.

Результати: Середня тривалість операції на товстому кишечнику через ЄЛД у склала 220,5 хв.

Середня час госпіталізації хворих у хірургічному відділенні складав 7 діб.

Всі протипоказання для виконання Однопортової операції на товстому кишечнику ми ділимо на 2 категорії – умовні і абсолютні протипоказання.

Абсолютні протипоказання:

– Наявність некорегованої супутньої соматичної патології

– Канцероматоз черевної порожнини

Умовні протипоказання:

– Індекс маси тіла більше 40.

– виражений спайковий процес в області

Крововтрата інтроопераційно у всіх спостереженнях не перевищувала 200 мл..

Післяопераційний період протікав гладко у всіх хворих, Із ускладнень відмічалось поява сіром у післяопераційній рані у 2 х випадках, що подовжило лікування у стаціонарі до 7 діб. У першу добу після операції пацієнти активізувалися.

Висновки:

Операції на товстій кишці за допомогою SILS доступу займають такі ж проміжки часу як і операції із полідоступу, проте техніка втручань складніша й трудомісна. Основна перевага SILS втручання – косметичний ефект, наряду із зменшенням інтенсивності і тривалості післяопераційного болю, швидке відновлення пацієнта після операції.

Роль проктектомії в комплексному лікуванні хворих на рак нижньо–ампулярного відділу прямої кишки

П. І. Гордійчук

НМАПО ім. П.Л. Шупика,

Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Інтерес до проблеми лікування хворих на рак нижньо–ампулярного відділу прямої кишки постійно зростає, який зумовлений ростом захворюваності у всіх розвинутих країнах світу, в тому числі і в Україні. Хірургічне лікування залишається провідним методом в комплексному лікуванні хворих на рак прямої кишки, так, як саме даний метод є визначальним в отриманні безпосередніх та віддалених результатів.

Мета. Онкологічне обґрунтування хірургічних втручань, які забезпечуть оптимальну реабілітацію і запобігають по життєвій інвалідності хворого.

Об'єкт і методи дослідження. За останніх десять років в абдомінальному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру прооперовано 3452 хворий на рак прямої кишки, серед яких 474 (13,15%) хворих з локалізацією пухлини в нижньо–ампулярному відділі прямої кишки. Усім хворим проведений комплекс протокольних обстежень з обов'язковим виконанням СКТ та МРТ в динаміці. Визначена незначна перевага хворих чоловічої статі над жіночою, середній вік хворих склав – 57,4 роки, наймолодшому пацієнту було 32 роки, найстаршому 86 років. Морфологічно верифікована аденокарцинома різного ступеня диференціації. Відстань від нижнього полюсу пухлини до зубчатої лінії була такою: у 26,79% біля 4см; у 46,62% від 2 до 4см; і у 26,58% менше 2см. За стадією захворювання: I ст. – 1,26%; II ст – 58,22%; III ст. –30,17% і IV ст. у 10,34% пацієнтів.