

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

за допомогою спеціальної комп'ютерної програми (3) виявилось, що у 92,3% пацієнтів мала місце недиференційована дисплазія сполучної тканини помірного або важкого ступеня. У 7,7% випадків мала місце дисплазія легкого ступеня. Тобто жодного випадку неспроможності без патології сполучної тканини не спостерігалось. Звісно, що зміни колагенової основи підслизового шару мають основне патогенетичне значення в розвитку післяопераційної ТК неспроможності, оскільки в хірургічній техніці саме зіставлення (адаптація) підслизового шару забезпечує успіх операції. В усіх випадках неспроможності ТКЗ у пацієнтів спостерігається морфологічно підтверджене порушення архітекτονіки сполучної тканини за типом недиференційованої дисплазії, яке і складає морфологічну основу цього ускладнення. Виявлені морфологічні зміни збігались із фенотипічними змінами, які реєструвались у пацієнтів із неспроможністю анастомозу та, за бальною оцінкою, відповідали недиференційованій дисплазії сполучної тканини середнього та важкого ступеня.

Висновки

1. У пацієнтів з післяопераційною неспроможністю ТКЗ в стінці ТК мали місце ознаки вираженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини, у вигляді порушення колагеноутворення.
2. Морфологічна основа цього ускладнення об'єктивно корелювала з фенотипічними і анамнестичними ознаками дисплазії сполучної тканини.

Подходы к выбору метода хирургического лечения больных раком прямой кишки

Н. Н. Милица, Н. Д. Постоленко, К. Н. Милица, И. Н. Ангеловский,
В. В. Стебляк, Ю. Л. Писаренко

ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

До настоящего времени сохраняется стойкая и повсеместная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки (РПК), который по данным большинства исследователей среди злокачественных новообразований занимает 3—е место.

Рост числа сфинктеросохраняющих операций при РПК обусловлен разработкой принципиально новых подходов для лечения опухолей в дистальных локализациях ПК.

Цель данной работы - изучение непосредственных результатов хирургического лечения у больных с РПК проведенных в клинике за последние 15 лет.

Материалы и методы. С 2002 по 2017гг. проведено оперативное лечение у 592 пациентов, средний возраст которых составил 61,8 лет, доля больных старше 60 лет – 60,7%. В 2/3 случаев, опухоль локализовалась в дистальных отделах прямой кишки.

Результаты и их обсуждение. При локализации опухоли в нижеампулярном отделе ПК выполняли брюшноанальную резекцию ПК с низведением ободочной кишки и наложением колоанального анастомоза – 219 (36,3%) больных или брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием колостомы – 18 (3,0%) пациентов.

В последние 4 года, в связи с широким внедрением лапароскопических технологий в колоректальную хирургию, в клинике при раке нижеампулярного отдела ПК, разработан и применяется метод брюшно-анальной резекции прямой кишки. Последний заключается в лапароскопической мобилизации нисходящих отделов ободочной и прямой кишки до уровня леваторов, формирование трансплантата, с последующей

демукозацией слизистой анального канала со стороны промежности, низведением ободочной кишки и формированием колоанального анастомоза. Данную методику применили у 27 (5%) пациентов.

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе ПК операцией выбора являлась низкая наданальная резекции с формированием аппаратного колоректоанастомоза с наложением у 74% пациентов превентивной коло- или илеостомы. Данное оперативное вмешательство проведено у 71 больного. Ручной шов использовали у 104 пациентов.

У 15 больных выполнено наложение анастомоза между низведенной кишкой и оставшимся участком ПК путем «выворачивания» культи прямой кишки, низведения через анальный канал, наложении соустья по типу «конец в конец» со стороны промежности с последующим погружением в полость малого таза.

Передняя резекция прямой кишки выполнена у 138 (23,4%) пациентов, при расположении опухоли в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах.

Выводы.

Расширение показаний к выполнению брюшно-анальных резекций позволило избежать нефункциональных операций и дало возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих вмешательств до 90%, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

Внедрение лапароскопических технологий в хирургию дистального рака ПК позволяет сократить сроки реабилитации, сохранив радикализм операции.

Применение малоинвазивных операций в лечении обтурационной кишечной непроходимости

А. Д. Нетков, Ю. В. Грубник, В. В. Крыжановский

ОНМУ, кафедра хирургии № 3 с курсом нейрохирургии

Обтурационная кишечная непроходимость одно из частых осложнений колоректального рака и составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. Послеоперационная летальность варьирует от 14 до 47%. При выполнении операции в степени декомпенсации кишечной непроходимости послеоперационные осложнения достигают 64,6%. Большинство операций при ОКН имеют ургентный характер и приводят к необходимости выбора оптимальной тактики лечения больных в кратчайшие сроки.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью путем применения малоинвазивных операций.

Материалы и методы. За период 2009 – 2016гг обследовано 123 пациента с кишечной непроходимостью различной степени компенсации (46 женщин и 77 мужчин). Возраст больных варьировал от 39 до 72 лет. В стадии компенсации – 42 больных, в стадии субкомпенсации – 50, в стадии декомпенсации – 31.

Основную группу составила из 53 пациентов, которым проведено эндоскопическое восстановление пассажа по кишечнику при помощи лазера и стентирование нитиновым стентом фирмы M.I.Tech (Ю. Корея), с последующим выполнением лапароскопических операций. Группа сравнения состояла из 70 пациентов, у которых операции выполнялись лапаротомным доступом.

Результаты исследования: Всем больным в основной группе проводилось восстановление пассажа по кишечнику с применением эндоскопических методик; после разреше-