J. W. A. Burger, J. A. Halm, A. R. Wijsmuller [et al.] // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 1320 – 1325.

Белянский Л.С., Абу Шамсия Р.Н., Дубенко Е.М., Васильев А.В., Кравченко Т. Г., Кальченко А. В.

Усовершенствование технических приёмов лапароскопической герниопластики.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, кафедра хирургии №1, Киевская городская клиническая больница №18

Резюме. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с первичной паховой грыжей путем усовершенствования технических приёмов выполнения лапароскопического хирургического вмешательства.

Материалы. Проведен ретроспективный анализ 125 видеолапароскопичних операций по поводу паховой грыжи у 112 (89,6%) мужчин и 13 (10,4%) женщин в возрасте 17 - 84 (57±19,8) лет по методике трансабдоминальной преперитонеальнои пластики (ТАПП) за период с 2013 по 2015 годы. Исследовались место и длина разреза брюшины, качество гемостаза при использовании энергии монополярных инструментов и биполярных, используя энергию электросварки живых тканей оборудованием «Патонмед», техника и полнота выделения грыжевого мешка, выбор типа протеза, его размеры, способ фиксации сетки и зашивания брюшины.

Выводы: 1. Применение для мобилизации и восстановления целостности брюшины биполярных ножниц с энергией электросварочного оборудования «Патонмед» позволяет выполнить минимальный разрез брюшины, практически исключить геморрагические осложнения и ускорить этап восстановления брюшины. 2. Возникновение хронической послеоперационной паховой боли связано с методикой фиксации протеза с помощью степлера. 3. Использование самофиксирующих сеток при лапароскопической протезной пластике по методике ТАПП позволяет избежать гематом, снизить количество сером, не вызывает хронической паховой боли в послеоперационном периоде. 4. Методика электросварки мягких тканей и современных протезных материалов позволяет уменьшить материальные затраты на операцию, что способствует большей популяризации лапароскопического вмешательства.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика, ТАРР, самофиксирующаяся сетка, электросварка.

L.S. Bilianskyi, R.N. Abu Shamsieh, Ye.M. Dubenko, A.V. Vasilyev, T.G. Kravchenko, A.D. Kalchenko

Improvement of Techniques in Laparoscopic Hernioplasty

Department of Surgery No 1
O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
Kyiv City Clinical Hospital No 18, Kyiv, Ukraine

Abstract. **The objective** of the research was to improve the results of treatment of patients with primary inguinal hernia through the improvement of laparoscopic technologies.

Materials and methods. A retrospective analysis of 125 videolaparoscopic surgeries for inguinal hernia in 112 (89.6 %) men and 13 (10.4 %) women at the age of 17-84 (57±19.8) years using trans-abdominal preperitoneal repair during 2013-2015 was made.

Results and discussion. In our opinion, 3 cases of the recurrence registered in Group I occurred due to insufficient size of mesh material. Hematoma was detected with ultrasound. In 2 cases, when using conventional polypropylene mesh, hematoma occurred due to inadequate hemostasis. Heavy-weight monofilament polyester mesh damaged the prosthesis surface and muscular aponeurotic “platform” to which it was fixed. So when using lighting grids there was no bruising at all.

Keywords: laparoscopic treatment of hernia; TAPP; electric welding of soft tissues.

Надійшла 23.06.2016 року.

УДК 616.345-089.844

Білянський Л. С., Пойда О. І., Мельник В. М., Кучер М. Д., Жельман В. О., Криворук М. І.

Пріоритетні напрямки відновних операцій на товстій кишці

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Український колопроктологічний центр, міська клінічна лікарня № 18, Київ, Україна

Резюме. Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих на захворювання товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання відновних операцій.

Матеріали. Проведено ретроспективний аналіз лікування 398 пацієнтів протягом 2006 – 2015 рр. на клінічній базі кафедри хірургії №1. З них: 283 (71,1%) були оперовані з приводу раку товстої кишки, а 115 (28,9%) з приводу виразкового коліту, хвороби Крона, родинного аденоматозного поліпозу, хронічного декомпенсованого колостазу, ускладненого перебігу дивертикулярної хвороби товстої кишки.

Результати. Автори надають перевагу виконанню первинно-відновних втручань. Первинні відновні операції були виконані у 301 (75,6%) хворого, вторинні - 97(24,4%). Протектуючу ілео-, колостому формували при субкомпенсованій обтураційній непрохідності товстої кишки, а також з метою протекції найбільш технічно складних анастомозів.

Висновки. 1. Розроблена тактика відновних операцій на товстій кишці передбачає пріоритет первинно відновних операцій, використання протипоказань до їх виконання, вибір типу, способу формування анастомозу, прогнозування та цілеспрямовану профілактику ускладнень, їх діагностику та лікування. 2.Використання розробленої тактики відновних операцій на товстій кишці сприяє зменшенню частоти виникнення ускладнень, зумовлених формуванням і загоєнням міжкишкових анастомозів до 2,3%, летальних наслідків до 0,2%.

Ключові слова. Відновні операції, міжкишкові анастомози, товста кишка.

Вступ. Висока актуальність проблеми відновних операцій на товстій кишці зумовлена медико-соціальними і хірургічними аспектами, зокрема, значним рівнем захворювань, особливо у пацієнтів соціально-активної вікової групи до 60 років, частим виконанням резекцій обструктивного типу в межах 20-92% [5], ускладненнями загоєння анастомозів у 5,3-17,6% та летальними наслідками у 11,2-14,8% випадків [5-8]. Незадовільні результати відновних операцій на товстій кишці у більшості випадків зумовлені недотриманням окремих положень, або відсутністю тактики їх виконання [5].

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих на захворювання товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання відновних операцій.

Виконання відновних операцій виключає необхідність формування довічної ілео- колостоми, за виключенням тимчасової, протектуючої і попереджує, таким чином, важку інвалідизацію оперованих хворих.

Матеріали та методи.

Протягом 2006 – 2015 рр. на клінічній базі кафедри – Республіканському проктологічному центрі України було

оперовано 398 пацієнтів. З них чоловіків - 207 (52%), жінок – 191 (48%). Вік пацієнтів становив в межах 17 – 92 років. З них: 283 (71,1%) були оперовані з приводу раку товстої кишки, а 115 (28,9%) з приводу виразкового коліту, хвороби Крона, родинного аденоматозного поліпозу, хронічного декомпенсованого колостазу, ускладненого перебігу дивертикулярної хвороби товстої кишки. Слід зазначити, що у 63 (15,8%) хворих на рак товстої кишки були встановлені ускладнення основного захворювання: хронічна обтураційна непрохідність товстої кишки, перфорація пухлини, перитоніт, параколічний спальний інфільтрат, зовнішні кишкові нориці. Супутні захворювання, переважно серцево-судинної системи, органів дихання, цукровий діабет, ожиріння діагностували у 87 (21,8%) хворих.

Обсяг радикального етапу хірургічного втручання виконували відповідно до діагнозу основного захворювання та його ускладнень з урахуванням загальноприйнятих стандартів при кожному із захворювань товстої кишки. Серед радикальних операцій при раку прямої кишки виконували передню резекцію - у 129 (32,4%) пацієнтів, черевно-анальну резекцію – у 19 (4,8%), а також проктектомію, міжсфінктерну або транссфінктерну резекції при низькій локалізації раку прямої кишки. При пухлинах ободової кишки відповідної локалізації виконували правобічну та лівобічну геміколектомії, відповідно – у 69 (17,3%) та 53 (13,3%) пацієнтів, резекцію сегментів ободової кишки (поперечно-ободової, сигмовидної) – у 12(3,0%). Операції з приводу дифузних запальних захворювань товстої кишки наступні: колектомія – у 19 (4,8%), колектомія з резекцією прямої кишки – у 17 (4,3%), колектомія з резекцією прямої кишки, доповнена мукозектомією – у 21 (5,3%) пацієнтів та інші радикальні операції.

Відновний етап хірургічних втручань передбачав формування міжкишкових анастомозів за допомогою сучасних циркулярних зшиваючих апаратів у 209 (52,5%) хворих, ручного кишкового шва - у 150 (36,8%), шляхом зведення кишкового трансплантату на промежину - у 39 (9,9%). Колоректальні анастомози формували - у 176 (44,2%), ілеоректальні - у 38 (9,7%), колоанальні - у 39 (9,9%), колоендоанальні - у 18 (4,6%), ілеоендоанальні - у 24 (6,2%), міжободові - у 32 (8,2%), тонкокишковоободові - у 71 (18,1%). Колоректальні та ілеоректальні анастомози формували за допомогою циркулярних зшиваючих апаратів. Тонкокишковоободові, міжободові, колоендоанальні, ілеоендоанальні - за допомогою ручного шва. Шляхом зведення формували колоанальні анастомози, переважно після проктектомії, міжсфінктерної, а також транссфінктерної резекцій прямої кишки.

Первинні відновні операції були виконані у 301 (75,6%) хворого, вторинні - 97 (24,4%). Протектуючу ілео-, колостому формували при наявній субкомпенсованій обтураційній непрохідності товстої кишки, а також з метою протекції найбільш технічно складних ілеоендоанального і колоендоанального анастомозів.

Результати та обговорення

Внутрішньочеревні ускладнення в ранньому післяопераційному періоді, зокрема, неспроможність швів анастомозів, перитоніт, абсцес черевної порожнини, анастомозит, стриктура анастомозу виникли у 9 (2,3%) оперованих хворих. З них неспроможність швів анастомозів – у 4 (1,0%), анастомозит – у 2 (0,5%), стриктура анастомоза – у 3 (0,7%). Вказані ускладнення були обумовлені переважно технічними труднощами виконання хірургічного втручання, внаслідок запущеного патологічного процесу за наявних відносних протипоказань: похилого віку пацієнта, ускладненого перебігу основного захворювання, супутніх захворювань. Летальний випадок виник у 1 (0,2%) пацієнта, внаслідок поширеного перитоніту обумовленого неспроможністю швів тонкокишково-ободового анастомозу.

Тактика виконання відновних операцій на товстій кишці передбачає пріоритет первинного відновлення безперервності і прохідності кишкового каналу, визначення протипоказань до формування міжкишкового анастомозу, диференційований підхід до вибору типу і способу його формування, з'єднання відрізків кишки, прогнозування та цілеспрямовану профілактику ускладнень, обумовлених загоєнням анастомозу, їх своєчасну діагностику та лікування. Опираючись на досвід клініки, ми сформували пріоритети тактики формування кишкових анастомозів.

1. Пріоритет первинного відновлення безперервності і прохідності кишкового каналу обумовлений більш сприятливими технічними умовами виконання цих операцій, порівняно із вторинними відновними операціями за рахунок відсутнього спайкового процесу, необхідності пошуку кукси прямої кишки розташованої глибоко в порожнині малого тазу, що зменшує ризик ятрогенних пошкоджень. Головна перевага первинних відновних операцій полягає в зменшенні термінів хірургічної реабілітації, оскільки зменшується кількість її етапів, збереження пацієнтами трудової орієнтації, активної соціальної і життєвої позиції.

2. Відмова від первинної відновної операції повинна бути достатньо обґрунтованою на підставі чітко визначених протипоказань. Абсолютні протипоказання: поширений гнійний перитоніт, профузна кровотеча, декомпенсована непрохідність товстої кишки, метаболічні порушення, обумовлені основним захворюванням та супутні захворювання в стадії декомпенсації. Виконання відновного етапу в таких випадках слід вважати необґрунтованим, оскільки він створює ризик виникнення ускладнень, які можуть привести до летального наслідку. До відносних протипоказань відносимо хронічну непрохідність товстої кишки в стадії субкомпенсації, травматичність радикального етапу операції, крововтрату з порушенням показників гемодинаміки, супутні захворювання в стадії субкомпенсації. Наявні відносні протипоказання також можуть бути достатньо обґрунтованою підставою для відмови від виконання відновного етапу. Однак за умови відповідного забезпечення медикаментозними препаратами, сучасних зшиваючих апаратів, фахівців з достатнім досвідом роботи в галузі відновної хірургії, кваліфікованого анестезіолога виконання відновної операції слід вважати можливим. В таких випадках пацієнти з відносними протипоказаннями створюють резерв для виконання первинно-відновних операцій. Абсолютними протипоказаннями до виконання вторинних відновних операцій вважаємо супутні захворювання в стадії декомпенсації, стійку до стимуляції атонію сфінктерного апарату прямої кишки, внаслідок тривалого періоду існування «синдрому відключеного анального каналу» (понад 3 роки).

3. Диференційований підхід до вибору типу та способу формування анастомозу, який залежить від діагнозу основного захворювання, наявних ускладнень, особливостей анатомічних умов між відрізками кишки після різних за обсягом радикальних операцій.

Вибір способу формування міжкишкового анастомозу є достатньо важливою складовою тактики виконання відновних операцій на товстій кишці. Для досягнення сприятливих функціональних результатів необхідно формувати анастомози, які забезпечують збереження анатомічної будови кишкового каналу, а саме, анастомоз типу «кінець в кінець». Анастомоз типу «кінець в бік» вважаємо доцільним використовувати після радикальних операцій, які передбачають видалення ілеоцекального кута. Доцільність формування анастомозу «кінець в бік» після зазначених радикальних операцій обумовлена необхідністю відтворення ілеоцекального відділу – функціонально важливої анатомічної структури. Вважаємо, що анастомоз типу «бік у бік» не має достатньо обґрунтованих підстав для широкого використання, оскільки він конструктивно не відтворює жодної з наявних анатомічних взаємовідносин між відділами кишкового каналу.

Важливим також є вибір методу формування міжкишкового анастомозу. Слід зазначити, що на сьогодні в хірургії товстої кишки використовують всі відомі методи формування анастомозів на товстій кишці, а саме, за допомогою циркулярних зшиваючих апаратів третього покоління, ручним кишковим швом, шляхом зведення кишкового трансплантату на ділянку промежини. Однак

кожен з цих методів слід використовувати відповідно до чітко визначених показань.

За допомогою сучасних зшиваючих апаратів переважно формували колоректальний та ілеоректальний анастомози. Це обумовлено значними технічними труднощами їх формування за допомогою інших методів, а також можливістю трансанального введення картриджу зшиваючого апарата. Однак технічні аспекти колоректального та ілеоректального анастомозів суттєво відрізняються.

При формуванні стиплерного колоректального анастомозу "кінець в кінець" слід враховувати локалізацію внутрішнього сфінктера, запобігати його ушкодженню. При цьому відрізок прямої кишки повинен бути не менше 4 см. Формування анастомозу при коротшій куксі прямої кишки збільшує ризик неспроможності у зв'язку з потовщенням стінки прямої кишки. Надлишок привідного відрізку повинен бути в межах 10 см, що попереджує натяг ділянки анастомозу після видалення апарату та скорочення відрізку прямої кишки.

Степлерний ілеоректальний анастомоз слід формувати за типом «кінець в бік» у зв'язку з невідповідністю діаметрів, а також створення анатомічних співвідношень, сприятливих для моделювання видаленого внаслідок колектомії ілеоцекального відділу. При цьому важливим є створення умов для забезпечення транзиту хімуса з порожнини клубової кишки в порожнину кукси прямої кишки в напрямку її купола, що уповільнює швидкість транзиту та зменшує навантаження на ділянку сфінктерного апарату. Зазначені особливості транзиту сприяють інтенсивнішому перебігу процесів кишкового травлення і всмоктування, зменшенню частоти випорожнень, ступеню вираженості постколектомічного синдрому. Для створення зазначених анатомічних співвідношень між відрізками клубової та прямої кишок при формуванні ілеоректального слід забезпечувати надлишок відрізку здухвинної кишки не менше 15 см, кукси прямої кишки від анокутанної лінії – 12-14 см. При цьому анастомоз необхідно формувати з передньою стінкою кукси прямої кишки на відстані 4-5 см від її купола у зв'язку з тим, для профілактики ризику ішемії ділянки купола та лінії анастомозу і неспроможності швів. З використанням зазначених положень був розроблений спосіб відновлення безперервності кишкового каналу після колектомії [1].

Зменшенню ризику виникнення ускладнень загоєння стиплерного колоректального та ілеоректального анастомозів сприяє вибір діаметра голівки стиплера, відповідно до діаметру відрізків кишки, які підлягають з'єднанню. При сигморектальному та десцендоректальному анастомозах оптимальним є діаметр голівки 29 мм, а трансверзоректальному та асцендоректальному - 31 або 33 мм. При формуванні ілеоректального анастомозу достатнім є діаметр головки 25 мм.

Ручний кишковий шов використовували при формуванні тонкокишковоободових, міжободових, а також колоанального та ілеоанального анастомозів. Перевагу ручному кишковому шву над механічним швом надавали у зв'язку з недоцільністю використання сучасних зшиваючих апаратів при формуванні зазначених анастомозів. Із урахуванням вищесказаного було розроблено спосіб формування ілеоендоанального анастомозу [2] та спосіб формування колоендоанального анастомозу [3]. Зазначені способи формування цих найбільш технічно складних анастомозів передбачають часткове ендоанальне розташування привідного відрізку тонкої або ободової кишок у порожнині демукозованого хірургічного анального каналу, проксимальніше значної частини порцій сфінктерів прямої кишки з наступним їх зшиванням на двох рівнях: по краю зрізу хірургічного анального каналу та зрізу привідного відрізку здухвинної або ободової кишок. Враховуючи технічну складність формування та значний ризик неспроможності швів, ці анастомози слід відключати тимчасовою протектуючою ілеостомою або трансверзостомою, відповідно. Вказані протектуючі стоми, за нашим досвідом, слід «закривати» через 2-4 міс., за умови хорошої якості анастомозу з локального доступу.

Важливим є вибір способу накладання кишкового шва. Ми вважаємо, що фізіологічним є однорядний вузловий шов, який забезпечує адаптацію відрізків кишки і не викликає значної ішемії. Таким вимогам значною мірою відповідає розроблений спосіб однорядного евертованого кишкового шва [4]. Цей шов забезпечує співставлення відрізків кишок за типом прецизійної адаптації «шар до шару», еверсію ділянки шва, одночасну перитонізацію, що сприяє неускладненому перебігу процесів загоєння анастомозу за типом первинного натягу, виключає звуження просвіту кишки.

Зведення кишкового трансплантату на ділянку промежини слід використовувати обмежено, в окремих випадках, при формуванні колоанального анастомозу, у зв'язку з відомими негативними її наслідками, зокрема, анальної інконтиненції. Тому відновну операцію типу зведення вважаємо за доцільне виконувати лише після проктектомії, транссфінктерної або міжсфінктерної резекції прямої кишки – радикальних операцій, при яких відсутній відрізок анального каналу, а залишається лише його м'язовий футляр, стінки якого представлені структурами сфінктерного апарату прямої кишки.

Прогнозування ризику виникнення ускладнень відновного етапу хірургічних втручань, використання відповідних ефективних методів їх профілактики, діагностики та лікування сприяли зменшенню частоти виникнення інтраопераційних пошкоджень органів черевної порожнини та заочеревного простору, особливо при виконанні вторинних відновних операцій, неспроможності швів анастомозів, перитоніту, анастомозиту, стриктури анастомозу, своєчасному їх розпізнаванню та ефективному лікуванню.

Висновки

1. Розроблена тактика відновних операцій на товстій кишці передбачає пріоритет первинно відновних операцій, використання протипоказань до їх виконання, вибір типу, способу формування анастомозу, прогнозування та цілеспрямовану профілактику ускладнень, обумовлених виконанням відновного етапу, їх діагностику та лікування.

2. Використання розробленої тактики відновних операцій на товстій кишці сприяє зменшенню частоти виникнення ускладнень, зумовлених формуванням і загоєнням міжкишкових анастомозів - до 2,3%, летальних наслідків - до 0,2%.

Література

1. Патент 71531 Україна. МПК A 61 B 17/00. Спосіб відновлення безперервності кишкового каналу після колектомії. / О.І. Пойда, В.М. Мельник. (Україна). – Заявл. 30.03.12; Опубл. 10.07.12. // Бюл. № 13.

2. Патент 18993 Україна. МПК A 61 B 17/00. Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу. О.І. Пойда, В.М. Мельник (Україна). – Заявл. 5.07.06; Опубл. 15.11.06. // Бюл. №11.

3. Патент 18994 Україна. МПК A 61 B 17/00. Спосіб формування колоендоанального анастомозу. В.М. Мельник, О.І. Пойда (Україна). – Заявл. 5.07.06; Опубл. 15.11.06. // Бюл. № 11.

4. Патент 35325 А Україна. МПК A 61 B 17/00. Спосіб накладання однорядного евертованого кишкового шва. / В.М. Мельник, О.І. Пойда, Л.Г. Заверний, М.П. Ковальський, Ф.Г. Ткаченко. (Україна). – Заявл. 22.09.99; Опубл. 15.03.01 // Бюл. №2.

5. Пойда А.И. Восстановительные операции на толстой кишке. /Пойда А.И., Мельник В.М. – К.: Издательский центр «Имидж Украины». – 368 с.

6. Kumar A. Anterior resection for rectal carcinoma - risk factors for anastomotic leaks and strictures./ Kumar A, Daga R, Vijayaragavan P, Prakash A, Singh RK, Behari A, Kapoor VK,Saxena R //World

J. Gastroenterol. – 2011. - Mar 21. - № 17(11). – P. 1475-1479.

7. Maggiori L. Laparoscopic colorectal anastomosis using the novel Chex circular stapler: acase-control study./ Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Chevalier Y, Panis Y. //Colorectal Dis. – 2011. – Jun. - №13(6). – P. 711-715.

8. Neutzling CB. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery./ Neutzling CB., Lustosa SA, Proenca IM, da Silva EM, Matos D //Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Feb. 15. - № 2:

Белянский Л.С., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер Н.Д., Жельман В.А., Криворук М.И.

Приоритетные направления восстановительных операций на толстой кишке

Национальний медицинский университет имени А.А.Богомольца

Украинский колопроктологический центр, городская клиническая больница № 18, Київ, Украина

Резюме. Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями толстой кишки, путем усовершенствования тактики выполнения восстановительных операций.

Материалы. Проведен ретроспективный анализ лечения 398 пациентов в течение 2006 - 2015 на клинической базе кафедры хирургии №1. Из них 283 (71,1%) были прооперированы по поводу рака толстой кишки, а 115 (28,9%) - по поводу язвенного колита, болезни Крона, семейного аденоматозного полипоза, хронического декомпенсированного колостаз, осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки.

Результаты. Авторы предпочитают выполнению первично-восстановительных вмешательств. Первичные восстановительные операции были выполнены у 301 (75,6%) больного, вторичные - 97 (24,4%). Протективную илео- колостому формировали при субкомпенсированной обтурационной непроходимости толстой кишки, а также с целью протекции наиболее технически сложных анастомозов.

Выводы. 1. Разработанная тактика восстановительных операций на толстой кишке предусматривает приоритет первично восстановительных операций, использование противопоказаний к их выполнению, выбор типа, способа формирования анастомоза, прогнозирования и целенаправленную профилактику осложнений, их диагностику и лечение.

2. Использование разработанной тактики восстановительных операций на толстой кишке способствует уменьшению частоты осложнений, обусловленных формированием и заживлением межкишечных анастомозов - до 2,3%, летальных исходов - до 0,2%.

Ключевые слова. Восстановительные операции, межкишечные анастомозы, толстая кишка.

L.S. Bilianskyi, O.I. Poyda, V.M. Melnik, M.D. Kucher, V.O. Zhelman, M.I. Krivoruk

Priority Directions of Reconstructive Surgery of the Colon

Department of Surgery No 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Ukrainian Coloproctological Center, Kyiv City Clinical Hospital No 18, Kyiv, Ukraine

Abstract. **The objective** of the research was to improve the results of surgical treatment of patients with diseases of the colon through the improvement of reconstructive surgery tactics.

Materials and methods. A retrospective analysis of treatment of 398 patients treated at the Department of Surgery No 1 during 2006-2015 was made. 283 (71.1%) patients were operated on for colon cancer and 115 (28.9%) patients were operated on for ulcerative colitis, Crohn's disease, familial adenomatous polyposis, chronic decompensated colostasis, and diverticular disease.

Results. The authors preferred primary reconstructive interventions. Primary reconstructive interventions were performed in 301 (75.6%) patients; secondary reconstructive interventions were performed in 97 (24.4%) patients. Protective ileo-, colostomy were constructed in case of subcompensated obstruction as well as to prevent the most technically difficult anastomoses.

Conclusions. 1. The developed tactics of reconstructive surgery of the large intestine gives the priority to primary reconstructive interventions including the use of contraindications to their implementation, the choice of the method for forming an anastomosis, prediction and targeted prevention of complications, their diagnosis and treatment. 2. The use of the developed tactics of reconstructive surgery of the colon contributed to the reduction in the incidence of complications caused by the formation and healing of intestinal anastomosis to 2.3%, deaths - to 0.2%.

Keywords: reconstructive surgery; intestinal anastomoses; colon.

Надійшла 04.07.2016 року.

УДК 616-089.15/16 + 616-089.12 + 616.147.17 - 007.64+616-06

Богуш А. Є., Соломчак П. В.

Порівняльна характеристика сучасних модифікацій операції Мілліган-Моргана в лікуванні ускладненого геморою

Центральна міська клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. В умовах хірургічного відділення центральної міської клінічної лікарні (ЦМКЛ) м. Івано-Франківська за період 2012-2015 роки оперативно оздоровлено 284 пацієнти з третім та четвертим ступенем геморою. Вивчено результати вираженості післяопераційного болю, тривалості перебування в стаціонарі і періоду реабілітації в трьох групах, де проводилася класична геморойектомія за Мілліган-Морганом та з використанням електрокоагуляційної установки фірми ERBE ACC450 і високочастотного електрокоагулятора ЕК-300М1. Проаналізувавши отримані дані, встановлено, що електрокоагуляційна геморойектомія має перевагу над класичною, економічно обгрунтована та сприяє швидшій реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді.

Ключові слова: геморой, геморойектомія, електрокоагуляція.

Вступ. Геморой - одне з найпоширеніших захворювань (10-15%) , зустрічається у 100 - 120 осіб на тисячу дорослого населення [1]. За даними ряду авторів (Воробьев Г.И. и соавт., 2004; Мамчич В.І. і співавт., 2006; Gupta P.J., 2007) питома вага геморою серед захворювань прямої кишки коливається від 32 до 42%. Значного поширення це захворювання набуває в індустріально розвинутих країнах світу, що набуває характеру епідемії, і призводить до ураження великої кількості людей працездатного віку, тривалої тимчасової непрацездатності, тощо. За даними вітчизняних та закордонних авторів хірургічному лікуванню геморою підлягає до 30% пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою. Геморойектомія посідає перше місце в структурі оперативних втручань на прямій кишці будь-якого загальнохірургічного та проктологічного стаціонарів. Незважаючи на швидкий розвиток малоінвазивних технологій в лікуванні геморою, операція запропонована Milligan і Morgan залишається найбільш радикальним втручанням при геморої третього та четвертого ступеня. Післяопераційний біль та тривалий період реабілітації сприяє швидкому розвитку малоінвазивних та не завжди радикальних технологій оперативних втручань. Дані втручання доволі часто пропонуються в приватних амбулаторно-поліклінічних закладах, як альтернатива операції Міллігана-