

ИНСТИТУТ ЭЛЕКТРОСВАРКИ им. Е. О. ПАТОНА НАН УКРАИНЫ
МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ «СВАРКА»



Девятая международная научно-практическая конференция

**СВАРКА И ТЕРМИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА
ЖИВЫХ ТКАНЕЙ.
ТЕОРИЯ. ПРАКТИКА. ПЕРСПЕКТИВЫ.**

**ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ.
СБОРНИК ТЕЗИСОВ ДОКЛАДОВ.**

28–29 ноября 2014 г.
г. Киев, ИЭС им. Е.О. Патона НАН Украины

Киев 2014

<i>Косенко О.П.</i> Елементи пластичної хірургії з застосуванням апарату «ПАТОНМЕД» при виконанні гемороїдектомії	31
<i>Подпрятков С.Є., Подпрятков С.С., Маринський Г.С., Ткаченко В.А., Чернець О.В., Лопаткіна К.Г., Буряк Ю.З., Сердюк В.К., Васильченко В.А., Сидоренко Д.Ф., Гичка С.Г.</i> Стінка шлунку та кишечнику як об'єкт електрохірургії	32
<i>Березницький Я.С., Сулима В.П., Маліновський С.Л.</i> Хірургічне лікування хронічного геморою з коагуляцією біологічних тканин	32
<i>Худецький І.Ю., Масалов Д.В., Нікрітін О.Л., Нестерова О.І., Ліщишин М.З., Пономаренко В.О., Улянчич Н.В., Интелегатор Д.О.</i> Багатофункціональний електротермохірургічний апарат для стоматології та щелепно-лицьової хірургії на базі БТА-300М1	33
<i>Калабуха І.А., Іващенко В.Є., Волошин Я.М., Маєтний Є.М., Хмель О.В., Кононенко В.А.</i> Порівняння виконання торакотомічного доступу із застосуванням зварювальної технології та використанням біполярної діатермії	34
<i>Дорошук В.О., Ткаченко С.М., Солонін П. К., Тарнавський Д. В., Міластная А. Г., Ткаченко В.В.</i> Досвід використання високочастотного зварювання у ветеринарній хірургії	35

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

<i>Абизов Р.А., Булавин Л.А., Онищенко Ю.І., Божко Н.В., Актан Е.Ю.</i> Биомолекулярные основы ВЧ-электросварки голосовой складки	38
<i>Байштрук Е.Н., Ланкин Ю.Н., Осечков П.П., Романова И.Ю., Семикин В.Ф., Суший Л.Ф.</i> Система автоматического регулирования процесса биполярной высокочастотной сварки мягких биологических тканей	38
<i>Башеев В.Х., Бондаренко Н.В., Ковальчук А.И., Совпель И.В.</i> Использование аппарата сварки мягких тканей при операциях по поводу рака прямой кишки	39
<i>Белоусова И.Ю., Хойдра К.Ю., Лебедев А.В.</i> Моделирование сварки живых тканей с помощью программного комплекса АВАQUS	40
<i>Бойко И. А., Лебедев А. В.</i> Применение компьютерного моделирования для проектирования сварочных швов кровеносных сосудов	40
<i>Булавин Л.А., Забашта Ю.Ф., Вергун Л.Ю., Свечнікова О.С., Єфіменко А.С.</i> Фізичні особливості регенерації м'яких тканин в області зварювання під дією постійного магнітного поля	41
<i>Гвоздецький В.С.</i> Термоструменеві ендоскопічні коагулятори	42
<i>Дорошук В.О., Солонін П. К., Ткаченко С.М., Міластная А. Г., Ткаченко В. В., Тарнавський Д. В.</i> Опыт применения и внедрение ВЧ-электросварки при кастрации в ветеринарной хирургии	42
<i>Дорошук В.О., Ткаченко С.М., Солонін П. К., Тарнавський Д. В., Міластная А. Г., Ткаченко В.В.</i> Застосування апарату ВЧ-електрозварювання ЕКВ3-300 «ПАТОНМЕД» для проведення овариогістеродектомії та мастектомії у кішок	43
<i>Зельниченко А.Т.</i> Аппарат ЕК-300М1 – 15 лет на рынке Украины	45
<i>Калабуха І. А., Маєтний Є. М., Хмель О. В., Іващенко В. Є., Веремеєнко Р.А., Волошин Я. М., Брянський М.В.</i> Використання біологічного зварювання при відеоторакокопічних оперативних втручаннях у пацієнтів хворих на мультирезистентний туберкульоз легень	45
<i>Капиштарь А.В.</i> Гемостаз ложа желчного пузыря сочетанием электрокоагуляции с тугой тампонадой после холецистэктомии из минидоступа у больных острым холециститом	46
<i>Капиштарь А.В., Капиштарь А.А.</i> Диатермокоагуляция разрывов печени при закрытой травме печени	47
<i>Кваченюк А.М., Сук Л.Л., Черенок Є.П.</i> Інструментарій для високочастотного електрозварювання в хірургії щитоподібної залози	48
<i>Косенко О.П.</i> ВОВ (bipolar over branches) – новий хірургічний біполярний електрозварювальний інструмент	50

Матеріали та методи. Було обстежено 54 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень ускладнених плевральними випотами різної ступені контамінації в процесі їх лікування. Для оцінки результатів досліджень пацієнти були розподілені по групах. До I групи залучені пацієнти, у яких виконувалася втручання з використанням зварювального коагулятора ЕК300М1. До II групи (порівняння) – пацієнти у яких використали типові відеоторакоскопічні втручання.

Диссекцію тканин грудної стінки та адгезиоліз проводили комплексом ЕК 300 М1 у 15 умовних одиниць, який був вибраний нами як оптимальний для ендоскопічних втручань.

Результати хірургічної допомоги оцінювали за проявами герметизму, адекватності гемостазу, тривалості втручання та технічних можливостях застосування. Оцінювалася тривалість плевральної ексудації в післяопераційному періоді та кількість ексудату. Також аналізовані терміни післяопераційного лікування в стаціонарі.

Розтин плевральних напластунків проводився у режимі «РІЗАННЯ» під візуальним контролем. Коллапс легені досягався формуванням штучного пневмотораксу за 2-4 години перед оперативним втручанням та відкритим пневмотораксом при оперативному лікуванні. Інсуфляції газу в плевральну порожнину не застосовували.

Адгезиоліз зварювальним комплексом ЕК300М1 порівнювали з традиційними методиками. Відмічено кращий візуальний контроль при відеоторакоскопічних маніпуляціях за рахунок зменшення задимлення операційного поля при використанні зварювального комплексу. Відзначена суттєва різниця в тривалості виконання вісцеролізу, як за рахунок кращої візуалізації операційного поля, так і за рахунок тривалості процедури при застосуванні режиму «РІЗАННЯ».

Обробка біопсійних поверхонь для культурального та цитологічного дослідження зварювальним комплексом ЕК300М1 у режимі «ЗВАРЮВАННЯ» дозволила зменшити кількість ексудату в ранньому післяопераційному періоді на 38 %. Тривалість ексудації в післяопераційному періоді в групі дослідження зменшилася на 23 %. Відмінностей у виразності больового синдрому та медикаментозному навантаженні у досліджуваних групах не визначено.

Відзначено скорочення терміну післяопераційного перебування в стаціонарі на 12 %. У всіх зазначених пацієнтів післяопераційний період проходив без особливостей. Інтраопераційних чи післяопераційних ускладнень не було.

Робота виконана за рахунок державного бюджету.

Таким чином, застосування біологічного зварювання при відеоторакоскопічних втручаннях у пацієнтів хворих на мультирезистентний туберкульоз легень дозволяє провести раннє культуральне дослідження з метою морфологічної верифікації діагнозу та скоротити терміни хірургічного лікування.

ГЕМОСТАЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СОЧЕТАНИЕМ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ С ТУГОЙ ТАМПОНАДОЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кашицарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить эффективность гемостаза ложа желчного пузыря после холецистэктомии из минидоступа (МХЭ) у пациентов с острым холециститом, используя высокочастотный электрохирургический аппарат ЕХВА-350М/120Б «Надія-2», производства Национального технического университета Украины «Киевского политехнического института» в сочетании с тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором.

Материал и методы. С 2006 по 2013 годы в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, являющимся базой кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, находились на лечении 355 больных с острым калькулёзным холециститом, которым выполнена МХЭ от шейки правосторонним вертикальным трансректальным доступом. Мужчин

было 79 (22,3 %), женщин – 276 (77,7 %) в возрасте 22 – 84 года. Катаральная форма острого холецистита диагностирована у 66 (18,5 %) пациентов, флегмонозная – у 176 (49,6 %), гангренозная – у 101 (28,5 %) и перфоративная – у 12 (3,4 %).

Результаты исследования. При субсерозной холецистэктомии кровотечение из ложа желчного пузыря было незначительным. Однако, у 150 (42,3%) больных в связи с гнойным пропитыванием тканей, грубыми фиброзно-склеротическими сращениями не удалось выполнить субсерозную МХЭ, вследствие чего образовалась обширная раневая поверхность печени.

Вначале гемостаз ложа желчного пузыря осуществляли тугой тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, придавливая её к печени печёночным зеркалом в течение 3-5 минут. Это позволило значительно уменьшить желче- и кровоистечение из мелких желчных протоков и сосудов в результате коагуляции белка и ускорения свертывания крови. Таким образом были созданы хорошие условия для визуальной идентификации источника продолжающегося кровотечения, диаметр сосудов которых не превышал 1,5 мм. В последующем использовали монополярный электродержатель, осуществляя электрокоагуляцию кровоточащих сосудов. В результате сочетанного применения указанных методов был достигнут надёжный холе- и гемостаз в ложе желчного пузыря, исключена излишняя термическая травма, связанная с воздействием электрического тока по всей площади ложа желчного пузыря. Кроме того, уменьшился объём прилипания продуктов карбонизации к электроду, что позволило сократить время необходимое для коагуляции, а в итоге – и общее время длительности операции. Ложе желчного пузыря не ушивали, оставляя открытым. Подпечёночное пространство дренировали через контрапертуру в правом подреберье 2 полихлорвиниловыми дренажами. В процессе операции у 352 (99,2 %) пациентов в ложе желчного пузыря достигнут надёжный холе-, гемостаз. У 3 (0,8 %) больных с циррозом печени, применяемые методы оказались не эффективными, что потребовало расширить оперативный доступ и перевести его в Mirizzi с последующим ушиванием ложа желчного пузыря линейным швом, используя кетгут. В послеоперационном периоде осложнения, связанные с обработкой ложа желчного пузыря, развились у 2 (0,5 %) пациентов и проявились образованием поддиафрагмальной биломы. Им выполнена релапаротомия минилапаротомным боковым косым доступом, вскрытие поддиафрагмальной биломы. Умерли 3 (0,8 %) пациентов (отёк легких-1, острый инфаркт миокарда-1, массивная тромбоэмболия лёгочной артерии-1).

Заключение. Применяя электрокоагуляцию с помощью высокочастотного электрохирургического аппарата ЕХВА-350М/120Б «Надія-2» ложа желчного пузыря после МХЭ по поводу острого холецистита с предварительной тугой тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, достигнут надёжный холе-, гемостаз, уменьшена травматичность, площадь и время коагуляции, риск осложнений, длительность операции.

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ РАЗРЫВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

А.В. Капшитарь, А.А. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить результаты внедрения в клиническую практику высокочастотного электрохирургического аппарата ЕХВА-350М/120Б «Надія-2», производства Национального технического университета Украины «Киевского политехнического института» с целью гемостаза при разрывах печени у пострадавших с закрытой травмой живота.

Материал и методы исследования. На кафедре общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ с 2006 года внедрена в хирургическую практику диатермокоагуляция аппаратом ЕХВА-350М/120Б «Надія-2» в биполярном режиме. В настоящей работе осуществлён анализ результатов диатермокоагуляции разрывов печени у 22 пострадавших, что составило 12% от числа всех пациентов с закрытой травмой печени. Мужчин было 17 (77,3%), женщин – 5 (22,7%) в возрасте 18-56 лет. Обстоятельствами травмы были у 11 (50%) пострадавших ДТП, у 5 (22,7%) – кататравма, у 5 (22,7%)