

Міністерство охорони здоров'я України  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації  
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої  
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## **«ІІ БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»**

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

УДК: 617(063)

Б 90

Матеріали науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 3-4 жовтня 2019 року). – Чернівці: Видавництво БДМУ, 2019. – 72 с.

У збірнику представлені тези наукових робіт і доповідей учасників науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

в крові збільшувався до  $17,8 \pm 3,2$  ммоль/л, набував торпідного характеру перебігу і вимагав спеціальної корекції підібраними дозами інсуліну. Зазначені зміни вуглеводного обміну трактувались як наслідок ураження паренхіми підшлункової залози при панкреонекрозі з руйнуванням ендокринного апарату (острівців Лангерганса) органа. У даних клінічних ситуаціях рівень глікемії являв собою об'єктивний предиктор тяжкості ГП. У 6-ти осіб (5%) з гнійно-некротичним панкреатитом після проведеного операційного втручання з необхідністю видалення девіталізованих тканин шляхом некр-секвестректомії в зоні тіла і хвоста підшлункової залози виникала гіперглікемія на рівні  $12,3 \pm 3,8$  ммоль/л, яка не нормалізувалася і до моменту виписки з стаціонару, що являло собою початковий прояв розвитку цукрового діабету.

**Висновки.** Порушення вуглеводного обміну, які виникають у клінічному перебігу ГП зумовлені різними чинниками, а саме стресовою реакцією, руйнуванням ендокринних клітин підшлункової залози внаслідок гнійно-некротичного процесу, а також розвитком цукрового діабету у післяопераційному періоді. Зазначені порушення вимагають клінічної оцінки з врахуванням при визначенні схем медикаментозної корекції та прогнозування тяжкості перебігу захворювання.

*О.А. Біленко, І.Л. Маланченко*

Одеський національний медичний університет, Одеса

## **НОВІ НАПРЯМКИ В ХІРУРГІЇ РАКУ ПРАВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ (РППОК)**

**Вступ.** За останні кілька десятиліть в Україні спостерігається постійне зростання захворюваності на РППОК. Незважаючи на значний прогрес хіміотерапії, в лікуванні первинного неметастатичного РППОК хірургічний метод залишається основним методом лікування. Хоча, радикальні резекції ободової кишки, особливо її правих відділів, вважаються технічно більш опрацьованими, результати хірургічного лікування залишаються гіршими, ніж при раку лівої половини. Одним з факторів, здатних вплинути на результати лікування даної категорії хворих, є впровадження методики D3-лімфодисекції разом з СМЕ (повна мезоколонектомія) і CVL (центральне лігування судин), які

були описані Hohenberger W. (2009). Він сконцентрував увагу на виконанні даних принципів, які передбачають виділення частини кишки з брижі в межфасціальному ембріологічному шарі зі збереженням цілісності фасції, що покриває клітковину брижі з лімфовузлами. Завдяки цьому досягається видалення максимально можливого числа регіонарних лімфатичних вузлів, які потенційно можуть бути вражені метастазами. Крім цього, мезоколонектомія дозволяє зберегти цілісність брижі ураженої ділянки, не порушуючи її кровоносної та лімфатичної системи, оскільки виконання цих умов орієнтоване на поліпшення онкологічних результатів. Доцільно зауважити, що у східних країнах (Японія), D3-лімфодисекція вже є стандартним компонентом хірургічного лікування РППОК. Вперше даний принцип був застосований аналогічно виконанню мезоректумектомії при раку прямої кишки Heald RJ в 1982 році, що істотно дозволило знизити частоту місцевих рецидивів.

Оскільки на сьогоднішній день немає великих рандомізованих досліджень, які оцінюють ефективність та виправданість такого підходу, метою нашої роботи стало проведення попереднього аналізу результатів D2- і D3- лімфодисекцій при лікуванні хворих з РППОК.

**Матеріали і методи.** На базі Одеського обласного онкологічного диспансеру за період з 2016 по 2018 роки було прооперовано в радикальному обсязі 157 пацієнтів, з них – у 11 виконана радикальна правобічна геміколектомія з D3- лімфодисекцією і тотальною мезоколонектомією, у решти пацієнтів – традиційна правобічна геміколектомія. При виконанні розширеного обсягу оперативного втручання керувалися такими принципами: тотальна мезоколонектомія з дотриманням футлярно-фасціальної будови в межах ембріологічних шарів, D3-лімфодисекція, що передбачає видалення параколичних, метаколичних і апікальних лімфовузлів, «висока» перев'язка судин, зміна парадигми ходу мобілізації від латерально-медіального до медіально-латерального, дотримання принципу «notouch».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Хірургічні втручання з D3-лімфодисекцією супроводжувалися незначним збільшенням часу операції (до 30

хвилин). Одним із специфічних ускладнень даної операції була пролонгація лімфореї. Летальність в досліджуваній групі не відзначалася.

Отримані результати дозволяють оцінити правосторонню геміколектомию з тотальною мезоколонектомією і D3-лімфодисекцією як втручання, яке дозволяє видалити більшу кількість регіональних лімфовузлів, що, ймовірно, дозволить знизити частоту місцевих рецидивів і збільшити загальну виживаність у цій групі хворих.

**Висновки.** Виконання розширеної D3-лімфодисекції не супроводжується збільшенням рівня післяопераційних ускладнень і летальності у даної категорії хворих. Такий розширений обсяг лімфодисекції зможе забезпечити адекватне визначення стадії захворювання. Для обґрунтованого доказу передбачуваного поліпшення віддалених результатів потрібно продовжити дослідження. Актуальною залишається можливість впровадження даного оперативного методу в якості стандарту для широкого використання у даної групи хворих, задовольняючи всім вимогам онкологічної радикальності без збільшення частоти ускладнень.

*О.Б. Боднар, Л.І. Ватаманеску, Б.М. Боднар, В.С. Хащук*

ВДНЗУ “Буковинський державний медичний університет”, Чернівці

### **ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОВСТОКИШКОВОГО СТАЗУ У ДІТЕЙ**

**Вступ.** Однією з частих причин запорів у дітей є порушення фіксації товстої кишки (6,8-30%) у вигляді природженого недорозвинення або відсутності фіксуєчих анатомічних утворень товстої кишки, які призводять до колоноптозу, провисання правого та лівого вигинів поперечної ободової кишки (ПОК), утворенню гострих перегинів, колоноптоз.

Проблема діагностики, вибору методу лікування та способу хірургічної корекції аномалій розвитку ободової кишки (ОК) є актуальною та недостатньо вирішеною.

Мета роботи. Вивчити клінічні прояви та віддалені результати хірургічного лікування дітей з хворобою Пайра та синдромом Хілаїдіті.