

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 «ІІ 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 «ІІ Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

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, колоноптозу.

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.

**Матеріали і методи.** За період з 2000 по 2018 роки нами було обстежено 58 дітей з хворобою Пайра та 3 з синдромом Хілаїдіті. Для оцінки ефективності проведених хірургічних втручань діти були розділені на дві групи.

В I групі 11 з хворобою Пайра, 1- синдромом Хілаїдіті (2000-2008 рр.) – проведений аналіз хірургічного лікування традиційними способами.

В II групі 13 з хворобою Пайра, 1 – синдромом Хілаїдіті (2009-2018 рр.) – проведений аналіз хірургічного лікування запропонованими способами. При хворобі Пайра проводили розділення спайок в ділянці лівого вигину ОК та розсічення лівої діафрагмально-ободової зв'язки. Мобілізували надлишкову провисаючу частину ПОК. Виконували резекцію ПОК з відновленням прохідності шляхом накладання анастомозу кінець в кінець вузловими однорядними інвертованими швами (PDS 40). Виконували вкладання та фіксацію лівого вигину ОК до задньої-бокової черевної стінки у фізіологічному положенні (13 дітей). При синдромі Хілаїдіті – вилучення з піддіафрагмального простору правих відділів ОК, резекція правого вигину ОК з асцендо-трансверзоанастомозом “кінець у кінець” та правобічною колофіксацією сформованого асцендо-трансверзопереходу, гепатопексія (1 дитина). При наявності у дітей II групи недостатності ілеоцекального замикального апарата III ступеня, окрім основного етапу операції проводили апендектомію та баугінеопластику. Операція баугінеопластики виконана 6 дітям II групи (5 – хворобою Пайра та 1 – синдромом Хілаїдіті).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В післяопераційному періоді рецидив хронічних запорів у дітей I групи був в 45,45%, в II групі лише у 1 дитини (7,69%). Відновлення болю в животі після операції було у 50% пацієнтів I групи та 9,09 % – II групи. В післяопераційному періоді, метеоризм та “неприємні відчуття в животі” виникали у 33,33% I групи та не було в II групі. Недостатність ілеоцекального замикального апарата прогресувала в 100% пацієнтів I групи та зникала в II групі. Слід зазначити, що клінічні прояви захворювання у дітей основної групи були періодичними та легко піддавалися консервативній терапії

При синдромі Хілаїдіті у дитини порівняльної групи через 2 роки після операції спостерігалось відновлення хронічних запорів та болю в животі, що важко піддавалось консервативній терапії. Стан пацієнта II групи задовільний.

**Висновки.** Метою хірургічного лікування аномалій фіксації ОК у дітей є усунення ембріологічної причини хронічного колостазу та її наслідку у поєднанні з колофіксацією лівого вигину або правого вигину ОК у фізіологічному положенні. Для хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей може бути використана операція: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекція ПОК та колофіксація лівого вигину ОК. З метою хірургічного лікування синдрому Хілаїдіті у дітей доцільно застосувати: резекцію правого вигину ОК з асцендотрансверзоанастомозом “кінець у кінець”, колофіксацію правого вигину ОК. Наявність недостатності ілеоцекального замикального апарата при аномаліях фіксації ОК у дітей повинна супроводжуватися операцією баугінеопластики.

*А.О. Бондаревський\*, В.М. Роговський\*\*, Б.М. Коваль\*\*\**

Українська військово-медична академія\*, Національний військовий медичний клінічний центр “Головний військовий клінічний госпіталь”\*\*,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця\*\*\*, Київ

## **ТИМЧАСОВЕ ШУНТУВАННЯ ПОШКОДЖЕНИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ЯК ЕЛЕМЕНТ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL SURGERY” НА II РІВНІ ДОПОМОГИ**

**Вступ.** Для запобігання розвитку незворотної ішемії кінцівки та її ампутації при травмі магістральних судин в умовах реалізації хірургічної тактики Damage Control Surgery заслуговує на увагу метод тимчасового шунтування магістральних судин кінцівки, який дає змогу відновити кровообіг по пошкоджених магістральних артеріях у короткий термін та врятувати кінцівку. Тимчасове шунтування має бути початковим етапом реконструктивної операції на пошкодженій магістральній артерії або великій вені кінцівки. Перев'язка магістральної артерії кінцівки як метод зупинки кровотечі спричиняє прогресування ішемії та може призвести до ампутації. Відновлення кровообігу в