

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».

плазми венозної крові. Встановлено, що у пацієнтів, де розвиток патологічного процесу зумовлював виникнення деструкції ураженого органу, оптична густина плазми крові в області означених максимумів зростає, що залежить від особливостей конкретного патологічного стану. У випадках відсутності деструктивних змін параметри досліджених показників були статистично істотно нижчими.

За проведення моніторингу оптичної густини в післяопераційний період виявлено, що в усіх хворих із сприятливим перебігом її параметри в ділянках означених максимумів поступово зменшувалися. Водночас у разі виникнення інтраабдомінальних запально-деструктивних ускладнень відмічали зростання показників, залежне від особливостей ускладнення. Звернуло на себе увагу, що це часто передувало клінічній маніфестації ускладнення.

Висновки. 1. Розвиток запально-деструктивних інтраабдомінальних процесів супроводжується зростанням оптичної густини плазми венозної крові на довжинах хвиль $\lambda = 0,25-25$ мкм. Даний критерій змінюється у разі виникнення ранніх післяопераційних ускладнень, що свідчить про перспективність його використання з метою діагностування в абдомінальній хірургії.

Е.Н. Шепетько, П.Д. Фомин

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Вступление. На современном этапе развития медицины и хирургических технологий возникла необходимость в создании классификации операций при осложненных гастродуоденальных язвах для понимания их места в структуре хирургических вмешательств, технологических особенностей и эффективности.

Цель. Создать современную унифицированную классификацию операций при осложненных гастродуоденальных язвах.

Материал и методы. Анализ типов хирургических операций при осложненных гастродуоденальных язвах.

Результаты исследования и их обсуждение. Предложена классификация операций при осложненных гастродуоденальных язвах.

Классификация операций в пилородуоденальной зоне при осложненных язвах двенадцатиперстной кишки

1. Пилоросохраняющие операции (дуоденопластика): **а)** продольная (по Гейнеке-Микуличу, Джадду, Финнею); **б)** поперечная мостовидная (субциркулярная) дуоденопластика: передняя, передне-верхняя, передне-нижняя, на 2/3-4/5 периметра с выведением язвы, Т-образная и Z-образная комбинированная расширяющая, клапанная; **в)** поперечная сегментарная (циркулярная) дуоденопластика: подпилорическая, корпоральная, дистальная, постбульбарная, Т-образная и Z-образная комбинированная расширяющая, клапанная (Оноприев В.И., Велигоцкий Н.Н., Шепетько Е.Н.).

2. Пилорокорректирующие операции (пилоропластика по стандартным методикам по Гейнеке-Микуличу, Джадду, Финнею; пилоропластика по Финнею с выведением язвы на 2/3, 3/4, 4/5 периметра (Фомин П.Д.); пилоропластика по Финнею с реимплантацией БДС (Шепетько Е.Н.); пилоропластика по Финнею с тампонадой «килем» (Фомин П.Д.); пилоропластика по Финнею арефлюксная «клапанная» (Фомин П.Д.); гемипилорэктомия: передне-верхняя с сохранением правой желудочной артерии, передняя (экономная и дозированная), передне-нижняя с дополнительной мобилизацией по нижнему контуру) (Шепетько Е.Н.).

3. Пилоровосстанавливающие операции (пластика круглой связкой, иссечение части привратника, пилоропластика при дилатированном привратнике, «искусственный пилорус») (Тутченко Н.И.).

Классификация ваготомий.

1. СПВ 1. С эзофагофундопликацией (Панцырев Ю.М.) 2. Расширенная (с ДБК-денервацией большой кривизны) (Шалимов А.А., Братусь В.Д., Кузин М.И.) 3. СПВ расширенная с поперечной серомиотомией на границе тела и антрального отдела (Полинкевич Б.С.) 4. Лазерная СПВ (Грубник Ю.В.) 5. СПВ-Harmonic (Шепетько Е.Н.) 6. Трансгастральная СПВ (серомиотомия по Petropoulos) 7. Экспресс-СПВ (Шепетько Е.Н.)

II. КВ 1. Передняя СПВ, задняя ТВ (Hill-Barker) 2. Передняя СВ, задняя ТВ (Burge) 3. Передняя ТВ, задняя СВ (Jackson) 3. Передняя серомиотомия, задняя ТВ (Taylor).

III. ТВ 1. Наддиафрагмальная (трансторакальная) (Dragstedt) 2. Поддиафрагмальная двусторонняя (Exner)

IV. СВ (Frankson, Панцырев Ю.М.).

V. Лапароскопическая 1. Трункулярная (ТВ) 2. Передняя серомиотомия, задняя ТВ (Taylor) 3. Передняя СПВ, задняя ТВ (Gomez-Ferrer) 4. СПВ по Zucker 5. Лазерная передняя серомиотомия, задняя ТВ (Taylor) (Грубник В.В.).

Классификация гастроэнтеростомий.

1. Гастродуоденостомия (Жабуле) 2. Гастроэюностомия А) на короткой петле задний позадиободочный анастомоз (по Гаккеру-Петерсену) Б) на длинной петле с брауновским соустьем (по Вельфлеру): а) передний впередиободочный б) передний позадиободочный в) задний впередиободочный г) задний позадиободочный.

Классификация резекции желудка.

1. Классическая, IA Дистальная, а) Бильрот I: 1) Лестничная (Поше-Шумахера-Шмидена), 2) а) термино-латеральный анастомоз (Габерера-Финнея), б) перемещенный термино-латеральный анастомоз (Велигоцкий Н.Н). б) Бильрот II: 1) Гофмейстера-Финстерера, 2) Райхель-Полиа (анастомоз на весь просвет культи желудка), 3) Бальфура (на длинной петле впередиободочно с брауновским соустьем), 4) Ру а) с сохранением артериальной дуги по малой кривизне (Дзюбановский И.Я.), б) с сохранением артериальной дуги по большой кривизне (Дзюбановский И.Я.), 5) На выключение а) по Finsterer, б) Кекало, в) Якобовичи, г) Козак И.А., б) С клапанным анастомозом и ПАДЕС (поперечной антиперистальтической дуоденоэюностомией) (Витебский Я.Д.) IIА Проксимальная а) ручной эзофагогастроанастомоз, б) аппаратный эзофагогастроанастомоз (Шалимов А.А.).

2. Привратниксохраняющая, 1) Надпривратниковая по Маки-Шалимову, 2) Клиновидная, 3) Сегментарная с сохранением привратника (Саенко В.Ф., Лаврик

А.С.), 4) Модифицированная, а) сегментарная с сохранением иннервированного привратника и субсерозной скелетизацией надпривратниковой части антрума (Шепетько Е.Н.), б) сегментарная с сохранением иннервированного привратника и эзофагоскорпорифундальной реконструкцией (Шепетько Е.Н.), 5) Резекция малой кривизны желудка с предварительной скелетизацией как при СПВ (Ковальчук Л.Я.), 6) Т-образная эзофагогастропластика (Велигоцкий Н.Н., Ганжий В.В.).

3. Реконструктивная, 1) Ререзекция желудка, а) Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, б) Ру, 2) Ререзекция желудка: а) с гастроеюнопластикой (Захарова-Генлея) б) с тонкокишечной вставкой (Мерендино) в) с толстокишечной вставкой (Бойко В.В.).

4. Ваготомия (СВ, реже ТВ) с антрумэктомией (Harkins et Nyhus) по: 1) Б I, 2) Б II, 3) Ру.

Вывод. Предложенная классификация операций при осложненных гастродуоденальных язвах позволит помочь широкому кругу хирургов не только в понимании спектра оперативных вмешательств, но и в стремлении освоить методики операций для применения их в хирургической практике.

В.В. Яцків, І.Ю. Полянський, С.Е. Фрімет, Я.В. Гирла, С.М. Мереуца
ВДНЗУ “Буковинський державний медичний університет”, ОКУ “Обласна клінічна лікарня”, Чернівці

ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Вступ. Застосування відеоторакокопічних технологій (ВТ) в практиці спеціалізованих торакальних відділень нині є нормою. Перспективним напрямом є розширення діапазону таких утручань. Поряд з загальновідомими перевагами ВТ, актуальність їх застосування обґрунтовується також широким впровадженням провідних світових стандартів лікування. Однак, ВТ методики потребують подальшого вдосконалення, зокрема для використання у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією.

Матеріали і методи. За період з 2014 по 2018 рр. прооперовано 158 хворих