

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».

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 эзофагокорпорифундальной 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

з застосуванням ВТ технологій, серед них 108 (68,4%) чоловіків і 50 (31,6%) жінок, в віці від 18 до 74 років. Серед них: бульозна емфізема легень (БЕЛ) – 82 (51,9%); травми ОГК – 42 (26,6%); онкопатологія – 18 (11,4%), плеврити неуточненого генезу – 16 (10,1%) хворих. 98 (65,3%) пацієнтів госпіталізовані в ургентному порядку внаслідок ускладнень: пневмоторакс – 70 (71,4%), нагноєння – 7 (7,1%), кровотечі, кровохаркання – 18 (18,4%), виражений больовий синдром – 3 (3,1%). Обстеження хворих проводили згідно з стандартам медичних технологій, включаючи нативну КТ ОГК та з в/в підсиленням, спірографію з бронхолітичним тестом, пульсоксиметрію. Хірургічні втручання у 102 (65%) хворих виконані з застосуванням електрозварювання тканин апаратом ЕК-300М1.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основним завданням відеоторакоскопії (ВТС) у хворих з онкопатологією та плевритами неуточненого генезу є візуальна оцінка стану плевральної порожнини з прицільною біопсією плеври, резекція легеневої паренхіми з новоутвореннями, біопсія та видалення л/вузлів межистіння. У пацієнтів з тяжкою супутньою патологією ми використовуємо, поряд з традиційними методами знеболення, ВТС під місцевою анестезією в комбінації з НЛА. Місцеву анестезію виконуємо за оригінальною методикою. Після введення в плевральну порожнину першого торакопорта визначаємо місце біопсії, або операції і під відеоконтролем виконуємо анестезію необхідної зони. Для зменшення травматичності операцій використовуємо фіброволоконну оптику з біопсійними каналами, яка суміщається з відеокамерою. Резекції легеневої паренхіми анатомічними та атипovими методиками проводили за допомогою ендостеплерів, що є найефективнішим сучасним методом. Водночас, застосовували і відеоасистовані втручання з використанням зшиваючих апаратів. Загалом, діагностична цінність відеоторакоскопічних резекцій та біопсій за нашими даними становила 99,2%, що не може зрівнятись з жодним іншим видом досліджень. Нами також запропонована ВТ методика операцій при дифузно-вузлових формах мезотеліом плеври, де резекція окремих пухлин доповнюємо електрозварювання

патологічно змінених ділянок плеври, що дає безпосередній клінічний ефект у вигляді зменшення больового синдрому, плевральної ексудації.

В найчисельнішій групі пацієнтів з БЕЛ та її ускладненнями здебільшого застосовували традиційні методики ВТ резекцій з пролонгованою плевральною аспірацією. Значно більший дослідницький інтерес становили пацієнти з множинними булами великих (>5 см) – 21,1%, та гігантських (>20см.) – 7,1% розмірів де застосовували індивідуальні методики лікування. Зокрема, нами запропоновано, як другий етап операції, спосіб плевродезу на топографічно зіставних ділянках парієтальної та вісцеральної плеври шляхом високочастотного електрозварювання тканин з використанням ложки А.В. Макарова, що забезпечує надійну облітерацію плевральної порожнини, уповільнює дистрофічні процеси легень, зменшує частоту рецидивів пневмотораксу. У оперованих нами хворих летальних випадків не було, рецидив пневмотораксу зареєстровано у 1 (1,2%) випадку.

**Висновок.** Відеоторакоскопічні технології в діагностиці та лікуванні захворювань ОГК є високоефективними, сучасними методиками, що обґрунтовує подальше їх застосування та є перспективним напрямком досліджень.