



2. Conducting clinical and instrumental evaluation of the quality of restorations with photopolymer filling materials "Filtek™ Ultimate company 3MESPE and Esthet.X.HD company Dentsply in the early and late periods of observation using the clinical criteria of USPHS (Ryge).

To solve the set tasks there were examined 61 patients aged 18 to 58 years, which appealed with complaints of an aesthetic defect in the front area. The examination was conducted at the Department of Therapeutic Dentistry of Bukovina state medical University. On the basis of generally accepted examination methods, there was determined the dental status of patients, periodontal and hygienic indexes, and there was performing restorations of crown part of front groups of teeth by a direct method.

For the restoration of the crown part of the anterior teeth with modern nanocomposite materials all patients were divided into four clinical groups:

Monitoring group	The group of affected teeth	Material for restoration	The number of patients
I	Frontal group of upper jaw teeth	Filtek™ Ultimate	18
II	Frontal group of lower jaw teeth	Filtek™ Ultimate	13
III	Frontal group of upper jaw teeth	Esthet.X.HD	17
IV	Frontal group of lower jaw teeth	Esthet.X.HD	13

Evaluation of the restorations of the front teeth crown with nanocomposite materials was carried out using criteria G. Ryge, which were recognized by the Health Service of the United States (United States Public Health Service – USPHS). They include the definition of different parameters such as the color of the restorations, the quality of restoration surface, edge adaptation to the tooth, anatomical form, secondary caries. The criteria USPHS has such a system of evaluation: A (Alfa) B (Bravo) C (Charlie) D (Delta), H (Hotel) O (Oscar) on each of the criteria. The evaluation was carried out immediately after the performing restorations and after 6 months.

There was revealed that the restorations with nanocomposite materials Filtek™ Ultimate company 3M ESPE and Esthet. X.HD company Dentsply immediately after the performing deserve a rating "excellent" – Romeo, using the USPHS evaluation criteria.

After six months restorations of frontal teeth crown part with composite Filtek™ Ultimate company 3M ESPE, as before, deserve a rating "excellent" - R (Romeo), restorations with composite Esthet.X.HD company Dentsply deserve a "satisfactory" rating, as those that have slight deviation from the ideal – S(Sierra).

Criteria USPHS are optimal for evaluation the quality of teeth restorations and meet all the requirements, because they determine different parameters such as the color of the restorations, the quality of restorations surface, edge adaptation to the tooth, anatomical form, secondary caries. Restorations with nanocomposite material Filtek™ Ultimate company 3M ESPE and Esthet.X.HD company Dentsply according to USPHS criteria deserve rating "excellent" - R (Romeo). After 6 months restorations with material Esthet.X.HD company Dentsply showed the worse result (Sierra) than restorations with material Filtek™ Ultimate 3M ESPE (Romeo).

СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Бодяка В.Ю., Івашук О.І., Унгурян В.П., Гушул І.Я. ІНВАГІНАЦІЙНИЙ ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВИЙ АНАСТОМОЗ У ЛІКУВАННІ РАКУ ПРАВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

"Буквинський державний медичний університет"

Рак ободової кишки займає друге місце в структурі злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту. При неускладнених формах раку правої половини ободової кишки операцією вибору є одночасна резекція цієї ділянки з накладанням анастомозу. Проте втрата замикального апарату, внаслідок видалення ілеоцекального відділу кишкового тракту, призводить до значних розладів травлення, порушення загального стану пацієнта. Все це значно погіршує результати лікування, а інколи навіть становить загрозу життю пацієнта.

Традиційні анастомози нездатні забезпечити порційне проходження хімусу з тонкої кишки в товсту та попередити потрапляння його в зворотньому напрямку. У зв'язку з цим увагу багатьох хірургів привертають кінцебокові інвагінаційні тонко-товстокишкові анастомози, проте останні мають ряд недоліків, які зумовлені технічною складністю оперативного втручання, розвитком явищ "сліпого мішка", рефлюкс-ентериту, синдромом короткої кишки, дисбактеріозу тощо.

Розробка нового адекватного поздовжнього кінцебокового тонко-товстокишкового анастомозу покращить результати лікування хворих на рак правої половини ободової кишки та їх соціальну реабілітацію.

Мета дослідження - покращити результати хірургічного лікування хворих на рак правої половини ободової кишки шляхом розробки адекватного інвагінаційного поздовжнього кінцебокового тонко-товстокишкового анастомозу.

Для реалізації поставленої мети нами запропоновано спосіб формування інвагінаційного кінцебокового тонко-товстокишкового анастомозу (пат. № 85715 від 25.11.2013 року). Спосіб накладання даного тонко-товстокишкового анастомозу полягає у тому, що після мобілізації термінального відділу тонкої кишки, її



пересікають під кутом 45 градусів до брижового краю, із залишенням добре вираженої крайової судини. Після типової мобілізації сліпої, висхідної та лентичного згину формують куксу поперечноободової кишки обвивним та кисетними швами. Відступивши на 2,0-3,0 см від кукси та на 0,5 см нижче від м'язової стрічки поперечноободової кишки накладають задній поздовжній ряд швів між останньою та термінальним відділом клубової кишки. На клубовій кишці цей ряд швів накладають відступивши на 3,0-4,0 см від її краю та паралельно розрізу. При затягуванні та зав'язуванні ниток брижовий край термінального відділу клубової кишки прилягає до поперечноободової в аборальному напрямку, під кутом 45 градусів, а протибрижовий – в оральному напрямку до кукси поперечноободової кишки. Передній ряд швів формують шляхом прошивання поперекової кишки, вище майбутнього розрізу, та термінального відділу клубової кишки в проекції заднього ряду швів. По м'язовій стрічці виконують поздовжній розріз на поперечноободовій кишці, в який запурують мобілізований відділ клубової кишки на 3,0-4,0 см, після чого шви затягують та зав'язують. Для забезпечення крашої герметичності, анастомоз доповнюється кількома вузловими швами, особливо по брижовому краю. Далі зшивають дефект брижі між здухвинною та поперечно ободовою кишками.

Обстежено та проліковано 62 хворих на рак правої половини ободової кишки у I ($T_{1-2}N_0M_0$), II ($T_{3-4}N_0M_0$) та III ($T_{1-2}N_1M_0$) ($T_{3-4}N_1M_0$) ($T_{1-4}N_2M_0$) стадіях захворювання. Групу порівняння склали 32 пацієнти, яким після мобілізації та видалення термінального відділу клубової, а також правої половини ободової кишки, сформовано ілеотрансверзоанастомоз за Кімбаровським. Основну групу утворили 30 осіб, яким після мобілізації та видалення даних відділів кишкового тракту сформовано вищепредставлений власний інвагінаційний кінцебоковий тонко-товстокишковий анастомоз. Хворі на рак правої половини ободової кишки у II та III стадіях захворювання отримували ад'ювантну хіміотерапію за схемою FOLFOX - 6, згідно наказу Міністерства охорони здоров'я № 554 від 17.09.2013. Оцінку якості життя проводили впродовж одного року після виконання оперативного втручання, за допомогою власного розробленого опитувальника, який базується на сумі балів дев'яти питань із трьома варіантами відповідей, які оцінювали за кількістю балів від 0 до 2. Питання стосувалися загального самопочуття пацієнта, його апетиту, працездатності, а також функціональних розладів травлення (частоти бурчання та здуття живота, болі у останньому, наявності закрепів, проносів, характеру стільця). Якість життя оцінювали шляхом додавання балів з кожного запитання. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics.

Отримані результати дослідження якості життя пацієнтів після виконання оперативного втручання вказують вірогідне переважання показників у осіб основної групи, впродовж всього терміну спостереження, тобто одного року. Відмічається переважання якості життя пацієнтів у осіб групи порівняння, за включенням основної групи на 10-12-й місяці спостереження, де навпаки показники другої підгрупи вищі, проте у всіх випадках ця різниця невірогідна. У всіх групах осіб якість життя після виконання операції зростає, за винятком другої підгрупи групи порівняння на 10-12-й місяці спостереження, де ця різниця невірогідна.

Застосування запропонованого тонко-товстокишкового анастомозу, при виконанні правобічної геміколектомії у хворих на рак правої половини ободової кишки, призводить до покращення якості життя пацієнтів, із позитивною динамікою впродовж одного року після операції.

Івашук О.І., Бодяка В.Ю., Гушул І.Я., Постевка І.Д.
КОРЕКЦІЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ВИКОНАННІ
ПРАВОБІЧНОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ

Кафедра онкології та радіології
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"

В теперішній час рак правої половини ободової кишки посідає друге місце серед злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту, що зумовлює все ширше використання правобічної геміколектомії. Проте видалення ілеоцекального кута призводить до надлишкового надходження неперетравленого тонкокишкового вмісту, який негативно впливає на пристінкове травлення, порушує компенсаторні процеси, що призводить до розвитку синдрому мальабсорбції. У зв'язку з цим нами запропоновано спосіб корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки, який оснований на дискоординації нервової регуляції термінального відділу останньої.

Мета дослідження - вивчити в експерименті швидкість пасажу харчової грудки по шлунково-кишковому тракту, а також мікроскопічні особливості калу при застосуванні запропонованого способу корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки.

Запропонований спосіб корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки полягає у тому, що після виконання правобічної геміколектомії та формування ілеотрансверзоанастомозу, відступивши на 20,0 см від останнього, починаючи від брижового краю термінального відділу тонкої кишки, виконують три поперечні розсічення серозної та м'язової оболонок (сероміотомію), аж до підслизової основи, на третину окружності кишки, відстань між якими становить 0,5-1,0 см, які у сукупності виповнюють окружність останньої. Створений дефект стінки кишки зшивають окремовузловими швами. Відступивши на 40,0 см від ілеотрансверзоанастомозу в оральному напрямку, виконують аналогічний оперативний прийом.

Для обґрунтування запропонованого нами способу виконано експериментальне дослідження за участю 23 кролів, які поділені на дві дослідні групи. Основну групу утворили 12 кролів, яким застосовували