

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».

ЗМІСТ

Д.В. Андрющенко, В.П. Андрющенко, В.А. Магльований МІСЦЕ АНТИБІОТИКІВ У ЛІКУВАЛЬНИХ ПРОГРАМАХ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	6
В.П. Андрющенко, Д.В. Андрющенко, С.Т. Федоренко, О.М. Дворчин ПРІОРИТЕТНІ СКЛАДОВІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ	8
В.П. Андрющенко, М.М. Тутка КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ	9
О.А. Біленко, І.Л. Маланченко НОВІ НАПРЯМКИ В ХІРУРГІЇ РАКУ ПРАВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ (РППОК)	11
О.Б. Боднар, Л.І. Ватаманеску, Б.М. Боднар, В.С. Хащук ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОВСТОКИШКОВОГО СТАЗУ У ДІТЕЙ	13
А.О. Бондаревський, В.М. Роговський, Б.М. Коваль ТИМЧАСОВЕ ШУНТУВАННЯ ПОШКОДЖЕНИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ЯК ЕЛЕМЕНТ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL SURGERY” НА ПРІВНІ ДОПОМОГИ	15
С.В. Веселий, М.Ю. Веселий ПЕРЕКРУТ ЯЄЧКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	17
С.В. Веселий, Є.О. Галінський ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАРАПРОКТИТ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА	19
М.М. Гресько ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ	21
І.М. Дейкало, Д.В. Осадчук, О.І. Карел, В.В. Букага НЕСТАНДАРТНІ СИТУАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОКАМ’ЯНОЇ ХВОРОБИ	23
В.І. Десятерик, С.П. Міхно, В.М. Мірошніченко, М.О. Єжменський ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИТИТ	24
І.В. Дундюк СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ	25
А.Г. Іфтодій, В.І. Гребенюк, О.В. Більцан ОКРЕМІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	26
О.Г. Котенко, Д.О. Федоров, О.М. Остапишен, К.О. Юзвик ЛАПАРОСКОПІЧНІ РЕЗЕКЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ	28
О.Г. Котенко, Д.О. Федоров, О.М. Остапишен ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ ..	30

В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	32
Н.С. Морозова, С.В. Рідний, С.І. Лях, Г.С. Головчак, І.В. Коробкова, А.А. Попов ПРОФІЛАКТИКА КАТЕТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ КРОВО- ТОКУ	35
В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк, Н.В. Анасова ВПЛИВ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ НА ЗАГОЄННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ВИРАЗОК	37
І.Ю. Полянський, В.П. Сливка, В.В. Андрієць, В.І. Москалюк, В.В. Яцків, Ю.Д. Лук'яничук ЛІКУВАННЯ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ УЗ-КОНТРОЛЬО- ВАНИМИ ПУНКЦІЄЮ ТА ДРЕНУВАННЯМ	39
С.І. Саволюк, В. Лисенко, М.Ю. Крестянов, Д.С. Завертиленко, В.Г. Сіряченко, В.І. Зубаль, О.С. Багрій. СУЧАСНА ХІРУРГІЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ	40
С.І. Семененко ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРНІ ДОЗИ АДЕМОЛУВ УМОВАХ ЧМТ У ЩУРІВ	41
А.В. Скумс, О.М. Гулько, В.О. Кузьменко, А.А. Скумс, С.М. Чайковська ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРИСКОРЕНОГО ОДУЖАННЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ	43
В.В. Тарабанчук, В.В. Максим'юк. УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ	45
О.М. Терлецький, Б.Ф. Ліщук, М.М. Буфан, В.І. Коломійцев АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	47
І.Р. Трутяк, В.М. Трунквальтер СИНДРОМ МОРЕЛЯ-ЛАВАЛЬЄ – УСКЛАДНЕННЯ ВИСОКОЕНЕР- ГЕТИЧНОЇ ТАНГЕНЦІЙНОЇ ТРАВМИ	48
Sergiu Ungureanu, Natalia Sipitco, Vladimir Vidiborschii, Doina Fosa ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF THE GASTROESO- PHAGEAL DISEASE	50
Д.А. Фоса, С.Н. Унгуряну, Н.И. Шипитко, В. Истрате ОПТИМИЗАЦІЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ХІРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ МЕТА- ПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА	51
О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук, Я.Ю. Войтів ДЕЯКІ ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ОБО- ДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШОК	53

Я.П. Фелештинський, О.П. Демкович, В.В. Сміщук ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ АНТИ- СЕПТИЧНИМ ГЕЛЕВИМ РОЗЧИНОМ ПРИ ЗАГАЛЬНОМУ ПЕРИТОНІТІ	56
Я.П. Фелештинський, А.А. Штаєр, В.В. Сміщук, В.Ф. Ватаманюк, С.А. Свиридовський ОБГРУНТУВАННЯ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПЕРИНОНЕАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ (ТАРР) ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЛІХТЕНШТЕЙНА	58
Я.П. Фелештинський, Ю.О. Шиленко, В.В. Сміщук КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ТА ФЛЕГМОН М'ЯКИХ ТКАНИН У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ VАС-ТЕРАПІЇ	60
П.Д. Фомін, А.К. Курбанов, О.А. Повч, О.І. Лісов, Є.Є. Переш, О.Б. Пруднікова СИМУЛЬТАННІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ	62
О.В. Чорний ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ ПЕЧІНКИ. ПОГЛЯД ОНКОЛОГА	64
А.І. Шурма, Ф.В. Гринчук, А.В. Мотрич, Р.М. Бесага. НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	65
Е.Н. Шепетько, П.Д. Фомин КЛАССИФІКАЦІЯ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИХ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНИХ ЯЗВАХ	67
В.В. Яцків, І.Ю. Полянський, С.Е. Фрімет, Я.В. Гирла, С.М. Мереуца ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУ- ВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ	70

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

МІСЦЕ АНТИБІОТИКІВ У ЛІКУВАЛЬНИХ ПРОГРАМАХ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Вступ. Оскільки питання доцільності застосування антибіотиків в лікуванні гострого панкреатиту (ГП) залишається контрверсійним, остаточне вирішення його складає безсумнівний науковий і практичний інтерес.

Матеріали і методи. Дослідження полягало у реалізації двох послідовних етапів, а саме у з'ясуванні особливостей сучасної панкреатичної інфекції (ПІ) з наступним аналізом ефективності застосування антибіотиків. Виконано 147 бактеріологічних досліджень матеріалу з аеробними і анаеробним способами культивування у 44 пацієнтів на ГП. Антибіотики застосовано в лікуванні 460 хворих з помірно тяжким та тяжким клінічним перебігом захворювання згідно критеріїв Атланта (2012).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз мікробіологічних досліджень дозволив констатувати, що ПІ була представлена широким спектром мікрофлори з аеробним (55%) і анаеробним (45%) типом метаболізму. Видовий склад бактерій включав переважно ентеробактерії (66%) у вигляді *Escherichiacoli*, *Enterobacteraerogenes*, *Klebsiellapneumoniae*, *Pseudomonas-aerogenosa* й анаеробну неклостридіальну мікрофлору з домінуванням бактерій роду *Bacteroides* (23%), *Peptostreptococcusspp* (20%), *Staphylococ-cussaccharoliticus* (18%). Аеробні й анаеробні монокультури виявлялися відповідно у 37 % і 16 %, аеробні та анаеробні – у 4 % і 4 % досліджень відповідно, а асоціацій з аеробно-анаеробним типом метаболізму – в 39 % випадків. Культивована аеробна мікрофлора проявляла високу антибіотикочутливість до карбапенемів (87%), цефалоспоринів III-IV покоління (68%) та фторхінолонів III покоління (62%), а анаеробні неклостридіальні бактерії – до карбапенемів, захищених пеніцилінів (піперацилін + тазобактам, тікарцилін + клавулонова кислота), цефалоспоринів III-IV покоління та кліндаміцину (від 91% до 97%).

Всім пацієнтам, у яких, за даними УЗД та КТ, був підтверджений

панкреонекроз, призначались антибіотики (з врахуванням отриманих даних про антибіотикочутливість ПП) з метою попередження вірогідного приєднання бактерійного чиннику до первинно асептичного запалення підшлункової залози. Подібний режим застосування препаратів термінологічно визначався як «превентивна антибіотикотерапія» (ПА), що відповідало рекомендаціям Міжнародної і Американської Асоціації панкреатологів (JAP/APA, 2013).

ПА здійснювалася в двох режимах. Перший, який реалізовано у 261 з 460 хворих (56%), полягав у комбінованій терапії з призначенням препаратів групи цефалоспоринів III-IVпокоління або фторхінолонів у поєднанні з метронідазолом за загальноприйнятими схемами кратності введення та дозування. Другий, який застосовано у 199 з 460 пацієнтів (44%), передбачав принцип моноантибіотикотерапії із застосуванням карбапенемів.

Констатовано, що ПА забезпечувала збереження асептичності запалення у 68% спостережень. Однак, незважаючи на курс комбінованої або моноантибіотикотерапії, трансформація асептичного панкреонекрозу в гнійно-некротичний панкреатит/парапанкреатит відбувалася відповідно у 62 і 85 з 460 обстежених (14% і 18%), тобто сумарно у 147 (32%) випадках. Вивчення антибіотикочутливості мікрофлори після ПА показало, що полірезистентність аеробних бактерій до двох препаратів виявлялася в 46%, до трьох-чотирьох – в 24 %, до п'яти-шести – в 19 % спостереженнях, а анаеробних – до двох антибіотиків в 43 %, до трьох-чотирьох – в 27 %, до п'яти-шести та більше – в 12 % клінічних випадках. Тому у післяопераційному періоді, з огляду на індуковану полірезистентність мікрофлори, антибіотикотерапія реалізовувалась за етіотропним принципом.

Висновки. Використання антибіотиків при ГП має свої особливості на різних етапах лікування. Зокрема, превентивна антибіотикотерапія у вигляді полі- або монотерапії є показаною при наявності панкреонекрозу, оскільки сприяє збереженню асептичності запального процесу в 68% спостережень. Після виконаних операційних втручань доцільна етіотропна антибіотикотерапія.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

ПРІОРИТЕТНІ СКЛАДОВІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ

Вступ. Оскільки гострий поширений перитоніт (ГПП) залишається однією із найбільш актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії, окреслення пріоритетних аспектів її вирішення набуває зростаючої актуальності.

Матеріали і методи. На підставі аналізу результатів лікування 371 хворого на ГПП констатовано, що в структурі чинників виникнення перитоніту переважали гострий деструктивний апендицит (23%), проривна виразка пілородуоденального відділу шлунка (21%), гострий панкреатит/гнійно-некротичний панкреонекроз (18%), гострий деструктивний холецистит (14%), перфорації тонкої та товстої кишки зляккісного та доброякісного генезу (11%).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведений аналіз дозволив визначити наступні пріоритетні аспекти проблеми. Зокрема, у відповідності до рекомендацій Всесвітнього товариства невідкладної хірургії (World Society of Emergency Surgery – WSES, 2016), ГПП слід трактувати як “ускладнену інтраабдомінальну інфекцію” з необхідністю оцінки клінічного стану хворого, локалізації джерела інфекції та її поширення, наявності поліорганної недостатності, характеристики бактерійних патогенів та їх антибактерійної чутливості. Доцільним є користування єдиною кваліфікацією ступеню поширеності перитоніту з термінологічним визначенням його як місцевий/локальний – одна ділянка, поширений – декілька (але не всі) топографо-анатомічних зон і загальний – всі відділи вільної черевної порожнини. Це забезпечить єдине трактування характеру патологічного процесу і однозначність підходу стосовно об’єму субопераційних санаційних заходів.

Виконаними бакдослідженнями встановлено, що при ГПП проявляється мікрофлора з домінуванням аеробних бактерій у вигляді монокультури (37 %) та аеробно-анаеробних асоціацій (39%) з грам-негативною ознакою (56 %) і

видовим складом у вигляді ентеробактерій й анаеробних неклостридіальних мікробів. Констатовано також, що стартова антибіотикотерапія індукує високий рівень полірезистентності флори, що зумовлює необхідність перманентного визначення чутливості бактерій до антибіотиків в процесі лікування та своєчасної зміни режимів їх призначення.

Операційне втручання при ГПП, окрім контролю джерела інфекції, має передбачати заходи з корекції виникаючих патологічних інтраабдомінальних синдромів, зокрема компартмент-синдрому, ентеральної недостатності та надлишкової контамінації дигестивного тракту товстокишковою мікрофлорою. Тому, додатковою складовою операції є тривала зондова анте/ретроградна декомпресія тонкої кишки за опрацьованою черезтубажною лікувальною програмою (фракційний лаваж, ентеросорбція, деконтамінація, стимуляція перистальтики та раннє ентеральне харчування).

При необхідності резекції сегмента тонкої кишки, у разі тяжкого перебігу ГПП, доцільно завершувати її формуванням тимчасової штучної зовнішньої нориці, ліквідацію якої відносити на другий етап хірургічного лікування.

Релапаротомія при ГПП являє собою ефективний лікувальний інструмент, однак реалізовувати її необхідно за чітко регламентованими показами. РЛТ доцільно розрізняти на “вимушену”, “програмовану”, за принципом “secondlook” та “вірогідно можливу”.

Оцінка тяжкості ГПП на основі Мангеймського індексу перитоніту показала, що його не можна використовувати беззастережно, оскільки розрахований показник прогнозований летальності складав 22 %, водночас реальний становив 27 %.

Висновки. Реалізація окреслених пріоритетних складових хірургічної тактики при ГПП сприятиме підвищенню ефективності його лікування.

В.П. Андрющенко М.М. Тутка

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) являє собою одне з найбільш складних і

прогностично малосприятливих гострих захворювань органів черевної порожнини. У клінічному перебігу хвороби нерідко виникають порушення різних обмінних процесів і, зокрема, вуглеводного обміну, оскільки сама підшлункова залоза є органом як екзокринної, так і ендокринної секреції з регуляцією рівня глікемії. Однак клінічне значення порушень вуглеводного гомеостазу при ГП вивчено недостатньо.

Мета роботи полягала у з'ясуванні характеру змін вуглеводного обміну в хворих на ГП з оцінкою клінічного значення виявлених порушень.

Матеріали і методи. Стан вуглеводного обміну вивчено у 119 пацієнтів на ГП у віці від 21 до 53 років. Чоловіків було – 74 (62,2%), жінок – 45 (37,9%). Діагноз захворювання встановлювали на підставі аналізу клінічних, лабораторних, біохімічних, променевих (ультрасонографія, комп'ютерна томографія) та інструментальних (ендоскопічних, відеолапароскопічних) методів обстеження. Тяжкість клінічного перебігу хвороби оцінювали за критеріями Атланта (2012): осіб з легким ГП було – 39 (32,8%), середньої тяжкості – 68 (57,1%) і тяжким – 12 (10,1%), Хірургічному лікуванню з використанням як сучасних малоінвазивних операційних технологій, так і традиційних відкритих втручань піддано 10 госпіталізованих (8,4%). Іншим проведено курс комплексної консервативної терапії з позитивним ефектом.

Рівень цукру в крові визначався глюкозооксидантним методом з наступною кратністю – при госпіталізації, на третю, сьому доби і на момент виписки з стаціонару. Отримані кількісні показники глікемії обчислено методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента. За статистично вірогідну приймалась різниця при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Констатовано, що у 75 осіб (63,5%) на момент госпіталізації рівень цукру крові знаходився на верхній межі норми ($5,5 \pm 1,1$ ммоль/л). У 33 пацієнтів (27,5%) спостерігалася гіперглікемія до $11,3 \pm 4,5$ ммоль/л, яка нормалізувалася на 3-тю добу внаслідок медикаментозного лікування. Подібне зростання показників глюкози розцінювалося як транзиторна гіперглікемія стресового характеру. В 11 хворих (9%) з тяжким ГП вміст глюкози

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 геміколектомію 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. Rogovський**, 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

кінцівці через 6 — 8 год після травми на тлі шоку і крововтрати становить великий ризик через небезпеку виникнення реваскуляризаційного синдрому. Тривала відновна операція на ушкоджених судинах збільшує вірогідність незворотних змін у кінцівці. Неможливість виконання реваскуляризації кінцівки з технічних причин або через недостатню організацію спеціалізованої допомоги призводить до незадовільних результатів.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний та проспективний аналіз результатів хірургічного лікування 201 пораненого з пошкодженням магістральних судин у лікувальних закладах у зоні антитерористичної операції (операції об'єднаних сил) у 2014-2019 рр, із них пошкодження магістральних судин верхніх кінцівок зустрічалось у 24, 6%, нижніх кінцівок у 68,4%. Із них тимчасове шунтування застосовували у 25,6% поранених.

Результати дослідження та їх обговорення. Показання до тимчасового шунтування: гемодинамічна нестабільність та множинні поранення; анатомічна локалізація великої рани м'яких тканин, що утруднює висічення рани через особливості розташування судинно-нервового пучка; рана з великим кістковим перелом; ситуація, коли хірург не впевнений, що зможе завершити відновлення під час первинної операції. Можливість застосування судинних шунтів слід розглянути при лікуванні поранень судин кінцівок практично всіх типів, зокрема проксимальних вен. Основною перевагою таких шунтів є забезпечення раннього відновлення кровоплину і зменшення негативних ефектів артеріальної ішемії та венозної гіпертензії. На відміну від накладання лігатури тимчасове шунтування, яке є елементом багатоетапного хірургічного лікування або Damage Control Surgery, також може бути корисним у разі пошкодження магістральних вен. У критичний період шунт забезпечує адекватний венозний відтік від пошкодженої кінцівки. Прохідність шунта на 3-4 год довша у разі його застосування при пораненнях судин більшого калібру та проксимальних судин (пахвова/плечова і стегнова/підколінна), такі шунти також ефективно застосовують припораненні менших судин (дистальний відділ плечової/судини передпліччя і великогомілкової судини). Доцільне застосування тимчасового шунта в усіх випадках, коли

потрібна пересадка венозного трансплантата.

Висновки. Лікування поранень судин у зоні бойових дій здійснювалось як судинними хірургами, так і загальними хірургами, які працюють у госпіталях II рівня. Хірурги, які надають допомогу в медичних закладах II та III рівнів повинні досконало володіти технікою застосування тимчасових судинних шунтів з метою стабілізації пораненого та підготовки його до подальшої евакуації на вищі рівні лікування. Тимчасове шунтування дає змогу негайно забезпечити перфузію кінцівки (до завершення судинного відновлення), та під час взяття і підготовки венозного трансплантата. Потребує удосконалення система підготовки загальних та судинних хірургів, зокрема у підготовчий період, перед вибуттям у лікувальні заклади зони бойових дій. Слід акцентувати увагу на відпрацюванні технічних прийомів ангіохірургії (доступи, судинний шов, використання тимчасових шунтів, забір венозного трансплантата).

С.В. Веселий, М.Ю. Веселий

Донецький національний медичний університет, Лиман

ПЕРЕКРУТ ЯЄЧКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Вступ. Перекрут яєчка (ПЯ) – невідкладний стан, який виникає через патологічну рухомість яєчка, та характеризується здавленням судин, які живлять його. У дітей перших 10 років життя ПЯ діагностується приблизно в 20% усіх випадків гострих захворювань яєчка, а у дітей від 10 років життя до 18 років – у 50%. Це захворювання характеризується швидким погіршенням стану хворого, та призводить до незворотних морфологічних змін у яєчку. Одним з найбільш важливих факторів ризику ПЯ є подовжена зв'язка Гунтера, що формує так звану "точку опору", навколо якої можливий перекрут яєчка. Попередні дослідження виявили, що у разі подовженої зв'язки Гунтера у перекрученому яєчку, ця зв'язка також подовжена на контрлатеральному боці, що підвищує ризик ПЯ з контрлатерального боку.

Матеріали і методи. За період з 2010 р. по 2018 р. в дитячому хірургічному відділенні (КЛПУ "Міський онкологічний диспансер Краматорськ") знаходилися на лікуванні 42 дитини з діагнозом ПЯ. Вік дітей становив від 4 місяців життя до

17 років. У віці від 4 місяців до 3 років спостерігали 3 дитини; у віці 3,1-6 років – 8 дітей; у віці 6,1-9 років – 8 дітей; 9,1-14 років – 13 дітей; 14,1-17 років – 10 дітей. У перші 6 годин від початку захворювання до стаціонару звернулися 6 хворих (14,3%), у термін 6,1-12 годин – 6 хворих (14,3%), у термін 12,1-16 годин – 9 дітей (21,4%), у термін 16,1-24 години – 12 дітей (28,6%), у термін 24,1 години та пізніше – 9 пацієнтів (21,4%). Усі хворі були прооперовані. Дітям з давністю захворювання до 12 годин була виконана спроба мануальної деторсії перекрученого яєчка, яка в жодному випадку не призвела до бажаного результату. У 19 пацієнтів (45,2%) після оперативної деторсії була виконана фіксація яєчка за Вермутено 18 дітям (42,9%) була виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Весели. Орхектомію за умови явного некролізу виконали 4 хворим (9,5%). Дренування калитки виконано у 24 випадках (57,2%). Серед усіх дітей, що потрапили до стаціонару з даною патологією, звичний заворот яєчка з контрлатерального боку спостерігали у 14 пацієнтів (33,3%). Дітям, які були прооперовані за методикою інтравагінальної фіксації яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Веселим, в терміні 3 місяці після виникнення ПЯ, була виконана аналогічна операція з контрлатерального боку, ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігали.

Результати дослідження та їх обговорення. Некроз яєчка, за клінічними та гістологічними ознаками, було виявлено у 19 дітей (45,2%), усі ці діти потрапили до стаціонару у термін 16 годин та пізніше від початку захворювання. У 19 хворих (45,2%) у пізньому післяопераційному періоді виникла атрофія перекрученого яєчка. Серед них у 5 дітей (11,9%), що звернулися за допомогою після 24,1 години від початку захворювання, в ході оперативного втручання було вирішено зберегти тестікулу. Серед цих пацієнтів у 2 хворих (4,8%) у ранньому післяопераційному періоді спостерігали неспроможність рани на калитці та евісцерацію некротизованого яєчка. Ще у 2 хворих (4,8%) відзначали нагноєння рани у паховій ділянці. У пацієнтів, в яких було виявлено звичний заворот контрлатерального яєчка, в подальшому була виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Весели. У всіх цих випадках отриманий

гарний результат.

Висновки. Дітям з ПЯ, що звертаються за кваліфікованою медичною допомогою у терміні пізніше, ніж 24 години, недоцільно виконувати органозберігаючу операцію. Проте, у складних діагностичних випадках, потрібно виконувати термінове інтраопераційне гістологічне дослідження біоптату ураженої гонади. Усім дітям, в яких було діагностовано ПЯ, доцільно виконувати фіксацію яєчка з контрлатерального боку для запобігання виникнення перекруту контрлатерального яєчка.

С.В. Веселий, Є.О. Галінський

Донецький національний медичний університет, Лиман

ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАРАПРОКТИТ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

Вступ. Парапроктит у дітей – гостре або хронічне запалення параректальної клітковини, що виникає досить нечасто. Частота випадків гострого парапроктиту серед гнійно-запальних захворювань у дітей становить 0,5%-1,7%. До теперішнього часу відсутні єдині уявлення про етіологію та патогенез парапроктиту у дітей. Більшість дослідників вважає провокуючою причиною виникнення парапроктиту у дітей аномалію розвитку анальних залоз та морганієвих крипт, певне значення мають мікротравми та запальні процеси з боку промежини й ануса. Значний відсоток рецидивів гострого парапроктиту та хронізації процесу (формування параректальних нориць), відсутність єдиної думки щодо лікувальної та реабілітаційної тактики визначають актуальність цієї проблеми.

Матеріали і методи. За період з 2014 року по 2018 рік у клініці дитячої хірургії ДНМУ (Лиман) проходили лікування 36 дітей з гострим (30 спостережень – 83,3%) і хронічним (6 спостережень -16,6%) парапроктитом. Переважна більшість пацієнтів з гострим парапроктитом надійшла в періоді новонародженості або в грудному віці. У віці від 9 діб до 1 місяця спостерігали 6 хворих (16,6%), від 1,1 місяця до 3 місяців-7 хворих (19,4%), від 3,1 місяця до 6 місяців -12 хворих (33,3%), від 6,1 місяця до 9 місяців – 11 хворих (30,5%). Практично

всі хворі були чоловічої статі (94,4%). Гострий інфільтративний парапроктит виник у 2 дітей (5,5%), по одному випадку спостерігали у вікових групах від 3,1 місяця до 6 місяців і від 6,1 місяця до 9 місяців відповідно. Гострий гнійний підшкірний парапроктит зустрівся найбільш часто – у 19 випадках (52,7%). Більшість пацієнтів з підшкірною формою захворювання перебували у віковому діапазоні 3,1-6 місяців (8 дітей – 22,2%). Гострий гнійний ішіоректальний парапроктит виник у однієї двомісячної дитини (2,7%) та у 4 дітей (11,1%) у віці від 6,1 місяця до 9 місяців життя. Гострий гнійний пельвіоректальний парапроктит спостерігали у 1 хлопчика (2,7%) восьми років та однієї дівчинки (2,7%) дев'яти років. Гострий гнійний інтрасфінктерний (підковоподібний) парапроктит спостерігали у 3 хворих (8,3%) у віці від 1,1 місяця до 3 місяців життя.

Хронічний парапроктит спостерігали у 6 пацієнтів, в тому числі у однієї дівчинки (2,7%). З них 4 дитини були грудного віку (11,0%), і двоє дітей у віці 3 років (2,7%) і 5 років (2,7%) відповідно. В однієї дитини 9 місяців (2,7%) були дві параректальні нориці, які функціонували окремо.

Результати дослідження та їх обговорення. У двох хворих (5,5%) з інфільтративною формою гострого парапроктиту настало одужання на тлі протизапальної та антибактеріальної терапії. Всі діти з гострим гнійним парапроктитом були прооперовані. У хворих з гострим гнійним парапроктитом розтин гнійника здійснювали радіарним або хрестоподібним розрізом за допомогою електричного ножа. Рани дренивали тільки в разі пельвіоректального, ішіоректального або інтрасфінктерного парапроктиту. У двох пацієнтів з хронічним парапроктитом (5,5%) вдалося досягти одужання на тлі консервативної терапії (місцеві аплікаційні та фізіотерапевтичні процедури на місце хвороби, а також внутрішньопросвітна абляція нориці). У решти 4 дітей (11,1%) були проведені оперативні втручання. В одному випадку (2,7%) виник рецидив захворювання після висічення черезсфінктерної параректальної нориці, що стало причиною для повторного оперативного втручання з позитивним результатом.

Отже, найчастішою формою захворювання був гострий гнійний підшкірний парапроктит, який спостерігався у 19 випадках (52,7%). Переважна більшість пацієнтів були неонатального або грудного віку (86,1%). Практично всі хворі були особами чоловічої статі (94,4%). У дітей жіночої статі парапроктит спостерігали всього у 2 випадках (5,5%) – з гострим і хронічним процесом відповідно.

Висновки. Гострий і хронічний парапроктит – відносно рідкісна патологія у дітей, виникає частіше у осіб чоловічої статі неонатального або грудного віку. Перехід процесу в хронічну форму спостерігається у 16,6% випадків. Своєчасна діагностика, лікування та реабілітація парапроктиту у дітей сприяє одужанню практично у всіх випадках.

М.М. Гресько

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці,

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ

Вступ. Лапароскопічна діагностика – це достовірний і малотравматичний метод, який в останні десятиріччя набуває все більшого застосування. В той же час узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

Матеріали і методи. З цією метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію. У відділенні хірургії ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» Чернівці у період з 2009 по 2019 роки прооперовано 6848 хворих на калькульозний холецистит віком від 18 до 84 (жінок – 5803 (84,74%), чоловіків – 1045 (13,26%). Хронічний калькульозний холецистит(ХКХ) спостерігався у 3121 (45,58%) хворих; гострий калькульозний холецистит (ГКХ) – у 3727 (54,42%). ЛХЕ були виконані 5166 хворим (75,44%). У 16 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки

та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків – неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих – торакоскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що ускладнення при виконанні ЛХЕ були у 136 хворих і вимагали конверсії. Причини конверсії наступні: виникнення масивної кровотечі (0,46%) – 24 хворих (23 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); деструкція стінки жовчного міхура (0,08%) – 4 хворих з гострим калькульозним холециститом; самоампутація міхурової протоки (0,06%) – 3 хворих з гострим калькульозним холециститом; запальний інфільтрат (1,53%) – 79 хворих (75 хворих з гострим та у 4 хворих з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження жовчних протоків (0,12%) – 6 хворих (5 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); злуковий процес (0,21%) – 11 хворих (11 хворих з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-дуоденальна нориця (0,02%) 1 хворий (1 хворий з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-гастральна нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-товстокишкова нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); вивлення супутньої патології (С-г ободової кишки) – (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження тонкої кишки або її брижі (0,06%) – 3 хворих (2 хворих з гострим та у 1 хворої з хронічним калькульозним холециститом); інші (0,06%) – 3 хворих з гострим калькульозним холециститом (порушення серцевого ритму мало місце 2 хворих, ожиріння мало місце у 1 хворої). Причини конверсії при торакоскопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих; виконати біопсію печінки та оментогепатотоксію у 15 хворих з цирозом печінки; ліквідувати пневмоторакс у 19 та кісти у 46 хворих.

Висновки. 1. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево-легеновою патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз і є запорукою успішного лікування. 2. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

І.М. Дейкало, Д.В. Осадчук, О.І. Карел, В.В. Букача

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль

НЕСТАНДАРТНІ СИТУАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Вступ. Жовчевокам'яна хвороба – одне з найбільш поширених захворювань цивілізованих країн. Зростання захворюваності на ЖКХ призводить до збільшення частоти її небезпечних ускладнень, зокрема таких, як внутрішні білідигестивні нориці і жовчнокам'яна непрохідність або біліарний ілеус.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем, визначити критерії доопераційної діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 40 хворих на внутрішні жовчеві нориці за період із 1975 до 2019 року. Із них 12 пацієнтів оперовані ургентно з приводу гострої кишкової непрохідності та 2 хворих з приводу синдрому Бувере.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі хворі оперовані. Кишкова непрохідність ліквідована шляхом ентеротомії, тільки в одному випадку ентеротомія доповнена холецистолітотомією та холецистостомією.

Водному випадку наступив рецидив кишкової непрохідності на 6 день, причиною рецидиву був ще один конкремент який поступив із жовчного міхура.

У 6 (50%) випадків діагноз біліарного ілеуса був виставлений до операції завдяки УЗД та КТ ОЧП.

Синдром Бувере діагностований під час фіброгастроуденоскопії та

ліквідовано шляхом поєднання ендоскопічної та відкритої хірургічної технології.

Висновки. 1. Біліарний ілеус виникає у 2,4 % хворих із внутрішніми білідигестивними норицями. 2. При жовчнокам'яній хворобі, яка ускладнена білідигестивною норицею, за наявності декількох конкрементів у жовчному міхурі можливий рецидив біліарного ілеусу. 3. При наявності крупного конкремента в жовчному міхурі та неможливості виконати холецистектомію і ліквідацію нориці, що є надзвичайно небезпечним, крім ліквідації біліарного ілеусу, показана холецистолітотомія із холецистостомією з метою профілактики рецидиву непрохідності. 4. У випадку біліарного ілеусу обов'язковою є ревізія тонкої кишки на предмет наявності додаткових жовчних каменів. 5. Найбільш інформативним методом доопераційної діагностики біліарного ілеусу є комп'ютерна томографія. 6. У випадку синдрому Бувере раціональним є поєднання хірургічних та ендоскопічних технологій.

В.І. Десятерик, С.П. Міхно, В.М. Мірошніченко, М.О. Єжменський

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Кривий Ріг

ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИТИТ

Вступ. Медіастиніт – поліетіологічне захворювання з клінічними проявами важкої гнійної інфекції, при лікуванні якого виникають значні труднощі, в своєчасній діагностиці, так і лікувальній програмі. Прогресивний характер захворювання з розвитком сепсису зумовлює високу летальність (14-76%). Покращення результатів лікування медіастиніту є важливим завданням торакальної хірургії.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 43 пацієнтів віком від 28 до 76 років. У всіх мав місце гнійний медіастиніт серед яких у 27 пацієнтів – первинний та у 16 – вторинний. Проведена статистична комп'ютерна обробка та математичне обґрунтування бальної оцінки ведучих діагностичних критеріїв захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Основними причинами розвитку первинного медіастиніту були гнійно-запальні ускладнення ушкоджень органів середостіння та неспроможність стравохідних анастомозів при

хірургічних втручаннях. Етіологічними чинниками вторинного медіастиніту були ускладнені флегмонами шиї одонтогенні та ЛОР-інфекції. Усі хворі були оперовані в обсягах, які залежали від локалізації і розповсюдження гнійного процесу. Летальність при первинному медіастиніті склала 7,4%, при вторинному – 50%. Основним летальним фактором являвся розвиток сепсису, а його причиною – затримка своєчасного хірургічного лікування. Для покращення результатів лікування впроваджено удосконалений діагностично-лікувальний алгоритм з використанням сучасних променевиx методів діагностики, що сприяло зниженню летальності та інвалідизуючих ускладнень.

Висновки. Головними чинниками високої летальності у хворих на гнійний медіастиніт є пізня діагностика та неадекватне лікування до госпіталізації до спеціалізованого відділення. Головним фактором покращення результатів лікування гнійного медіастиніту є своєчасна діагностика і адекватне хірургічне лікування з використанням сучасних технологій в умовах спеціалізованого торакального відділення.

І.В. Дундюк

КНП «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради, Рівне

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ

Вступ. Діафрагмальна грижа – це дефект в діафрагмі, через який органи черевної порожнини проникають в грудну клітину. Поширеність захворювання становить 2% від всіх видів гриж та зустрічається в 10% випадків у хворих зі скаргами на болі в грудній клітині. При ускладненому перебігу діафрагмальної грижі можливий розвиток езофагіту та кровотечі і з грижового мішка. Станом, небезпечним для життя, є защемлення шлунку або кишечника, яке може призвести до смертельного наслідку.

Матеріали і методи. За три роки нами прооперовано 197 пацієнтів: 114 чоловіків та 83 жінки. Для діагностики застосовували класичний метод виявлення хвороби – контрасна рентгенографія в положенні Транделенбурга та додатковий метод – ФГДС для уточнення важкості перебігу захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Вибір лікувальної тактики

безпосередньо залежав від розмірів грижі. При невеликих розмірах та низькому ризику защемлення внутрішніх органів проводили консервативне лікування.

При великих розмірах грижі чи її ускладненнях (защемлення внутрішніх органів) застосовували хірургічний метод лікування. У таких випадках проводилась лапароскопічна пластика стравохідного отвору діафрагми, гастрокардіопексія, відновлення кардіальної складки, фундоплікація.

Двічі була конверсія: пошкодження селезінки з інтенсивною кровотечею, та перфорація абдомінального відділу стравоходу.

Впровадження мініінвазивних технологій лікування діафрагмальних гриж дозволило знизити рівень післяопераційних ускладнень на 24%, скоротити тривалість стаціонарного лікування на 5 ліжко-днів.

Висновки. Застосування лапароскопічних технологій в лікуванні гриж стравохідного отвору діафрагми дозволяє суттєво покращати результати лікування таких хворих: зменшити кількість післяопераційних ускладнень, прискорити терміни одужання.

А.Г. Іфтодій, В.І. Гребенюк, О.В. Більцан

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці
ОКРЕМІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Вступ. Захворюваність на гострий панкреатит зросла до 9-11% за останні 5 років. Летальність серед різних форм панкреатиту залишається сталою (3-25%). Тому особливого значення має своєчасна діагностика гострого панкреатиту та адекватне комплексне лікування в лікувальних установах. Залишаються сталими найбільш розповсюджені причини виникнення гострих панкреатитів середнього та важкого ступенів, що викликають у 55% алкогольно-аліментарний та у 30-35% гострий біліарний панкреатит.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит. Завданням була впровадження та адаптація світових рекомендацій по лікуванню гострого панкреатиту з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї категорії хворих.

Матеріали і методи. Проліковано 22 хворих на гострий панкреатит на

клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, професор Іфтодій А.Г.). За основу взято світові протоколи, розроблені з урахуванням класифікації 1992 року, затвердженої на Міжнародному симпозиумі в Атланті, та її модифікацій, запропонованих у Кочин у 2011 р. (Міжнародна Асоціація Панкреатологів, International Association of Pancreatology) та Міжнародною робочою групою по класифікації гострого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) у 2012 р. Останні світові рекомендації JPN 2015 використані для уточнення окремих питань діагностики та лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлення діагнозу проводилось на підставі комбінації 2 або 3 пунктів діагностичного алгоритму (світові рекомендації JPN 2015). В якості основного (базового) інфузійного використовувались розчини Рінгера лактат та Хартмана. Особливо акцентувалась увага на швидкості внутрішньовенної інфузії. Вона становила 5-10 мл/кг маси пацієнта за годину в 1 добу. Підвищення швидкості до 10-15 мл/кг за годину призводило до збільшення частоти плевро-легеневих та кардіогенних ускладнень. Використання так званого «фізіологічного» розчину NaCl та 5% глюкози зменшує вартість лікування, але знижує ефективність інфузійної терапії.

Використання Октреотиду або його аналогів статистично достовірно не вплинуло на результати лікування. Проте, введення Октреотиду у третини хворих викликає розвиток мультифокального холелітіазу у перші 6 місяців, напевно внаслідок гальмування холецистокініну.

Інгібітори протеаз вводили впродовж перших трьох діб лікування, орієнтуючись на рівень ферментемії, хоча (JPN 2015) ефективність внутрішньовенного введення інгібіторів протеаз (габексата мезілат) для поліпшення прогнозу життя і частоту ускладнень гострого панкреатиту не було чітко доведено. Від підвищення дози інгібіторів протеаз ефективність лікування панкреатиту не залежить.

Для зменшення ризику бактеріальної транслокації та фінансових витрат в JPN 2015 пропонують починати ентеральне харчування пацієнтів через 48 годин.

При легких формах гострого панкреатиту пероральне харчування розпочинали через добу у більшості хворих.

Нами використано метод трансгастрального внутрішньотканинного електрофорезу при лікуванні гострого панкреатиту (Патент України на корисну модель № UA 120254, МПК А61К 31/00 Заявка № u 2017 04398 від 03.05.2017; опубл. 25.10.2017, бюл № 20.).

Висновки. Корекція лікувальних заходів з урахуванням світових рекомендацій JPN 2015 в поєднанні з трансгастральним внутрішньотканинним електрофорезом дозволила нам зменшити кількість ускладнень на 14% у пролікованих хворих та підвищити ефективність консервативного лікування тяжких форм панкреатиту на 17%.

О.Г. Котенко, Д.О. Федоров, О.М. Остапюшен, К.О. Юзвик

ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”

НАМН України, Київ

ЛАПАРОСКОПІЧНІ РЕЗЕКЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ

Вступ. За останні двадцять років мініінвазивні методики зробили стрімкий стрибок в своєму розвитку, але багато гепатобіліарних хірургів досить скептично відносяться до широкого впровадження лапароскопічного доступу при виконанні резекцій печінки. Це обумовлено технічними складнощами та ризиками процедури, необхідністю додаткового спеціалізованого навчання. Проте поступово кількість центрів, що виконує даний вид операцій зростає, що потребує вивчення та оцінки методики і систематизації підходу до неї. Враховуючи це у відділі хірургії та трансплантації печінки ДУ “НІХтаТ ім.О.О. Шалімова” у рамках надання високоспеціалізованої допомоги третинного рівня було впроваджено виконання анатомічних лапароскопічних резекцій пацієнтам з вогнищевою патологією печінки.

Метою дослідження є оцінка результатів власного досвіду виконання резекцій печінки лапароскопічним доступом та визначення категорій пацієнтів яким цей доступ надає найбільшу перевагу.

Матеріали і методи. В дослідження включено 66 пацієнтів з доброякісною

та злоякісною вогнищевою патологією печінки, яким виконана лапароскопічна резекція печінки з грудня 2016 по серпень 2019 року. Серед пацієнтів було 17 чоловіків та 49 жінок, а їх вік варіював від 20 до 69 років. Показом до виконання резекції печінки були в 80,3% доброякісні новоутворення (у 15 симптомний гемангіоматоз, у 4 аденома печінки, у 13 фокальна нодулярна гіперплазія, у 11 ехінококкоз печінки, у 8 цистаденома печінки, у 1 ангіоліпома, у 1 гемангіоендотеліома) та в 19,6% злоякісні (у 7 гепатоцелюлярна карцинома, у 4 метастази колоректального раку, у 2 інші метастатичні ураження печінки).

Розмір новоутворення варіював від 5,3 до 10,4 см (середнє $7,2 \pm 3,4$ см). У жодного з пацієнтів із злоякісними пухлинами не відмічали інвазію в магістральні структури. Двоє з чотирьох пацієнтів з гепатоцелюлярною карциномою мали цироз печінки вірусного генезу з функціональним станом ChildA. У 7(21,2%) пацієнтів було морбідне ожиріння Іст. У 4 (12,1%) пацієнтів в анамнезі були присутні попередні втручання в черевній порожнині – у 2 резекція частини товстого кишківника з приводу аденокарциноми, у 1 лапаротомія з приводу внутрішньочеревної кровотечі та у 1 – правобічна трисекцієектомія з тотальною каудальною лобектомією, резекцією та протезуванням нижньої порожнистої вени.

Результати дослідження та їх обговорення. 29 (43,9%) пацієнтам була виконана лівобічна латеральна секцієектомія, 8 (12,1%) – лівобічна гемігепатектомія, 5 (7,5%) – бісегментектомія 5-6, 2 (3,03%) пацієнтам – правобічна задня секцієектомія, 13 (19,6%) – анатомічна моносегментектомія, 9 (13,6%) – субсегментарна резекція. Середня тривалість операції становила 4,2 год. (256 ± 88 хв.). Крововтрата склала $314,1 \pm 280,1$ мл. Використовували 5-ти троакарний доступ, тиск карбоксиперітонеуму підтримували на рівні 12-15 мм.рт.ст. Екстракорпоральний прийом Прінгла використовували у 26 (39,3%) хворих інтервалами 15-5 хв. Середня тривалість перетискання печінкового притоку склала $55,7 \pm 7,6$ хв. Транссекцію виконували шляхом краш-клямпу затискачем типу «меріленд» із селективним кліпуванням виділених структур. Макропрепарат видаляли через доступ Пфаненштіля або через повторний розріз

в місці рубця від попереднього втручання. У всіх пацієнтів із злоякісними новоутвореннями отримано гістологічне підтвердження R0 резекції. Всіх пацієнтів вели згідно протоколу ERAS, який включав ранню мобілізацію та раннє годування після активізації перистальтики. Дренажі видаляли на 2-3 добу, після УЗ-контролю. Післяопераційний період перебігав без великих ускладнень усіх 66 хворих, у 4 хворих виникли малі ускладнення – сероми п/о рани (1-2 ст) за Клав'єно. Помірно виражений больовий синдром спостерігали у 5 (7,5%) хворих, що потребувало введення анальгетиків на 1-2 п/о добу. У 1 пацієнтки спостерігали інтраабдомінальне рідинне скупчення, що не потребувало інтервенції. Загальна морбідність склала 13,6%. Середня тривалість п/о періоду склала $7,7 \pm 4,4$ доби.

Висновки. 1. Виконання резекцій печінки лапароскопічним доступом дозволяє отримати задовільні результати за показниками морбідності, тривалості післяопераційного знаходження в стаціонарі та рівню R0 резекцій у онкологічних пацієнтів. 2. Оптимальними з точки зору лапароскопії є солітарні ураження розмірами до 10 см, що не інвазують в магістральні портальні або кавальні структури. 3. Наявність попередніх втручань на органах черевної порожнини не є абсолютним протипоказом до лапароскопічного доступу при виконанні резекцій печінки.

О.Г. Котенко, Д.О. Федоров, О.М. Остапюшен

ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”

НАМН України, Київ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Вступ. Метастатичне ураження печінки розвивається більше ніж у половини пацієнтів, хворих на колоректальний рак (КРР). Лише 20% з них мають резектабельні форми ураження. П'ятирічне виживання після резекції печінки з приводу метастазів колоректального раку в печінку (МКРП) подвоїлась за останні 20 років з 30% до 60% через запровадження мультидисциплінарного підходу та агресивної хірургічної тактики.

Метою дослідження є вивчення ранніх та віддалених результатів лікування пацієнтів з МКРП та визначення оптимальної тактики хірургічного лікування.

Матеріали і методи. В дослідження включено ретроспективні дані про результати хірургічного лікування 405 пацієнтів з МКРП за 2009-2018 роки в НІХтаТ ім. О.О.Шалімова. Серед пацієнтів було 46,6% жінок та 53,3% чоловіків віком від 27 до 78 років. Більшість (78,1%) мали метакронні МКРП. У 21,9% пацієнтів, що мали синхронні метастази час від операції з видалення пухлини кишки до резекції печінки склав 76 ± 16 діб. Неoadьювантну поліхіміотерапію (НПХТ) щодо резекції печінки за протоколами FOLFOX/FOLFIRI отримали 61,8% пацієнтів, таргетну – 7,6%. З усіх пацієнтів, які проходили НПХТ, 14,7% мали початково нерезектабельні ураження печінки. Рівень відповіді за RECIST склав 28,3% для часткової відповіді, 37,4% для стабільного захворювання, 10,4% для повної відповіді та 23,9% для прогресії захворювання. Прогресія захворювання в межах резектабельності не була протипоказом для резекції, проте стала маркером гіршого подальшого прогнозу, порівнянно з іншими пацієнтами. Білобарне ураження мали 44,1% пацієнтів, інвазію в магістральні внутрішньопечінкові структури – 24,3%, з них 5,1% мали інвазію в усі три печінкові вени. Розрахунковий печінковий залишок для обширних резекцій варіював від 24% до 56%. Емболізацію ворітної вени перед обширними резекціями печінки отримали 37,6% пацієнтів. Позаорганні прояви (меастатичні ураження лімфовузлів або одиничні легеневі метастази) були виявлені у 4,7% пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього 405 пацієнтам було виконано 546 резекцій печінки. Доля великих та обширних анатомічних резекцій склала 71,8%, малих анатомічних та енуклеорезекцій – 28,2%. Одномоментна резекція печінки була проведена в більшості (96,3%) випадків, стадійні резекції печінки виконали у 3,6% пацієнтів. У 7,8% пацієнтів з синхронними МКРП виконали симультантне втручання – резекцію печінки та видалення первинного вогнища. За виникнення рецидиву МКРП у 16,8% пацієнтів виконували повторні резекції печінки. У пацієнтів з ураженням усіх печінкових вен застосували *in vivo* резекції з виключенням печінкового залишку з кровотоку та перфузією розчином кустадіолу за трансплантаційними технологіями з наступною резекцією устя печінкових вен і запечінкового сегменту НПВ з протезуванням синтетичним

протезом.

Діаметр видалених вогнищ склав $40,6 \pm 17,2$ мм (10-68 мм), кількість метастазів у одного пацієнта склав $3,6 \pm 2,1$ (1-9). Крайового статусу R0 резекції вдалось досягнути у 97,3% резекцій, R1 в 2,7%. У 21,6% пацієнтів спостерігали виражений SOS-синдром внаслідок НПХТ, наявність якого корелювала з розвитком післяопераційної недостатності. Загальний рівень післяопераційної морбідності склав 37,9% для всієї когорти пацієнтів на значно не відрізнявся в групі з симультантними та звичайними втручаннями. Рівень важких ускладнень ($>3b$ за Dindo-Clavien) – 6,7%. Частота післяопераційної печінкової недостатності за критерієм 50-50 склала 27,4%. В групі *invivo-insitu* резекцій загальна морбідність була вищою ніж в загальній групі та склала 54,3%.

П'ятирічна безрецидивна виживаність в загальній групі склала 34,3% а в групі *invivo-insitu* резекцій – 21,6%. Загальна п'ятирічна виживаність склала 57,7% в загальній групі та 44,2% в групі *invivo-insitu* резекцій.

Висновки. 1. Хірургічна резекція в комбінації з періопераційною поліхіміотерапією є ефективним методом лікування пацієнтів з резектабельними формами МКРП, що дозволяє досягнути високих показників післяопераційної виживаності. 2. Застосування агресивної хірургічної тактики з використанням трансплантаційних технологій при ураженні внутрішньо-печінкових васкуло-біліарних структур дозволяє суттєво розширити пул пацієнтів з резектабельними формами МКРП. 3. Використання симультантних втручань при синхронних резектабельних формах МКРП дозволяє покращити онкологічні результати без погіршення ранніх післяопераційних показників за умови збереження безпечного об'єму печінкового залишку.

В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вступление. Наиболее тяжелым осложнением течения постнекротических кист поджелудочной железы (ПКПЖ) являются аррозивные кровотечения,

встречаемость которых по данным литературы отмечена в 10-20% случаев (А.Сarr, 2000, Абдулаев М.А., 2012). Развитие кровотечения связано с аррозией артериальных сосудов ферментами ПЖ, присутствующими в ее содержимом. Сложность диагностики данного осложнения, с одной стороны, связана с относительной редкостью данной патологии, а с другой – с трудностью установления источника кровотечения.

Тактика лечения при кровотечении из ПКПЖ зависит от многих факторов, обуславливаясь как степенью кровопотери, так и общим состоянием этого контингента больных, а так же от наличия в конкретном медицинском учреждении современных средств диагностики, возможности проведения эндоваскулярного гемостаза и опыта хирургов. Селективная артериальная эмболизация под контролем КТ-ангиографии не смотря на свою эффективность не может рассматриваться как окончательный метод остановки кровотечения из ПКПЖ ввиду значительной частоты рецидивов кровотечения. Кроме того, эта технология доступна в Украине далеко не всем стационарам, поэтому хирургические вмешательства (панкреатоюностомия, резекция тела и хвоста ПЖ со спленэктомией или без нее, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда, дренирование и тампонада кисты) остаются основными методами лечения. В связи с этим вопрос хирургического лечения этого грозного осложнения является одним из сложных в ургентной хирургии.

Цель исследования. Разработка оптимальной хирургической тактики геморрагических осложнений постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2001 по 2018 в клинике кафедры хирургии №3 кровотечение из постнекротических кист поджелудочной железы наблюдали у 12 больных в возрасте от 24 до 57 лет, средний возраст больных составил $47,2 \pm 1,4$ года. У всех пациентов в анамнезе был перенесённый острый деструктивный панкреатит, время существования ПКПЖ колебалось от 3 недель до 2 лет.

Диагноз устанавливался на основании клинической симптоматики, острой геморрагической анемии, наличия опухолевидного образования плотноэластической консистенции в эпигастрии или левом подреберье и дополнительных

методов обследования, включавших ФГДС, УЗИ и КТ.

Результаты исследования и их обсуждение. В 6 случаях киста локализовалась в теле поджелудочной железы, в трёх – в хвосте и в двух – в области головки, у одного больного аррозивное профузное кровотечение явилось осложнением нагноившейся кисты. Умерло двое больных от профузного кровотечения в брюшную полость, диагноз у которых установлен на вскрытии. В одном случае отмечено кровотечение из селезёночной артерии, вовлеченной в кистозное образование хвоста поджелудочной железы. Произведена резекция хвоста поджелудочной железы с удалением селезёнки и иссечением стенок постнекротической кисты. У 4 больных с установленным диагнозом ПКПЖ кровотечение возникло в различные сроки нахождения больных в стационаре. Учитывая сложность остановки этих кровотечений, у них была принята активно-выжидательная тактика, которая заключалась в проведении интенсивной гемостатической терапии, при динамическом наблюдении за больными под контролем показателей красной крови. Такая тактика дала положительный эффект. Кровотечение было остановлено. Вследствие увеличения кисты и её напряжения больные вынуждены были оперированы на 3 и 4 сутки лапаротомным доступом со вскрытием кисты, после освобождения её полости от сгустков крови, кровоточащие сосуды были прошиты, а полость кисты дренирована через Винслово отверстие. Пройдя стадию формирования неполного панкреатического свища, больные выздоровели. Двоим больным, у которых диагноз кровотечения был установлен эндоскопически на основании выделения крови из большого дуоденального сосочка, после прошивания сосудов выполнены операции внутреннего дренирования кисты с наложением цистоеюноанастомоза. У одного больного, которому выполнено наружное дренирование, через полгода возник рецидив образования кисты. Выполнена операция внутреннего дренирования, выздоровление.

Выводы. При отсутствии возможности ангиографического обследования больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, осложнёнными кровотечением, методом выбора должно явиться открытое лапаротомическое

вмешательство с прошиванием кровотокающих сосудов. При невозможности выполнения операции внутреннего дренирования альтернативой может явиться операция наружного дренирования кисты через Винслово отверстие.

*Н.С. Морозова¹, С.В. Рідний¹, С.І. Лях², Г.С. Головчак¹, І.В. Коробкова¹,
А.А. Попов¹*

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, ² Харківський національний медичний університет, Харків

ПРОФІЛАКТИКА КАТЕТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ КРОВОТОКУ

Вступ. Інфекції, пов'язані з катетеризацією судин (ІПКС) займають третє місце серед усіх інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД) й перше місце серед причин бактеріємії. Стороннє тіло в судинному кровотоку, шкірна рана навколо катетера, вільний доступ до судинної системи створюють високу ймовірність попадання мікроорганізмів до потоку крові. Тому розробка заходів профілактики ІПКС є одним з напрямків підвищення ефективності лікування. Діагностика ІПКС часто утруднена в зв'язку з відсутністю настороги серед медичного персоналу внаслідок недостатнього рівня підготовки.

Найбільш вірогідними факторами ризику, що сприяють розвитку інфекцій є нестандартний догляд за катетерами, порушення алгоритмів проведення медичних маніпуляцій, тривале застосування катетерів. Згідно зі світовим досвідом та власними спостереженнями заходами профілактики ІПКС є проведення катетеризації та подальшого догляду за катетером спеціально підготовленим персоналом, місцеве застосування антисептичних засобів, антибіотиків, покриття катетерів антимікробними препаратами й використання асептичної техніки проведення катетеризації.

Наріжним каменем запобігання ІПКС є обробка рук медичного персоналу спиртовими антисептиками, а шкіри області катетеризації препаратами з групи гуанідинів (2% водним розчином хлоргексидину) або повідон-йодом.

Результати дослідження та їх обговорення. Робота спеціально підготовленої групи фахівців з інфузійної терапії для проведення катетеризації й

подальшого догляду за катетерами показала її ефективність у порівнянні з персоналом відділень, тому що дозволила в 4-8 разів знизити кількість інфекцій та отримати високий економічний ефект. Розробка й впровадження навчальних програм для персоналу за даними ряду авторів призводить до зниження кількості ІПКС більш ніж на 20%.

Аналіз різних варіантів асептичних умов під час катетеризації центральних судин показав переваги методу з використанням стерильних рукавичок, разових фартухів, масок, халатів, шапочок, обробка широкого операційного поля в порівнянні з методом використання стерильних рукавичок, обробки вузького операційного поля. Зазначено, що перший метод перевершує другий в 3-4 рази за зниженням бактеріальної ІПКС, зокрема, легеневої артерії.

Експериментально обґрунтовано впровадження мікробіологічного моніторингу, що включає посів крові на стерильність по надходженню, через 24 та 48 годин після першого забору крові, далі щодня, а також за наявності ознак синдрому системної запальної відповіді, посів з об'єктів довкілля, визначення чутливості штамів збудників до антибактеріальних препаратів (антибіотиків, дезінфектантів, антисептиків).

Труднощі діагностики й лікування ІПКС вказують на необхідність організації їх ефективної профілактики. Основні шляхи профілактики ІПКС в лікувальних установах пов'язані з проведенням наступних заходів:

Висновки. 1. Регулярне навчання персоналу кожні 3-4 місяці. Впровадження проведення катетеризації й догляду за катетером спеціально підготовленою (в тому числі з питань асептики й антисептики) групою фахівців з інфузійної терапії. 2. Використання максимального обсягу асептики (шапочка, маска, стерильний халат, стерильні рукавички, широка обробка й обкладення стерильним матеріалом операційного поля) під час катетеризації центральних судин. 3. Антисептична обробка рук медичним персоналом до й після контакту з пацієнтом. 4. Мікробіологічний моніторинг матеріалу від пацієнтів, зовнішнього середовища, визначення чутливості збудника до антимікробних препаратів (антибіотиків, дезінфектантів, антисептиків). 5. Дезінфекція об'єктів довкілля

навколо пацієнта з урахуванням обґрунтованого вибору засобів дезінфекції.

В.В. Петрушенко¹, Д.І. Гребенюк¹, Н.В. Анасова²

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

² Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований

ендокринологічний центр, Вінниця

ВПЛИВ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ НА ЗАГОЄННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ВИРАЗОК

Вступ. Незважаючи на активні дослідження, діабет не піддається радикальному лікуванню, а виразкові ураження стопи, яка є найчастішою локалізацією процесу, важко і тривало загоюються при використанні стандартних методів консервативної та хірургічної корекції. Регенеративна терапія з використанням плазми збагаченої тромбоцитами, забезпечує принципово новий підхід до лікування діабетичних виразок, який може допомогти уникнути втрати кінцівки.

Метою дослідження було оцінити вплив плазми збагаченої тромбоцитами на загоєння діабетичних виразок.

Матеріали і методи. Дослідження включало 32 пацієнти із діагнозом діабетичної стопи в стадії 2. На момент включення в дослідження всі пацієнти мали дефект шкірних покривів і підшкірної жирової клітковини в ділянці стопи, розмірами 3–6 см², який не піддавався корекції традиційними методами протягом 3–4 місяців. Пацієнти випадковим чином були розподілені на дві групи. Групу порівняння склали 18 пацієнтів (56,25%), які отримували стандартну терапію. Дослідну групу склали 14 пацієнтів (43,75%), яким стандартна терапія доповнювалася локальним серійним введенням аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами. Для оцінки ефективності проведеної терапії вимірювали площу виразкового дефекту до маніпуляції, а також з інтервалом в 1 тиждень до повного загоєння виразки.

Результати дослідження та їх обговорення. У дослідній групі числові показники площі виразкових дефектів на 7 добу ($452,29 \pm 92,30$ мм²), хоча й були дещо меншими за вихідні значення ($468,43 \pm 92,79$), проте достовірності різниці

статистично доведено не було ($p > 0,05$). Починаючи із 14 доби нами було відмічено прогресивне статистично достовірне зменшення площі на всіх термінах до кінця дослідження (До маніпуляції – $465,61 \pm 95,00$ мм²; 14 доба – $392,86 \pm 43,40$ мм²; 21 доба – $293,00 \pm 34,51$ мм²; 28 доба – $177,43 \pm 45,41$ мм²; 35 доба – $9,29 \pm 13,13$ мм²; 42 доба – $0,00 \pm 0,00$ мм²). При попарному порівнянні суміжних даних на всіх наступних термінах дослідження також було продемонстровано наявність статистично достовірного зменшення площі виразкових дефектів ($p < 0,01$).

На 35 добу дослідження повне загоєння діабетичних виразок у дослідній групі спостерігалось у 9 (64,2%) пацієнтів, а показник площі дефекту шкірних покривів становив $9,29 \pm 13,13$ мм² та достовірно відрізнявся від аналогічних показників на всіх попередніх термінах дослідження ($p < 0,01$). На 42 добу нами було відмічено повне загоєння виразкових дефектів абсолютно у всіх пацієнтів.

У групі порівняння хоча й спостерігалось незначне прогресивне зменшення числових значень показників площі виразкових дефектів (7 доба – $461,17 \pm 96,51$ мм²; 14 доба – $458,06 \pm 93,02$ мм²; 21 доба – $448,56 \pm 94,10$ мм²; 28 доба – $443,78 \pm 90,65$ мм²; 35 доба – $438,00 \pm 93,37$ мм²; 42 доба – $431,11 \pm 90,81$ мм²), проте статистично підтвердити дану закономірність не вдалось ($p > 0,05$). Жодного випадку повного загоєння не спостерігалось.

При попарному аналізі показників площі виразкових дефектів в обох групах на кожному терміні дослідження нами були отримані наступні дані. На момент включення пацієнтів у дослідження показники площі у обох групах достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). На 7 добу, хоча різниця між числовими значеннями досліджуваного показника і дещо збільшилася, проте статистичної достовірності не було виявлено ($p > 0,05$). Натомість, вже на 14 добу показники площі у дослідній групі були достовірно меншими ($p < 0,05$) у дослідній групі. На 21 добу відмінності між групами виявилися ще більш достовірними ($p < 0,01$) і залишалися таким до кінця дослідження.

Висновки. Локальне введення аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами дозволяє досягти повного загоєння діабетичних виразкових

дефектів в стадії 2 площею 3–6 см² протягом 6 тижнів.

*І.Ю. Полянський, В.П. Сливка, В.В. Андрієць, В.І. Москалюк, В.В. Яцків,
Ю.Д. Лук'янчук*

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

ЛІКУВАННЯ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ УЗ- КОНТРОЛЬОВАНИМИ ПУНКЦІЄЮ ТА ДРЕНУВАННЯМ

Вступ. Піддіафрагмальні абсцеси – одне з найчастіших післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії. Складність ранньої діагностики, відсутність єдиної тактики в лікуванні таких пацієнтів зумовлюють актуальність цієї проблеми, продовження термінів стаціонарного лікування. Проблема полягає в дренованні та санації порожнини абсцесу з виключенням небезпеки інфікування очеревинної порожнини, що спостерігається при лапаротомних втручаннях, яку, через тяжкість пацієнта, виконати не завжди можливо.

Матеріали і методи. У клініці розроблена і впроваджена лікувальна тактика, що полягає у ранній діагностиці наявності абсцесу та топографічній його локалізації за допомогою УЗД та КТ. Як свідчить наш досвід, чітко локалізувати абсцес можливо тільки шляхом багатопозиційного УЗ дослідження з визначенням найоптимальнішого місця для пункції та дреновання для уникнення пошкоджень паренхіматозних, порожнистих органів та великих судин.

Результати дослідження та їх обговорення. Пункція абсцесу проводиться під контролем УЗД у визначеній точці. При невеликих розмірах абсцесу санувати його вдається пункційно – після евакуації вмісту з порожнини вона санується антисептиком, а при необхідності у неї вводиться мікроіригатор. При великих і гігантських абсцесах пункційно санувати абсцес не представляється можливи. Після пункції, яка дає змогу локалізувати місцезнаходження абсцесу, проводиться його дреновання. Двопросвітний дренаж дозволяє не тільки евакуювати вміст абсцесу, а й налагодити проточну його санацію з використанням різних вакуумних систем.

Висновки. Із 12 випадків за останні 5 років вдалось санувати піддіафрагмальні абсцеси вказаними методами без будь-який суттєвих

ускладнень. Це дозволило значно покращити результати лікування хворих, скоротити термін їх стаціонарного лікування.

*С.І. Саволюк, В. Лисенко, М.Ю. Крестянов, Д.С. Завертиленко,
В.Г. Сіряченко, В.І. Зубаль, О.С. Багрій.*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

СУЧАСНА ХІРУРГІЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Вступ. Мінінвазивні оперативні техніки при грижах, зокрема ендо- та лапароскопічні, не тільки зменшують загальну стресову відповідь організму на хірургічне пошкодження тканин, але і сприяють зниженню ризику ускладнень, відсотку післяопераційного гострого та хронічного больового синдрому та скороченню терміну відновлення. У зв'язку з цим мизадались метою покращити безпосередні (гострий пахвинний біль) та віддалені (хронічний пахвинний біль) результати лікування хворих на пахвинні грижі шляхом застосування модифікованої техніки TAPP-герніопластики та технологій хірургії швидкого відновлення (протокол FastTrackSurgery).

Матеріали і методи. У ретроспективне клінічне дослідження були включені 224 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік склав $46 \pm 2,1$ років) з первинними унілатеральними пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 Київ). Період спостереження складав 1 рік. У 178 хворих була виконана модифікована TAPP (спінальна анестезія, троакальний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревинного дефекту шляхом електрозварювання) та 46 хворим проведена пластика за методом Lichtenstein. Усім пацієнтам виконувалась пахвинна герніопластика імплантом Bard 3D Max Mesh. Дефект очеревини в основній групі після встановлення імпланту реконструювався методом електрозварювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 рази та періоду до відновлення

здатності виконувати професійні обов'язки в 3,4 рази при застосуванні нового хірургічного методу. Значущої різниці у рівнях післяопераційних ускладнень ($p=0,036$) та повторних операцій через ускладнення ($p=0,023$) не виявлено. Відзначалась суттєва різниця у показниках болю у спокої ($p<0,001$), болю при навантаженні ($p<0,001$), рівнях рецидивів ($p<0,001$). Відзначено зменшення необхідності в анальгетиках в основній групі у ранньому післяопераційному періоді ($p<0,001$) та зниження ризику розвитку тривалої інгвінодинії ($p<0,001$).

У зразках від експериментальних тварин зменшення кількості живих мезотеліоцитів не підвищувало вираженість запальної реакції ($p<0,001$). При зварювальному шві спостерігалась статистично значуща різниця з вищою інтенсивністю колагеноутворення, аніж при лігатурному, що забезпечувало більшу міцність з'єднання тканини.

Висновки. Модифікована лапароскопічна преперитонеальна алогерніо-пластика для первинних унілатеральних пахвинних гриж в умовах протоколу хірургії швидкого відновлення, яка включає знеболення троакарних ран, термінальну анестезію очеревини та діафрагми, гідропрепарування очеревини для дисекції преперитонеального простору, встановлення анатомічно конформованого сітчатого протезу без фіксації та реконструкцію дефекту очеревини методом електрозварювання, є ефективною та надійною з огляду на рівень ускладнень (відсутність морфологічної основи для гострого та хронічного пахвинного болю), якість життя пацієнтів в ранньому та віддаленому післяопераційному термінах та ризик розвитку рецидиву.

С.І. Семененко

Вінницький національний медичний університет ім. М.В. Пирогова,
Вінниця

ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРНІ ДОЗИ АДЕМОЛУВ УМОВАХ ЧМТ У ЩУРІВ

Вступ. Деяким адамантанвмісним лікарським засобам, зокрема амантадину сульфату або гідрохлориду, мемантину та Адемолу, притаманна антагоністична дія на NMDA-рецептори, що проявляється у збереженні морфо-функціонального

стану нейронів на різних за генезом розвитку моделях ураження мозку. Препарат Адемол нейро-, кардіо- термо- актопротекторної, антигіпоксичної, протиішемічної, анксиолітичної, ноотропної, аналгетичної та адаптогенної дії, а також притаманні йому антихолінестеразні, ганглію- та β -адреноблокувальні ефекти якого доведені в попередніх дослідженнях (Зайцев Л. та співавт., 1999; Лозинський О. та співавт., 2002; Короткий Ю. В. та співавт., 2003; Лонська О. П., 2009; Загорій Г. В., 2014; Ходаковський А. А., Загорій Г. В., 2014) при ішемічних станах, а саме, гострому інсульті, інфаркті міокарду і на сьогодні постало питання як покаже себе даний препарат при черепно-мозковій травмі (ЧМТ) як церебропротектор для збереження структури і цілісності нейронів головного мозку.

Матеріали і методи. Оцінку церебропротекторних властивостей Адемолу проведено на 120 щурах-самцях лінії Вістар масою 160-180 г. Під час роботи з лабораторними тваринами дотримані методичні рекомендації Державного фармакологічного центру Міністерства охорони здоров'я України і вимоги біоетики згідно до Національних «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (2001), що відповідають положенням «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1985). Експериментальну ЧМТ, викликану дією потоку вуглекислого газу під тиском створювали за власною створеною моделлю із використанням газобалонного пневматичного пістолету з використанням балонів вуглекислого газу. Терапевтичну дію Адемолу за модельної ЧМТ оцінювали при його застосуванні окремими дозами 1, 2 та 4 мг/кг. Відправною точкою для пошуку умовно-ефективної дози стала доза, яка виявилась при ГПМК у щурів (О. А. Ходаківський, 2013).

Результати дослідження та їх обговорення. У щурів груп контрольної патології, де в якості перманентної терапії вводили 0,9% розчин NaCl в дозах 1; 2 та 4 мл/кг в усі періоди ЧМТ, показник смертності залишався стабільним, з тенденцією до поступового збільшення. У групі контрольної патології (ЧМТ + 0,9% NaCl 2 мл/кг) більше половини тварин (60%) загинуло упродовж перших 6 год від початку спостереження, що можна вважати за критичний рубіж для даної

патології. В подальшому цей показник зростав, і через 20 год становив 80%, $p < 0,05$. Наприкінці експерименту, а це 8 доба після моделювання ЧМТ нами було зареєстровано загибель 90-95% щурів груп контрольної патології. Проводячи порівняльний аналіз використання різних доз 0,9% NaCl при ЧМТ, а саме: 1; 2 та 4 мл/кг можна помітити відсутність статистично достовірної різниці летальності при міжгруповому порівнянні ($p > 0,05$). Суттєві терапевтичні ефекти були реалізовані при 8-денному застосуванні Адемолу в дозах 1 та 2 мг/кг (летальність відповідно 35 та 30%). Так, упродовж 8 діб модельної ЧМТ на фоні лікування Адемолем аналіз ефективності застосування даного препарату та скринінг умовно-ефективної церебропротективної дози Адемолу за показником летальності вказує на те, що максимальна терапевтична дія досліджуваного препарату проявилась при його застосуванні у дозі 2 мг/кг, яка є умовно-ефективною в умовах даного патологічного стану.

Висновки. курсове введення щурам з модельною ЧМТ Адемолу умовно-ефективною церебропротективною дозою 2 мг/кг двічі на добу з інтервалом 12 год і тривалістю введення 2 год, ефективніше за інфузію фізіологічного розчину сприяла зменшенню летальності у тварин на 8-му добу терапії травми.

А.В. Скумс, О.М. Гулько, В.О. Кузьменко, А.А. Скумс, С.М. Чайковська
ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”
НАМН України, Київ

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРИСКОРЕНОГО ОДУЖАННЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

Вступ. За останні десятиліття відзначають зменшення летальності після панкреатодуоденальної резекції з 25% до 1-3%, але кількість ранніх післяопераційних ускладнень сягає 29,5%-70%. Новим напрямком периопераційного ведення є мультимодальна програма прискореного одужання після операції (ERAS), спрямована на поліпшення функціональних можливостей і прискорення реабілітації пацієнтів після операції. Метою даного дослідження була оцінка ефективності реалізації протоколу ERAS у пацієнтів після панкреатодуоденектомії і його вплив на частоту і характер післяопераційних

ускладнень, смертність і тривалість перебування.

Матеріали і методи. У дослідження включені 65 пацієнтів з періампулярною пухлиною у віці від 28 до 75 років за період з січня 2015 по грудень 2018 рр.. У всіх пацієнтів було виконано панкреатодуоденектомію за Whipple зі стандартною лімфаденектомією. Реконструктивний етап полягав в послідовному формуванні панкреатико-, гепатико- і поперекудодового гастроентероанастомозу на одній кишковій петлі за Child. Всі операції виконані однією хірургічною бригадою.

Протокол периопераційного ведення хворих при панкреатодуоденектомії був розроблений відповідно до рекомендацій спілки ERAS 2012 р. і схвалений комітетом інституту з біоетики. Основні положення програми включають заходи передопераційного, інтраопераційного і 7 діб післяопераційного періоду.

Результати дослідження та їх обговорення. Реалізація протоколу ERAS продемонструвати високий рівень імплементації за більшістю параметрів. Передопераційні параметри програми (відмова від голодування, підготовки кишківника) дотримані в 100% спостережень. Епідуральна анестезія проведена у 55 (84,6%). У 10 (15,4%) епідуральний катетер не встановлено через порушення згортання крові (4), захворювання хребта (1), технічні проблеми (2) або відмови хворого (3). Інфузійна терапія в режимі білянкульового балансу проведена в усіх хворих, середній об'єм склав 2100 мл (1910-2290). При середньому об'ємі крововтрати 240 мл (100-600) інтраопераційну гемотрансфузію було необхідне тільки в 1 (3,2%) випадку. Переважна більшість пацієнтів (63-96,9%) переведені з ВРІТ і активізовані в першу добу. Катетер сечового міхура видалений у всіх хворих через 24 год після операції, назогастральний зонд – у 61 (93,8%). У 59 (90,8%) пацієнтів відновлення перорального харчування відбувалось у відповідності до програми, починаючи з першої доби. На 3 добу післяопераційного періоду епідуральний катетер видалений у всіх хворих. Потреба в застосуванні наркотичних аналгетиків виникла у 3 (4,6%) хворих. Дренажі черевної порожнини на 6 добу видалені лише в 34 (52,3%) пацієнтів.

Летальних випадків не було. Післяопераційні ускладнення спостерігали у

22 (36,1%) хворих. Затримку випорожнення шлунка різного ступеня спостерігали у 6 (9,2%) хворих, що вимагало проведення ентерального харчування через назоєюнальний зонд або мікроеюноному. Парентеральне харчування не застосовували в жодному випадку. Формування панкреатичної фістули спостерігали у 8 (12,3%) хворих. Середня тривалість стаціонарного перебування хворих була 14 днів (8-32).

Висновки. Отже, переважна більшість пацієнтів при виконанні панкреатодуоденальної резекції позитивно відповідають на застосування програми прискореного відновлення. Результатом є зменшення частоти післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі при меншій вартості лікування.

В.В. Тарабанчук, В.В. Максим'юк.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, Чернівці

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ

Вступ. Незважаючи на широке клінічне використання ультразвунографії для діагностики гострого деструктивного панкреатиту та його ускладнень, окремі аспекти ехосеміотики панкреатогенних абсцесів висвітлені досить розрізнено та недостатньо повно, що затрудняє проведення адекватної комплексної оцінки отриманих даних ультразвукового обстеження (УЗО) та обмежує його інформативність.

Матеріали і методи. Обстежено 17 хворих на гострий некротичний панкреатит, перебіг якого ускладнився формуванням абсцесів черевної порожнини. Серед них: чоловіків – 10 (58,8%), жінок – 7 (41,2%).

Ультразвукове обстеження проводилось з використанням сонографічного апарату «SIEMENS» з датчиками 3,5 і 5 мГц у двох ультразвукових режимах: 2D-режим і режим кольорового доплерівського картування.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою стандартизації проведення ультразвукового обстеження і зменшення ймовірності виникнення «суб'єктивних» діагностичних помилок нами проведена комплексна оцінки

ультрасонографічних ознак, характерних для наявності гострого деструктивного панкреатиту та відмежованих інтраперитонеальних гнійників. Усі ультрасонографічні ознаки оцінювались згідно бальної систем, після чого проводилось їх статистичне опрацювання.

На основі комплексного аналізу ультрасонографічних ознак панкреатогенних абсцесів черевної порожнини, їх бальної оцінки та статистичної обробки, нами напрацьовано діагностично-прогностичну шкалу:

1. Сума балів >8 – наявність панкреатогенного абсцесу черевної порожнини є невірогідною. Така сума балів може бути характерною для інших вогнищевих утворень панкреатогенного походження: киста, злоякісні та доброякісні пухлини та ін.

2. Сума балів 10-14 – наявність сформованого панкреатогенного абсцесу з наявністю гнійної порожнини є низьковірогідною. Така сума балів може свідчити про наявність запального парапанкреатичного інфільтрату чи панкреатогенного абсцесу у стадії інфільтрації.

3. Сума балів 16-20 – наявність панкреатогенного абсцесу є вірогідною. Така сума балів характерна для абсцесу у стадії секвестрації, яка характеризується загибеллю тканинних елементів та відмежуванням їх від здорових тканин демаркаційним валом.

4. Сума балів 22-32 – наявність панкреатогенного абсцесу черевної порожнини є високовірогідною. Така сума балів характерна для абсцесів у стадії гнійного розплавлення, яка характеризується лізисом некротизованої паренхіми підшлункової залози та оточуючих її тканин, що приводить до формування відмежованої порожнини заповненої гноєм.

У результаті проведення комплексного статистично-аналітичного аналізу діагностично-прогностичної значимості запропонованої шкали встановлено, що її діагностична чутливість становить – 93,6%, діагностична точність – 94,1%, діагностична ефективність – 93,9%.

Висновки. 1. Комплексна оцінка ультрасонографічних ознак, характерних для наявності гострого деструктивного панкреатиту та відмежованих

інтраперитонеальних гнійників створює адекватні можливості для використання розробленої діагностично-прогностичної шкали, діагностична чутливість, точність та ефективність якої складають 93,6%, 94,1% та 93,9% відповідно. Використання напрацьованих комплексних підходів до оцінки результатів ультразвукової діагностики та даних клініко-лабораторно-інструментального моніторингу дало змогу підвищити вірогідність доопераційної діагностики панкреатогенних абсцесів черевної порожнини до 88,2%.

О.М. Терлецький, Б.Ф. Ліщук, М.М. Буфан, В.І. Коломійцев

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Вступ. Обрання належного методу діагностики досліджуваної хвороби є запорукою своєчасного виявлення захворювання та запобігання важким наслідкам для здоров'я пацієнта. Метою нашого дослідження було оцінити та порівняти діагностичні можливості трансабдомінальної ультрасонографії, магнітно-резонансної холангіопанкреатографії, ендоскопічної ультрасонографії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії і комп'ютерної томографії в діагностиці холедохолітазу у пацієнтів з гострим калькульозним холециститом.

Матеріали і методи. У проспективне дослідження включено 377 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в клініці хірургії № 1 ЛНМУ імені Данила Галицького в період 2015-2018 років з гострим калькульозним холециститом та підозрою на холедохолітаз. Середній вік пацієнтів становив $(56,4 \pm 15,11)$ років, і коливався від 19 до 87 років, з них чоловіків – 96 (25,5%), жінок – 281 (74,5%). Всім пацієнтам, крім клініко-лабораторних досліджень, виконувалась трансабдомінальна ультрасонографія та ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія для підтвердження діагнозу

«холедохолітіаз», а за показаннями – комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, ендоскопічна ультрасонографія.

Результати дослідження та їх обговорення. Чутливість трансабдомінальної ультрасонографії в діагностиці великих (16-20 мм) конкрементів – 83,3%, дрібних (3-6 мм) – 52,3%, а загальна діагностична точність – 83,5%. Діагностичні можливості комп'ютерної томографії не є вищими, ніж трансабдомінальної ультрасонографії. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія є недостатньо чутливою (79,2%) при конкрементах розмірами 3-6 мм. Ендоскопічна ультрасонографія характеризується високою інформативністю (чутливість при дрібних (3-6 мм) конкрементах – 95,2%, загальна чутливість – 96,0%, загальна діагностична точність – 99,1%), і не поступається інформативності ендоскопічній ретроградній холангіографії.

Висновки. Трансабдомінальна ультрасонографія та комп'ютерна томографія не мають високих якісних показників у діагностиці холедохолітіазу. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія має високу чутливість, специфічність і діагностичну точність. Ендоскопічна ультрасонографія рекомендована до виконання після використання всіх можливостей неінвазивних діагностичних методів для підтвердження холедохолітіазу у пацієнтів з клінічними і лабораторними ознаками захворювання.

І.Р. Трутяк, В.М. Трунквальтер

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

КНП «8-а МКЛ Львова», Львів

СИНДРОМ МОРЕЛЯ-ЛАВАЛЬЄ – УСКЛАДНЕННЯ ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТАНГЕНЦІЙНОЇ ТРАВМИ

Вступ. Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин як самостійна нозологічна одиниця чи окремий вид травми вперше був описаний французьким хірургом Morel-Lavallee в 1848 році. Незважаючи на грізні гнійно-септичні ускладнення, які виникають при несвоєчасній діагностиці цього ушкодження,

висвітлення його в літературних джерелах є вкрай недостатнім.

Матеріали і методи. В клініці травматології та ортопедії і клініці хірургії поєднаної травми КНП «8-а МКЛ Львова» за останні п'ять років знаходилося 246 пацієнтів з політравмою з них у 6 травмованих було масивне травматичне відшарування шкіри і підшкірної клітковини на латеральній поверхні стегна і тулуба з потертістю покривів в результаті дії абразивної сили. Це були чоловіки працездатного віку, які отримали травму тіла внаслідок дорожньо-транспортної пригоди і поступили в стані травматичного шоку. Окрім цього, у 2 – була політравма з переломом стегна і тазу, у 2 – з переломом великого вертлюга і у 2 – терті рани латеральної поверхні стегна і тулуба.

Результати дослідження та їх обговорення. Масивне травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин виникає під дотичною дією сили механізмів, що рухаються, під час дорожньо–транспортних пригод чи при падіння з висоти. При цьому над фасцією утворюється порожнина, яка заповнена кров'ю. Найчастішою локалізацією є сідниці, спина і задня поверхня стегон. У пацієнтів з політравмою основна увага клініцистів звернена на лікування домінуючого ушкодження, а неяскові прояви ушкодження Мореля-Лавельє призводять до несвоечасної діагностики і гнійного процесу, який в таких травмованих супроводжується сепсисом, що було в одного із наших пацієнтів.

Основою діагностики ушкодження Мореля-Лавельє є клінічна симптоматика і ультрасонографічне дослідження. Клінічно – набряк і потертість покривів, деформація сегмента, зміна консистенції м'яких тканин, флюктуація, збільшена рухомість шкіри відносно підлягаючих тканин. Для верифікації локалізації і поширення рідинних скупчень і відшарування пошкоджених м'яких тканин доброю інформаційністю володіє ультрасонографія. Цей метод дозволяє виконувати прицільну пункцію і досліджувати вміст, а також визначити оптимальний доступ для хірургічного втручання.

Способи лікування хворих з масивним травматичним відшаруванням шкіри та м'яких тканин можна розділити на консервативні і хірургічні. До перших відносять компресійні бандажі, черезшкірні аспірації, введення в порожнини

склерозуючих речовин, застосування нестероїдних протизапальних препаратів, антибіотиків і фізіотерапії. Цей метод має високий ризик виникнення гнійно-септичних ускладнень, особливо у пацієнтів з поєднаною травмою, тому в наших пацієнтів не застосовувався. Обсяг операційного втручання, залежить від типу, площі і глибини відшарування тканин, а також від інфікування порожнини і супутніх переломів кісток. Насамперед фіксували кінцівку апаратом зовнішньої фіксації, виконували хірургічну обробку з розкриттям і ревізією всієї порожнини та її кишень і широко дренивали. Медикаментне лікування включало інфузійну і антибактерійну терапію. Сумнівно життєздатні ділянки шкіри не висікали. Хірургічну корекцію їх виконували за необхідністю. На утворену рану накладали систему для терапії негативним тиском, яка швидко купувала інфекційний процес в рані і підготовлювала її до закриття вторинними швами (2 пацієнти) або комбінованою пластикою (4 пацієнти).

Висновки. Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин – синдром Мореля-Лавалле виникає при дії високоенергетичної травми по дотичній до тіла. Для попередження ускладнень цього ушкодження необхідна настороженість хірургів і своєчасна діагностика. Основним компонентом лікування синдрому Мореля-Лавалле є хірургічне втручання і терапія негативним тиском.

Sergiu Ungureanu¹, Natalia Sipitco¹, Vladimir Vidiborschi², Doina Fosa¹

¹Department of Surgery no 4, Laboratory for Minimally Invasive Surgery, Republican Hospital, State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova, ²Labromed Laborator SRL Company, Chisinau

ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF THE GASTROESOPHAGEAL DISEASE

Background. Worldwide, the incidence of the gastroesophageal reflux disease (>12%), determined an active implementation of surgical antireflux treatment. Its inefficiency, or the recurrence of the reflux, favors the appearance of alternative treatment methods such as STRETA, Linx, electrical stimulation of inferior esophageal sphincter. The electrical stimulation doesn't have a relevant study for the determination of the optimal parameters for physiological stimulation. This piece of work represents

a finished clinical study that had the purpose of analysing the optimal parameters for electrical stimulation and make a microstimulator for inferior esophageal sphincter, that is implanted and charged through energy transfer.

Aims. The goals of this study were to get clinical data regarding the effects of different types of electrical stimulation on LES and to elaborate and test the prototype on laboratory animals.

Material and methods. In the Department of Surgery no 4, during 4 years (2015-2018), there has been achieved one clinical-experimental study of LES electrical stimulation. During the first stage, the electrical stimulation of the LES, using an external pulse generator, was assessed in 15 patients. These patients underwent an antireflux intervention, with an additional insertion of 2 temporary electrodes on the LES. During the second stage, there was created an experimental device which consisted of a re-insertable microstimulator using wireless energy transfer. During the third stage, it was tested in the experimental surgery center "Pius Brânzeu", Timișoara, on laboratory animals (pigs).

Results. Values of the LES resting pressure and integrated relaxation pressure (IRP) were significantly different during the prestimulation and poststimulation periods.

Conclusions. It has been successfully demonstrated the possibility to increase the LES tone. Modifications in the function and tone of the LES, during the electrical stimulation and in the period immediately after the stimulation, depend upon the pulse frequency and length. Also, the additional change of the Bluetooth transmitter antenna is necessary to offset the screening effect of the biological tissues.

Д.А. Фоса, С.Н. Унгуряну, Н.И. Шипитко, В. Истрате

Государственный Университет Медицины и Фармации «Николае Тестемицану»,

Кишинёв

**ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ
МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА**

Цель работы. Оптимизация результатов хирургического лечения пациентов

с цилиндрической эпителиальной метаплазией слизистой оболочки пищевода путём внедрения современных методов диагностики (эндоскопический и эндолюминальный) и разработка оптимального алгоритма мультимодального медико-хирургического лечения пациентов с этой патологией.

Материалы и методы. Исследование представляет собой проспективное и ретроспективное клиническое исследование в области оценки клинико-параклинических особенностей, диагностики и лечения пациентов с хроническими формами течения гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), осложненной цилиндрической эпителиальной метаплазией пищевода (ЦЭМП). Работа проводится в соответствии с протоколом изучения историй болезни пациентов, которые соответствовали критериям для включения в исследуемую группу в ОМСУ Республиканская Клиническая Больница, Кафедра хирургии №4, Факультет Резиденциата и Клинического Секундариата ГУМФ «Николае Тестемицану» в период 2004-2019 годов. Из методов исследования используются как традиционные клинико-параклинические методы, так и новые методы диагностики: передовая эндоскопия: узкоспектральная улучшенная эндоскопия (NBI⁺), эндоскопия с увеличением по технологии Near Focus, измерение клиренса пищевода, манометрия ирН-метрия пищевода, в том числе и морфопатологическое (биооптическое) и иммуногистохимическое исследование слизистой оболочки пищевода, а хирургическое лечение ориентировано на миниинвазивные эндолюминальные и лапароскопические техники.

Результаты исследования и их обсуждение. В хирургической клинике ОМСУ РКБ на протяжении 15 лет (2004-2019) было оказано специализированное лечение 492 пациентам с ГЭРБ. Посредством эндоскопической и гистопатологической диагностики у 72 пациентов была подтверждена ЦЭМП. У 44 пациентов была выявлена метаплазия желудка (1 типа), а у 28 пациентов – метаплазия кишечника (2 типа). На первом этапе, согласно международным стандартным протоколам, были проведены миниинвазивные вмешательства по удалению метапластической ткани: 49 операций по секторальной резекции слизистой оболочки пищевода (эндоскопическая резекция подслизистой,

эндоскопическое иссечение слизистой и аргоно-плазменная коагуляция), а у пациентов с высокой дисплазией метапластического эпителия – в 9 случаях прибегли к удалению пищевода и его замещению тонким кишечником или ободочной кишкой. На втором этапе, после удаления метапластической ткани, была применены антирефлюксные хирургические вмешательства: 31 операций по типу Hill-Dor (180°), 11 вмешательств по типу Hill-Nissen-Rossettii (360°), а в 12 случаях была проведена процедура Hill-Lortat-Jacob (270°). Постоперационная смертность составила 4% – 2 случая имели место у прооперированных пациентов с ЦЭМП и аденокарциномой пищевода.

Выводы. Главный метод ранней объективной диагностики ЦЭМП, степени дисплазии и карциномы пищевода является эндоскопия с биопсией под руководством различных передовых методов визуализации. Эндоскопия с увеличением в комплексе с улучшенной узкоспектральной эндоскопией (NF-NBI) предоставляют результаты *invivo*, аналогичные патоморфологическим, при определении типа цилиндрической метаплазии в пищеводе в 97,8% случаев и преждевременно определяют рак в зоне пищевода-желудочного соединения в 100% случаев из общего числа случаев, диагностируемых патоморфологически. Метаплазия кишечника представляет собой фактор с самым высоким риском развития аденокарциномы пищевода. Эндоскопические и лапароскопические миниинвазивные методы лечения являются незаменимыми для лечебно-диагностической тактики при ЦЭМП.

О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук, Я.Ю. Войтів

ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”

НАМН України, Київ

ДЕЯКІ ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШОК

Вступ. Проаналізовано досвід застосування лапароскопічних втручань у 79 пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями товстої та прямої кишки, дивертикульозом сигмоподібної кишки, неспецифічним виразковим колітом (НВК). Відображено особливості виконання операційних втручань з

лапароскопічного доступу в залежності від виду та локалізації процесу. Наведено аналіз причин конверсій та виникнення післяопераційних ускладнень. Показано, що використання мініінвазивних технологій в колоректальній хірургії забезпечує виконання адекватної за обсягом резекції та лімфодисекції при хірургічних втручаннях.

Матеріали і методи. Лапароскопічний доступ за виконання колектомії застосований у 79 пацієнтів, що лікувались у відділі хірургії шлунково-кишкового тракту ДУ “НІХТ іО.О. Шалімова” впродовж 2015-2018 рр. Чоловіків було 36 (47,2%), жінок – 43 (52,8%). Середній вік становив $52 \pm 8,1$ роки.

Більшість пацієнтів – 72 (92%), оперовані з приводу злоякісних новоутворень різних відділів товстої та прямої кишки (аденокарцинома G2,3). У 7 (12,5%) спостереженнях лапароскопічні втручання виконані у пацієнтів з дивертикулярною хворобою товстої кишки. У групі пацієнтів із колоректальним раком локалізацію пухлини у правих відділах спостерігали у 21 (31%) пацієнтів, у лівих – у 30 (41%), в прямій кишці – у 21 (28%).

Результати дослідження та їх обговорення. У разі аденокарциноми сигмовидної кишки виконували лівобічну лапароскопічну геміколектомію, лапароскопічну резекцію сигмовидної кишки. Операцію закінчували трансверзоректоанастомозом чи десцендоректоанастомозом «кінець-в-кінець», в 5 (16,6%) випадках – накладанням превентивної ілеостоми через наявність obturatorної товстокишкової непрохідності. Здебільшого використовували 4 порти (2 – 10 мм, 1 – 12 мм і 1 – 5 мм). Проводили високе кліпсування і пересічення нижніх брижових судин та аорто-клубову лімфодисекцію з дотриманням принципів CVL (CentralVascularLigation) та CME – (Complete Mesocolic Excision). За стандартного обсягу лімфодисекцію проводили з видаленням та дослідженням не менш як 12 епі-, пара- та мезоколічних лімфовузлів (максимально – 21). Середня тривалість лапароскопічного етапу – 125 ± 22 хв. Через поперечний розріз (Pfannenstiel) довжиною до 5 см видалили препарат пухлини з мобілізованим сегментом кишки і проводили фіксацію головки циркулярного апарату (діаметром 28-31 мм) в проксимальному відділі

кишки кисетним швом Рану захищали використовуючи SurgiSleeve Wound Protector Medium (5-9 см). Далі накладали апаратний циркулярний степлерний десцендоректоанастомоз “кінець-в-кінець”.

У разі локалізації пухлини в нижньо- та середньоампулярних відділах прямої кишки після неoad'ювантної хіміопроменевої терапії в 12 випадках виконували лапароскопічну передню резекцію прямої кишки, у 9 випадках – тотальну мезоректумектомію. Після високого кліпсування і пересікання лімфоваскулярної ніжки проводили мобілізацію прямої кишки з парціальною мезоректумектомією з дотриманням принципів «футлярності» (за Heald). Препарат видаляли в єдиному фасціальній-футлярному блоці, з наступним накладанням апаратного десцендоректоанастомозу. Середня кількість видалених лімфовузлів – 11-12. В 3-х випадках за виконання низької передньої резекції накладали превентивну ілеостому.

У разі виконання лапароскопічної правосторонньої геміколектомії (24 випадки) використовували 4 або 5 портів. Проводили мобілізацію правого відділу ободової кишки з кліпсуванням і пересіченням лімфоваскулярних ніжок та видалення епі-, пара- і мезоколичних лімфовузлів (у кількості 12-20), що відповідає стандарту лімфодисекції в обсязі D2. Інтракорпоральний анастомоз накладали з використанням лінійних апаратів EndoGIA Universal, передню губу формували вручну з використанням шовного матеріалу V-Lock. Середня тривалість лапароскопічного етапу становила 125 ± 25 хвилин, відкритого етапу – 56 ± 14 хвилин.

Конверсію виконали в 8 (13%) випадках. Проведення конверсії спричинене технічними труднощами, зумовленими: проростанням пухлини в навколишні органи і тканини (5), виразним післяпроменевим параколітом та парапроктитом (2) і балоноподібним розширенням ободової кишки через хронічну obturaційну товстокишкову непрохідність (1).

Післяопераційний період у разі мінінвазивних втручань минав легше, ніж після аналогічних відкритих. На першу добу хворим дозволяли вставати. Кишкова перистальтика відновлювалася на другу добу після операції.

Наркотичні анальгетики в післяопераційний період не призначали. Застосування ненаркотичних анальгетиків обмежувалося в середньому $4 \pm 1,5$ дні. Середній післяопераційний ліжко-день після радикальних втручань з приводу колоректального раку становив $9,2 \pm 2,0$. Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих (3,4%). В одному випадку сформувався абсцес очеревинної порожнини, який був дренований під УЗ контролем, в іншому реактивний лівобічний плеврит. Летальних випадків після застосування лапароскопічних втручань не було.

Висновки. Використання мінінвазивних технологій у колоректальній хірургії дозволяє виконувати повноцінну ревізію органів черевної порожнини, проводити адекватну за обсягом резекцію та лімфодисекцію, сприяє ранньому відновленню кишкової перистальтики, ранній активізації хворих та зменшує післяопераційний ліжко-день.

Я.П. Фелештинський, О.П. Демкович, В.В. Сміщук

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ АНТИСЕПТИЧНИМ ГЕЛЕВИМ РОЗЧИНОМ ПРИ ЗАГАЛЬНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Вступ. При загальному перитоніті класичні антисептичні розчини (хлоргексидину біглюконат 0,02% та декаметаксон 0,02%) для інтраопераційної та післяопераційної санації черевної порожнини стають малоефективними у зв'язку з формуванням окремих каналів в черевній порожнині, що пов'язано з процесами адгезії.

Метою дослідження є експериментальне обґрунтування використання гелевого антисептичного розчину для санації черевної порожнини.

Матеріали і методи. Експериментально-морфологічне дослідження виконувалось на 80 лабораторних щурах вагою 200-250 гр. з дотримання вимог Гельсінської декларації 1975 року переглянутої у 2000 році щодо поводження з тваринами. В залежності від використання антисептичного розчину для санації черевної порожнини, після моделювання перитоніту шляхом введення 10%

розчину автокалу щурів було розподілено на 4 групи: I група (n=20) – санація черевної порожнини проводилась розчином хлоргексидину біглюконату 0,02% в об'ємі 5 мл, II група (n=20) – розчином декаметоксину 0,02% 5 мл, III група (n=20) – гелевим антисептичним розчином 5 мл (декаметоксину на основі гіалуронової кислоти), IV група (n=20) контрольна – санація черевної порожнини виконувалась фізіологічним розчином 5 мл.

У тварин всіх груп після виконання лапаротомії перед санацією черевної порожнини виконували бактеріологічне дослідження та ентеротомію тонкої кишки (0,2 – 0,3 см) з подальшим зашиванням цього дефекту вікриловими швами ниткою 6/0. Через 48 години у всіх групах щурів виконували релапаротомію та візуальну оцінку парієтальної та вісцеральної очеревин, бактеріологічне дослідження вмісту черевної порожнини, матеріал для патогістологічного дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Візуальна оцінка черевної порожнини через 48 годин підтвердила, що у тварин III групи з використанням гелевого антисептичного розчину спостерігалась відсутність зрощень, абсцесів, кишкові шви спроможні, тоді як у тварин I, II та IV групи у тварин спостерігались неспроможності швів, адгезивний процес, міжпетлеві абсцеси. Мікробіологічні дослідження вмісту черевної порожнини показали, що бактеріальне обсіменіння найменше у тварин III групи.

При аналізі патоморфологічних даних нами відмічено, що у I групі тварин в зоні кишкових швів спостерігались виражені реактивні зміни: інтерстиційний набряк, лімфо-лейко-гістіоцитарна інфільтрація, мікроабсцеси по лінії кишкового шва, великі ділянки відсутності мезотелію. В II групі – в ділянках ушивання дефекту та шовного матеріалу спостерігався набряк та переважно лімфоцитарна інфільтрація, яка була більш вираженою ніж в III групі. У IV групі тварин – різко виражені запальні процеси, наявні мікроабсцеси в ділянках ушивання дефекту.

В III групі тварин інтерстиційний набряк був найменше виражений, мікроабсцеси відсутні, ознаки регенераторних процесів. Отримані дані свідчать, що ви-

користання гелевого антисептичного розчину попереджає патологічну регенерацію у вигляді формування спайок, зменшує альтеративний та ексудативний компонент запалення, інтерстиційний набряк, стимулює та прискорює регенерацію тканин.

Результати експериментально-морфологічного дослідження були впровадженні в клінічну практику у 36 хворих із загальним перитоніто. Після операційних ускладнень у вигляді внутрішньочеревних абсцесів та ранньої спайкової непрохідності не спостерігалось.

Висновок. Результати експериментального дослідження свідчать про більш високу ефективність гелевого антисептичного розчину у порівнянні з розчином хлоргексидину біглюконату 0,02% при санації черевної порожнини, що підтверджується зменшенням мікробного обсіменіння, запальної клітинної інфільтрації, зміною її складу, зменшенням інтерстеційного набряку парієтальної та вісцеральної очеревин.

Я.П. Фелештинський, А.А. Штаєр., В.В. Сміщук, В.Ф. Ватаманюк, С.А. Свиридовський

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ
**ОБГРУНТУВАННЯ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПЕРИНОНЕАЛЬНОЇ
АЛОПЛАСТИКИ (ТАРР) ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ
ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЛІХТЕНШТЕЙНА**

Вступ. Вибір способу операції при рецидивних пахвинних грижах після операції Ліхтенштейна продовжує залишатись дискусійним. Переконливих обґрунтувань щодо виконання методики ТАРР або повторної операції Ліхтенштейна немає.

Метою дослідження є обґрунтування виконання методики ТАРР при рецидивних пахвинних грижах після операції Ліхтенштейна.

Матеріали і методи. Робота включає 2 етапи: морфологічний та клінічний. 1 етап – морфологічне дослідження м'язів та апоневрозу пахвинних ділянок виконувалось у 40 пацієнтів віком від 30 до 76 років (середній вік $53,4 \pm 1,2$) з рецидивними пахвинними грижами після операції Ліхтенштейна. Всі пацієнти

були чоловічої статі. Групу порівняння склали 20 пацієнтів, яким виконувалась апендектомія. В залежності від методики операції пацієнти були розділені на 2 групи. В I групі виконувалась операція Ліхтенштейна (повторна). Під час операції доступом через пахвинний канал брали шматочки (0,5 x 0,5 см) м'язів та апоневрозу для гістологічного дослідження. В II групі – виконували операцію TAPP, шматочки м'язів та апоневрозу брали після мобілізації преперитонеального простору лапароскопічним доступом У пацієнтів групи порівняння шматочки м'язів та апоневрозу брали під час апендектомії. Морфологічне дослідження м'язів та апоневрозу виконувалося з використанням стандартних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати гістологічного дослідження у пацієнтів I групи показали наявність вираженої атрофії м'язів та апоневрозу пахвинної ділянки з дегенеративними фіброзними змінами м'язів, лімфогістоцитарною інфільтрацією та ділянками сітки. В II групі – помірно виражена атрофія м'язів та апоневрозу із збереженням їх структури. Подібна гістологічна картина м'язів і апоневрозу спостерігається у пацієнтів групи порівняння. Отримані результати морфологічного дослідження м'язів та апоневрозу пахвинних ділянок при рецидивних пахвинних грижах після операції Ліхтенштейна при різних доступах мають різну виразність атрофічних дегенеративних змін, що необхідно враховувати при виборі способу операції та, відповідно, фіксації сітки до м'язів та апоневрозу. Віддалені результати повторної операції Ліхтенштейна вивчені у 18 пацієнтів в строки від 1 до 3 років та у 18 пацієнтів після TAPP. Повторні рецидиви пахвинної грижі виявлені у 2 (11,1%) пацієнтів після повторної операції Ліхтенштейна.

В зв'язку з тим, що після операції Ліхтенштейна спостерігається виражена атрофія та дегенерація м'язів та апоневрозу і повторна фіксація сітки до цих тканин є не надійною, то доцільним є виконання операції лапароскопічним доступом (TAPP) з фіксацією сітки до не змінених м'язів та апоневрозу. Другий етап роботи: враховуючи отримані результати морфологічних та клінічних досліджень прооперовано 86 пацієнтів з рецидивними пахвинними грижами

після операції Ліхтенштейна з використанням удосконаленої нами ТАРР. Віддалені результати вивчені в строки від 1 до 3 років. Повторний рецидив виник лише у 1 (1,2%) пацієнта, що свідчить про високу ефективність методики ТАРР при рецидивних пахвинних грижах після операції Ліхтенштейна.

Висновки. Результати морфологічного дослідження м'язів та апоневрозу пахвинної ділянки у пацієнтів з рецидивними пахвинними грижами після операції Ліхтенштейна свідчить про наявність виражених атрофічних дегенеративних змін при передньому хірургічному доступі, а при виконанні заднього лапароскопічного доступу визначається лише помірно виражена їх атрофія, що обґрунтовує доцільність виконання операції ТАРР.

Я.П. Фелештинський, Ю.О. Шиленко, В.В. Сміщук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ТА ФЛЕГМОН М'ЯКИХ ТКАНИН У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ VAC-ТЕРАПІЇ

Вступ. На тлі поширення ВІЛ-інфекції в Україні гостро постає проблема надання медичної та, зокрема, хірургічної допомоги людям, що живуть з ВІЛ. VAC покращує перебіг стадій ранового процесу, прискорює регенерацію тканин. Ефективність використання VAC-терапії при комплексному лікуванні гнійних ран у ВІЛ-інфікованих пацієнтів не вивчалася.

Мета роботи. підвищення ефективності лікування флегмон та абсцесів у ВІЛ-інфікованих хворих шляхом комплексного хірургічного лікування у поєднанні з VAC-терапією.

Матеріали і методи. Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування абсцесів та флегмон м'яких тканин у 128 ВІЛ-інфікованих пацієнтів за період з 2013 по 2018 рр. Вік хворих від 18 до 45 років ($31 \pm 1,2$ р.).

В залежності від методики лікування абсцесів та флегмон м'яких тканин пацієнти були розподілені на 2 групи. Групи були порівняні за віком, статтю та захворюванням.

I групу (n=64) склали пацієнти після розкриття флегмон та абсцесів, яким в

післяопераційному періоді використовували вакуумну терапію.

II групу порівняння (n=64) склали пацієнти, яким виконували розкриття гнійного вогнища, некректомія, санація 0,02% розчином декаметоксину, дренивання рани. В післяопераційному періоді виконувалися щоденні перев'язки із санацією 0,02% розчином декаметоксину, мазеві пов'язки відповідно до стадії ранового процесу.

Для оцінки результатів дослідження здійснювали моніторинг перебігу ранового процесу: строки зменшення ексудації, перифокального набряку, гіперемії країв рани, очищення рани від фібрину і некротичних тканин, строки появи грануляцій та епітелізації, загоєння ран, а також результати мікробіологічного, цитологічного досліджень, виконані на 1, 7, 10, 14, 21 добу перебігу ранового процесу.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати показали, що використання VAC-терапії при лікуванні гнійних ран у ВІЛ-інфікованих пацієнтів дозволило зупинити явища місцевого запалення і досягти часткової грануляції ранової поверхні в середньому за $9,2 \pm 0,4$ діб в I групі, тоді як в II групі лише за $15,7 \pm 0,5$ діб. Зменшення рівня бактеріального обсіменіння ран $< 10^5$ КУО/г при VAC у пацієнтів I групи досягалося на $8,5 \pm 0,6$ добу, а у пацієнтів II групи – на $16,6 \pm 0,6$ добу ($p < 0,5$). Використання VAC-терапії дозволило в 1,6 разів скоротити тривалість стадії ексудації. У всіх пацієнтів при використанні VAC-терапії відмічено більш високий позитивний ефект лікування у порівнянні з традиційним лікуванням, що підтверджувалось більш швидким загоєнням ран. Це досягалося за рахунок антибактеріального ефекту VAC-терапії, захисту рани від повторного інфікування, стимуляції грануляційного процесу з покращенням якості та кількості утворення грануляційної тканини, зменшення набряку та збільшенням судинної перфузії тканини. Використання VAC терапії в комплексному лікуванні гнійних захворювань м'яких тканин у пацієнтів із супутньою ВІЛ-інфекцією дозволило скоротити середні строки перебування в стаціонарі на $8,2 \pm 1,2$ доби у порівнянні із традиційними методами ведення ран.

Висновки. Використання VAC-терапії в комплексному хірургічному

лікуванні абсцесів та флегмон м'яких тканин у ВІЛ-інфікованих пацієнтів значно покращує результати лікування шляхом прискорення фаз перебігу раневого процесу, зокрема ексудації, прискорює утворення грануляцій в 1,7 раз, скорочує термін лікування на $8,2 \pm 1,2$ доби у порівнянні з традиційними методиками хірургічного лікування.

*П.Д. Фомін, А.К. Курбанов, О.А. Повч, О.І. Лісов, Є.Є. Переш,
О.Б. Пруднікова*

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

СИМУЛЬТАННІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Вступ. Хірургічні методи лікування ахалазії стравоходу (АС) залишаються основними видами і в публікаціях широко дискутуються питання доступу до езофагокардіальної зони (ЕКЗ), видам езофагокардіоміотомії (ЕКМТ) та арефлюкських механізмів езофагофундоплікацій (ЕФПЛ). В сучасних повідомленнях мало висвітлюються питання щодо ускладнених умов виконання операцій, повторних реконструктивних та одночасно симультанних втручань. Останнім питанням і присвячена робота.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз особливості хірургічного лікування 96 пацієнтів на ахалазію стравоходу (АС) в Київській міській клінічній лікарні №12 (57) відкритим лапаротомним (ЛПРТ) та в Одеській обласній лікарні (39) лапароскопічним (ЛПРС) доступами. У 29 (30,2%) осіб операція виконувалась в ускладнених умовах після раніше перенесених в інших закладах операцій на органах черевної порожнини. Проведено аналіз і порівняння витрат часу на виконання окремих етапів втручання та обсягів крововтрати.

Результати дослідження та їх обговорення. Вік 96 оперованих пацієнтів коливався від 18 до 80 ($48,9 \pm 14,6$, Me-50,5) років. Оперативне втручання на ЕКЗ проводилось ЛПРТ (57) та ЛПРС (39) доступами. У 29 (30,2%) осіб операція виконувалась в ускладнених умовах після попередніх 1-4 ЛПРТ оперативних втручаннях (ЕКМТ з пластикою м'язового дефекту шматком діафрагми по Пет-

ровському – 2, виразкової, жовчнокам'яної хвороб, кишкової непрохідності, абдомінальної герніопластики – 12, АКШ, протезування клапанів серця – 2, судинах – 5, нирках – 3, передміхурової – 3 та щитоподібної залози – 2) в інших лікувальних закладах СНГ. Загалом, майже кожний третій мав попередні оперативні ЛПРТ втручання на органах черевної порожнини. У 20 (20,8%) пацієнтів одночасно була необхідність та виконані 25 симультанних втручань на органах черевної порожнини: гастротрансверзопексія при гастро- та трансверзоптозі – 4, мезосигмопликація – 3, СПВ з дуоденопластикою при виразковій хворобі – 3, операція Стронга-Вітебського – 7, холецистектомія – 3, геміколектомія при пухлинному ураженні – 1, резекція яєчника – 1, абдоміногерніопластика – 3. Вищенаведені дані були приводом для використання ЛПРТ доступу при втручанні на ЕКЗ. Тривалість операції при ЛПРТ доступі без симультанних втручань та ускладнених умов коливалась від 80 до 156 хв. ($121,2 \pm 20,1$, Me-120), а при ЛПРС – від 45 до 90 хв. ($75,3 \pm 11,4$, Me-80), що було в 1,5 рази довше ($p < 0,001$) за рахунок виконання доступу та завершення операції. В той же час тривалість виконання основного етапу на ЕКЗ (ЕКМТ + ЕФПЛ) при ЛПРС були в 1,4 рази довше – $58,3 \pm 10,4$ (35-75, Me-59) ніж при ЛПРТ – $47,5 \pm 4,4$ (40-50, Me-48) хв. ($p < 0,001$). Загалом, час втручання на ЕКЗ в структурі всієї тривалості операції при ЛПРС складав в середньому – 77,3% (66,3% – 84,3%), а при ЛПРТ – 44,3% (38,9% – 57,1%), що в 1,7 разів було менш ($p < 0,001$). Тривалість операції при ЛПРТ доступі із симультанними втручаннями була суттєво довше $193,2 \pm 32,8$ (162 – 270, Me-180) хв.. Крововтрата в групі оперованих ЛПРТ без симультанних та ускладнених операціях складала – $150 \pm 87,8$ (70-500, Me-105) мл, а при ЛПРС – $56,9 \pm 10,3$ (20-60, Me-30) мл, що було в 3,5 рази більше ($p < 0,001$) за рахунок поширеного травматичного доступу. Використання апарату ПАТОНМЕД™ ЕКВЗ-300 високочастотної зварювальної технології в 1,8 рази скорочувало час доступу та проведення симультанних операцій і дозволяло зменшувати крововтрату під час оперативного втручання в 2 рази ($p < 0,05$).

Висновки. 1. При оперативному втручанні з приводу АС в ускладнених умовах після операцій в черевній порожнині та необхідності виконання одночасно симультанних втручань, ЛПРТ доступ слід вважати методом вибору. 2. Використання апарату ПАТОНМЕД™ ЕКВЗ-300 високочастотної зварювальної технології за термінами виконання оперативного втручання та обсягу крововтрати при ЛПРТ доступі практично наближає до таких при ЛПРС операціях.

О.В. Чорний

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, Чернівці

ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ ПЕЧІНКИ.

ПОГЛЯД ОНКОЛОГА

Вступ. Лікування хворих на метастатичний колоректальний рак (мКРР) залишається одним з найскладніших завдань сучасної клінічної онкології і хірургії. 5-річна виживаність хворих на мКРР становить 10%. Ці успіхи зумовлені новими підходами до лікування, а саме розвитком хірургії печінки, ураженої метастазами (М), застосуванням агресивнішої хіміотерапії (ХТ) (оксаліплатин, іринотекан, капецитабін) і таргетної терапії (ТТ) (бевацизумаб, цетуксімаб, панітумумаб), а також впровадженням хірургічного лікування перитонеальної дисемінації з використанням гіпертермічної внутрішньочеревної ХТ.

Матеріали і методи. В дослідження включено 66 пацієнтів з доброякісною та злоякісною вогнищевою патологією печінки, яким виконана лапароскопічна резекція печінки з грудня 2016 по серпень 2019 року. Серед пацієнтів було 17 чоловіків та 49 жінок, а їх вік варіював від 20 до 69 років. Показом до виконання резекції печінки були в 80,3% доброякісні новоутворення (у 15 симптомний гемангіоматоз, у 4 аденома печінки, у 13 фокальна нодулярна гіперплазія, у 11 ехінококкоз печінки, у 8 цистаденома печінки, у 1 ангіоліптома, у 1 гемангіоендотеліома) та в 19,6% злоякісні (у 7 гепатоцелюлярна карцинома, у 4 метастази колоректального раку, у 2 інші метастатичні ураження печінки).

Результати дослідження та їх обговорення. Слід підкреслити домінуюче значення мультидисциплінарного підходу до лікування при мКРР. Стратифікація

хворих на мКРР та індивідуалізований вибір лікувальної стратегії дозволяють покращити віддалені результати терапії.

Велике значення у лікуванні хворих має молекулярні дослідження колоректального раку. Пухлини товстої кишки гіперекспресують рецептор епідермального фактору росту (EGFR), який є мішенню для таргетної терапії. Терапія є ефективною тільки у пацієнтів без мутацій в сигнальному шляху EGFR. Вона специфічно блокує сигнальний шлях EGFR, індукує апоптоз та інгібує ріст пухлинних клітин.

Велике значення в лікуванні у хворих на колоректальний рак також має мікросателітної нестабільності (МСН):

- МСН – це зміни в повторювальних послідовностях ДНК (мікросателітах), причиною яких є дефіцит одного з білків системи репарації ДНК (MLH1, MLH2, MLH6, PMS2 та інші);
- Оптимальним методом, що має високу чутливість та специфічність виявлення МСН є імуногістохімічне (ІГХ) дослідження.

У 1, 2, 3-й лініях ХТ пацієнтів із мКРР з метастазуванням в печінку схемами вибору є FOLFIRI або FOLFOX (все частіше в поєднанні з препаратами таргетної дії — МкАТ до VEGF або EGFR, особливо при проведенні 2–3-ої лінії лікування).

Висновки. Отже, лікування пацієнтів із мКРР вимагає мультидисциплінарного підходу з використанням хірургічного компонента, який покращує 5-річну виживаність в 2 рази при гематогенному метастазуванні й більше ніж у 3 рази при імплантаційному метастазуванні.

А.І. Шурма, Ф.В. Гринчук, А.В. Мотрич, Р.М. Бесага**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

*Інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук, Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, Чернівці

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Вступ. Особливістю діагностування в невідкладній абдомінальній хірургії є необхідність прийняття швидких рішень, часто заснованих на досить незначному

обсязі даних. Використання інформативних сучасних методів обстеження незрідка обмежується, ба, навіть й унеможлиблюється, потребою проведення спеціальної підготовки, наявністю певних протипоказань за тяжкого стану хворих, відсутністю відповідного технічного забезпечення тощо. Подібні ускладнення виникають у разі підозри на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень, клінічні прояви яких здебільшого маскуються на тлі лікувальних заходів – аналгезії, антибактеріальної та інфузійної терапії. Водночас у таких випадках необхідно визначати не лише певну нозологічну форму чи ускладнення, але й оцінювати можливий характер морфологічних змін ураженого органу, що в деяких випадках стає основою для вирішення питання про лікувальну тактику. Отож пошук нових інформативних засобів діагностування залишається актуальним питанням сьогодення.

Матеріали і методи. Обстежено 99 хворих прооперованих з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини. Серед них було 30 хворих з неускладненим перебігом післяопераційного періоду, 69 хворих з ранніми післяопераційними ускладненнями. Проводили визначення оптичної густини плазми венозної крові, забраної пункцією ліктьової вени.

Вимірювання оптичної густини плазми крові проводили на типовому спектрофотометрі СФ-4А з приставкою у вигляді сферичного фотометру, що забезпечує виключення впливу розсіяння на спектр поглинання колоїдного розчину проводиться дослідження спектрів пропускання плазми в області довжин хвиль 0,25 – 25 мкм з наступним визначенням оптичної густини. Для цього кварцову кювету товщиною 1см заповнювали плазмою крові, розведеною дистильованою водою у співвідношенні 1:100, і розміщували у сферичному фотометрі. Дослідження проводили на кафедрі оптики та видавничо-поліграфічної справи Інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича (завідувач кафедри – проф. Ушенко О.Г.).

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено, що на досліджених довжинах хвиль спостерігається низка питомих максимумів оптичної довжини

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.** Гастроюностомия 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-Полия (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 дуоденоеюностомией) (Витебский Я.Д.) **IIA** 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 эзофагоспорофундальной 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) Резекция желудка, а) Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, б) Ру, 2) Резекция 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.