

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».

в місці рубця від попереднього втручання. У всіх пацієнтів із злюкисними 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,