

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».

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, были 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°). Постооперационная 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 obturatorную 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%