

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».

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 ехінококоз 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.