



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



запропонований спосіб корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки. Групу порівняння склали 11 кролів, яким вищепредставлений спосіб не застосовували. Зважаючи на особливості будови травної системи кролів, тваринам обох дослідних груп виконували лапаротомію та накладали фістулу на товсту кишку, в ділянці ілеоцекального кута. Вимірювання швидкості евакуації харчової грудки по шлунково-кишковому тракту проводили на 5-ту, 11-ту, 21-шу доби після виконання оперативного втручання. Перед проведенням вимірювання тварини не отримували їжі впродовж однієї доби, кількість води була необмежена. Евтазію кролів здійснювали згідно етичних стандартів та діючих рекомендацій, у стані глибокого наркозу, шляхом уведення надлишкової кількості наркотичного препарату, згідно закону України № 3447-І від 21.02.2006 р. "Про захист тварин від жорстокого поводження". Термін евакуації хімусу в кролів визначали шляхом вимірювання часу, з моменту годування тварини їжею, забарвленою розчином метиленового синього та появою цієї окраски у фістулі. В умовах Німецько-Української лабораторії ТОВ "Букінтермед" проводили визначення фізичних властивостей калу та його мікроскопію. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics.

Отримані результати дослідження показали, що застосування запропонованого способу корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки призводить до вірогідного сповільнення пасажу харчової грудки по шлунково-кишковому тракту кролів, із невірогідною динамікою зростання після виконання оперативного втручання, на відміну від тварин, яким даний метод не був застосований.

Аналізуючи результати копрограми слід відмітити, що застосування запропонованого методу корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки, впродовж перших 11-ти діб спостереження, призводить до вірогідного переважання кількості тварин, у яких не виявлено незмінених м'язових волокон, рослинної клітковини що перетравлюється, нейтрального жиру, крохмалю. Зростання відсотку тварин, у яких виявлено мила у невеликій кількості, свідчить про затримку пасажу хімусу, що доводить ефективність запропонованого способу.

Застосування запропонованого способу корекції моторно-евакуаторної функції тонкої кишки призводить до вірогідного сповільнення руху хімусу по шлунково-кишковому тракту, переважання відсотку тварин, у яких в калі не виявлено незмінених м'язових волокон, рослинної клітковини що не перетравлюється, крохмалю, нейтрального жиру та навпаки зростання кількості тварин, у яких виявлено мила у невеликій кількості, що свідчить про дискоординацію моторики кишечника.

Морар І.К.*, Бодяк В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАЦІЇ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ НА ТЛІ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра онкології та радіології

*Кафедра досліджу за хворими та ВМО**

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет"

Евентрація є одним із найтяжчих та небезпечних для життя післяопераційних ускладнень, яка супроводжується високою летальністю. Особливо актуальна ця проблема у хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини, де мають місце явища вторинного імунодефіциту, кахексії, анемії, тощо.

Вивчення репаративних особливостей лапаротомної рани на тлі онкологічного процесу дасть змогу більш об'єктивно підійти щодо попередження вищезазначеного післяопераційного ускладнення у даній категорії пацієнтів. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчити в експерименті особливості морфології грануляційної тканини післяопераційного рубця лапаротомної рани на тлі злоякісного новоутворення.

Експеримент виконано на 46 лабораторних щурах, яким виконано серединну лапаротомію довжиною 2,5 см. Першу групу тварин (контроль) утворили 22 щура без пухлини Герена. Другу групу склали 24 тварини, яким за два тижні до початку експерименту, прищеплено пухлину Герена під шкіру зовнішньої поверхні стегна. Третю групу (основну) склали 14 тварин, яким після видалення пухлини Герена виконано лапаротомію. Забір біологічного матеріалу (післяопераційний рубець) виконували впродовж семи діб після виконання лапаротомії. За допомогою комп'ютерної мікроденситометрії проводили визначення середньої кількості клітин грануляційної тканини післяопераційного рубця.

Отримані результати дослідження вказують на суттєве сповільнення процесів дозрівання грануляційної тканин лапаротомної рани на тлі онкологічного процесу, що доводить вірогідно менша кількість фіброblastів у тварин другої та третьої груп. У тварин першої групи спостерігається вірогідно менша кількість плазмоцидів у грануляційній тканині, протягом всього терміну дослідження. Слід відмітити, що у тварин третьої групи вищезазначені показники мають вірогідну різницю проти другої, що вказує на гірший перебіг репаративних процесів.

Дану особливість необхідно враховувати у хворих на онкологічну патологію, особливо після виконання радикальних оперативних втручань.