

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».

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) (оксалиплатин, 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