втручань порівняно з контрольною групою. Частота розвитку НА була значно нижчою в групі LGIP (7,69 проти 16,66%) без випадків гострої НА (тип III) порівняно з контрольною групою, в якій були більш тяжкі випадки НА, що потребували повторного хірургічного втручання. Отже, ці результати свідчать про те, що LGIP є перспективним методом поліпшення післяопераційних результатів у пацієнтів з раком стравоходу.

Бідирективна поліхіміотерапія з використанням PIPAC у першій лінії паліативного лікування пацієнтів з перитонеальним карциноматозом раку шлунка

М.О. Пепенін, Ю.М. Кондрацький, А.В. Городецький, О.Ю. Добржанський

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

Вступ. Рак шлунка (РШ) залишається одним із найпоширеніших і найлетальніших видів раку в усьому світі. Очеревина є найпоширенішим місцем віддаленого поширення пухлини. Стандартним методом лікування перитонеального карциноматозу (ПК) при РШ є системна терапія, але результати лікування залишаються вкрай незадовільними, а середня загальна виживаність варіює в межах 3–9 міс, що зумовлює потребу в новітніх методах лікування. Внутрішньочеревна аерозольна хіміотерапія під тиском (Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy — PIPAC) є найновішою методикою внутрішньочеревної хіміотерапії. Деякі попередні дані свідчать про те, що PIPAC може досягти поліпшення довгострокових результатів у пацієнтів з ПК РШ, особливо в бідирективному режимі (застосування поєднано із системною хіміотерапією). Однак бракує проспективних досліджень, які б підтвердили ефективність комбінації PIPAC і системної терапії для лікування в першій лінії.

Мета. Проаналізувати ефективність PIPAC в бідирективній поліхіміотерапії лікування ПК РШ.

Матеріали і методи дослідження. За даними систематичного огляду, проведеного у відділенні, за допомогою PIPAC встановлено потенціал для підвищення загальної виживаності та зниження частоти розвитку ускладнень порівняно з іншими методами внутрішньочеревної хіміотерапії. Повна патологічна відповідь, хоча і була рідкісним явищем, вказує на потенціал PIPAC як ефективного засобу лікування ПК.

Результати. У ДНП «Національний інститут раку» ініційовано дослідження № 255/7, воно є проспективним обсерваційним відкритим одноцентровим дослідженням II фази, мета — дослідити безпеку та ефективність PIPAC у комбінації із системною поліхіміотерапією за схемою FOLFOX в якості першої лінії лікування ПК РШ.

Висновки. Повна відповідь на PIPAC поки що є рідкісним явищем. Подовження виживаності з підвищенням якості життя зумовлює необхідність подальших досліджень.

Підбір оптимального тиску VAC-системи для загоєння інфекційних ускладнень післяопераційних ран в торакоабдомінальній хірургії

Ю.М. Кондрацький, В.О. Турчак, О.Ю. Добржанський, А.В. Колесник, М.О. Пепенін, Є.А. Шудрак, А.В. Городецький, А.О. Омельчак, Н.О. Коваль, Я.О. Свічкар

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

Вступ. Повільне загоєння інфекційних ран, особливо складних післяопераційних, є серйозною проблемою, що призводить до збільшення тривалості лікування і потребує повторних хірургічних втручань, а також накладає величезний соціальний і фінансовий тягар. Використання VAC-систем є ефективним способом ведення пацієнтів із післяопераційними інфекціями. Тому важливо знайти оптимальний метод використання VAC-систем задля отримання найкращого ефекту найшвидшим шляхом, водночас не отримати додаткових ускладнень чи негативних наслідків терапії негативним тиском.

Методи. Огляд медичної літератури та електронних джерел, використовуючи ключові слова «вакуумне закриття»; «VAC»; «терапія ран негативним тиском»; «NPWT»; «тяжкі рани» на PubMed та Google Scholar.

Результати. Накладання VAC-системи включає очищення рани, промивання фізіологічним розчином, забезпечення адекватного гемостазу, осушення шкіру навколо рани. Для перев'язки використовують стерильні піни, оскільки вони забезпечують рівномірний розподіл негативного тиску по всьому рановому ложу. У піні фіксується фенестрована евакуаційна трубка, яка з'єднана з вакуумним насосом. Потім рана закривається адгезивною пов'язкою в такий спосіб, щоб вона покривала піну, трубку і принаймні 3–5 см навколишніх здорових тканин, щоб забезпечити водо- та повітрянепроникність рани. Пов'язку зазвичай змінюють на 3-й день. Режим від'ємного тиску може бути безперервним або переривчастим, у діапазоні 50–125 мм рт.ст. Переривчастий режим складається з циклу 5 хв увімкненої фази та 2 хв вимкненої фази.

Проведені дослідження продемонстрували збільшення утворення грануляційної тканини при вакуумі із тиском до 300 мм рт.ст. порівняно з відсмоктуванням під низьким тиском (25 мм рт.ст.) або високим (500 мм рт.ст.) вакуумом. Відсмоктування під низьким тиском (25–75 мм рт.ст.) призводить до зменшення відтоку рідини з рани і виведення токсинів, а також до зниження швидкості утворення грануляційної тканини (p <0,001). Високий тиск відсмоктування (200–500 мм рт.ст.) викликає підвищену механічну деформацію тканин, що призводить до локального зниження перфузії та зменшення утворення грануляційної тканини (p <0,001), тому оптимальним вважається негативний тиск у межах 75–200 мм рт.ст.

Висновки. Використання негативного тиску в діапазоні 75–200 мм рт.ст. допомагає отримати оптимальний ефект: стабілізують рану, зменшують набряк, знижують бактеріальне навантаження, покращують перфузію тканин і стимулюють утворення грануляцій, водночас мінімізують негативні можливі наслідки використання терапії негативним тиском.

Застосування ендоскопічної вакуумної терапії при повностінних дефектах стравоходу та неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу

Ю.М. Кондрацький[1], І.Л. Насташенко[1, 2], Я.О. Свічкар[1], А.В. Колесник[1], Є.А. Шудрак[1], О.Ю. Добржанський[1], М.О. Пепенін[1], І.О. Українець[1], Н.О. Коваль[1], А.О. Омельчак[1], А.В. Городецький[1], В.О. Турчак[1]

[1]Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

[2]Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Вступ. Неспроможність стравохідно-шлункових анастомозів та стравохідно-плевральні нориці є серйозними післяопераційними ускладненнями, які призводять до високих показників летальності. Ендоскопічна вакуумна терапія (ЕВТ) — це сучасна малоінвазивна методика, що дозволяє ефективно лікувати цю категорію хворих.

Матеріали та методи дослідження. З травня 2023 до вересня 2024 р. проліковано 13 пацієнтів з повностінними дефектами стравоходу та стравохідно-шлункового анастомозу. У 4 (30,7%) хворих нориці виникли як ускладнення після видалення новоутворень стравоходу: 2 — лейоміоми, 1 — GIST, 1 — кісти. У 9 (69,3%) пацієнтів неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу виникла після операційних втручань через злоякісне новоутворення нижньої третини стравоходу.

У першій групі пацієнтів діаметр нориці становив 0,5–1,0 см, що ускладнювало встановлення спонжу дренажної системи в просвіт нориці, тому його розміщували в просвіті стравоходу на рівні дефекту. Заміна VAC-системи проводи-