

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
"II Буковинський хірургічний форум" присвячена 75-річчю Вищого
державного навчального закладу України**

"Буковинський державний медичний університет"

3-4 жовтня 2019. Чернівці, 2019.

*П.Д. Фомін, А.К. Курбанов, О.А. Повч, О.І. Ліссов, 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 пластиною 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) (оксаліплатин, 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