

Цель данной работы - изучение непосредственных результатов хирургического лечения у больных с дистальным раком прямой кишки, проведенных в клинике за последние 10 лет.

С 2008 по 2018 г. было оперировано 264 пациента с локализацией опухоли в дистальных отделах прямой кишки, средний возраст составил 62,2 года, доля больных старше 60 лет – 61,4%.

При локализации опухоли в нижеампулярном отделе ПК выполняли интрасфинктерную (полную или частичную) резекцию прямой кишки – 106 (40,6%) больных, резекцию с колоанальным анастомозом – 51 (20,1%) или брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием колостомы – 19 (7,3%) пациентов.

В связи с широким внедрением лапароскопических технологий в колоректальную хирургию, в клинике разработан и применен у 24 (9,2%) больных метод брюшно-анальной резекции прямой кишки. Последний заключается в лапароскопической мобилизации нисходящих отделов ободочной и прямой кишки до уровня

леваторов, формирование трансплантата, с последующей демукозацией слизистой анального канала, низведением ободочной кишки и формированием колоанального анастомоза.

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе ПК операцией выбора являлась низкая передняя резекция с формированием аппаратного колоректоанастомоза и наложением у 73% пациентов превентивной коло- или илеостомы. Данное оперативное вмешательство проведено у 47 больных. Ручной шов использовали у 31 пациента.

Расширение показаний к выполнению брюшно-анальных резекций дало возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих операций до 90%, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

Внедрение лапароскопических технологий в хирургию дистального рака ПК позволяет сократить сроки реабилитации, сохранив радикализм операции.



УДК 616.345-089.843-047.42

**М.М. Милиця,
К.М. Милиця,
В.В. Стебляк**

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ЗМІЦЕННЯ ТОВСТОКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

бул. Винтера, 20, Запоріжжя, 69096, Україна

SE «Zaporizhzhia medical academy for post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»

Vinter boul., 20, Zaporizhzhia, 69096, Ukraine

e-mail: naukzmapo@gmail.com

Надійність кишкового шва залишається одним з найважливіших та найактуальніших аспектів у хірургії шлунково-кишкового тракту, у зв'язку з тим, що останній лежить в основі більшості операцій.

Неспроможність кишкових швів є небезпечним ускладненням хірургічних операцій з летальністю до 68%. При цьому 45-69% з них зумовлені гнійно-септичними ускладненнями, найбільш тяжким з яких є перитоніт. Невирішеною залишається проблема аргументованого вибору методу укріплення кишкового шва. Таким чином, вивчення шляхів зміцнення

анастомозу є актуальним питанням сучасної хірургії.

Мета дослідження – вивчити механічну міцність та морфологічні зміни в ділянці низхідної ободової кишки у щурів після накладання та укріплення анастомозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Досліджували ділянки низхідної ободової кишки 45 статевозрілих білих щурів лінії Вістар. Стать щурів не визначали. У роботі досліджено 2 групи тварин: 1 – тварини, яким після поперечного розсічення ободової кишки накладався анастомоз однорядовим швом, з використанням

шовного матеріалу «Вікріл 5.0». Тваринам 2 групи після накладання однорядового шва додавали адгезив для тканин «Катсил» (виробник: Rusan Pharma (Індія)). Щурів виводили з експерименту шляхом декапітації під ефірним наркозом на 3, 7, 14, 21 та 30 добу після оперативного втручання. Після розтину вимірювали міцність кишки в ділянці анастомозу шляхом пневмопресії з подальшим її гістологічним дослідженням. Догляд за тваринами здійснювали відповідно до норм і вимог, розроблених згідно з кодексом Ради Міжнародних медичних організацій "Міжнародні рекомендації для проведення медико-біологічних досліджень з використанням тварин".

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження продемонстрували, що анастомоз, накладений із використанням адгезиву для

тканин «Катсил», на 3 добу був на 37,7%, на 7 добу – на 26,7%, на 14 добу – на 13,7% міцніше, ніж звичайний анастомоз, про що свідчать дані, отримані шляхом пневмопресії. Гістологічне дослідження показало зменшення післяопераційних дистрофічних процесів та помітне випередження процесів відновлення тканин у щурів 2 групи, що виражалося більш рівномірним сполученням оболонок, збільшенням швидкості епітелізації слизової оболонки та формування сполучної тканини в ділянці анастомозу товстої кишки.

ПІДСУМОК

Застосування адгезиву сприяє збільшенню міцності та швидкості процесів регенерації у ділянці однорядового товстокишкового анастомозу.



УДК 616.149-008.341.1

**В.В. Петрушенко,
Д.І. Гребенюк,
Я.В. Радьога,
Д.В. Цигалко,
М.О. Мельничук,
Ю.А. Дорожнинський,
А.Є. Татарін**

ПРОФІЛАКТИКА КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Pirogov str., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine
e-mail: admission@vnmu.edu.ua*

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу – остання ланка у послідовності ускладнень цирозу печінки. Ризик розвитку рецидиву кровотечі становить 28% при цирозі класу А (Child–Pugh), 48% – при цирозі класу В, 68% – при цирозі класу С. Вже перший її епізод супроводжується смертністю 30–50%. Перспективним напрямком у профілактиці кровотеч портальної генезу є мініінвазивна хірургія, а саме ендovasкулярні втручання, направлені на зниження тиску в портальній системі.

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування емболізації селезінкової артерії з метою профілактики кровотеч портального генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження включало 96 пацієнтів, що проходили лікування в клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова з приводу кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу, які розвивалися внаслідок декомпенсованого цирозу