

Результати та обговорення. Середня тривалість лапароскопічної операції становила $229,5 \pm 73,4$ хв, середній післяопераційний ліжко-день дорівнював $4,5 \pm 3,1$ доби. Інтра- та ранніх післяопераційних ускладнень ми не спостерігали. Рідину дозволяли приймати через рот на 1–2 добу, а харчування рідкою і напіврідкою їжею — з 2–3 доби. Усім пацієнтам при виписуванні зі стаціонару призначали стандартне лікування у вигляді інгібіторів протонної помпи, полівітамінів, препаратів кальцію та заліза. У всіх пацієнтів, обстежених після МШШ у термін 1–6 міс. після операції, втрата маси тіла сягала 11–16 кг за місяць,

показник EWL за 6 міс. — 63%. Відмічалось суттєве покращання перебігу супровідної патології. Жовчний рефлюкс, що звичайно проявляється як блювання жовцю, або виявлення жовчі у шлунку під час ЕГДС, спостерігався в однієї пацієнтки у ранні строки після операції, куповано консервативними методами. Ускладнень, таких як виразки шлунка, а також інших тяжких післяопераційних ускладнень, ми не спостерігали.

Висновки. Міні-шунтування шлунка ефективна та безпечна баріатрична операція, яка призводить до стійкої адекватної втрати надмірної маси тіла.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ПОЛІПІВ ШЛУНКА І ТОВСТОЇ КИШКИ

Тивончук О.С., Згонник А.Ю.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Стандартне лікування доброякісних поліпів шлунка і ободової кишки — це фіброендоскопічна резекція за допомогою діатермічної петлі. Великі поліпи також можуть бути видалені ендоскопічно, якщо є адекватна візуалізація ніжки.

Через розташування в складному місці або через розмір деякі поліпи неможливо видалити за допомогою гнучкого ендоскопа, і потребують видалення хірургічним шляхом. Розвиток лапароскопічної хірургії сприяв застосуванню цього підходу до видалення видалення поліпів. Залежно від форми поліпа, його розміру і розташування, лапароскопічне видалення може бути виконано через гостро- або колотомію, з частковою резекцією стінки (великі поліпи, що стеляться) або онкологічну резекцію у разі підозри на рак.

Матеріали та методи. З 2013 по 2016 у відділі хірургії шлункового тракту виконано 35 лапароскопічних втручань на шлунку і товстій кишці з передопераційної діагнозом «доброякісних» новоутворень, які були неоперабельними ендоскопічно. 30 пацієнтам було діагностовано аденоматозні поліпи під час біопсії, у 5 пацієнтів біопсію проводили після біопсії лапароскопічного видалення, у яких ендоскопічне взяття біопсії було неможливе або через незручне розташування або через загрозу кровотечі. Основною причиною для направлення в хірургію були неможливість ендоскопічного видалення через великий розмір поліпа, та коротка і широка основа поліпа.

Використовували лапароскопічний доступ з 3 троакарів. В одному випадку використовували додатковий четвертий троакар. Інтраопераційну ендоскопію для локалізації

поліпа використовували в 60% випадків, коли лапароскопічно «пропальпувати» поліп не вдалося. Гастротомію чи повздожню колотомію «по тені» виконували за допомогою УЗ-скальпеля або коагуляційного гачка. Ніжку поліпа пересікали апаратом *EndoGIA*. Гостро- або колотомічний отвір шивався двошарним швом.

Результати. Усім 35 пацієнтам операція виконана лапароскопічно без переходу на конверсію. Місцем розташування кишкових поліпів була сигмовидна кишка (на 25–35 см) і ректосигмоїдний відділ (17 см), в шлунку — тіло шлунка і антральний відділ. Післяопераційна біопсія в 34 випадках була доброякісною, в одному випадку на післяопераційній біопсії були виявлені рак на верхівці поліпа, без ураження ніжки. Діапазон розмірів видалених аденоматозних поліпів варіював від 1,5 см до 6,5 см. Ширина ніжки поліпа складала від 2,5 до 3,5 см. Середнє післяопераційне перебування в стаціонарі було п'ять днів (3–9 днів). Ніяких серйозних ускладнень не відмічали. В одному випадку була діагностована інфекція троакарної рани. У двох з 35 пацієнтів при подальшому ендоскопічному спостереженні через 6–12 місяців було виявлено доброякісні аденоматозні поліпи розмірами 5–12 мм в різних відділах товстої кишки і були видалені колоноскопічно.

Висновки. Поліп, який не може бути видалений ендоскопічно (через його розмір і розташування) можливо успішно видалити за допомогою лапароскопічної хірургії.

МЕТОДИКА УСОВЕРШЕНСТВОВАНОЇ ЕНДОСКОПІЧЕСКОЇ ПОЛИПЕКТОМІЇ

Узун С.А., Диордица И.Н., Ильяшенко В.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Введення. Эндоскопическое выявление и последующее удаление полипов является эффективным методом профилактики развития колоректального рака. В настоящее время признана социальная важность скрининговой колоноскопии и полипектомии. В тоже время стандартные методы полипектомии сопровождаются серьезными осложнениями у 5–15% пациентов.

Цель работы: усовершенствовать методику полипектомии и уменьшить количество осложнений в виде кровотечений.

Материал и методы. За период с 2014 по 2015 года на базе Одесской областной клинической больницы в Б-Днестровской ЦРБ было выполнено 93 полипектомии. Из них у 59 мужчин и у 44 женщин. Средний возраст пациентов 65 лет. Преимущественно полипы располагались в верхнеампулярном отделе и в сигмовидной кишке. Количество полипов было от 1 до 10, размеры полипов от 0,5 до 3 см. Гистологические диагнозы были тубуло-ворсинчатые аденомы — у 46, железистые полипы с воспалением с разной степенью дисплазии — у 29, гиперпластические полипы — у 18. Кровотечение после полипектомии может начаться непосредственно после отсечения полипа или в отсроченные сроки. Кровотечения, возникающие сразу после отсечения полипа, обусловлены недостаточным гемостазом. Причина недостаточного гемостаза — механическое быстрое пересечение ножки полипа или пересечение ножки режущим током.

Наша методика удаления полипов заключалась в том, что в основание полипа предварительно вводили р-р 10% метиленового синего. После удаления полипа над местом инъекции осматривали раневую поверхность и крупных подслизистых сосудов, которые хорошо дифференцируются на фоне окрашенных тканей, проводили дополнительную коагуляцию или клипирование видимого сосуда.

Пациенты были распределены на две группы. 1 группа состояла из 38 пациентов, им выполнялась стандартная полипектомия. Во 2 группе 40 пациентов выполнялась полипектомия по разработанной нами методике.

Результаты. В первой группе пациентов кровотечение после полипектомии возникло у 2 пациентов. У одного пациента 67 лет с полипом сигмовидной кишки кровотечение возникло через 8 часов после полипектомии. Кровотечение остановили при помощи дополнительной коагуляции после введения раствора адреналина. У второго пациента кровотечение возникло через сутки после удаления тубулярно-ворсинчатой аденомы верхнеампулярного отдела прямой кишки. Кровотечение остановили методом клипирования кровоточащего сосуда на дне дефекта слизистой. У пациентов второй группы ни в одном случае не наблюдалось кровотечения после полипектомии.

Выводы. Эндоскопическая полипектомия является эффективным и радикальным методом профилактики колоректального рака. Методика с применением красителя при полипектомии является профилактикой после операционных кровотечений.

ВИДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ СОД ТА АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Дмитренко О.П., Москаленко В.В.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Ахалазія кардії та грижа стравохідного отвору діафрагми найбільш розповсюджені доброякісні захворювання стравоходу. Доброякісні пухлини стравоходу зустрічаються рідко, частіше це лейоміоми. Остаточо не вирішені питання вибору хірургічного доступу та ряду технічних моментів при виконанні операцій на стравоході. Питання профілактики виникнення ускладнень та розвитку рецидиву захворювання і до теперішнього часу залишається актуальним.

Мета роботи: вивчення результатів хірургічного лікування пацієнтів на доброякісні захворювання стравоходу.

Матеріали і методи. У відділі хірургії шлунково-кишкового тракту НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України з 2001 по 2016 р. лапароскопічні оперативні втручання на кардіо-езофагеальній зоні виконані 328 пацієнтам. Лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплікація (ЛЕКМТФ) виконана 188 пацієнтам на АК; лапароскопічна фундоплікація і крурорафія (ЛФ) — 167 пацієнтам з ГСОД. 13 пацієнтам з рецидивами ГСОД виконані різні способи лапароскопічної рефундоплікації, серед них 8 пацієнтів, що раніше прооперовані в інших лікувальних закладах країни.

Жінок було 187, чоловіків 141, середній вік склав $49,4 \pm 11,8$ (від 18 до 73) р. II тип ахалазії кардії (S-подібний стравохід) спостерігали у 9 (4,7%) пацієнтів. 68% пацієнтів мали в анамнезі пневмокардіоділяції/введення бутулотоксину. Серед пацієнтів оперованих вперше діагноз аксіальна ГПОД (type I) встановлено 67 (42,7%); параезофагеальна ГСОД (type II) — 49 (31,5%); змішана грижа з укороченням стравоходу (type III) — 35 (22,5%);

type IV — 5 (3,4%) пацієнтам. ЛФ по *Nissen* виконана 55 пацієнтам, за *Nissen-Rossetti* — у 7, по *Toupet* — 29; по *Nissen-Donahue* (позавагусна) — 10. Крурорафія була виконана 92%, у 9 (4,45%) пацієнтів було використано сітчастий протез *Proceed*. Показани до повторних операцій були: дисфагія у 3, рецидив GERX у 4, загрудинний біль у 2 пацієнтів.

Результати. Термін спостереження від 1 до 15 років. Летальних випадків не було, 2 конверсії у пацієнтів на АК, у 2 пацієнтів на ГСОД. Відмінні та добрі результати після ЛЕКМТФ отримані у 183 (97,3%) пацієнтів. Спостерігались інтраопераційні ускладнення: пневмомедіастинум у 3 (0,9%), лівобічний пневмоторакс — у 1 (0,3%), перфорація слизової оболонки у 4 (1,2%) пацієнтів. Видалені ускладнення: рецидив ахалазії — 3 (0,9%), рефлюкс-езофагіт — 1 (0,5%).

Відмінні та добрі результати після ЛФ у 148 (94,4%) пацієнтів. Інтраопераційні ускладнення мали місце у 10 (3%) пацієнтів: у 5 (1,5%) — пневмомедіастинум, у 3 (0,9%) — пневмоторакс, у 1 (0,3%) — кровотеча з короткої судини шлунка, у 1 (0,3%) — травматичне пошкодження печінки. У 5 (1,5%) пацієнтів впродовж 6 місяців спостереження періодично з'являлась дисфагія I ступеня, але не впливало на якість життя і не потребувало корекції.

Висновки. Прецизійність лапароскопічного доступу дозволяє отримати відмінні та добрі результати більш ніж у 90% пацієнтів. Лапароскопічні міотомія і фундоплікація — є операціями вибору в хірургічному лікуванні пацієнтів на ахалазію кардії та грижу стравохідного отвору діафрагми відповідно.