

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Хірургічні аспекти лапароскопічної дистальної субтотальної резекції шлунка

А. В. Клименко, М. В. Ніколаєв

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Актуальність: Рак шлунку відноситься до найбільш поширених пухлинних захворювань і займає одне з провідних місць в структурі онкозахворюваності в Україні. Залишаються суперечливими і до кінця не розробленими деякі аспекти лапароскопічної дистальної резекції шлунка, пов'язані з технічними особливостями формування анастомозів, вибором методу оперативного доступу, показаннями і протипоказаннями до цієї операції.

Мета роботи. Вивчити ефективність і безпеку лапароскопічної дистальної резекції шлунка при дистальному раку шлунка.

Матеріал і методи. З 2008 по 2017 р.р. у клініці факультетської хірургії ЗДМУ було виконано 39 дистальних субтотальних резекцій шлунка при дистальному раку шлунку. З них 7 (18,0%) пацієнтам була виконана лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка. Середній вік склав $70,0 \pm 8,5$ років. Чоловіків було 3 (42,8%), жінок – 4 (57,2%). 32 (82,0%) пацієнтам була виконана лапаротомна дистальна резекція шлунка. Середній вік склав $68,6 \pm 10,2$ років. Чоловіків було 14 (43,75%), жінок – 18 (56,25%). У 2 (5,1%) пацієнтів на момент операції визначена IV стадія онкопроцесу, ПІВ – у 24 (61,5%), ПІА – у 2 (5,1%), ПІВ – в 1 (2,5%), ІА – в 1 (2,5%). Супутня патологія виявлена у 22 (64,1%) хворих. Всі пацієнти обстежені відповідно до сучасних стандартів, включаючи ФГДС, КТ, УЗД, до і післяопераційне патогістологічне дослідження.

Результати та обговорення: лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка має всі основні переваги лапаротомної операції, а саме: повне видалення пухлини згідно онкологічних стандартів, лімфодисекція в обсязі D2 з видаленням всіх уражених лімфовузлів і великого сальника, накладення класичного ручного анастомозу. Відзначено, що у хворих групи лапароскопічної дистальної субтотальної резекції шлунка не було інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, особливо таких як кровотеча, неспроможність анастомозів або кукси дванадцятипалої кишки. Післяопераційний перебіг характеризувався ранньою активізацією пацієнта, одноденним перебуванням у відділенні інтенсивної терапії, значно меншим у порівнянні з лапаротомною операцією (при якій загальна кількість ускладнень була – 21,8%) больовим синдромом, відсутністю післяопераційних легеневих ускладнень та парезу кишківника.

Висновки: Лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка при дистальному раку шлунка характеризується добрим профілем ефективності і безпеки, дозволяє виконувати необхідний радикальний обсяг втручання, що, в підсумку, зумовлює сприятливий перебіг післяопераційного періоду при порівнянні з традиційною лапаротомною дистальною резекцією шлунка.