

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.

Бідирикативна поліхіміотерапія з використанням RIRAC у першій лінії паліативного лікування пацієнтів з перитонеальним карциноматозом раку шлунка

М.О. Пененін, 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. Очевидно 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 — RIRAC) є найновішою методикою внутрішньочеревної хіміотерапії. Деякі попередні дані свідчать про те, що RIRAC може досягти поліпшення довгострокових результатів у пацієнтів з ПК РШ, особливо в бідирикативному режимі (застосування поєднано із системною хіміотерапією). Однак бракує проспективних досліджень, які б підтвердили ефективність комбінації RIRAC і системної терапії для лікування в першій лінії.

Мета. Проаналізувати ефективність RIRAC в бідирикативній поліхіміотерапії лікування ПК РШ.

Матеріали і методи дослідження. За даними систематичного огляду, проведеного у відділенні, за допомогою RIRAC 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 RIRAC 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 RIRAC у комбінації із системною поліхіміотерапією за схемою FOLFOX в якості першої лінії лікування ПК РШ.

Висновки. Повна відповідь на RIRAC 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. Пененін, Є.А. Шудрак,
А.В. Городецький, А.О. Омельчак, Н.О. Коваль, Я.О. Свічкарь

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 додат-

кових 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 шкіри 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. Кондрацький¹, І.Л. Насташенко^{1,2}, Я.О. Свічкарь¹,
А.В. Колесник¹, Є.А. Шудрак¹, О.Ю. Добржанський¹,
М.О. Пененін¹, І.О. Українець¹, Н.О. Коваль¹,
А.О. Омельчак¹, А.В. Городецький¹, В.О. Турчак¹

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

²Національний 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 злякисне 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-

лася через 3–4 доби, повне закриття нориці відбувалося через 3–5 замін.

У осіб другої групи дефекти сягали $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ окружності анастомозу. Перед встановленням дренажної вакуумної системи виконувалася санація асоційованої порожнини. Спонж VAC-системи на початку лікування встановлювався в норицевий канал, потім у міру зменшення розмірів порожнин та дефектів анастомозів — у просвіт стравоходу. Заміна дренажу проводилася на 3-тю–5-ту добу. Закриття дефектів досягалось через 6–10 замін VAC-систем. У випадках значних розмірів асоційованих порожнин додатково застосовувалося їх зовнішнє дренування.

Результати. В усіх 13 пацієнтів досягнуто повного закриття дефектів. Ранніх ускладнень ЕВТ у досліджуваній групі хворих не зафіксовано. У 2 (22,2%) пацієнтів другої групи через 2 та 4 міс після завершення лікування сформувався рубцевий частковий стеноз стравохідно-шлункового анастомозу, що потребувало проведення курсу його балонної дилатації. Дискомфорт хворого викликаний необхідністю частих ендоскопій та «прив'язкою» до VAC-системи, що виправдано позитивними результатами терапії.

Висновки. ЕВТ є ефективною альтернативою в лікуванні пацієнтів з повностінними дефектами стравоходу та неспроможністю стравохідно-шлункових анастомозів.

Перевагами ЕВТ насамперед є малоінвазивність, значно нижчі показники ускладнень та летальності порівняно з хірургічними методами.

Недоліками методу є необхідність багаторазової заміни дренажної системи і дискомфорт пацієнта, пов'язаний з «прив'язкою хворого» до VAC-системи.

Неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу після езофагектомії з приводу раку стравоходу

Ю.М. Кондрацький, Є.О. Козак, М.О. Пенепін,
А.В. Городецький, А.В. Колесник, О.Ю. Добржанський,
Є.А. Шудрак, А.О. Омельчак, В.О. Турчак,
Н.О. Коваль, Я.О. Свічкарь

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

Вступ. Неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу (НА), згідно з Європейською об'єднаною клінічною групою (European Collaborative Clinical Group — ECCG), визначається як «дефект кризь усю товщину стінки, що може знаходитися в ділянці стравоходу, анастомозу, механічного шва або шлункового трансплантату незалежно від форми дефекту чи методу його ідентифікації». НА є одним з найбільш тяжких ускладнень езофагектомії, яке призводить до високої летальності, збільшення тривалості перебування хворих у лікарні та значних фінансових витрат. Частота виникнення НА варіює в межах 11,4–21,2%, а смертність — 7,2–35%.

Мета дослідження. Метою дослідження є огляд наявної медичної літератури та визначення основних факторів ризику, можливостей діагностики і способів лікування НА, дослідження наявних методів, спрямованих на зниження частоти виникнення НА, формулювання питань, які потребують подальшого вивчення.

Методи. Огляд наукової літератури та електронних джерел через використання ключових слів «неспроможність анастомозу»; «езофагектомія»; «рак стравоходу»; «післяопераційні ускладнення» на PubMed та Google Scholar.

Результати. Фактори, які підвищують ризик виникнення НА: індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м² або $<18,5$ кг/м², рівень альбуміну $<3,0$ г/дл, артеріальна гіпертензія (АГ), серцева недостатність (СН), хронічна ниркова недостатність (ХХН), цукровий діабет (ЦД), атеросклеротичне ураження аорти та артерій шлунка, стероїди, тютюнопаління, шийне розташування анастомозу. Фактори, які не впливають на ризик виникнення НА: неoad'ювантна хімієпроменева терапія,

використання мініінвазивних та гібридних операцій, техніка накладання анастомозу.

Порогові лабораторні показники, які свідчать на користь НА: С-реактивний білок >17 мг/дл на 3-й післяопераційний день (ПОД), амілаза дренажу 125–250 UI/L в 4-й ПОД.

Комбінація КТ та ендоскопії є золотим стандартом діагностики НА. Вони дозволяють оцінити цілісність слизової оболонки та стан тканин, що оточують ділянку анастомозу.

Консервативні методи лікування ефективні при НА з мінімальними симптомами, вони включають відмову від харчування перорально, харчування через назогастральний зонд, ентеральне харчування через єюностому або парентеральне харчування, інгібітори протонної помпи (ІПП), антибіотикотерапію, протирибкову терапію, дренування рідинних скупчень та інфікованих порожнин.

Для дефектів >15 мм стентування за допомогою саморозширюваних внутрішньостравохідних стентів (SEMS) є найбільш поширеним ендоскопічним методом лікування НА. Іншим методом є ендоскопічна вакуумна терапія (Vacuum-Assisted Closure — EVAC) — успішність закриття дефекту анастомозу становить 86–100%. Менш поширені методи ендоскопічного лікування, які потребують подальшого вивчення: «stent-over-sponge» (SOS), кліпування за допомогою «over-the-scope-clip» (OTSC), використання ціаноакрилату та фібринового клею.

Хірургічне лікування використовують у випадках НА, які викликані технічними помилками накладання анастомозу і розвиваються протягом перших 72 год; у разі неефективності консервативної терапії та ендоскопічного лікування; пацієнтів в тяжкому стані, спричиненому сепсисом; некрозу шлункового трансплантату, неконтрольованого медіастиніту та емпієми плеври. Накладання швів на свіжий дефект анастомозу можливе, якщо відсутнє некротизування шлункового трансплантату, в іншому випадку виконують резекцію некротизованої ділянки та накладання нового анастомозу або виведення тимчасової езофагостоми в ділянці ший з подальшою реконструкцією за допомогою товстої або порожньої кишки.

Висновки. Неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу як ускладнення езофагектомії має серйозні наслідки як для пацієнта, так і системи охорони здоров'я. Додаткового вивчення потребує питання скринінгу хворих з наявними факторами ризику з метою створення інструментів для прогнозування перебігу післяопераційного періоду, раннього виявлення та лікування НА. Важливою також є розробка єдиних стандартів діагностики та лікування, що сприятиме покращенню лікування за межами високоспеціалізованих хірургічних центрів. Подальшого дослідження потребують методи ішемічного прекодиціонування та інтраопераційної оцінки перфузії шлункового трансплантату за допомогою індоціаніна зеленого (indocyanin green — ICG). Нерозв'язаним залишається питання визначення чітких показань до переходу від консервативної терапії та ендоскопічного лікування до хірургічних методів.

Класика чи інновація? Хірургічне лікування раку шлунка та симультанна профілактична холецистектомія

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

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

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є одним з основних післяопераційних ускладнень після хірургічного лікування раку шлунка. За даними різних досліджень, частота виникнення ЖКХ після гастректомії (ГЕ) коливається в межах 10–25%, що є значно вищим показником порівняно із загальною популяцією (15–25% проти 2,2–5,0%). Така висока частота може бути пов'язана з пересіченням гілок блукаючого нерва, проведенням лімфатичної дисекції типу D1 або D2,