

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: неоад'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,