

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО  
Асоціація хірургів Донецької області

# Український Журнал Хірургії

## Украинский Журнал Хирургии

### Ukrainian Journal of Surgery

Науково-практичний журнал

Виходить чотири рази на рік  
Заснований у квітні 2008 року

**№ 2 (17), 2012**

Донецьк  
Асоціація хірургів Донецької області  
2012

УДК 617(477)(051.2)

Головний редактор: П.Г. Кондратенко

Заступник головного редактора: О.І. Міміншвілі

Заступник головного редактора: М.В. Кольцова

Відповідальний секретар: М.Л. Смирнов

Секретар: Д.В. Соболев

Редакційна рада:

В.П. Андрющенко (Львів)  
О.Є. Бобров (Київ)  
В.В. Бойко (Харків)  
Г.В. Бондар (Донецьк)  
В.І. Бондарев (Луганськ)  
С.М. Васильчук (Івано-Франківськ)  
І.Є. Верхульський (Донецьк)  
С.В. Веселий (Донецьк)  
В.О. Вишневський (Москва)  
О.Ф. Возіанов (Київ)  
І.Д. Геряч (Львів)  
С.О. Гешляк (Одеса)  
В.М. Гропа (Донецьк)  
В.В. Грубнік (Одеса)  
Ф.І. Гольмачев (Донецьк)  
В.К. Денисов (Донецьк)  
В.І. Десгетерик (Кривий Ріг)  
І.Я. Дзюбановський (Тернопіль)  
І.М. Дихан (Київ)  
О.І. Дронов (Київ)  
Ю.В. Думанцев (Донецьк)  
О.А. Єфиманец (Донецьк)  
І.П. Журло (Донецьк)  
Б.С. Запорожченко (Одеса)  
М.П. Захараш (Київ)  
Н.В. Кабанова (Донецьк)  
В.М. Казак (Донецьк)  
О.Є. Кавіковський (Вінниця)  
А.М. Карлаш (Донецьк)  
В.Я. Кімакович (Львів)  
В.М. Клименко (Запоріжжя)  
Л.Я. Ковальчук (Тернопіль)  
Я.Г. Колкін (Донецьк)

В.М. Колчак (Київ)  
О.Г. Котенко (Київ)  
Ф.І. Кулачек (Черкаші)  
О.В. Лігаченко (Полтава)  
В.М. Лобас (Донецьк)  
В.І. Лупальов (Харків)  
В.І. Мамич (Київ)  
Б.О. Матвійчук (Львів)  
М.М. Милуца (Запоріжжя)  
С.О. Мунтяв (Дніпропетровськ)  
В.Г. Мішалов (Київ)  
М.Ю. Нічитайло (Київ)  
О.С. Ніколенко (Запоріжжя)  
М.П. Павлович (Львів)  
Ю.В. Поляченко (Київ)  
М.П. Попик (Львів)  
В.І. Ручин (Ужгород)  
Ю.С. Семенов (Рівне)  
Ю.П. Серняк (Донецьк)  
І.Є. Седлаков (Донецьк)  
В.О. Силівай (Харків)  
Т.І. Тами (Харків)  
М.І. Тутченко (Київ)  
Я.П. Фелештинський (Київ)  
П.Д. Фомін (Київ)  
О.Ч. Халжів (Сімферополь)  
В.І. Черний (Донецьк)  
В.О. Шапринський (Вінниця)  
С.Д. Шаповал (Запоріжжя)  
І.М. Шевчук (Івано-Франківськ)  
І.В. Ярема (Москва)  
В.Г. Ярешко (Запоріжжя)

Український  
Журнал  
Хірургії

Заступники:

Донецький національний  
медичний університет  
ім. М.Горького,  
Асоціація хірургів Донецької  
області

Свідчення про державу

реєстрація:  
КВ № 14759-730ПР від 17.12.2008

Видає:

Асоціація хірургів Донецької  
області

Адреса редакції і видавця:

83047, м. Донецьк,  
вул. Багратіона, 19,  
кафедра хірургії  
Донецького національного  
медичного університету  
ім. М.Горького,  
Асоціація хірургів Донецької  
області

Адреса для кореспонденції:

83047, м. Донецьк, вул. Багратіона, 19  
e-mail: ujs@dsmi.edu.ua  
www: http://www.ujs.dsmi.edu.ua  
тєл.: (062) 221-57-64

Друк:

«Фора Комп'ютер»,  
83003, Україна, м. Донецьк,  
вул. Разенкова, 6,  
тєл.: (062) 389-73-82  
Свідоцтво суб'єкта видавничої  
справи А00 № 737160 від 04.11.1998  
Тираж 500 прим.  
Замовлення № 1625

Журнал внесено в перелік наукових фахових видань України

Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009 № 1-052

Матеріали публікуються українською, російською, англійською мовами.  
Усі статті рецензуються.

Рекомендовано до видання Вченою радою Донецького національного медичного університету  
ім. М.Горького (протокол № 5 від 25.05.2012)

Цілювати або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,  
допускається лише з письмового дозволу редакції та з посиланням на джерело. Відповідальність за обсяг  
та викладання фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці.

© Український журнал хірургії, 2012  
© Асоціація хірургів Донецької області, 2012

## ЗМІСТ

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Результати лечения поверхностного рака мочевого пузыря после открытой резекции (ретроспективный анализ)  
Думанский Ю.В., Матвеев А.В. ....5
- Методика мобілізації «En Bloc» – одним блоком підшлункової залози та селезінки для поліпшення резекції верхніх порожнин у лівому верхньому квадранті черевної порожнини  
Русая В.Г., Корсак В.В., Погович С.І., Руманцев К.С., Герушак О.М. ....13
- Профилактика гнойно-септических парастомных ускладнений при формировании одноканальной колостомы в условиях диффузного перитонита  
Матвишук Б.О., Бочар В.Т. ....18
- Возможности доплерографии в выявлении нарушений функции печени у больных панкреонекрозом  
Ковалева М.В., Колтушей Е.В., Мельник О.Н., Быстрова Е.Д. ....22
- Современное состояние эндовидеоскопической хирургии у детей и подростков с ее развитием  
Зароженченко А.Г., Бондарчук Д.Н., Журило И.П., Барчук А.М., Ковалев С.В. ....26
- Методические подходы к освоению лапароскопической уретеролитотомии  
Сарык Ю.П., Рашид Ю.В., Фуксзон А.С., Слободянюк Е.Н. ....30
- Сравнительная оценка применения синтетических протезов при эндопротезировании передней брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами  
Мамедов Руслан Айдын оглы ....35
- Особенности диагностики острого аппендицита и его осложнений с использованием сонорафии  
Бондарев В.И., Алексеев А.В., Бондарев Р.В., Селиванов С.С. ....40
- Острые ускладнення раку шлунку  
Ханковський О.Є., Оберченко С.П., Павлюк Г.В. ....44
- Ферментно-иммунологические аспекты при лечении острых язвенных желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым деструктивным панкреатитом  
Верхуленский И.Е., Луценко Ю.Г., Верхуленский Е.И., Синелупов Д.Н., Картегин Д.В. ....49
- Можливі предиктори колоректального раку  
Русин В.І., Соцька А.В. ....53
- Бронхогенные кисты у детей  
Литовка В.К., Журло И.П., Васильев С.В., Солов Г.А., Латышев К.В., Лещиков П.А. ....59
- Интенсивное небуло расширение верхней челюсти в трансрампальной плоскости у больных с врожденной расщелиной губы и неба  
Шошаров Ш.Т., Азимова А.М. ....64

## CONTENTS

## ORIGINAL INVESTIGATIONS

- Results of treatment of superficial bladder cancer after open surgery (retrospective analysis)  
Dumanitskiy Yu.V., Matveev A.V. ....5
- Method of «En Bloc» mobilisation of the pancreas and spleen to facilitate resection of large tumors of the upper quadrant of the abdomen  
Rusaya V.G., Korsak V.V., Pogovich S.I., Rumantsev K.S., Gerushak O.M. ....13
- Prevention of pyo-septic parastomal complications following end colostomy during diffuse peritonitis  
Matviychuk B.O., Bochar V.T. ....18
- Possibility of doppler sonography to reveal the liver dysfunction in patients with pancreonecrosis  
Kovaleva M.V., Koltushay E.V., Melnik O.N., Bystrava E.D. ....22
- Modern state laparoscopic surgery in children and prospects of development  
Zarozhenchenko A.G., Bondarichuk D.N., Zhurilo I.P., Baruch A.M., Kovalev S.V. ....26
- Methodological approaches to the development of laparoscopic ureterolithotomy  
Saryk Yu.P., Rashid Yu.V., Fuxszon A.S., SloboDYanyuk Ye.N. ....30
- Comparative estimation of application of synthetic prostheses at endoprosthesis a anterior abdominal wall at patients with postoperative ventral hernias  
Mammadov R.A. ....35
- Peculiarity of diagnostics of acute appendicitis and its complications with application of ultrasonography  
Bondarev V.I., Alekseev A.V., Bondarev R.V., Selivanov S.S. ....40
- Acute complications of stomach cancer  
Kankovskiy O.E., Obarchenko S.P., Pavlyuk G.V. ....44
- The enzymic-immunological aspects at treatment of acute ulcerates of gastro-duodenal area at patients by acute destructive pancreatitis  
Verkhulenskiy I.Y., Lutsenko Yu.G., Verkhulenskiy Y.I., Sinelupov D.N., Kartegin D.V. ....49
- Possible predictors of colorectal cancer  
Rusyn V.I., Sotchka A.V. ....53
- Bronchogenic cysts in children  
Litovka V.K., Zhurilo I.P., Vasilyev S.V., Solov G.A., Lатышев K.V., Leshikov P.A. ....59
- Surgically assisted maxillary expansion at patients with cleft lip and palate  
Shosharov Sh., Azimova A. ....64

- Оцінка стадії розвитку гнойно-запального процесу за показником індексу лейкоцитарної активності  
Воронковський М.І., Радченко В.В., Хлопчук Л.О., Чорношівський Р.М., Верба Н.А., Шиндлер А.В. ....69
- Комплексна профілактика ранніх постгастротомічних ускладнень і кратка характеристика їх результатів  
Шарифов З.Я., Мамедов Н.Г. ....74
- Профилактика острого панкреатита при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости  
Ханковский И.Е., Луценко Ю.Г., Войтюк В.Н. ....78
- Структури анального канала: причини, клінічні прояви  
Шевчук І.М., Садовий І.Я., Петриша О.М. ....82
- Импланометрия как способ определения «готовности» пролежня к пластической операции у больных со стойкой утратой моторных функций  
Параш А.Е., Буйварский А.И. ....86

## З ДОСВІДУ РОБОТИ

- Успешная посттравматическая диафрагмальная грыжа редкой локализации  
Гинжий В.В., Новик С.А., Акимшин В.П., Ярешко Н.А., Колесник И.П., Баранов Е.И. ....89
- Лейомиома желудка, симулирующая псевдокисту поджелудочной железы  
Верхуленский И.Е., Палагин Г.Г., Осипов А.Г., Луценко Ю.Г., Сухенко С.В. ....92
- Сочетание узелковой грыжи Трейтца и острого аппендицита  
Карабуйтар А.В. ....94

## ОГЛЯДИ

- Современные подходы к химиотерапии больных колоректальным раком с метастазами в печень  
Целотин И.Б., Колесник Е.А., Васильев О.В., Лаврик Г.В., Лукашенко А.В., Палица Р.Я. ....96
- Лечение гнойных ран в первой фазе раневого процесса  
Жадинский А.Н., Жадинский Н.В. ....109

- Синдром Мирizzi: диагностика и хирургическая тактика  
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Комарь Е.Л., Фоминов В.М. ....115

## ПИТАННЯ ПЕДАГОГІКИ

- Поглиблене вивчення актуальності теми заняття як способ підвищення мотивації студентів у навчанні  
Біська І.В., Федорченко В.М., Осадів В.С., Габук В.М., Нуб'я В.А., Гудюк В.І., Дмитрук О.М. ....119
- Професор І.Е. Верхуленський (к 70-літтю со дня народження)  
.....122

- Estimation of stage of progress of pyoinflammatory process by score of index of leukocytic activity  
Voronkovskiy M.I., Radchenko V.V., Hlopchuk L.O., Chornoshevskiy R.M., Verba N.A., Shindler A.V. ....69
- Complex prophylaxis of early complications after gastric resection and brief description of the results  
Sharifov E.Y., Mamedov N.H. ....74

- Prevention of acute pancreatitis in operations on the organs of the upper floor of the abdomen  
Khanasko V.Y., Shatalov A.D., Voytyuk V.N. ....78
- Structures of the anal canal: causes, clinical manifestations  
Shevchuk I.M., Sadovyy I.Y., Petrysha O.M. ....82
- Implanometry as a method of bed-sore readiness for plastic surgery determination in patients with stable loss of motor functions  
Parash A., Buivarskiy A. ....86

## EXPERIENCE OF WORK

- Strangulated posttraumatic diaphragmatic hernia of rare localisation  
Ginjiy V.V., Novak S.A., Akimshin V.P., Yareshko N.A., Kolesnik I.P., Baranov E.I. ....89
- Leyomioma of stomach simulated pancreatic pseudocyst  
Verkhulenskiy I.E., Palagin G.G., Osipov A.G., Lutsenko Yu.G., Sukhenko S.V. ....92
- Combination of strangulated Treitz' hernia and acute appendicitis  
Karabuytar A.V. ....94

## REVIEWS

- Modern approaches to chemotherapy for colorectal cancer patients with liver metastases  
Shchepotin I.B., Kolesnik E.A., Vasilyev O.V., Lavrik G.V., Lukashenko A.V., Palitsa R.I. ....96
- Purulent wound treatment in the first phase of the wound process  
A.N. Zhadinskiy, N.V. Zhadinskiy ....109

- Mirizzi's syndrome: diagnostics and surgical approach  
Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Komar E.L., Fominov V.M. ....115

## QUESTIONS OF PEDAGOGIC

- Profound study of the lesson's theme topicality as the way to arise students' educational motivation  
Byska I.V., Fedorchenko V.M., Osadiv V.S., Gabuk V.M., Nubya V.A., Hudyuk V.I., Dmytruk O.M. ....119
- ANNIVERSARIES  
Професор І.Е. Верхуленський (к 70-тї народження)  
.....122

УДК 616.381-406-089:616.37:616.4111-089.227

В.І. Русин, В.В. Корсак, С.І. Попович, К.Є. Рудянець, О.М. Тернуцак

## МЕТОДИКА МОБІЛІЗАЦІЇ «EN BLOC» – ОДНИМ БЛОКОМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА СЕЛЕЗІНКИ ДЛЯ ПОЛЕГШЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ ВЕЛИКИХ ПУХЛИН У ЛІВОМУ ВЕРХНЬОМУ КВАДРАНТІ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Ужгородський національний університет

Прооперовано 11 пацієнтів з приводу пухлини лівого верхнього квадранту черевної порожнини. Серед них: 6 пацієнтів з раком лівої нерки, 2 пацієнти – пухлини надниркових залоз, 1 – пухлина зачеревного простору, 2 – пухлини хвоста підшлункової залози (ПЗ). Усі 11 пацієнтів з пухлинами лівого верхнього квадранту живота були оперовані з використанням методики мобілізації «En Bloc» підшлункової залози та селезінки, через доступ по тилу «Chevrot». **Ключові слова:** пухлини лівого верхнього квадранту черевної порожнини, хірургічний доступ, мобілізація підшлункової залози.

На протязі останніх років в Україні відмічається невелике зростання захворюваності на рак нерки. Захворюваність в Україні складає 10,3 на 100 тис. населення. У США та Західній Європі показники захворюваності вищі на 40-50%. Згідно Національного інституту раку, найбільша частота раку нерки наголошується в таких країнах, як США, Канада, Північна Європа, Австралія і Нова Зеландія. Найвища частота раку нерки – в країнах Азії: Тайланд, Китай та на Філіппінах [4].

Пухлини надниркових залоз відносять до числа найбільш тяжких і складних форм ендокринної хірургічної патології. Уточнених даних стосовно частоти пухлин наднирників не виявлено, оскільки не завжди вчасно ця патологія діагностується або ж діагностується випадково. У структурі хірургічної патології надниркових залоз на частку пухлин припадає 35-40%. Частота пухлин наднирників при аутопсії коливається від 1,4 до 9%, а за даними КТ становить від 0,4 до 4,4%. Спостерігається зростання частоти захворюваності серед дітей до 5 років та у хворих старших за 40-50 років. Пухлини наднирників частіше бувають у жінок (58,6%), ніж у чоловіків (41,4%) [5, 6].

Злоякісні пухлини (рак) підшлункової залози – захворювання досить рідке, але надзвичайно агресивне. Частота його виникнення приблизно 10-15 випадків на 100 тисяч населення в рік. В структурі захворюваності частіше хворіють чоловіки, ніж жінки, переважно після 55-60 років. Хвороба частіше зустрічається в розвинених країнах. Щодо місця роз-

шиканє і великі маси можна безпечно видаляти [7]. Мобілізація цих структур до середньої лінії виглядає з двох причин: вона демонструє ливий купол діафрагми і нижкі діафрагми, що дозволяє хірургові працювати в розширеному оперативному полі, а також дозволяє візуалізувати верхній відділ черевної аорти і порожнисті вени для кращого судинного контролю.

**Мета роботи** – впровадити метод мобілізації одним блоком селезінки та підшлункової залози для полегшення резекції пухлини в лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

### Матеріал та методи

За останні три роки на базі хірургічної клініки Ужгородської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака прооперовано 11 пацієнтів з приводу злоякісних новоутворень лівого верхнього квадранту черевної порожнини. У 6 пацієнтів були великі пухлини лівої нерки, у 2 – надниркових залоз, 1 – пухлина позачеревинного простору та 2 – пухлини хвоста підшлункової залози (ПЗ). Діагностичний алгоритм складався із всебічного ультразвукового обстеження нирок, надниркових залоз, підшлункової залози, за очеревиного простору, ниркових судін та ПЗ («Albica-3500», Японія; «My Lab-50», Італія, «Zonare», США). З метою визначення функції нирок проводили реносцинтиграфію на емсійному КТ «Тамара» (ГКС-301Т). При підозрі на втягнення у процес ПЗВ пацієнтам виконували магнітно-резонансну томографію та ієксоваграфію («Somatom-CRX», Siemens; «Wandong Medical, I-open 0.36T»; «Integris-2000 DSA», Philips).

**Техніка операції: мобілізації одним блоком селезінки та підшлункової залози.**

Пацієнт знаходиться в положенні лежачи на спині. Використовують білатеральний підбервний розріз Kocber в модифікації по типу «Chevrot». Розріз у лівому підберві конується на три пальці нижче та паралельно реберного краю і поширюється до передньої підпавиної лінії. Розріз поширюється на праву сторону до латерального краю прямого м'язу живота, з'єднуючи по середній лінії косий поперекового розрізу, вертикально до мечовидного відростка. Операція розпочинається з мобілізації селезінкового кута товстої кишки з пересіченням селезінково-діафрагмальної зв'язки (див. рис.).

Селезінка мобілізована і використовується в якості «ручки кошача», щоб підняти хвіст підшлункової залози. Особливу увагу слід звернути на те, щоб не відбувалася надмірна тяга на селезінку. Необхідно тягнути в медіальному напрямку, внаслідок чого вирівнюються як селезінково-діафрагмальна так і сплено-ренальна зв'язки. Зв'язки розділяють за допомогою електрокоагуляції. Селезінка повинна бути прямо відділена від фасції Геррота і діафрагми, щоб запобігти пневмотораксу. Розріз проводиться шляхом розсічення парієтальної очеревини в латеральному каналі по лінії Гольда, щоб змістити товсту кишку медіально. Аналогічно розріз парієтальної очеревини поширюється наверх до нижок діафрагми. Хірург виділяє селезінку і ліву половину товстої кишки до середньої лінії і, у той же час, виділяє позбавлену судин площину, що складається з фіброзної і жирової тканини близько 1 см від задньої поверхні капсули підшлункової залози. Це допомагає у виділенні підшлункової залози від оточуючих тканин. У той же час, хвіст підшлункової залози та її тіло можуть бути підняті вперед до середньої лінії, що дозволяє подальшому виділенню тканин. Важливими є такі положення:

- візуалізувати і зберегти селезінкову артерію та вену;



Рис. Розсічення селезінково-діафрагмальної зв'язки

**В и с н о в к и**

Метод мобілізації підшлункової залози та селезінки одним блоком дозволяє полегшити видалення великих пухлин лівого верхнього квадранту черевної порожнини та зачеревинного простору.

**МЕТОДИКА МОБІЛІЗАЦІЇ «EN BLOC» – ОДИН БЛОКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ І СЕЛЕЗІНКИ ДЛЯ ОБ'ЄДНУВАННЯ РЕЗЕКЦІЙ ВОЛЬНИХ ОПУХОЛІЙ В ЛІВОМУ ВЕРХНЬОМУ КВАДРАНТЕ БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ**  
В.І. Русин, В.В. Корсак, С.І. Попович,  
К.Е. Румянцев, О.М. Тернушак

Прооперовано 11 пацієнтів з опухлими лівим верхнім квадрантом брешної порожнини. Серед них: 6 пацієнтів з раком лівий почки, 2 пацієнта – опухлими надпочечників, 1 – опухлою забрюшинного простору, 2 – опухлою хвостом піджелудочної залози (ПЖ). У всіх 11 пацієнтів з опухлими лівим верхнім квадрантом живота були оперовані з використанням методики мобілізації «En Bloc» піджелудочної залози та селезінки, через доступ по типу «Chevron».

**Ключові слова:** опухлими лівим верхнім квадрантом брешної порожнини, хірургічний доступ, мобілізація піджелудочної залози.

**METHOD OF «EN BLOC» MOBILIZATION OF THE PANCREAS AND SPLEEN TO FACILITATE RESECTION OF LARGE TUMORS OF THE UPPER QUADRANT OF THE ABDOMEN**  
V.I. Rusyn, V.V. Korsak, S.I. Popovich,  
K.Ye. Rumyantsev, O.M. Ternushak

Eleven patients with tumors of the upper left quadrant of the abdominal cavity were operated. Among them: 6 patients with cancer of the left kidney, 2 patients – adrenal gland tumors, 1 – retroperitoneal space tumor, 2 – cancer of the pancreas tail. All 11 patients with tumors of the upper left quadrant of the abdomen were operated on using techniques of mobilization "En Bloc" of the pancreas and spleen, by accessing the type "Chevron".

**Key words:** tumors of the left upper quadrant of the abdomen, surgical approach, mobilization of the pancreas.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Басалана О.В. Рак почки, оскільки великий метастазів – це велика проблема. *Результати дослідження* / О.В. Басалана, Е.В. Корсак, Р.І. Русин // *ХІР* Російський онкологічний журнал. – 2009. – № 1. – С. 376–377.
2. Васильченко К.Ю. Діагностика неоперабельних пухлин лівого верхнього квадранту живота // *Доклад на міжнародній конференції* – 2005. – № 1. – С. 21–23.
3. Дворніченко В.В. Результати хірургічного лікування великих ракових пухлин, оскільки великий метастазів // В.В. Дворніченко, О.В. Басалана, Р.І. Русин // *Актуальні проблеми клінічної онкології, медичної освіти та науки ХІІІ міжнародної наукової конференції*. – 2008. – С. 117.
4. Власкив Г.В. *Проблеми лікування великих пухлин лівого верхнього квадранту живота* / В.І. Русин, Ю.А. Девчак, В.В. Корсак [та ін.] // *Український журнал медичної науки*.

нього лівого квадранту черевної порожнини ми використовуємо трансабдомінальний, підреберний розріз середньої лінії з м'ячовидно-стерильним розповсюдженням (якщо підреберний розріз продовжується на дві сторони). Цей доступ дозволяє адекватно розглянути реберні краї за допомогою раннорозширювачів і усуває необхідність в торако-абдомінальному доступі.

Крім того, щоб уникнути раніше підкреслений телескопічний ефект, цей підхід дозволяє розширити операційне поле, що ще більше, допомагає цілком мобілізувати селезінку, підшлункову залозу і шлунок. Крім того, цей маневр допомагає окреслити судинні області, демонструючи верхню черевну аорту, а також НПВ, коли це потрібно. Таким чином, безпечно видалення цих пухлин можна з відмінним судинним контролем.

У всіх 11 пацієнтів з пухлинами в лівому верхньому квадранті живота були оперовані з використанням вище описаної техніки. В одному випадку, при П ривні поширення пухлинного тромбу в НПВ (за класифікацією клініки Mayo) – виконували тромбектомію з НПВ злива.

Серед ускладнень ми спостерігали в одному випадку – частковий надриг капсули селезінки, у другому випадку – двобічний пневмоторакс. Летальних випадків не було.

Як зазначено вище, ряд додаткових методів існують і повинні бути використані для надання допомоги в безболічному завершенні цієї операції. Надзвичайно важливо використовувати селезінку як "ручку кошкі" для отримання раннього судинного контролю над місцевими структурами зачеревинного простору лівого верхнього квадранту черевної порожнини. Повна мобілізація шлунка з селезінкою через ліву шлункову артерію та короткі шлункових артерій дозволяє значно покращити експозицію, з додатковою перевагою відсутності судинних маніпуляцій на цих артеріях для досягнення кінцевої мети – видалення пухлини.

Техніка операції запозичена з мультивісцеральної трансплантації, що дає можливість краще візуалізувати нижню порожнину вени та верхній відділ черевної аорти для кращого судинного контролю.

кількості колатеральних судин. Вони повинні бути ретельно перев'язані для запобігання кровотвраті.

Таким чином, весь зачеревинний простір візуалізується шляхом розрізу перитонеально-го криплення селезінки, попереочно-ободової та нижньої частини товстої кишки з електрокоагуляцією фіброзної і жирової тканини задньої поверхні підшлункової залози.

При цьому, пошкодження життєво важливих органів мінімізується шляхом меншого контактування з тканинами. У залежності від поширеності пухлини і пов'язаних з нею лимфатичних вузлів і судин, візуалізуються аорта та НПВ. Цей метод мобілізації є похідним від швидкого принципу леваскуляризації, який використовується під час забору органів черевної порожнини реципієнта для мультивісцеральної пересади [8, 10, 12]. При наявності шільних спайок і колатералів, уражених органів повинні бути швидко леваскуляризовані, щоб зменшити кровотврату. Це вимагає швидкого доступу до черевної та верхньої брижових артерій. Мобілізовану селезінку, підшлункову залозу, шлунок, і, іноді, тонкий кишківник загортають у вологі рушники і вкладають під правий купол діафрагми виводячи аорту і весь лівий зачеревинний простір від нижніх діафрагми до порожнини малого тазу та біфуркації аорти.

**Результати та обговорення**  
Резекція великих пухлин в лівому верхньому зачеревинному просторі є складним завданням через їх відносну недоступність, високій відсоток кількох патологічних знахідок і складність судинної анатомії. Традиційно використовують або боковий або торако-абдомінальний доступи. Обидва ці підходи мають суттєві недоліки в складних випадках, чим глибше в рану, тим більш вираженим стає телескопічний ефект. Потрібно хороша експозиція і контроль операційного поля. Ці методи, звичайно, використовуються в тих випадках місцевого ураження, які не вимагають активної мобілізації органів. Рішення про спосіб операції часто робиться на основі передопераційної променевої діагностики, патології (за наявності), лабораторних показників при необхідності, і інших відповідних досліджень для формування згуртованої клінічної оцінки пухлинної інвазії. При великих пухлинах верх-

- використовувати селезінку як "ручку кошкі";

- уникати непотрібних тяг за селезінку, що може викликати пошкодження капсули і кровотврату;

- уникати розрізів на тілі підшлункової залози;

- уникати пошкодження серозної оболонки шлунка під час мобілізації задньої поверхні шлунка;

- виявлення та збереження нижньої брижової вени на нижній поверхні підшлункової залози;

- дотримуватися принципу мобілізації одним блоком, а не шляхом окремого розсічення органів.

З цією метою, селезінка продовжує залишатися прикріпленою до великої кривизни шлунка за допомогою лівої шлунково-сальникової та коротких шлункових судин.

Межею цієї дисекції є стінка черевної аорти, де ми опісно відходження черевної стовбур та верхньої брижової артерії. Тонкий кишківник при цьому, виділений для візуалізації нижнього відділу черевної аорти та НПВ, змищується, також, вправо від середньої лінії.

Для виконання нефректомії, після розсічення селезінково-тостокишкової зв'язки дисекція триває до візуалізації лівої ниркової вени. Ліва ниркова вена візуалізується, перетинаючи аорту трохи нижче верхньої брижової артерії. Далі виділяється проксимальний відділ сечоводу, який легко візуалізується між нижнім полюсом нирки і НПВ або аортою. Після перев'язки сечоводу двома лігатурами між якими він пересікається, нижній полюс нирки відводиться латерально, звільняючи доступ до ниркової артерії. Для доступу до ниркової артерії спочатку знаходять та перев'язують поперекову, ліву надпирничкову та гондну вени, що впадають в ліву ниркову вену. Після достатньої мобілізації виконують перев'язку ниркової артерії між двома лігатурами та відсічення останньої. Ниркова вена перев'язується між двома лігатурами та відсікається. Повністю мобілізована патологічно змінена нирка видалюється з ложа. Завершальним етапом операції є виконання аортокавалної лімфодисекції.

Часто, у присутності великої ниркової маси з або без тромбозу НПВ, є наявність великої

- ної та ендоскопічної хірургії. – 2008. – Vol. 12., № 1. – С. 13-16.
5. Рак вирگی в Україні, 2005 – 2006. Бюл. нац. канцер-ресурсу України. Київ, 2007. – № 7. – С. 49-50.
6. Сайдакова Н.О. Деякі показники онкоурологічної допомоги / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, П.Г. Кравчук // Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2007-2008 роки. – Київ, 2009. – С. 141-174.
7. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За ред. член-кор. НАН та АМН України, проф. М.Д. Троячка // Довідник «ВАДЕМЕССІМ info ДЮК ГОР Ендокринологія». – К.: ГОВ «ІПРА». «Здоров'я України», 2005. – С. 312.
8. Current and Future Trends in the Treatment of Renal Cancer / T. Keane, D. Gillatt, C. Evans [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2007. – № 6. – P. 374-384.
9. Renal cell cancer stage migration: analysis of the National Cancer Data Base / C.J. Kane, K. Mallin, J. Ritchey [et al.] // Cancer. – 2008. – Vol. 113. – P. 78-83.
10. En Bloc Mobilization of the Pancreas and Spleen to Facilitate Resection of Large Tumors, Primarily Renal and Adrenal, in the Left Upper Quadrant of the Abdomen: Techniques Derived from Multivisceral Transplantation / G. Ciancio, A. Vaidya, S. Shirodkar [et al.] // Eur Urol. – 2009. – Vol. 9. – P. 132-136.
11. Garcia J.A. Recent progress in the management of advanced renal cell carcinoma / J.A. Garcia, B.I. Rini // CA Cancer J. Clin. – 2007. – Vol. 57. – P. 112-125.
12. Ciancio G. The use of liver transplant techniques to aid in the surgical management of retroperitoneal tumors / G. Ciancio, C. Hawke, M. Soboway // J. Urol. – 2000. – Vol. 164. – P. 665-672.