

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) жовтень 2016
Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Видано в авторській редакції

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 04.10.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 18
Обл. вид. арк. 17,61. Тираж 700.

Замов. 312
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) ЖОВТЕНЬ 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 >

ДО УВАГИ АВТОРІВ

**Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами.
Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил**

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e-mail.

3. Статтю надсилати в двох примірниках, обсяг її 9–10 с., коротких повідомлень 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці без будь-якого форматування та на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.doc, *.rtf без OLE-об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (15–20 рядків, обґрунтування, методики, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, у порядку цитування. Автори відповідальні за правильність даних, наведених у списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

Бібліографічний опис літературних (інформаційних) джерел складати за стандартом "Бібліографічний запис. Бібліографічний опис" (ДСТУ 7.1:2006), використовувати нумераційний спосіб розстановки бібліографічних описів джерел (в порядку цитування посилань у тексті роботи).

Наводимо приклади бібліографічного опису літературних (інформаційних) джерел

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбозмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori: метод, рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто–стегнового сегмента / А. Б. Домінія (Україна); заявник і власник патенту ІХТ АМН України. – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.

6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико–лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 – хірургія / А. В. Сивожелезов; Харьк. мед. ин–т. – Х., 1999. – 18 с.

7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben–Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.

8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб – за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, статі і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну–виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилати у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, рисунки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ РИСУНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатись негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходять всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилати.



ЗМІСТ

5-9	Стан колопроктологічної допомоги в Україні, її проблеми, перспективи розвитку
10-15	Травма органів черевної порожнини і малого тазу
16-46	Колоректальний рак
47-53	Хронічні запальні захворювання кишечника
54-65	Хронічні непухлинні захворювання кишечника. Сімейний аденоматозний поліпоз товстої кишки
66-72	Ендоскопічна діагностика і ендоскопічна хірургія захворювань товстої кишки
73-79	Лапароскопічна колопроктологія і хірургія
80-95	Гострі та хронічні захворювання прямої кишки та куприкової зони
96-117	Дитяча проктологія
118-141	Додатково

Результати. Осложнения, со стороны межкишечных анастомозов отмечены у 14(11,6%) больных, наиболее часто несостоятельность швов анастомоза — у 4(3,3%), стриктура — у 4(3,3%), наружный кишечный свищ — у 2(1,7%). Летальные исходы наступили у 3(2,5%) пациентов после резекций толстой кишки обструктивного типа, выполненных на фоне запущенного распространенного перитонита — у 2 и профузного кишечного кровотечения — у 1 в связи с прогрессированием тяжелой полиорганной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. По результатам диспансерного наблюдения у 28(24,6%) оперированных пациентов возникли рецидивы заболевания, которые были купированы при помощи консервативного лечения.

Вывод

Применение разработанной хирургической тактики при болезни Крона позволило улучшить объективную оценку тяжести течения заболевания, оптимизировать показания к хирургическому лечению, выбор способа условнорадикального, восстановительного, реконструктивно—восстановительного этапов оперативного вмешательства, прогнозировать развитие и проводить целенаправленную профилактику послеоперационных осложнений, уменьшить частоту возникновения послеоперационных осложнений, послеоперационной летальности.

СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ: ЩО НОВОГО І В ЧОМУ ВІДМІННОСТІ ОСТАННІХ КОНСЕНСУСІВ, ПОГЛЯДІВ І ПЕРЕКОНАНЬ?

Захараш М. П., Кучер М. Д., Захараш Ю. М., Яковенко В. О., Мороз В. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Актуальність проблеми неспецифічного виразкового коліту (НВК) обумовлена високими показниками поширеності захворювання (25 — 100 на 100 тис. населення Європи, 35 — 60 на 100 тис. населення України), переважно працездатним віком хворих (соціальна значимість), необхідністю позитивного прийому базисної терапії, загрозою розвитку тяжких за клінічним перебігом і наслідками гострих ускладнень, малігнізації, інвалідацією оперованих хворих, тощо.

В останні десятиріччя в широку клінічну практику успішно запроваджені препарати месалазину, системні та топічні глюкокортикостероїдні гормони, імунодепресанти, біологічна антицитокінова терапія, тощо. Однак їх недостатня ефективність або непереносимість у певної частини хворих (до 37—40%), неадекватне лікування хворих через дороговізну необхідних препаратів, фульмінантний клінічний перебіг захворювання, розвиток гострих ускладнень, малігнізація стають показом до хірургічного лікування 22—25% хворих, яке нерідко завершується формуванням тимчасової або постійної ілеостоми, що суттєво погіршує функціональні результати і якість життя опрованих хворих.

Мета дослідження: Покращення результатів консервативного та хірургічного лікування хворих на НВК за рахунок оптимізації схем консервативної терапії, удосконалення хірургічної тактики, визначення чітких аргументованих показів до виконання планових хірургічних втручань, удосконалення методики їх виконання.

Матеріал і методи. В Українському проктологічному центрі в 1999 — 2015 рр. знаходилося на лікуванні

698 хворих на НВК, хірургічні втручання виконані 123 (17,6) з них.

Відносними показами до хірургічного лікування хворих на НВК вважали: панколіт з хронічним безперервно рецидивуючим перебігом НВК тривалістю захворювання 8—10 років і більше без тенденції до відновлення морфологічної структури слизової оболонки товстої кишки через реальну загрозу малігнізації; хронічні рецидивуючі форми НВК з тотальним ураженням товстої кишки, рефрактерні до консервативної терапії; непереносимість базисної терапії, препаратів резерву; стероїдозалежні та Відносними показами до хірургічного лікування хворих на НВК вважали: Панколіт з хронічним безперервно рецидивуючим перебігом НВК тривалістю захворювання 8—10 років і більше, без тенденції до відновлення морфологічної структури слизової оболонки товстої кишки через реальну загрозу малігнізації; хронічні рецидивуючі форми НВК з тотальним ураженням товстої кишки, рефрактерні до консервативної терапії; непереносимість базисної терапії, препаратів резерву; стероїдорезистентні форми НВК; наявність зливних виразкових полів з множинними псевдополіпами, які перешкоджають виконанню контрольних фіброколоноскопій і політопних біопсій; наявність виражених позакишкових проявів НВК (склерозуючий холангіт, цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією, та інш.); виражену затримку росту, фізичного і психічного розвитку підлітків та інш.)

У відповідності до Європейського консенсусу доказової медицини при розвитку гострих ускладнень НВК

операцією вибору була колектомія, ілеостомія. Через тяжкість стану таких хворих, велику травматичність, виконання операції колпроктектомії в таких випадках було неприйнятним. При плановому хірургічному лікуванні пріоритетною операцією була операція колектомія, низька передня резекція прямої кишки з демукзацією її кукси і формуванням ілеоанального/ ректального (у виключних випадках) резервуарних, переважно J—routh анастомозів (ІАРА), які позбавляли хворого від захворювання, забезпечували збереження природного пасажу кишкового вмісту (протипоказами до виконання ІАРА є недостатність анального сфінктера, наявність малігнізації, дисплазії середнього чи тяжкого ступеню), суттєво покращували якість життя оперованих хворих. При формуванні ІАРА довжина слизової оболонки ано-ректальної області між зубчатою лінією та анастомозом не перевищувала 2 см.

Результати. Реконструктивно — відновні операції (РВО) виконали 89 (72,4%) з 123 оперованих хворих, з них первинні — 53 (59,6%), вторинні — 36 (40,3%). З використанням лапароскопічних технологій виконано 51 (41, 5%) операцій, з них за абсолютними показами — 16, відносними — 18, як II етап РВО — 17. Конверсій було 3 (5,8%) випадки. В групі хворих, яким були виконані лапаротомні хірургічні втручання, інтраопераційні ус-

кладнення виникли в 8 (8,9%) випадках, післяопераційні — в 30 (22,5%), післяопераційна летальність склала 4,5% (4 випадки). При виконанні лапароскопічних операцій інтраопераційні ускладнення виникли у 5 (8%) хворих, післяопераційні — у 12 (23,5%), летальних випадків не було.

Висновки

1. Однією з головних причин прогресування НВК і розвитку його ускладнень являється неадекватність базисної терапії — в період загострення захворювання та підтримуючої — в період ремісії.

2. Хворі на тяжкі і ускладнені форми НВК повинні бути госпіталізовані лише в спеціалізовані проктологічні відділення і Центри.

3. При розвитку гострих ускладнень НВК операцією вибору є колектомія, ілеостомія.

4. Операцією вибору при плановому хірургічному лікуванні хворих на НВК є колектомія, низька передня резекція, мукозектомія, формування резервуарного ілео—анального ректального анастомозу.

5. Хірургічного лікування хворих на НВК за аргументованими відносними показами — один із найважливіших резервів покращення безпосередніх, віддалених, функціональних його результатів і якості життя оперованих хворих.

ВЕДОЛИЗУМАБ — ПЕРВЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ С СЕЛЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНО — КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ В ЛЕЧЕНИИ ХВЗК

Захараш М. П., Захараш Ю. М., Мороз В. В.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Одно из наиболее ярких достижений фармакотерапии воспалительных заболеваний кишечника конца XX века — разработка принципиально новой группы лекарств, получивших название "биологические агенты" ("biologic agents") или антицитокины, к которым относятся рекомбинантные интерлейкины, — ингибиторы провоспалительных интерлейкинов (IL—1, IL—2, IL—6, IL—8), рекомбинантный интерферон—реаферон. В последние 10 лет в клинической практике активно и довольно успешно используются препараты, содержащие моноклональные антитела (МАТ) к ФНО— α фактору, синтезируемому моноцитами, макрофагами и Т—клетками — Инфлексимаб (Ремикейд), Адалimumаб (Хумира). К сожалению, более чем у 60% пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК), оценка которых проводилась в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях, не удалось достичь или поддерживать ремиссию через 52 недели после инициирования терапии антагонистами ФНО— α [Hanauer et al. 2002; Rutgeerts et al. 2005; Colombel et al. 2007].

Кроме того, документально подтверждено, что пациенты, не ответившие на терапию одним антагонистом

ФНО— α , имеют заметно сниженный уровень ответа на терапию вторым антагонистом ФНО— α [Sandborn, 2007; Sandborn et al. 2007].

Интегриновые рецепторы В— и Т—лимфоцитов, мигрирующих в зону воспаления, стали мишенями для более новых видов терапии у пациентов с ХВЗК. К интегринным рецепторам В— и Т—лимфоцитов, содержащихся в тканях именно желудочно—кишечного тракта при ХВЗК относятся интегрин $\alpha 2\beta 2$, $\alpha 4\beta 1$ и $\alpha 4\beta 7$ (хотя этот перечень не является исчерпывающим).

В 2014 году FDA был одобрен новый препарат Ведолизумаб (Энтививо) — Takeda Pharmaceuticals, Дирфилд, Иллинойс, США, также известный под названием MLN0002, который представляет собой гуманизованное моноклональное антитело, селективно проявляющее антагонизм к интегринным рецепторам $\alpha 4\beta 7$ именно органов ЖКТ.

При блокировании интегринных рецепторов у больных с воспалительными заболеваниями кишечника происходит уменьшение или прекращение миграции лимфоцитов в слизистую оболочку желудочно—кишечного тракта [Gosh and Panaccione, 2010; Jovani and Danese, 2013].