

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. Лазориниєць
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.



ВГО "Асоціація колопроктологів України"

ІV з'їзд колопроктологів України

Тези
наукових робіт

(26-28 жовтня, 2016 р.)
м. Київ

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**

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—pouch 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), Адалимуаб (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].

FDA утвердили схему применения препарата 300 мг в виде 30-минутной внутривенной инфузии на 0-й, 2-й и 6-й неделе, а впоследствии — каждые 8 недель, как при ЯК, так и при БК [Takeda Pharmaceuticals America Inc., 2014].

Кишечно—селективный механизм действия ведолизумаба позволяет обеспечить таргетную терапию без побочных эффектов, ассоциированных с системной иммуносупрессией с хорошим профилем безопасности для пациентов с НЯК и БК

Ведолизумаб обеспечивает эффективную индукцию с длительной ремиссией и уменьшает или избавляет от необходимости в стероидах, в частности у пациентов со средне—тяжелым и тяжелым течением НЯК и БК. При непрямом сравнении у пациентов с НЯК Ведолизумаб имеет достоверно лучшую переносимость в сравнении с адалимумабом и инфликсимабом.

Заключение: Ведолизумаб может быть использован как эффективный препарат первой линии биологической терапии с хорошим профилем безопасности для лечения пациентов с НЯК и БК.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА

Русин В. І., Чобей С. М., Сірчак Є. С., Крч К. Л.

Ужгородський національний університет, Ужгород

Актуальність. Первинна захворюваність хворобою Крона по Україні за останні 10 років збільшилась з 2-4 до 30-50 хворих на 100 тис. населення та має тенденцію до збільшення. Прогресуючий характер захворювання, загроза розвитку тяжких, нерідко загрожуючих життю ускладнень, відсутність осередків та нерідкі побічні ефекти етіотропної терапії, яка традиційно використовуються або резистентність до неї, переважно молодий вік хворих, необхідність виконання резекцій тонкої та товстої кишки, які можуть привести до інвалідизації і погіршення якості життя пацієнтів, визначають медичну та соціальну значимість хвороби Крона.

Мета роботи. На основі клініко-інструментальних методів дослідження визначити найбільш ефективні способи хірургічної тактики лікування ускладнених форм хвороби Крона.

Матеріал та методи. У даній роботі узагальнений досвід обстеження та лікування 43 хворих із ускладненими формами хвороби Крона, які лікувалися в клініці хірургічних хвороб Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака з 2000 по 2014 роки. У всіх пацієнтів діагноз хвороби Крона був підтверджений результатами ендоскопічного, рентгенологічного та морфологічного дослідження.

Результати. У 43 пацієнтів першої групи розвинулося 93 ускладнення, причому у 10 з них спостерігалися послідовно три і у чотирьох - по два ускладнення хвороби Крона. У 30 (69,8%) пацієнтів з хворобою Крона. Ускладнення представлені стриктурами й інфільтратами, нагноєннями та абсцесами, які часто супроводжувались кишковою непрохідністю. У 29 (67,4%) випадках

зустрічалися нориці. У восьми пацієнтів були зовнішні нориці, причому у двох із них норицний хід відкривався безпосередньо в зоні рубців після раніше перенесених операцій. У 16 (37,2%) хворих спостерігалися внутрішні нориці між термінальним відділом здухвинної кишки і сліпою кишкою, у двох пацієнтів були нориці між петлями клубової кишки, і у однієї пацієнтки мала місце ректовагінальна нориця. Слід відзначити, що внутрішні і зовнішні нориці зустрічалися при коліті і ілеоколіті частіше, ніж при ізольованому ураженні товстої кишки. У семи (16,3%) хворих зустрічались множинні перианальні нориці на тлі ураження товстої кишки.

Хворим було виконано 79 операцій, з них одному - 8 операційних втручань, 10 пацієнтів перенесли по 3 операції, ще 5 пацієнтам було виконано по 2 операції, а решта перенесли по одному операційному втручання.

Висновки та заключення. Хірургічне лікування у вигляді екстрених втручань хворим на хворобу Крона проводяться при перфорації, перитоніті, кишковій непрохідності та абсцедуванні.

При інфільтраті, внутрішніх та зовнішніх норицях виконуються термінові або відтерміновані: одно-, дво- та трьохмоментні втручання. Стриктуропластика, висічення нориць, ілеоєюностомія, ілеокоlostомії використовуються при сприятливому перебігу захворювання.

Кумулятивний аналіз стабільності результатів лікування захворювання за Каплан-Майером показав, що не мали рецидиву захворювання протягом 36 міс. 83,7% пацієнтів.

