

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](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto: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. Лазорининець  
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"

**IV 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

## ТРАНСРЕКТАЛЬНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

Пироговський В. Ю., Сорокін Б. В., Сурков А. В., Злобенець С. О., Тараненко А. О.

НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ,  
Київська обласна клінічна лікарня

**Актуальність.** Методика проведення ультразвукового дослідження досить широко використовуються в сучасній медицині. Цей метод має ряд переваг: ефективність, доступність та безпека. В колопроктології ультразвукові дослідження застосовуються для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, визначення ступеню поширеності та вираженості запального процесу, діагностики непластичного процесу прямої кишки і навколишніх тканин, їх поширеності.

**Мета.** Дослідити діагностичну цінність трансректального ультразвукового дослідження в проктологічному відділенні КОКЛ, що використовується для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, а також відзначити особливу роль даної методики в діагностиці новоутворень прямої кишки, поширеності даного процесу, виявлення ураження сфінктерного апарату, вибору оптимальної тактики оперативного втручання.

**Матеріали і методи.** В проктологічному відділенні КОКЛ за 2008 — 2015 рр. за допомогою УЗ — діагностики було обстежено понад 1400 пацієнтів, з них на частку ТРУЗД доводиться 1186 досліджень, що становить 95% від загального їх числа. Виконано 127 (10%) пункцій передміхурової залози під контролем ректального датчика. Використовувався ультразвуковий сканер Pro—Focus2202 (Данія) з високочастотним ректальним датчиком з частотою 7,5 МГц.

**Результати.** При діагностиці хронічних анальних нориць отримані наступні дані:

— інтрасфінктерна нориця визначена у 178 (25%) випадків, трансфінктерна — у 181 (26%), висока транс-

сфінктерна — у 130 (18%), екстрасфінктерна — у 126 (18%), неповна параректальна нориця — у 76 (10%). Трансректальне ультразвукове дослідження дозволяло візуалізувати норицевий хід на всьому протязі у вигляді тубулярної гіпоехогенної структури неправильної форми, який бере початок від внутрішнього отвору та виявити внутрішній отвір, який є гіпоехогенною зоною, розташованою в підслизовому шарі. При проведенні порівняльної оцінки результати ТРУЗД та інтраопераційної результати співпали в 97% випадків.

— При діагностиці та визначенні процесу поширеності неопластичного процесу прямої кишки були отримані наступні дані: Т1—36(32%), Т2—54(31%), Т3—42, 39(22%). При порівнянні з даними рТ, отриманими після операції, точність склала 92%.

### Висновки

1. Діагностична точність ТРУЗД в діагностиці запальних захворювань і поширеності непластичного процесу прямої кишки становить 90%, що робить даний метод цінним і інформативним. При оцінці глибини пухлинної інвазії точність ТРУЗД становить 80—90%, що значно перевершує можливості КТ (до 80%). Саме тому, завдяки своїй ефективності, доступності та безпеці, даний метод стає пріоритетним в діагностиці запальних та непластичних процесів в прямій кишці і параректальній клітковині.

2. Оскільки застосування такого методу як ТРУЗД стає все більш поширеним, а нове обладнання більш досконалим, можливості візуалізації та інтерпретації даних також поліпшуються, що розширює показання до застосування ТРУЗД в клінічній практиці

## НЕЙРОЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ: СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТА МОФОЛОГІЧНОЇ ЇХ ВЕРИФІКАЦІЇ, ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

Захараш М. П., Яковенко В. О., Курик О. Г., Захараш Ю. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Універсальна клініка "ОБЕРІГ". Київ

Нейроендокринні пухлини (НЕП), які зустрічаються у всіх відділах шлунково—кишкового тракту (ШКТ), є відносним рідким захворюванням, хоча останнім часом показники захворюваності населення переважної більшості країн на НЕП різко зростає. За даними статистики НЕП переважно локалізуються в ШКТ (до 85%), складаючи серед усіх пухлин ШКТ до 8%.

Діагностика НЕП представляє певні складнощі, що не в останню чергу зумовлено тим, що при НЕП суттєво погіршення якості життя пацієнтів, навіть за наявності метастазів, настає на досить пізній стадії захворювання. Однак, при використанні таких сучасних методів діагностики як відеоезофагогастроудоденоскопія (ВЕГДС) і відеокOLONOSKOPIA (ВКС) із збільшенням, ендоехологією

вукового дослідження з'явилася можливість діагностувати НЕП в органах ШКТ на дуже ранніх, доклінічних стадіях. Це дозволяє більш широко використовувати малоінвазивні методи лікування: EMR і особливо ESD. ESD характеризується збереженням високої якості життя хворих у порівнянні з хірургічними втручаннями, низьким ризиком ускладнень і смертності.

**Мета дослідження.** Дослідити ефективність ендоскопічної, ендоскопічної і морфологічної діагностики і мініінвазивного лікування НЕП ШКТ

**Матеріал та методи.** Протягом 2008—2016рр. на базі Медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг" було діагностовано 24 випадків НЕП: в верхніх відділах ШКТ — 11 (46%), з них 9 — в шлунку, 2 — в дванадцятипалій кишці; у дистальній частині здухвинної кишки і проксимальній частині ободової кишки — 5 (21%), з них — 2 — у термінальному відділі здухвинної кишки, 1 — в гирлі апендикулярного відростку, 1 — в висхідній ободовій кишці, 1 — у поперечно-ободовій кишці); у дистальній частині товстої кишки — 7 (33%), з них 2 — нисхідній кишці, 2 — у сигмовидній і 3 — у в прямій.

**Результати та обговорення.** При ендоскопії всі утворення виглядали як гіпоехогенні утворення, однорідної будови, з чітким контуром, що локалізувалися у 2—3 ехошарах стінки органу, без ознак глибокої інвазії і лімфаденопатії. Розмір утворень склав від 3—25 мм.

Ендоскопічні ознаки НЕП виявили високу діагностичну ефективність. Чутливість, специфічність і діаг-

ностична цінність методу склали відповідно 88%, 89% і 90%.

НЕП шлунка і здухвинної кишки видалені шляхом ендоскопічної резекції слизової оболонки, а цибулини дванадцятипалої кишки і прямої кишки — ендоскопічної підслизової дисекції, великого дуоденального сосочку дванадцятипалої кишки, ободової кишки — хірургічної резекції.

Всі НЕП повинні бути видалені в межах здорових тканин для повноцінної морфологічної оцінки. Метод видалення обов'язково вказують у протоколі дослідження. Оптимальними є використання методик ендоскопічної резекції слизової оболонки, ендоскопічної дисекції підслизової оболонки.

#### **Висновки**

1. НЕП органів травного тракту є складними в діагностиці.
2. Морфологічна оцінка ендоскопічних біоптатів слизової оболонки — ефективний спосіб діагностики НЕП.
3. Ендоскопічна дисекція є ефективним діагностичним методом для діагностики НЕП.
4. Ендоскопічна резекція слизової оболонки та ендоскопічна підслизова дисекція дозволяє отримати розширений матеріал для морфологічної діагностики НЕП і є адекватним методом видалення НЕП.

## **ДІАГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВУЗЬКОСМУГОВОЇ КОЛОНОСКОПІЇ ЗІ ЗБІЛЬШЕННЯМ В ДІАГНОСТИЦІ АДЕНОМ ТОВСТОЇ КИШКИ**

**Яковенко В. О., Захараш Ю. М., Захараш М. П.**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Універсальна клініка "ОБЕРІГ", Київ,  
ДНУ "НПЦПКМ" ДУС

**Введення:** Основною причиною раку товстої кишки вважається аденома товстої кишки (АК). Ефективність колоноскопії для виявлення та поширеності АК в українського населення мало вивчені.

**Метою даної роботи** є вивчення ефективності вузькосмугової колоноскопії зі збільшенням (КС) для виявлення АК і їх поширеності в серед населення України.

**Методи:** Були проаналізовані морфологічні дослідження 322 АК виявлених при КС. АК був діагностований у 187 пацієнтів у віці 18—85 років. Дослідження визначило гістологічного типу АК, їх місцезнаходження і кількість АК на одного пацієнта.

**Результати:** АК були виявлені в 75% (140/187, 95% ДІ 68,2—80,6) випадках. Частота виявлення АК дорівнює 0,75 (140/187), індекс виявлення АК — 2,76 (517/187). У

64% пацієнтів АК були діагностовані як папілярно — трубчасті аденоми, у 44% — зубчасті аденоми. Крім того, 33% пацієнтів мали папілярно — трубчасті аденоми і зубчасті аденоми одночасно. З 517 АК в 322 (62%) випадках діагноз папілярно — трубчасті аденоми, в 195 (38%) — зубчастими аденоми.

Папілярний — трубчасті аденоми виявлялися частіше ніж зубчасті аденоми ( $p < 0,01$ , відношення шансів 2,73).

#### **Висновок**

1. КС є ефективним засобом для визначення АК.
2. Частота виявлення АК при КС на рівні 75%.
3. Папілярно — тубулярні аденоми ( $p < 0,01$ ; ВШ 2,73) є більш поширеними у порівнянні з зубчастими аденомами.