

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.



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. Ендоскопія 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.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

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

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

Колоноскопия (КС) — эффективный метод выявления и лечения аденом и раннего рака толстой кишки. С ростом выявляемости поверхностных образований толстой кишки растёт количество операций по их удалению. Недостаточно изучены осложнения диагностической и лечебной КС. Осложнения при колоноскопии случаются относительно редко, до 1% при диагностической колоноскопии (ДК) и до 5—10% при терапевтической колоноскопии (ТК). В основном это — кровотечения и перфорации толстой кишки, которые возникают в местевыполнения биопсии либо резекции слизистой оболочки.

Цель. Изучить частоту осложнений диагностической и лечебной колоноскопии (КС).

Материалы и методы. Ретроспективно исследованы протоколы ВКС за 2008—2016 годы (видеокколоноскопы Olympus CF—150L и EVIS EXERA III HQ190L). Учитывали все случаи осложнений в группах диагностической ВКС (ДВК) и терапевтической ВКС (ТВК). В 99% всех ВКС выполнялась интубация подвздошной кишки с биопсией её слизистой оболочки. Девяносто два процента исследований проводились под общей седацией пропофолом. Учитывали осложнения при ДК и ТК: перфорации, кровотечения, сильную абдоминальную боль, травму селезёнки. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) с коррекцией по Ятсу. Доверительный интервал приняли равным 95% (95% ДИ), статистическую вероятность (р) — 0,05.

Результаты и обсуждение. Общее количество осложнений ВКС в исследовании — 0,8% (26/3102). Статистическая разница в количестве и структуре осложнений между группами диагностической ДВК и ТВК не выявлена. Осложнения ДВК и ТВК составили соответственно 0,8% (6/804) и 0,9% (20/2298), отношение шансов — 1,58, $\chi^2=0,66$, $p=0,41$. В группе ТВК было 10 перфораций против 1 в группе ДВК (0,4% и 0,1% соответственно), $p=0,35$, разница статистически не достоверна. В 9 случаях раны ушиты эндоскопически в ходе выполнения эндоскопической резекции слизистой оболочки / эндоскопической подслизистой диссекции, в 1 — лапароскопически были наложены первичные швы на кишку. Кровотечения встречались несколько чаще (0,5%, 4/804) в группе ДВК против группы ТВК (0,3%, 8/2298), $\chi^2=0,07$, $p=0,8$, разница не достоверна. Лечение: в 3 случаях эндоклипирование, в 1 — эндоскопическая резекция, в 1 — консервативная терапия. По 1 больному с сильной абдоминальной болью и повреждением селезёнки были в группе ТВК (по 0,04%, по 1/2298), в группе ДВК — 0 (0/804), $\chi^2=0,3$, $p=0,6$, разница не достоверна. Больным были выполнены соответственно эксплоративная лапароскопия и спленэктомия.

Выводы

Осложнения ВКС относительно редки, не превышают 1% как при ДВК, так и при ТВК. Большинство (88%, 23/26) осложнений ВКС могут эффективно контролироваться нехирургическими методами (консервативно и эндоскопически).

КРИТЕРІЇ ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕЗЕКЦІЙ ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПНЕВМОСИСТЕМ

Грубнік В. В., Величко В. В., Загороднюк О. М., Вододюк Р. Ю.

Одеський національний медичний університет, Одеса

Актуальність теми. Використання лапароскопії в хірургії товстої кишки має принципові відмінності від інших операцій на органах черевної порожнини.

Застосування так званої мануальної асистенції на окремих етапах лапароскопічного втручання дозволяє уникнути тих недоліків, які обмежують застосування лапароскопії в хірургії товстої кишки. Наскільки ж часто потрібно застосовувати мануальну асистенцію?

Мета роботи. Підвищити ефективність хірургічного лапароскопічного лікування захворювань товстої кишки шляхом визначення критеріїв застосування до

мануально асистованих лапароскопічних втручань.

Матеріали та методи досліджень. Робота базується на аналізі результатів лікування 242 хворих на захворювання товстої кишки, що знаходилися на лікуванні у відділеннях інвазивних методів діагностики та лікування та загальної хірургії Одеської обласної клінічної лікарні з 2000 р. по 2016 р.

Усі хворі були розподілені на 2 групи. 1 група, контрольна — 134 (55,4%) хворих, яким виконані традиційні лапароскопічні резекції товстої кишки (СЛО). 2 групу, досліджувану, склали 108 (44,6%) хворих, яким ви-