

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 4 (885) квітень 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»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

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.

Свідцтво 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 28.04.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 9,72. Тираж 1 000.

Замов. 122

Видавець

ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.

Свідцтво 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

№ 4 (885) квітень 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. Костилов
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятков
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 770023 213008 >

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 (IBM сумісні PC) 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 тромбозомболических 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. Доміняк (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 (IBM сумісні PC) 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



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-8 **Пойда А. И., Мельник В. М.**
Обоснование формирования и ближайшие результаты применения тазовой тонкокишечной анатомо-функциональной резервуарной конструкции нового типа после колэктомии, предельно низкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии. Часть 1
- 9-11 **Дужий І. Д., Харченко С. В.**
Гормонально-генетичнозалежна терапія з використанням вітаміну К хворих з приводу виразкової кровотечі
- 12-16 **Ничитайло М. Ю., Загрійчук М. С., Гуцуляк А. І., Гоман А. В., Стоколос А. В., Присяжнюк В. В.**
Постхолецистектомічний синдром: класифікація, фактори ризику, критерії встановлення діагнозу, лікувально-діагностичний алгоритм
- 17-20 **Шаповалова Е. И., Грубник В. В., Ткаченко А. И., Герасимов Д. В., Ромак Р. П.**
Баллонная дилатация в сочетании с дозированной папиллотомией в лечении "трудных" форм холедохолитиаза
- 21-24 **Осадчук Д. В., Черномирз А. В.**
Особенности диагностики та лікування гострого панкреатиту у хворих похилого й старечого віку
- 25-28 **Шкарбан В. П.**
Ранні ускладнення у пацієнтів, оперованих з приводу нейроендокринних пухлин підшлункової залози
- 29-32 **Евтушенко Д. А.**
Особенности хирургического лечения спаечной болезни брюшины
- 33-36 **Алексеева Т. А., Гупало Ю. М., Коломоец А. М., Лазаренко О. Н., Лазаренко Г. О., Литвин П. М., Лось И. В., Смержевский В. И., Степкин В. И.**
Тромбообразование в протезе сосуда как реакция организма на его материал
- 37-39 **Шепетько Е. Н., Гармаш Д. А., Курбанов А. К., Марченко В. О., Козак Ю. С.**
Хирургическое лечение острой мезентериальной ишемии
- 40-43 **Опанасенко Н. С., Кшановский А. Э., Бычковский В. Б., Рандюк А. Б., Терешкович А. В., Коник Б. Н., Шалагай С. М.**
Клиническое значение анатомических особенностей деления промежуточного бронха при выполнении типичной нижней лобэктомии справа
- 44-46 **Іващенко В. Є., Калабуха І. А., Маєтний Є. М.**
Диференційована тактика відеоторакоскопічної діагностики синдрому плеврального випоту
- 47-49 **Чубар І. В.**
Аналіз мікрофлори плевральної порожнини при емпіємі плеври
- 50-53 **Кондратюк В. М.**
Характеристика антибіотикорезистентності мікрофлори бойових (вогнепальних та мінно-вибухових) ран кінцівок
- 54-57 **Возіанов С. О., Кашуба В. І., Григоренко В. М., Гордіюк В. В., Данилець Р. О., Бондаренко Ю. М., Вікарчук М. В.**
Ідентифікація нових діагностичних маркерів раку передміхурової залози за допомогою poti-мікрочипів
- 58-60 **Бойчук С. І., Дедков А. Г., Волков І. Б., Ковальчук П. А., Костюк В. Ю.**
Оцінка якості життя хворих за наявності метастазів нирковоклітинного раку у кістках на тлі застосування бісфосфонатів
- 61-63 **Лоза Х. О., Ставицький С. О., Лоза Є. О., Волошина Л. І., Аветіков Д. С.**
Клінічна характеристика стану рубцево-змінених тканин шкіри після операції

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 64-66 **Магомедов А. М., Герцен Г. И., Се Фей, Кузуб Т. А., Криницкая О. Ф.**
Влияние радиальной ударно-волновой терапии низкой частоты на метаболические процессы в костной ткани при травматических дефектах большеберцовой кости в эксперименте
- 67-69 **Ляховський В. І., Лобань Г. А., Ганчо О. В., Важнича О. М., Коломієць С. В., Джабер В. Х. О.**
Динаміка бактеріологічних та планіметричних показників рани під дією наночастинок срібла, стабілізованих мексидолом та полівінілпіролідом

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

- 70-71 **Харченко Д. А., Коваленко Е. А., Хаджив В. М., Чайка В. А., Кузьменко А. И., Тютюнник В. Г., Яковенко А. А.**
Способ фиксации сигмовидной ободочной кишки при ее завороте
- 72-74 **Шейко В. Д., Дубинський М. В., Безкоровайний О. М., Боркунов А. Л., Кравців М. І., Ляховський В. І.**
Пошкодження черевної частини аорти під час виконання лапароскопії
- 75-76 **Лігоненко О. В., Ярошенко А. В., Пурденко С. В., Бодулев О. Ю., Дігтяр І. І., Кравців М. І., Стороженко О. В., Горб Л. І., Ляховський В. І.**
Аорто-дуоденальна нориця як причина виникнення шлунково-кишкової кровотечі
- 77-79 **Корниенко Г. В., Дмитряков В. А., Копылов Е. П., Лебединский В. А., Свекатун В. Н.**
Наблюдение успешного лечения острого гематогенного остеомиелита в терминальной стадии у ребенка 13 лет

НЕКРОЛОГ

- 80-80 **Тарас Адамович Кадошук**



CONTENTS

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 5-8 **Poyda A. I., Melnik V. M.**
Substantiation of formation and immediate results of application of a new kind of pelvic small intestinal anatomic-functional the reservoir-type construction after performance of colectomy, extremely low rectal resection and mucosectomy. Part 1
- 9-11 **Duzhyi I. D., Kharchenko S. V.**
Hormonally-genetically dependent therapy, using vitamin K in patients, suffering the ulcer hemorrhage
- 12-16 **Nichitaylo M. Yu., Zagriychuk M. S., Gutsulyak A. I., Gomon A. V., Stokolos A. V., Prisyazhnyuk V. V.**
Postcholecystectomy syndrome: classification, the risk factors, criteria of the diagnosis establishment, treatment-diagnostic algorithm
- 17-20 **Shapovalova E. I., Grubnik V. V., Tkachenko A. I., Gerasimov D. V., Romak R. P.**
Balloon dilatation in combination with a dosed papillotomy in the treatment of difficult forms of choledocholithiasis
- 21-24 **Osadchuk D. V., Chornomydz A. V.**
Peculiarities of diagnosis and treatment of an acute pancreatitis in elderly and senile patients
- 25-28 **Shkarban V. P.**
Early complications in patients, operated for neuroendocrine tumors of pancreatic gland
- 29-32 **Yevtushenko D. A.**
Peculiarities of surgical treatment of adhesive disease of peritoneum
- 33-36 **Alekseyeva T. A., Gupalo Yu. M., Kolomoets A. M., Lazarenko O. N., Lazarenko G. O., Litvin P. M., Lohs I. V., Smorzhevskiy V. J., Stepkin V. I.**
The thrombus formation in the prosthesis as a reaction of organism on its material
- 37-39 **Shepehtko E. N., Garmash D. A., Kurbanov A. K., Marchenko V. O., Kozak Yu. S.**
Surgical treatment of an acute mesenterial ischemia
- 40-43 **Opanasenko N. S., Kshanovskiy A. E., Bychkovskiy V. B., Randyuk A. B., Tereshkovich A. V., Konik B. N., Shalagay S. M.**
Clinical significance of anatomical peculiarities of the intermediate bronchus ramification while performance of typical right-sided lower lobectomy
- 44-46 **Ivashchenko V. E., Kalabukha I. A., Mayetnyi E. M.**
Differentiated tactics of videothoroscopic diagnosis of the pleural exudate syndrome
- 47-49 **Chubar I. V.**
Analysis of microflora of pleural cavity in pleural empyema
- 50-53 **Kondratyuk V. M.**
Characteristics of antibioticoresistance of microflora in a combat (the gun-shot and the mine-explosion) wounds of the extremities
- 54-57 **Vozianov S. O., Kashuba V. I., Grygorenko V. M., Gordiyuk V. V., Danylets R. O., Bondarenko Yu. M., Vikarchuk M. V.**
Identification of a new diagnostic markers of prostatic cancer, using noti-microchips
- 58-60 **Boyчук S. I., Dedkov A. G., Volkov I. B., Kovahlchuk P. A., Kostyuk V. Yu.**
The patients quality of life estimation in presence of metastasis of a renal-cell cancer in the bones on background of the bisphosphonates application
- 61-63 **Loza Kh. O., Stavitskiy S. O., Loza E. O., Voloshina L. I., Avetikov D. S.**
Clinical characteristic of postoperative state of cicatricially-changed cutaneous tissues

EXPERIMENTAL INVESTIGATIONS

- 64-66 **Magomedov A. M., Gertsen G. I., Se Fey, Kuzub T. A., Krinitskaya O. E.**
Impact of radial shock-wave therapy of a low frequency on metabolic processes in the bone tissue in traumatic tibial defects in experiment
- 67-69 **Iyakhovskiy V. I., Lobahn G. A., Gancho O. V., Vazhnycha O. M., Kolomiyets S. V., Jaber V. Kh. O.**
Dynamics of bacteriological and planimetric indices of the wound under the action of the silver nanoparticles, stabilized by mexidol and polyvinylpyrrolidone

BRIEF COMMUNICATIONS

- 70-71 **Kharchenko D. A., Kovalenko E. A., Khajiv V. M., Chayka V. A., Kuzmenko A. I., Tyutyunnik V. G., Yakovenko A. A.**
Method of the sigmoid colon fixation in its volvulus
- 72-74 **Sheyko V. D., Dubynskiy M. V., Bezkorovaynyi O. M., Borkunov A. L., Kravtsiv M. I., Iyakhovskiy V. I.**
The abdominal aorta injury while performance of laparoscopy
- 75-76 **Ligonenko O. V., Yaroshenko A. V., Purdenko S. V., Bodulyev O. Yu., Digtyar I. I., Kravtsiv M. I., Storozhenko O. V., Gorb L. I., Iyakhovskiy V. I.**
Aorto-duodenal fistula as a cause of the gastro-intestinal bleeding occurrence
- 77-79 **Korniyenko G. V., Dmitriyakov V. A., Kopylov E. P., Lebedinskiy V. A., Svekatun V. N.**
Observation of successful treatment of an acute hematogenic osteomyelitis in terminal stage in a child, ageing 13 years old

OBITUARY

- 80-80 **Taras Adamovych Kadoshchuk**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Е. Н. Шепетько, Д. А. Гармаш, А. К. Курбанов, В. О. Марченко, Ю. С. Козак
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, г. Киев

SURGICAL TREATMENT OF AN ACUTE MESENTERIAL ISCHEMIA

E. N. Shepehtko, D. A. Garmash, A. K. Kurbanov, V. O. Marchenko, Yu. S. Kozak
Bogomolets National Medical University MH of Ukraine, Kiev

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) представляет наиболее сложную проблему в неотложной абдоминальной хирургии, сопровождаемая самым высоким уровнем как общей, так и послеоперационной летальности – 65 – 85% [1, 2]. Позднее установление диагноза, распространенность некроза кишечника – наиболее значимые прогностические факторы при ОМИ [3, 4], поэтому ранняя целенаправленная диагностика и применение адекватного оперативного пособия являются ключевыми факторами уменьшения летальности у таких пациентов [5, 6]. Приоритетным направлением в хирургической тактике является патогенетически обоснованное вмешательство на сосудистом русле – реваскуляризация сосудов брыжейки [1, 7–10]. Такой стратегический подход позволяет уменьшить протяженность некроза кишечника, предотвратить последствия продолжения тромбоза, увеличить показатели выживаемости больных [1, 7]. Важно избежать послеоперационных осложнений и, как следствие, повторной операционной травмы, непереносимых для больного из-за срыва компенсаторных ресурсов организма. Наиболее часто декомпенсацию мезентериального кровотока обуславливает тромбоз артерий брыжейки [11], методом реваскуляризации является ТЭА из них [7, 9, 10].

Целью исследования явилась оптимизация хирургической тактики на основании анализа результатов оперативного лечения ОМИ с применением резекции кишечника при

Реферат

Обобщен опыт хирургического лечения 143 пациентов по поводу острой мезентериальной ишемии (ОМИ). Изолированная резекция кишечника осуществлена у 41 пациента (летальность 65,9%), резекция кишечника, дополненная тромбэмболектомией (ТЭА) сосудов брыжейки – у 9 (летальность 33,3%). При выполнении сочетанного вмешательства послеоперационная летальность в 2 раза ниже, чем после изолированной резекции кишечника.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия; артерии брыжейки; резекция кишечника; тромбэмболектомия.

Abstract

Experience of surgical treatment of 143 patients, suffering an acute mesenterial ischemia, was summarized. Isolated intestinal resection was performed in 41 patients (lethality 65.9%), intestinal resection with the mesenterial vessels thrombembolectomy – in 9 (lethality 33.3%). After performance of the combined intervention postoperative lethality was in two times lower, than after isolated intestinal resection.

Key words: acute mesenterial ischemia; mesenterial arteries; intestinal resection; thrombembolectomy.

его инфаркте и сочетания резекции кишечника с ТЭА из сосудов брыжейки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 100 пациентов по поводу ОМИ в период с 2000 по 2013 г. Кроме того, проанализированы результаты лечения 43 пациентов, у которых диагноз ОМИ установлен по данным патологоанатомического исследования. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы "MedCalc" с использованием стандартных методик. Во всех процедурах обработки данных $p < 0,05$ принят как статистически достоверный.

Мужчин было 61 (42,7%), женщин – 82 (57,3%). У 100 (70%) больных диагноз ОМИ установлен при жизни, из них 50 – оперированы, у остальных вмешательство признано

непереносимым (обширный некроз кишечника, невозможность стабилизировать витальные функции). Необходимость раннего установления диагноза подтверждена кривой выживаемости в группе неоперированных пациентов.

Началом заболевания считали момент впервые возникшей боли в животе как проявления ишемии кишечника.

Продолжительность жизни 50% неоперированных пациентов составила 1 сут, на вторые сутки умерли 82,6% больных (см. рисунок).

Возраст пациентов в среднем ($72,5 \pm 11,4$) года, в том числе женщин ($75,9 \pm 11$) лет, мужчин – ($68 \pm 10,5$) года ($p < 0,0001$). Частота возникновения ОМИ у женщин на 14,6% превышала соответствующий показатель у мужчин ($p < 0,05$). Частота возникновения ОМИ вследствие мезентериального венозного тромбоза составила 11,2%, что согласуется с данными литературы.

Артериальная ОМИ возникла у 127 (88,8%) пациентов, в том числе 54 (42,5%) мужчин и 73 (57,5%) женщин; венозная – у 16 (11,2%), в том числе 7 (43,9%) мужчин и 9 (56,1%) женщин.

Объем поражения кишечника у 134 (93%) больных включал бассейн верхней брыжеечной артерии (ВБА). Гангрена тонкого кишечника выявлена у 96 (67,1%) пациентов, тонкой и правой половины ободочной кишки – у 38 (26,6%), левой половины ободочной кишки – у 8 (5,6%), сигмовидной ободочной и верхнеампулярного отдела прямой кишки – у 1 (0,7%).

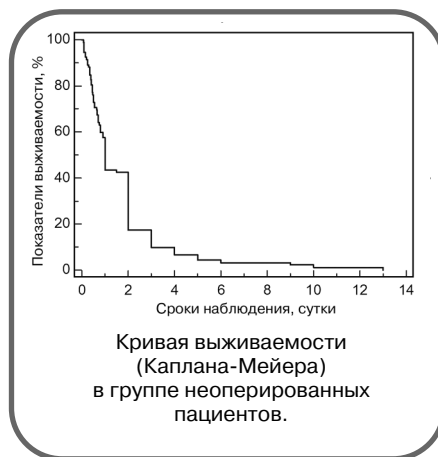
РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оперированы 50 пациентов. Изолированная резекция кишечника осуществлена у 41 пациента, резекция кишечника, дополненная ТЭД сосудов брыжейки – у 9. Различия среднего возраста пациентов в обеих группах статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Из оперативных вмешательств в обеих группах наиболее часто выполняли резекцию тонкого кишечника – у 29 (71,4%) больных и резекцию тонкого кишечника с правосторонней гемиколэктомией – у 6 (14,3%). Левосторонняя гемиколэктомия осуществлена у 4 (9,5%) больных, тотальная колэктомия и резекция сигмовидной ободочной кишки – по 1 (2,4%) наблюдению.

Из сочетанных оперативных вмешательств ТЭД из ВБА и резекция тонкого кишечника выполнены у 4 (44,4%) больных, ТЭД из ВБА, резекция тонкого кишечника и правосторонняя гемиколэктомия – у 2 (22,2%), ТЭД из нижней брыжеечной артерии и резекция сигмовидной ободочной кишки; тромбэктомия из верхней брыжеечной вены (ВБВ), резекция тонкого кишечника, правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечной ободочной кишки; тромбэктомия из ВБВ, резекция тонкого кишечника – по 1 (11,1%) наблюдению.

После изолированной резекции кишечника у одного пациента осуществлена программированная сана-



ционная лапаростомия через 48 ч, у 7 – операция лапаростомии выполнена "по требованию", обнаружены послеоперационные осложнения: продолжающийся некроз кишечника – в 5 наблюдениях, что потребовало повторной резекции кишки; перфорация острых язв кишечника – в 2, произведено зашивание перфоративных отверстий. После сочетанных операций у одного больного выполнена программированная санационная лапаростомия через 72 ч, еще у одного – лапаростомия "по требованию" через 12 сут с зашиванием микроперфорации острой язвы толстой кишки, возникшей на расстоянии 1,5 см от анастомоза, летальный исход вследствие прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности. Разработан способ хирургического лечения острого артериального мезентериального тромбоза с некрозом тонкой и ободочной кишки, включающий артериотомию, тромбэктомию из ВБА, субтотальную резекцию тонкой кишки, правостороннюю гемиколэктомию, наложение антиперистальтического еюнотрансверзоанастомоза с помощью линейного шователя с последующим наложением клапанных швов на линию аппаратного шва анастомоза атравматичной нитью и формированием клапанного (антирефлюксного) еюнотрансверзоанастомоза [12].

Общая послеоперационная летальность (исключая пробную лапаротомию) составила 60%. После изолированной резекции кишечника умерли 27 (65,9%) больных, после

сочетанного вмешательства – 3 (33,3%). Следовательно, при выполнении сочетанных операций удалось вдвое снизить послеоперационную летальность по сравнению с таковой при изолированной резекции кишечника ($p > 0,05$).

ОМИ, будучи сравнительно редким заболеванием [1, 2] с неспецифическими клиническими проявлениями и отсутствием надежных лабораторных маркеров [5, 13], представляет диагностический вызов для врачей. По данным исследования, у 30% пациентов диагноз не был установлен при жизни. На примере кривой Каплана–Мейера продемонстрировано, что врач располагает крайне ограниченным временем для проведения диагностических и лечебных мероприятий. При этом они будут эффективными в еще более коротком временном "окне", поскольку необратимые системные сдвиги возникают гораздо раньше. Это подтверждают данные литературы, свидетельствующие о том, что большинство больных после успешно проведенных оперативных вмешательств умерли вследствие полиорганной недостаточности [3, 4]. Следует подчеркнуть, что более чем у 67% обследованных пациентов объем поражения кишечника был не критическим, что позволяло при своевременном выполнении оперативного вмешательства надеяться на благоприятный прогноз. При поражении как тонкого, так и толстого кишечника перспективным представляется осуществление реваскуляризации до возникновения острого эпизода заболевания, поскольку, по данным литературы, не менее чем у 40% из них в анамнезе имеются сведения о наличии хронической мезентериальной ишемии.

Современная тактика лечения ОМИ предусматривает совместную работу сосудистых, эндоваскулярных хирургов и хирургов общего профиля в условиях "гибридной" операционной [14 – 16]. За последние годы частота выполнения эндоваскулярных вмешательств значительно увеличилась, уменьшилась летальность [10], особенно в группе пациентов при остром тромбозе ар-

терий брыжейки [9]. Метод лимитирован возникновением перитонита, отсутствием необходимого кругло-суточного инструментального и кадрового обеспечения. Реваскуляризацию следует осуществлять прежде любых вмешательств на кишечнике. Некоторые авторы советуют при отсутствии сосудистого хирурга резецировать некротизированный участок кишечника, "закрыть" живот и транспортировать больного в сосудистый центр для последующего выполнения операции на сосудистом русле [14]. По данным европейских исследований, из ретроспективного анализа исключены открытые опе-

ративные вмешательства, ограничивающиеся изолированной резекцией кишечника [5, 8]. Это свидетельствует, что реваскуляризация имеет первостепенное, стратегически важное значение в лечении ОМИ [1, 7, 9, 10]. Результаты проведенного исследования подтверждают, что при выполнении по поводу ОМИ ТЭД в сочетании с резекцией кишечника при его инфаркте уменьшаются послеоперационная летальность и риск возникновения послеоперационных осложнений, обусловленных продолженным тромбозом.

Выводы

1. Хирургическое лечение ОМИ должно включать реваскуляризацию сосудов брыжейки и направлено на уменьшение объема резекции кишечника при его инфаркте.

2. Выполнение сочетанного вмешательства (резекции кишечника с ТЭД сосудов брыжейки) по поводу ОМИ в два раза снижает послеоперационную летальность по сравнению с таковой при изолированной резекции кишечника, а также риск продолженного тромбоза, перфорации острых язв оставшегося отрезка кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кланца А. І. Оптимізація лікування гострої мезентеріальної ішемії, ускладненої інфарктом кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. І. Кланца. – Вінниця, 2007. – 24 с.
2. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: Clinical implications / S. Acosta // *Seminars Vasc. Surg.* – 2010. – Vol. 23, N 1. – P. 4 – 8.
3. Determinants of mortality and treatment outcome following surgical interventions for acute mesenteric ischemia / P. Kougiass, D. Lau, H. F. El Sayed [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2007. – Vol. 46, N 3. – P. 467 – 474.
4. Predictive factors of mortality in patients with acute mesenteric ischemia / N. C. Paladino, A. Inviati, V. D. Paola [et al.] // *Ann. Ital. Chir.* – 2013. – Vol. 85, N 3. – P. 1 – 6.
5. The diagnosis of acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis / M. T. Cudnik, S. Darbha, J. Jones [et al.] // *Acad. Emerg. Med.* – 2013. – Vol. 20, N 11. – P. 1087 – 1100.
6. Menke J. Diagnostic accuracy of multidetector CT in acute mesenteric ischemia: Systematic review and meta-analysis / J. Menke // *Radiology.* – 2010. – Vol. 256, N 1. – P. 93 – 101.
7. Block T. A. Endovascular and open surgery for acute occlusion of the superior mesenteric artery / T. A. Block, S. Acosta, M. Bjorck // *J. Vasc. Surg.* – 2010. – Vol. 52, N 4. – P. 959 – 966.
8. Revascularization for acute mesenteric ischemia / E. J. Ryer, M. Kalra, G. S. Oderich [et al.] // *Ibid.* – 2012. – Vol. 55, N 6. – P. 1682 – 1689.
9. Mesenteric revascularization: management and outcomes in the United States, 1988–2006 / M. L. Schmerhorn, K. A. Giles, A. D. Hamdan [et al.] // *Ibid.* – 2009. – Vol. 50, N 2. – P. 341 – 348.
10. A comparison of endovascular revascularization with traditional therapy for the treatment of acute mesenteric ischemia / Z. M. Arthurs, J. Titus, M. Bannazadeh [et al.] // *Ibid.* – 2010. – Vol. 53, N 3. – P. 698 – 705.
11. Acosta S. On acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery / S. Acosta // *Acta Universitatis Upsaliensis.* – Uppsala, 2004. – 67 p.
12. Пат. 96914 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування гострого артеріального мезентеріального тромбозу з некрозом тонкої та ободової кишки / Є. М. Шепетько, Ю. С. Козак, В. О. Марченко (Україна). – Заявл. 29.08.14; опубл. 25.02.15. Бюл. № 4.
13. Diagnostic accuracy of plasma biomarkers for intestinal ischaemia / T. Block, T. K. Nilsson, M. Bjorck, S. Acosta // *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* – 2008. – Vol. 68, N 3. – P. 242 – 248.
14. Acosta S. Modern treatment of acute mesenteric ischemia / S. Acosta, M. Bjorck // *Br. J. Surg.* – 2014. – Vol. 101. – P. 100 – 108.
15. Acosta S. Current status on plasma biomarkers for acute mesenteric ischemia / S. Acosta, T. Nilsson // *J. Thromb. Thrombolys.* – 2012. – Vol. 33, N 4. – P. 355 – 361.
16. Effects of a multimodal management strategy for acute mesenteric ischemia on survival and intestinal failure / O. Corcos, Y. Castier, A. Sibert [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2013. – Vol. 11, N 2. – P. 158 – 165.

