

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.

Свідчення 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.

Свідчення 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. 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

- Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
- Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
- Профилактика послеоперационных тромбоэмболических 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.
- Использование цитологического исследования для диагностики *Helicobacter pylori*: метод, рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.



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

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ХВОРОБІ ФУРНЬЄ

Каніковський О. Є., Коцюра О. А., Осадчий А. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Гнійно—запальні захворюваннями аноректальної зони діагностують у 14—28,5% хворих хірургічних стаціонарів без тенденції до зниження. Одним із найважчих захворювань є блискавична гангрена шкіри зовнішніх статевих органів — хвороба Фурньє. Висока летальність, інвалідизація, тривалість лікування пояснюють увагу хірургів до даної проблеми.

Мета: Оптимізувати тактику лікування Хвороби Фурньє.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 27 хворих на хворобу Фурньє (ХФ), які знаходились на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ в період з 1984 до 2015 р. Чоловіків 23 (85,2%), жінок 4 (14,8%). Середній вік $53 \pm 8,5$ р. Причинами захворювання у 26 пацієнтів був гострий парапроктит (96,3%), у однієї пацієнтки гострий бартолініт (3,7%).

Результати. Всі хворі госпіталізувались в клініку з ознаками сепсису (29,7% (8)), тяжкого сепсису (48,1% (13)), септичного шоку (22,2% (6)). Тривалість захворювання 4 — 6 діб. Клінічні ознаки: набряк і гіперемія шкіри промежини і калитки з ділянками некрозу брудно—сірого кольору. Пальцеве та інструментальне обстеження прямої кишки різко болюче (виконували інтраопераційно). Крепітацію визначили у 19 (70,3%) хворих. Лабораторні показники: лейкоцитоз $23,4 \pm 10,2 \times 10^9$ /л, гемоглобін $92,2 \pm 21,5$ г/л, гіпопротеїнемія $56,1 \pm 14,7$ г/л, АЛТ $45,2 \pm 10,1$ од., протеїн— і глюкозурія (59,3%). УСГ виконали всім 27 хворим, рентгенографію ОЧП (27), КТ (19 (70,4%)), МРТ (2 (7,4%)) тазу, де визначали повітряне розшарування м'яких тканин. Після нетривалої (до 4 годин) інтенсивної передопераційної

підготовки використовували хірургічне втручання. Терміни підготовки до операційного лікування максимально скорочували, але при умові стабілізації показників гомеостазу. Особливістю оперативного втручання при ХФ є широке розкриття "лампасними" розтинами тканин та некректомія, розтин апоневрозу та фасцій для декомпресії та профілактики компартмент синдрому. Критерієм адекватної некректомії була рясна капілярна кровотеча. Некротизовані ділянки шкіри калитки висікали з оголенням оболонок яєчок. При враженні пельвіоректального простору його додатково дрениували промивною системою з окислювачами. Перев'язки виконувались двічі на день, після знеболення з ретельною ревізією рани та етапними щоденними некректоміями до зупинки прогресування патології. При об'ємних дефектах тканин, використовували вакуум—терапію рани з подальшою аутодермопластикою. Особливістю хірургічної корекції є раннє закриття оголених яєчок з оболонками залишками шкіри калитки, клаптом шкіри зі стегна з занурення їх під шкіру. Одночасно проводилась корекція септичного стану хворих та супутньої патології в умовах відділення інтенсивної терапії. Загальна летальність 22,2% (6), післяопераційна летальність 18,5% (5). Середні терміни лікування 45 діб

Висновок

Особливістю хірургічної корекції ХФ є скорочення термінів передопераційної підготовки та проведення оперативного втручання з адекватним об'ємом некректомії і профілактики компартмент синдрому, виконання етапної щоденної некректомії, використання вакуум—терапії, аутодермопластики та проведення корекції сепсису.

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

Ліссов О. І, Переш Є. Є., Курбанов А. К., Коцар О. Ю., Повч О. А.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Проблема лікування геморою залишається надзвичайно актуальною і сьогодні. Це одне з найпоширеніших захворювань прямої кишки. Його питома вага у загальній структурі аноректальної патології досі сягає більше 43%, а середній вік пацієнтів становить 25—54 років. Гемороєм однаково часто хворіють жінки та чоловіки. Захворювання осіб працездатного віку веде до тимчасової непрацездатності в період загострень і зниження якості життя. Вирішення питання хірургічного лікування хвороби розвивається в напрямку застосування малотравматичних операцій. Так, обсяг малоінвазивних втручань при хронічному геморої в США, Німеч-

чині, Бельгії, Великобританії, Франції, Італії за 2010—2012 роки становить близько 55—80% і має чітку тенденцію до щорічного збільшення за рахунок розробки та впровадження нового високотехнологічного обладнання та інформаційної широкої доступності пропонованих методів як серед лікарів, так і пацієнтів. Це дозволяє щорічно досягати зниження кількості осіб з пізніми стадіями хронічного геморою, знизити вартість лікування.

Мета роботи. Метою роботи є аналіз результатів застосування сучасної методики лікування гострокровоточивого геморою, а саме трансанальної гемороїдаль-

ної деартеріалізації (ТНД). Метод полягає у перев'язуванні гілок верхньої прямокишкової артерії скорочуючи таким чином кровонаповнення гемороїдального сплетіння. Маніпуляцію виконують шляхом застосування проктоскопу з доплерівським датчиком. Для ліквідації ректального пролапсу (пролапсу слизової) ТНД часто доповнюється мукопексією. Матеріали і методи. Проаналізовано застосування ТНД при ускладненому геморої у 352 пацієнта за період з 2008—2015 років на базах кафедри хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця (хірургічне відділення КМКЛ №12 та ТОВ Борис).

Результати. Структурний розподіл пацієнтів за статтю наступний: серед них було 251 (71,3%) жінка та 101 (28,7%) чоловік. Середній вік пацієнтів склав 39,1 років. У 88 пацієнтів був хронічний гемороїд II — го ступеню, у 179 — III — го ступеню, у 84 — IV — го ступеню. У всіх хворих були прояви ректальних кровотеч та випадіння гемороїдальних вузлів, у 43 пацієнтів був больовий синдром, пов'язаний з анальними тріщинами, коли операція доповнювалась девульсією ануса та висіченням тріщини. В 22 випадках ТНД доповнювали висіченням одного вузла або розтягнутої перианальної шкіри. 9 хворим ТНД виконували при рецидивному (після виконання інших "традиційних" операцій) геморої. Протипоказаннями до виконання даного виду операцій вважали наявність гострого аноректального тромбозу та су-

путніх запальних захворювань прямої кишки та параректальної клітковини. У 274 пацієнтів ТНД доповнено мукопексією. Всі оперативні втручання виконано під спинномозковою або загальною анестезією. Тяжких післяопераційних ускладнень не відмічено. У 6 хворих був больовий синдром, який потребував продовження госпіталізації в середньому до 3 діб, у одного хворого відмічено післяопераційний аноректальний тромбоз, який лікували консервативно. Середній термін перебування в стаціонарі становив 1 добу. Працездатність пацієнтів відновлювалася через 3—5 діб. З червня 2014 року ТНД виконувалось по оновленій авторами методиці, що полягає в підхопленні поверхневої частини артерії, де коагулятором встановлюється маркована крапка.

Висновки

Досвід застосування ТНД дозволяє зробити висновок, що дане операційне втручання є малоінвазивним і, в той же час, радикальним при хірургічному геморої 2—4 ст. Методика потребує більш широкого застосування у зв'язку з меншою операційною травмою, легшим і менш тривалим післяопераційним періодом, швидшим відновленням працездатності пацієнта, що суттєво знизить загальну вартість лікування пацієнта. В той же час, віддалені результати застосування ТНД потребують подальшого вивчення.

ТРАНСРЕКТАЛЬНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

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

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. Виконено 127 (10%) пункцій передміхурової залози під контролем ректального датчика. Використовувався ультразвуковий сканер Pro—Focus 2202 (Данія) з високочастотним ректальним датчиком з частотою 7,5 MHz.

Результати. При діагностиці хронічних анальних нориць отримані наступні дані:

— інтрасфінктерна нориця визначена у 178 (25%) випадків, транссфінктерна — у 181 (26%), висока транссфінктерна — 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,