

ISSN 0023 - 2130

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

11.3 листопад 2018

Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Редактор
В. М. Мороз
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, DOAJ, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.

Включений до Переліку наукових фахових видань України
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакції:
**03680, м. Київ, МСП—03680,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс +38 044 408 18 11,
<http://hirurgiya.com.ua>
e – mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua**

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 «ЛазуритПоліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253
Підписано до друку 02.11.18. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір крейдований матовий.
Ум. друк. арк. 10. Обл. вид. арк. 9,81. Тираж 1000.
Замов. 102

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,
наведеної у статті, несуть її автори.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018
© Ліга — Інформ, 2018

ISSN 0023 — 2130 (Print)
ISSN 2522 — 1396 (Online)



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. В. Костилюв

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)
Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
Martin Fried (Czech Republic)
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
І. А. Лурін
John Melissas (Greece)
М. Ю. Ничитайло
С. Є. Подпрятков
А. П. Радзіховський
С. І. Саволук
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
І. П. Хоменко
В. І. Цимбалюк
Rudolf Weiner (Germany)
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрущенко
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



Редакція журналу «Клінічна хірургія» приймає статті українською або російською мовою. Направляючи статтю до редакції, слід керуватися правилами відповідно до «Єдиних вимог до рукописів, що подаються в біомедичні журнали» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), розроблених Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (International Committee of Medical Journal Editors).

Рукопис. Рукопис направляти до редакції в електронному та паперовому варіантах.

Формат тексту рукопису. Файл рукопису у форматі Microsoft Word (розширення *.doc, *.docx, *.rtf), текст повинен відповідати стилістичним і бібліографічним вимогам. Текст друкувати шрифтом Times New Roman, розмір 14 pt, з полуторним міжрядковим інтервалом (29—30 строк на сторінці). Відступи з кожного боку сторінки 2 см. На всі ілюстрації, графіки і таблиці мають бути посилання в тексті.

Виділення в тексті можна робити курсивом або напівжирним шрифтом, НЕ підкресленням. Обсяг тексту рукопису не більше 20 000 знаків з пропусками (18 000 знаків з пропусками — огляд літератури, 5 000 знаків з пропусками — коротке повідомлення). З тексту слід видалити всі перенесення, повторювані пропуски, зайві розриви рядків (в автоматичному режимі через сервіс Microsoft Word «знайти і замінити»).

Файл з текстом статті містить всю інформацію для публікації (в тому числі рисунки і таблиці).

Структура рукопису має відповідати наведеному шаблону (залежно від типу роботи) https://hirurgiya.com.ua/downloads/article_example_ua.pdf.

Назва статті

Автори. Прізвище авторів вказувати після ініціалів (О. С. Іваненко, С. І. Шульга, І. П. Сироїд).

Установа. Необхідно наводити офіційну ПОВНУ назву установи (без скорочень). Після назви установи через кому зазначити назву міста. Якщо в дослідженні брали участь автори з різних установ, слід співвіднести назви установ і прізвища авторів за допомогою цифрових індексів у верхньому регістрі.

Реферат (якщо робота оригінальна) має бути структурованим: мета, матеріали і методи, результати, висновки.

Реферат має повністю відповідати змісту роботи, обсяг тексту не більше 1200 знаків (з пропусками).

Ключові слова. Необхідно вказати ключові слова — від 3 до 10 для індексування статті в пошукових системах. Ключові слова повністю відповідають українською/російською та англійською мовою.

Англomовна Анотація

Article title. Англomовна назва має бути грамотною з точки зору англійської мови, при цьому за змістом повністю відповідати україно/російськокомовній назві.

Author names. ПІБ авторів вказувати відповідно до закордонним паспортом, або як в раніше опублікованих зарубіжних журнальних статтях. Автори, які публікуються вперше і не мають закордонного паспорта, мають скористатися стандартом транслітерації КМУ–2010.

Affiliation. Необхідно вказувати ОФІЦІЙНУ англomовну назву установи.

Abstract. Англomовна версія резюме статті за змістом і структурою (Aim, Materials and Methods, Results, Conclusions) повністю відповідає україно/російськомовній.

Keywords. Для вибору ключових слів англійською використовують тезаурус Національної медичної бібліотеки США (Medical Subject Headings — MeSH).

Текст статті (українською або російською мовою) структурований за розділами: вступ (актуальність), мета, матеріали і методи, результати, обговорення, висновки.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори мають розкрити потенційні та явні конфлікти інтересів, пов'язані з рукописом.

Конфліктом інтересів може бути будь-яка ситуація (фінансові відносини, служба або робота в установах, що мають фінансовий або політичний інтерес до опублікованих матеріалів, посадові обов'язки тощо), здатна вплинути на автора рукопису і призвести до приховування, спотворення даних, або змінити їх трактування. Наявність конфлікту інтересів одного або кількох авторів НЕ є приводом для відмови в публікації статті. Виявлене редакцією приховування авторами потенційних або явних конфліктів інтересів може стати причиною відмови у розгляді та публікації рукопису.

Інформація про фінансування. Необхідно вказувати джерело фінансування як наукової роботи, так і процесу публікації статті (фонд, комерційна або державна організація, приватна особа тощо).

Зазначати розмір фінансування не потрібно.

Подяка. Автори можуть висловити подяку особам та організаціям, що сприяли публікації статті, але не є її авторами.

Інформація про внесок кожного учасника (і осіб, зазначених у розділі «подяка»).

Приклад:

Автори (ПІБ)	Участь
О. С. Іваненко	Концепція і дизайн дослідження
С. І. Шульга	Збирання та оброблення матеріалів
І. П. Сироїд	Аналіз отриманих даних, написання тексту

Автори висловлюють подяку (Прізвище І. Б.) за оформлення ілюстрацій.

Список літератури. У бібліографії (пристатейному списку літератури) кожне джерело зазначають з нового рядка під порядковим номером.

У списку всі посилання наводять у порядку цитування, а не за алфавітом. Кількість цитованих робіт: в оригінальних статтях і лекціях — до 15, в оглядах літератури — до 45. Бажано цитувати роботи, опубліковані переважно протягом останніх 5—7 років.

У тексті статті посилання на джерела літератури подаються у квадратних дужках арабськими цифрами.

У бібліографічному описі кожного джерела мають бути представлені **ВСІ АВТОРИ**.

Якщо у публікації більше 7 авторів, після 6-го автора необхідно поставити скорочення «... та ін.» або «... et al.». Неприпустимо скорочувати назву статті. Назву англomовних журналів наводити відповідно до каталогу назв бази даних MedLine. Якщо журнал не індексований у MedLine, вказують його повну назву.

Назви вітчизняних журналів скорочувати не можна.

Оформлення списку літератури має відповідати Ванкувер стилю (Vancouver style). В посиланнях на джерела, написані кирилицею, слід вказувати інформацію латинкою (англійською або трансліт).

При транслітерації використовувати стандарт BGN / PCGN (United States Board on Geographic Names / Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), рекомендований міжнародним видавництвом Oxford University Press як «British Standard».

Для транслітерації тексту відповідно до стандарту BGN можна скористатися посиланнями

українською — <http://www.slovnnyk.ua>

російською — <http://ru.translit.ru>

Контактна інформація. Послідовно вказувати **ВСІХ АВТОРІВ** рукопису:

- прізвище, ім'я по батькові повністю;
- науковий ступінь, вчене звання;
- посада, місце роботи, навчання (найменування установи або організації, включаючи підрозділ, кафедру);
- адреса (включаючи індекс) і телефон організації;
- особиста адреса електронної пошти;
- **Ідентифікатор учасника ORCID** Для його отримання необхідно за-реєструватися на сайті <http://orcid.org/>.

Контактна інформація має бути наведена англійською мовою.

Таблиці (не більше 4) мають нумерований заголовок і чітко позначені графі, зручні й зрозумілі для читання. Дані таблиці не повинні дублювати інформацію, представлену в тексті. Посилання на таблиці в тексті обов'язкове.

Рисунки (графіки, діаграми і схеми, рисовані засобами MS Office) мають бути контрастними, чіткими.

Інші нерисовані ілюстрації необхідно завантажувати окремо у вигляді файлів формату *.tif, *.jpg (jpeg), *.bmp, *.gif. Кожний рисунок або фотографія мають бути шириною не менше 10 см, розподільча здатність зображення не менше 300 dpi. Посилання на рисунки в тексті обов'язкове. Файлам зображення слід присвоїти назву, що відповідає номеру рисунка в тексті (Petrenko_01.jpg).

Обсяг графічного матеріалу мінімальний (до 4 рисунків або фотографій).

Скорочення. Всі використані аббревіатури і символи потрібно розшифрувати в примітках до таблиць і підписах до рисунків із зазначенням використаних статистичних критеріїв (методів) і параметрів статистичної варіабельності (стандартне відхилення, стандартна похибка середнього тощо). Статистичну достовірність / недостовірність відмінностей даних, наведених у таблицях, позначати символами *, **, #, ## тощо.

Відповідність нормам етики. Для публікації результатів оригінальної роботи слід вказати, чи підписували учасники дослідження поінформовану згоду; при проведенні досліджень з використанням тварин — чи відповідав протокол дослідження етичним принципам і нормам проведення біомедичних досліджень з використанням тварин. В обох випадках слід зазначити, чи схвалений протокол дослідження комітетом з біоетики.

Супровідні документи. При поданні рукопису до редакції журналу необхідно додатково завантажити файли, що містять скановані зображення заповнених і завірених супровідних документів (у форматі *.pdf або *.jpg). Супровідний лист має бути написаний на офіційному бланку установи, підписаний її керівником і завірений печаткою.

Рукопис підписують всі автори статті.

Передаючи рукопис до редакції, автори мають погодитися з тим, що стаття може бути повернута авторам, якщо вона не відповідає науковій тематиці журналу або технічним вимогам щодо її оформлення.

післяопераційний період, базальний та піковий тонус анального сфінктера, кількість ускладнень.

Результати та їх обговорення. Групи порівняння не різнилися по гендерним та віковим характеристикам. В першій групі в 23 пацієнтів (81,25%) мали 1–2 вузли, які не вправлялись, в другій групі таких пацієнтів було 11 (68,75%). Після операції рівень болю по ВАШ в I групі складав в середньому 3 бали тоді як в групі II цей показник сягав 7 балів. На сьому добу в обох групах показник складав 2 бали. Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі для першої групи склала 1–2 доби, в групі II від 1 до 3 діб. Серед пацієнтів, яким було проведено THD, базальний тонус на 3

добу складав 65 ± 24 мм.рт.ст., піковий – 200 ± 34 мм.рт.ст. тоді як в групі порівняння базальний тонус був 67 ± 18 мм.рт.ст., а піковий 150 ± 23 мм.рт.ст. Ускладнення: серед пацієнтів I групи спостерігали 3 випадки виникнення гематоми, а серед пацієнтів яким проводили класичну операцію, 1 випадок післяопераційної кровотечі. При спостереженні протягом рецидивів не виявлено в жодній з груп.

Висновки. Таким чином, дане дослідження підтверджує, що THD – зручний та ефективний метод хірургічного лікування рецидивів геморою, який може бути використаний на рівні з класичним лікуванням.

Малоінвазивне сучасне хірургічне лікування геморою

Фомін П. Д., Переш Є. Є., Ліссов О. І, Курбанов А. К.

Національний Медичний Університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність проблеми. Геморої протягом більш ніж чотирьох тисячоліть є одним з найпоширеніших захворювань людини, а ефективне його лікування залишається надзвичайно актуальною і не до кінця вирішеною проблемою сьогодення. Питома вага геморою у загальній структурі аноректальної патології досі сягає більше 43%, а середній вік пацієнтів становить 25–54 років. Хворобою, яка призводить до тимчасової втрати працездатності у період загострення, суттєво знижує якість життя людини, однаково часто страждають жінки та чоловіки. Розв'язання питання вибору оптимального методу хірургічного лікування геморою розвивається в напрямку застосування мало травматичних операцій. Так, обсяг малоінвазивних втручань при хронічному геморої в США, Німеччині, 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.

Мета роботи. Метою роботи є аналіз застосування сучасної методики лікування гострокровоточивого геморою, а саме трансанальної гемороїдальної деартеріалізації (THD). 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) THD часто доповнюється мукопексією.

Матеріал і методи. Проаналізовано застосування THD при ускладненому геморої у 402 пацієнтів за період з 2008–2017 років на базах кафедри хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця.

Результати. Розподіл пацієнтів за статтю наступний: серед них було 251 (62,43%) жінка та 151 (37,57%) чоловік. Середній вік пацієнтів склав 38,1 років. У 139 пацієн-

тів був хронічний геморої 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 73 пацієнтів був больовий синдром, пов'язаний з анальними тріщинами, коли операцію доповнено девульсією ануса та висіченням тріщини. В 43 випадках THD доповнювали висіченням одного вузла або розтягнутої періанальної шкіри. 12 хворим THD виконували при рецидивному (після виконання інших «традиційних» операцій) геморої. Протипоказаннями до виконання даного виду операцій вважали наявність гострого аноректального тромбозу та супутніх запальних захворювань прямої кишки та параректальної клітковини. У 314 пацієнтів THD доповнено мукопексією. Всі операційні втручання виконано під спинномозковою або загальною анестезією. Тяжких післяопераційних ускладнень не відмічено. У 9 хворих був больовий синдром, який потребував продовження госпіталізації в середньому до 3 діб, у 8 відмічено післяопераційний аноректальний тромбоз, купований консервативно. Середній термін перебування хворих в стаціонарі становив 1 добу. Працездатність пацієнтів відновлювалася через 3–5 діб. 3 червня 2014 року THD виконувалося по оновленій авторами методиці, що полягає в підхопленні поверхневої частини артерії, де коагулятором встановлюється маркована крапка.

Висновки і заключення. Отриманий нами досвід використання THD дозволяє зробити висновок, що це оперативне втручання є мало травматичним і, в той же час, порівняно радикальним при хірургічному геморої 2–4 ст. Менша операційна травма та коротший і легший післяопераційний період дають підстави для більш широкого застосування даної методики. Швидше відновлення працездатності дає можливість знизити загальну вартість лікування пацієнта. Віддалені результати застосування THD потребують подальшого вивчення.