

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. Андреевцев
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. Подпряттов
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. 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 1 >

Хірургічне лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч в умовах спеціалізованого центру

**Фомін П. Д., Шепетько Є. М., Бельський О. Б., Повч О. А., Козлов С. М., Переш Є. Є.,
Курбанов А. К., Боярська М. Г., Шаповалюк В. В., Гармаш Д. О., Козак Ю. С., Кошман І. С.,
Азаренков А. В., Музичук Б. І.**

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

Організація Центрів по наданню допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами (ГШКК) дозволила концентрувати таких пацієнтів, поліпшити результати як консервативного, так і хірургічного лікування. В останні роки не має суттєвої тенденції до зменшення кількості хворих, що лікуються в умовах спеціалізованих Центрів ШКК.

Мета – підвищити технологічність надання допомоги та поліпшити результати хірургічного лікування ГШКК в умовах спеціалізованого центру.

Матеріали і методи. Аналізу піддані результати лікування 36820 хворих, що лікувались в Київському Центрі ШКК за період 1982-2017рр. з різними причинами ГШКК: 1)гастродуоденальні виразки – 53,1%; 2) ерозивний гастродуоденіт, гострі виразки – 13,4%; 3) пухлинні кровотечі – 10,0%; 4) синдром Меллори-Вейсса – 7,8 %; 5) цироз печінки – 7,8%; 6) інші причини – 7,6%.

Результати та їх обговорення. Розроблені й впроваджені нові методи хірургічного лікування та хірургічна тактика при ГШКК, нові мініінвазивні ендоскопічні мето-

ди комбінованого гемостазу з використанням аргоноплазмової коагуляції, ін'єкційної терапії та хімічної коагуляції з ефективністю 92-94%. Розроблені новітні технології трансплантації гемопоетичних стовбурних клітин з метою компенсації післягеморагічної анемії при ГВШКК. Запропоновані інноваційні технології ендovasкулярної емболізації селезінкової та лівої шлункової артерій при синдромі портальної гіпертензії та масивних кровотечах зі стравохідних флебектазій, розроблені нові хірургічні технології: операції субтотальної РШ та гастректомії, еногастропластики («штучний шлуночок») після ГЕ за допомогою електрозварювального апарата «ПатонМед», ультразвукового скальпеля, циркулярних і лінійних степлерів при гострокровоточивому раку шлунка.

Висновки. Сучасні інноваційні технології дозволяють знизити оперативну активність при ГВШКК до 2,9%, зменшити загальну летальність до 3,9%.

При ГШКК різної етіології пріоритетним є впровадження технологій функціонально-вигідних операцій.

Цитолітичний синдром при абдомінальному сепсисі

Хомко О. Й., Сидорчук Р. І., Кнут Р. П., Петринич В. В., Кифяк П. В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Актуальність проблеми. Абдомінальний сепсис (АС) вважається одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису. Літературні джерела вказують на порушення ферментного гомеостазу при АС як одну з складових його патогенезу. З цієї позиції амінотрансферази можуть виступати в ролі як маркерів цитолітичного синдрому, так і активаторів катаболічних механізмів обміну речовин.

Мета дослідження. Метою дослідження є встановлення загальних закономірностей змін активності амінотрансфераз при АС.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження були 52 хворих на різні форми АС віком 18–69 років (41,93±3,47). Контрольну групу склали 17 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з черевною порожниною. SIRS–2 (наявність 2–х симптомів SIRS – systemic inflammatory syndrome) діагностували у 9 (17,31%) хворих (1–ша група), SIRS–3– у 25 (48,08%) – 2–га група, SIRS–4 – у 18 (34,62%) – 3–тя група. Усім хворим проводилось комплексне уніфіковане лікування, що включало передопераційну підготовку, обов'язкове операційне втручання та комплексне післяопераційне лікування. Загальна ле-

тальність склала 17,31%, з них 1 хворий (11,11%) – з 1–ї групи, 2 (22,22%) – з 2–ї та 6 хворих (66,67%) – 3–ї. Активність аспартатамінотрансферази (АСТ) [КФ 2.6.1.1] та аланінамінотрансферази (АЛТ) [КФ 2.6.1.2] визначалась імуноферментним методом.

Результати дослідження. Розвиток та перебіг АС супроводжується суттєвими змінами ферментних систем, що є одним з патогенетичних маркерів розвитку поліорганної дисфункції при АС та має бути врахованим при виборі лікувальної тактики. Коефіцієнти кореляції між активністю АСТ та АЛТ у відповідних групах становили: 0,26 (контроль), 0,943 (1–ша група), –0,14 (2–га група) та 0,30 (3–тя група). Міжгрупові (порівняння з контролем) корелятивні співвідношення для АЛТ характеризувались наступними показниками r: 0,64, –0,07 та –0,39 відповідно для 1–ї, 2–ї та 3–ї груп, а для АСТ характерними були відповідні r: –0,28, 0,80 та 0,17. Оцінюючи післяопераційну динаміку ферментативної активності крові з точки зору органоспецифічності ферментів, слід відмітити вірогідно високі (у порівнянні з контролем) рівні активності АЛТ і АСТ у всіх хворих з АС, що вказує на розвиток цитолітич-