

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

**Затверджено та рекомендовано до друку  
Президією Правління ВГО «Асоціація хірургів України»  
27 квітня 2015 р., протокол № 4**

**Редакційна колегія:**

О. Ю. Усенко, М. В. Костилев, Р. В. Салютін, С. А. Андреєщев, П. О. Шкарбан

**Рецензенти:**

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Зограб'ян, А. Є. Коваленко,  
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя, А. С. Лаврик,  
М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульников

**Відповідальний за випуск**

**О. Ю. Усенко**

XXIV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон.  
текст. дані. Київ, Клін. хірургія, 2018. 1 електрон. опт. диск (CD-R).

**Видано в авторській редакції.**

**Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах, несе автор**

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології. та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.



**Олександр Олексійович  
ШАЛІМОВ  
1918 – 2006**

## Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження)

«Вчитися, вчитися все життя. Не пасувати перед труднощами. Життя далеко не просте. Бувають невдачі, бувають поразки, буває несправедливість. Але як би важко не було, треба брати себе в руки, вставати, якщо впав, і йти далі. Неможна зупинятися на досягнутому. Треба весь час працювати. І, нарешті, лікар зобов'язаний бути гуманістом – це закон нашої професії». Це слова Великого Хірурга, Великої Людини – академіка Олександра Олексійовича Шалімова. Почесний директор Інституту хірургії та трансплантології НАМН України, головний хірург Міністерства охорони здоров'я України, Почесний Голова правління Асоціації хірургів України, професор кафедри хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти, головний редактор журналу «Клінічна хірургія», Герой України, Герой Соціалістичної Праці, лауреат Державних премій України та СРСР, заслужений діяч науки і техніки України, заслужений лікар РФ, дійсний член НАН і НАМН України, доктор медичних наук, професор, кавалер ордена «За заслуги» I–III ступеня.

Ось далеко не повна візитна картка видатного хірурга та вченого. Не так багато в Україні людей, до думки яких прислухалися всі – від двірника до Президента. Один з них – Олександр Шалімов.

Олександр Олексійович Шалімов народився 20 січня 1918 року в тяжкий час громадянської війни в багатодітній селянській родині. Спочатку в Липецькій губернії, а потім на Кубані, куди переїхала сім'я, він пізнав тяжку селянську працю, не відмовляючись ні від якої роботи. Незважаючи на тяжку працю на землі, діти охоче вчилися. Повага до батьків, любов до праці і знань, що зародилась в ті роки, стала постійною рисою шалімовського характеру, основою якої була вихованість, допитливість, старанність при виконаннілюбих доручень.

Шлях на хірургічний олімп вихідця з селянської глибинки, юнака з багатодітної селянської сім'ї пролягав через робітфак.

У 1936 р., по закінченні робітфаку, О. О. Шалімов був зарахований до Кубанського медичного інституту. Серед студентів він виділявся старанністю та наполегливістю в навчанні, серйозністю та пунктуальністю під час проведення дослідів і практичних занять. На старших курсах особливо ретельно вивчав клінічні дисципліни. Під час чергувань в хірургічних відділеннях, які Олександр Олексійович охоче відвідував, він опановував практичну роботу лікаря, асистував на операціях, робив перші самостійні кроки. Ключовою фігурою хірургії у Кубанському медичному інституті на той час був М. М. Дітерікс, який крім хірургії мав широкий медичний кругозір і це не могло не сказатись на вибір професії О. О. Шалімова. Саме в студентські роки він зробив вибір фаху – хірургія, яка стала його подальшою справою, призначенням, любов'ю, самим життям. Після закінчення інституту молодого лікаря було направлено до Читинської області на посаду головного лікаря та хірурга. Саме тут розпочалася для О. О. Шалімова практика хірурга загального профілю, довелось працювати і хірургом, і урологом, і акушером-гінекологом, і травматологом. Безліч безсонних ночей, тисячі оперованих хворих. Росла майстерність хірурга, все складніші операції він опановував, якими оволодів у клініках Радянського Союзу під керівництвом О. В. Вишневського, Б. В. Петровського, С. С. Юдіна. О. О. Шалімова помітили, охоче залучали до асистування, а він ретельно засвоював прийоми великих майстрів, закарбовував їх у пам'яті та на папері числен-

ними малюнками, схемами оперативних втручань. Практичний досвід і глибокі знання дозволили Олександрю Олексійовичу досягти нового професійного рівня. Він переїхав до Брянську, де очолив одне з хірургічних відділень обласної лікарні, не припиняючи практикувати в хірургічній гінекології, урології. В цей період Олександр Олексійович опанував методики оперативних втручань на стравоході, печінці та підшлунковій залозі.

У 1953 р. працюючи асистентом кафедри госпітальної хірургії Орловського медичного інституту він захистив кандидатську дисертацію, яку присвятив виконанню операцій на стравоході за власною методикою. Досягнення молодого кандидата наук було відзначено присвоєнням йому звання «Заслужений лікар РСФСР».

В подальшому за конкурсом О. О. Шалімов був зарахований на посаду доцента Харківського медичного інституту. У Харкові по-справжньому розкрився талант Олександра Олексійовича як вченого, клініциста, експериментатора, організатора медичної науки, педагога. У 1958 р. він захистив докторську дисертацію «Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и фатерова соска» – вперше на теренах Радянського Союзу вийшла дисертація унікальна за клінічним матеріалом, прийомами виконання оперативних втручань та висновками. У 1959 р. був призначений завідуючим кафедрою торакальної хірургії з анестезіологією Українського інституту вдосконалення лікарів. Шість років знадобилося О. О. Шалімову, щоб здійснити остаточно свої задуми: 1965 р. був відкритий Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії, а Олександр Олексійович призначений його директором. В якості директора в О. О. Шалімова у повній мірі проявилася притаманна йому універсальність, та можливість. Разом з своїми учнями він модифікував способи цілого ряду операцій на травному каналі, модернізував хірургічну стратегію, тактику та техніку їх виконання. В цей час вийшли друком його класичні видання: «Хирургия поджелудочной железы», «Атлас хирургических операций на органах брюшной полости» та ін. У 1967 р. О. О. Шалімов обраний член-кореспондентом АН України, він приголомшив академічну аудиторію своєю «тронною» доповіддю про досягнення харківської хірургічної школи, його виступів чекали на з'їздах та конференціях.

У Києві діяльність О. О. Шалімова розпочалась з завідування кафедрою торакоабдомінальної хірургії Київського інституту вдосконалення лікарів. Потім він очолив відділ хірургії Київського НДІ гематології та переливання крові, згодом став директором цього інституту. А тим часом набирив штат майбутнього закладу, назва та призначення якого вже визначилися – Київський науково-дослідний інститут клінічної та експериментальної хірургії. Разом з передовим загonom співробітників О. О. Шалімов переїхав до нової лікарні «Медмістечко».

Практично інститут почав працювати у другій половині 1971 р. За продуманим Олександром Олексійовичем планом відкрилися основні клінічні відділення – хірургії печінки та підшлункової залози, хірургії шлунка і кишечника, хірургії судин і серця, анестезіології та реанімації. У 1973 р. організований відділ експериментальної хірургії, розпочато будівництво двоповерхового віварію. Одночасно відкрилися біохімічна лабораторія та лабораторія функціональної діагностики, інші необхідні для існування такої великої різнопланової установи підрозділи. Принцип призначення керівників та добору співробітників був визначений точно: «Ми повинні робити все краще за інших, знати всю світову літературу за фахом, активно займатися винахідництвом і передавати свій досвід та знання колегам».

Інститут був задуманий як провідна хірургічна установа України, школа практичних та наукових кадрів хірургів, лікувально-консультативний центр республіканського зна-

чення. Згодом тут розташувалась редакція журналу «Клінічна хірургія», і О. О. Шалімов став його головним редактором, у 1978 р. він був обраний дійсним членом АН України, у 1980 р. – призначений Головним хірургом МОЗ України, у Верховній Раді, він очолював Комісію з питань охорони здоров'я.

Найактуальнішою проблемою тих часів була розробка та впровадження методів органозберігальних операцій з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, ваготомії. «Кожному хворому – своя операція» – доводив О. О. Шалімов учням і опонентам. Все нове зустрічало шалений опір, зокрема, було небагато прихильників селективної проксимальної ваготомії, а опонентами виступили видатні на той час хірурги Радянського Союзу. Проте, через кілька років опоненти стали прихильниками нового методу, а Олександр Олексійович з своїми учнями все розробляв нові ефективні методи хірургічного лікування пострезекційних синдромів, реконструктивних операцій на органах гепатопанкреатобіліарної зони, нові втручання з приводу патології судин відпрацьовував нові технології надання допомоги хворим з перфоративною виразкою, шлунково–кишковою кровотечею, гострим холециститом, панкреатитом. Практика свідчила, що необхідна організація спеціалізованих хірургічних центрів. За ініціативою О. О. Шалімова в Україні відкриті центри судинної хірургії, надання допомоги хворим з гострою шлунково–кишковою кровотечею, гострим панкреатитом, портальною гіпертензією, мікросудинної хірургії, клінічної лімфології. Все це величезна й складна робота, починаючи від підготовки кадрів, ідеології, бази і закінчуючи оформленням юридичних документів. Проте, вже були помічники й однодумці – колективи двох своїх, шалімовських, інститутів. Все більше фахівців йшли вчитись до них. Тактика та методи хірургічного лікування багатьох захворювань, розроблені Олександром Олексійовичем, впроваджені в практичних лікувальних закладах України: резекція стравоходу з одночасною пластикою, органозберігальні операції з приводу виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, портальної гіпертензії, операції на товстій кишці, програмована лапаростомія при перитоніті, резекція печінки, реконструктивні та пластичні операції на жовчних протоках, підшлунковій залозі, судинах, мікрохірургічні і лапароскопічні втручання, багато інших.

Українська хірургія досягла нового рівня. Виникла нова українська хірургічна школа – школа академіка О. О. Шалімова. За досвідом зверталися фахівці з ближнього та далекого зарубіжжя. Стали висококваліфікованими спеціалістами і власні учні – 50 докторів і 81 кандидата наук виростив Олександр Олексійович. Скільки вже «маститих» професорів, докторів та кандидатів наук в Інституті, скільки завідують кафедрами і відділами в інших закладах, стали директорами провідних науково–дослідних інститутів України. Всі вони зверталися до Вчителя за порадою як з наукових, так і чисто життєвих проблем.

Олександр Олексійович Шалімов – автор 811 наукових праць, зокрема, 26 монографій, 112 винаходів, захищених авторськими свідоцтвами і патентами.

У 1997 р. Міжнародна палата Американського Бібліографічного інституту визнала О. О. Шалімова «Людиною року».

Традиції, закладені академіком Олександром Олексійовичем Шалімовим, шанують і продовжують його численні учні, послідовники – хірурги, співробітники Національного інституту хірургії і трансплантології, який з честю носить його ім'я.

Світла пам'ять про Олександра Олексійовича Шалімова, видатного Хірурга, Вченого, високо ерудовану, інтелігентну, добру, чуйну людину назавжди збережеться в серцях всіх, хто його знав.

*Учні академіка О. О. Шалімова*

# 1

## БОЙОВІ УШКОДЖЕННЯ ТА ТРАВМИ МИРНОГО ЧАСУ

## Іригаційно–ін'єкційна вакуумна терапія гнійних ран м'яких тканин

С. А. Асланян<sup>1</sup>, Я. Л. Заруцький<sup>1</sup>, С. А. Сапа<sup>2</sup>, А. О. Компанієць<sup>1</sup>,  
Д. П. Сидорук<sup>2</sup>, В. С. Гончарук<sup>1</sup>, О. Я. Мусенко<sup>1</sup>, Є. П. Дмитрук<sup>2</sup>,  
М. С. Вовк<sup>1</sup>, О. А. Лавренчук<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Українська військово–медична академія МО України,

<sup>2</sup>Національний військово–медичний центр «ГВКГ» МО України

**Вступ.** Лікування гнійних ран залишається складною і повністю не вирішеною проблемою для хірургів в усьому світі. На тлі підвищення стійкості мікроорганізмів до відомих антибактеріальних препаратів та суттєвого зниження кількості створення нових, впливовою позитивною подією стало застосування вакуумної терапії (ВАК–терапія) у комплексному лікуванні гнійних ран, що дозволило значно покращити результати їх лікування. Методи і види ВАК–терапії продовжують розвиватися і удосконалюватися. Професором з Ізраїлю М. Топазом обґрунтовано і впроваджено в клінічну практику застосування іригаційного виду ВАК–Терапії, що полягає у введенні розчинів антибіотиків або антисептиків через мікро іригатор під ВАК–пов'язку до поверхні гнійної рани. Цей вид ВАК–терапії застосовується в нашій клінічній практиці.

**Зміст роботи.** Нами було розроблено і впроваджено в клінічну практику метод іригаційно–ін'єкційної вакуумної терапії гнійних ран м'яких тканин (подано заяву на отримання патенту України на корисну модель). Запропонований спосіб відрізняється тим, що при проведенні іригаційної ВАК–терапії періодично у відповідності до інструкції виконуються ін'єкції розчинів антибактеріальних препаратів у м'які тканини по периметру і під дно гнійної рани за її грануляційним валом, а від'ємний тиск у системі «рана – вакуумна пов'язка» створює умови для перфузії розчину ін'єкційно введеного антибіотика у напрямку грануляційного валу гнійної рани та проникнення крізь нього до порожнини системи «рана – вакуумна пов'язка». Це, окрім безпосередньої антибактеріальної дії, значно зменшує вірогідність подолання грануляційного валу гнійним процесом та розповсюдження його в здорових м'яких тканинах. Якщо при іригаційній ВАК–терапії існує можливість застосування розчинів антибіотиків виключно на поверхні гнійної рани в системі «рана – вакуумна пов'язка», то при застосуванні іригаційно–ін'єкційної ВАК–терапії додається ще і можливість дії розчинів антибактеріальних препаратів в об'ємному просторі м'яких тканин навкруги гнійної рани. Крім цього спосіб іригаційно–ін'єкційної ВАК–терапії забезпечує можливість почергової послідовної зміни розчинів двох антибактеріальних препаратів на поверхні рани в системі «рана – вакуумна пов'язка» і в об'ємному просторі м'яких тканин навкруги гнійної рани. Це має ще більш важливе значення в клінічних спостереженнях, де результати бактеріологічного дослідження гнійних видалень з рани виявили два мікроорганізми з чутливістю до двох різних переліків антибактеріальних препаратів

**Результати та їх обговорення.** Тільки перший досвід застосування способу іригаційно–ін'єкційної ВАК–терапії в комплексному лікуванні гнійних ран м'яких тканин площею 80–100 см<sup>2</sup> дозволив скоротити строки лікування пацієнтів на 21–23%.

**Висновки.** Запропонований спосіб іригаційно–ін'єкційної вакуумної терапії гнійних ран м'яких тканин, що було розроблено і впроваджено в клінічну практику – є ще одним з видів вакуумної терапії.



Застосування запропонованого способу іригаційно-ін'єкційної вакуумної терапії в комплексному лікуванні пацієнтів з гнійними ранами м'яких тканин дозволить покращити результати і скоротити строки їх стаціонарного лікування.

## Реампутації кінцівок у військовослужбовців, поранених в зоні проведення антитерористичної операції на Сході України

А. А. Беспаленко<sup>1,3</sup>, А. А. Бур'янов<sup>1</sup>, Є. В. Цема<sup>1,2</sup>, А. І. Батюк<sup>1</sup>, А. В. Дінець<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр

«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України, Київ;

<sup>3</sup>Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗС України, Ірпінь

**Мета роботи.** Проаналізувати причини реампутацій у військовослужбовців, що втратили кінцівку у ході бойового конфлікту на Сході України.

### Матеріали і методи.

У дослідження були включені всі пацієнти – військовослужбовці ЗСУ, у яких було встановлено діагноз ампутацій кінцівки в період з 01.06.2014 по 30.06.2016 в зоні АТО, і яким надавалася допомога в медичних установах Міністерства Оборони України. Серед 7091 пацієнтів з пораненнями в АТО, були ідентифіковані 152 пацієнтів з ампутацією кінцівки.

### Результати та їх обговорення.

Серед 152 пацієнтів у 25 (16%) пацієнтів були виконані реампутації кінцівок, а у 127 (84%) пацієнтів ампутації були виконані один раз. Пацієнти в досліджуваних групах не відрізнялися за віком. Ампутації верхньої кінцівки виконані у 41 (32%) в групі пацієнтів з ампутацією, що достовірно частіше в порівнянні з 2 (8%) пацієнтами в групі з реампутацій ( $p = 0,014$ ). При аналізі рівня ампутацій верхньої кінцівки різниці в параметрах досліджуваних груп виявлено не було. У 23 (92%) пацієнтів в групі з реампутаціями втрату нижніх кінцівок діагностували достовірно частіше в порівнянні з 86 (68%) пацієнтами в групі ампутацій ( $p = 0,014$ ). При аналізі рівня ампутацій нижньої кінцівки виявлено, що майже в 3 рази частіше ампутації проводилися на рівні гомілковостопного суглоба в групі пацієнтів з реампутаціями – 8 (32%) пацієнтів, в порівнянні з 15 (12%) пацієнтами в групі ампутацій ( $p = 0,03$ ). Однак, лінійна регресія не показала достовірного значення цих параметрів для реампутацій. У 7 разів рідше діагностували ампутація однієї верхньої кінцівки в групі реампутацій – 1 (4%) пацієнт, ніж в групі ампутацій – 37 (29%) пацієнтів ( $p = 0,005$ ).

### Висновки.

Результати дослідження поранених в гібридному бойовому конфлікті свідчать, що реампутації частіше асоціюються з ампутацією на рівні верхньої кінцівки, але рідше діагностуються у пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки. Реампутації частіше виконуються при пораненні однієї кінцівки. Клінічні особливості у пацієнтів, поранених в зоні АТО на Сході України демонструють відмінні від інших збройних конфліктів частоту і особливості реампутацій.

## Нові підходи у комплексному лікуванні пацієнтів з гангrenoю Фурньє

В. Я. Білий<sup>1</sup>, Я. Л. Заруцький<sup>1</sup>, С. А. Асланян<sup>1</sup>, А. В. Сотников<sup>2</sup>,  
С. В. Горелов<sup>2</sup>, С. А. Сапа<sup>2</sup>, О. Ф. Савицький<sup>1</sup>, А. О. Компанієць<sup>1</sup>,  
К. В. Пендраковський<sup>2</sup>, Д. П. Сидорук<sup>2</sup>, Є. П. Дмитрук<sup>2</sup>, О. А. Лавренчук<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія МО України,

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України

**Вступ.** В останні десятиліття, коли відкриття нових антибактеріальних препаратів стало все більш рідким явищем, не визначено зниження частоти гнійно-запальних захворювань як первинних, так і ускладнень післятравматичного та післяопераційного періодів. За даними літератури ліжко-день у пацієнтів з гангrenoю Фурньє становив від 22 до 74, летальність коливається в широких межах 8,8–75,0%, а при недостатньо активному лікуванні сягала 95,0%. Окрім цього проблемами є високий рівень інвалідизації та значні економічні витрати суспільства, що пов'язані з тривалим стаціонарним та реабілітаційним лікуванням. Виходячи з цього необхідно визнати, що покращення результатів лікування цієї категорії пацієнтів є актуальною проблемою.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів клінічного лікування 108 пацієнтів з гангrenoю Фурньє, що лікувались у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень НВМКЦ «ГВКГ» МО України. Перша група клінічного спостереження – 56 хворих, які лікувались у період 1999–2008 р.р. В них була застосована традиційна для того часу схема лікування, що включала хірургічні обробки (ХО) та дренування, місцеве лікування рани (МЛР) та комплекс інтенсивного консервативного лікування за загальноприйнятими методиками. Друга група клінічного спостереження – 52 хворих і поранених з гангrenoю Фурньє лікувались у період 2009–2017 р.р. У цій групі впроваджувались інтенсивна предопераційна підготовка із застосуванням визначеного вибору схем «стартової антибактеріальної терапії (АБТ), активне хірургічне лікування із послідовним застосуванням як аспіраційно-іригаційно-аераційного дренування (АІАД), так і ВАК-терапії (звичайної, іригаційної, іригаційно-аераційної, іригаційно-інекційної, іригаційно-інекційно-аераційної) у поєднанні з етапними хірургічними обробками, місцевої сорбційно-антибактеріальної терапії (САТ), раннього обґрунтованого проведення пластичних хірургічних втручань з пріоритетним використанням місцевих переміщених повношарових клаптів (МППК).

**Результати.** Оптимізація організаційних заходів у предопераційному періоді та застосування удосконаленого комплексу хірургічного лікування з включенням високо технологічних методів (ВАК-терапія) дозволили зменшити частоту ранніх післяопераційних ускладнень з  $47,9 \pm 7,5\%$  в першій групі клінічних спостережень до  $21,1 \pm 8,8\%$  в другій групі клінічних спостережень, скоротити показник ліжко-дня з  $21,4 \pm 2,2$  до  $14,1 \pm 1,1$  відповідно, виключити летальність, а у віддаленому періоді зменшити частоту виникнення рецидивів з 20,0% до 9,4%.

### Висновки.

Впровадження удосконаленої суттєво розширеної тактики хірургічного лікування хворих і поранених з гангrenoю Фурньє сприяло зменшенню ранніх післяопераційних ускладнень, скороченню показників ліжко-дня і досягненню відсутності летальності, а у віддаленому періоді – зменшенню частоти рецидивів захворювання.

В умовах зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів та дефіциту створення нових антибіотиків і антисептиків, одним з перспективних шляхів

покращення результатів лікування пацієнтів і поранених з гангrenoю Фурньє може бути застосування високо технологічних медичних технологій (різні види ВАК-терапії) в комплексному хірургічному лікуванні

## Сучасні принципи хірургічної доктрини при серцевих ушкодженнях

В. В. Бойко<sup>1,2</sup>, П. М. Замятін<sup>1,2</sup>, Д. П. Замятін<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України»;

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Одною з найбільших загроз життю на сьогодні є ушкодження серця, які виділяються високим ризиком летальних наслідків, що сягають 8,3–40,0 %. При цьому успіх хірургічного лікування таких постраждалих залежить від обраної тактики, але водночас існує ще й висока реабілітаційна можливість та збереження працездатності у пацієнтів, що вижили внаслідок надання кваліфікованої хірургічної допомоги.

**Мета.** Поліпшити хірургічну тактику при наданні спеціалізованої допомоги постраждалим з ушкодженнями серця.

**Матеріали та методи дослідження.** У клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України» проліковано понад 410 постраждалих із травмою серця, серед яких у 307 було діагностовано проникаючі поранення, у 74 — мінно-вибухові, осколчасті та кульові поранення, у 34 — ушкодження внутрішньо-серцевих структур. Основну групу склали 276 постраждалих за період 2001–2015 рр. із застосуванням сучасних інновацій, а групу спостереження — 134 поранених, що лікувалися у клініці Інституту у 1969–2000 рр. Статистичну обробку результатів дослідження здійснено за допомогою стандартного пакету прикладних програм R і STATISTICA 7.0.

**Результати та їх обговорення.** За даними клініки інформативність симптомів пошкоджень серця становила: глухість тонів серця — 97,0 %; біль у ділянці серця — 25,0 %; систолічний шум на верхівці — 8,3 %; шум тертя перикарда — 5,0 %; тахікардія (ЧСС > 120 хв<sup>-1</sup>) — 15,0 %; зниження систолічного тиску (<60 мм рт. ст.) — 46,0 %; зниження пульсового тиску (<15 мм рт. ст.) — 43,0 %. Цінним діагностичним, а в ряді випадків і лікувальним заходом для виявлення та евакуації крові з перикарда, є його пункція. В останні роки ми користуємося голкою Вереша, як менш травматичною, а ще й торакопортом. Також виконується ендовідеоторакоскопія, під час якої визначають локалізацію рани серця, цілісність перикарда, наявність крові в грудній порожнині й серцевій сорочці, гематом серця та перикарда; перикардіоскопія як діагностичний та лікувальний захід та субксіфоїдальна перикардіотомія. Під час хірургічного втручання всім постраждалим доцільно використовувати трансстравохідне ультразвукове дослідження камер серця. В деяких випадках верифікації діагнозу сприяє ангіографічне дослідження камер серця. На особливу увагу заслуговує портативна система екстракорпоральної циркуляції Cardiohelp (Maquet, США), яка має низку переваг для проведення штучного кровообігу при транспортуванні та в екстрених ситуаціях: можливість швидкої канюляції стегових судин за Сельдінгером, що дає змогу використовувати систему навіть у приймальному відділенні або бригадами швидкої допомоги; простота в роботі, відсутність спеціальної інфраструктури, низький ризик повітряної емболії; можливість циркуляторної підтримки до 7 л/хв; тривала циркуляторна підтримка — до 14 діб на одному оксигенаторі. Достовірне зменшення часу,

що пройшов від госпіталізації постраждалого до операції в основній групі ( $0,31 \pm 0,01$  год) свідчило про ефективність лікувально-діагностичної тактики при ушкодженнях серця. Крім того, звертає на себе увагу достовірне зменшення кількості ліжко-днів в основній групі до ( $14,34 \pm 1,32$ ) днів, що також свідчить про поліпшення якості лікувальних заходів.

**Висновки.** Таким чином, сучасними принципами хірургічної допомоги при ушкодженнях серця слід вважати: своєчасну доставку постраждалого; проведення в повному обсязі реанімаційних заходів; термінове хірургічне втручання за життєвих показів; зашивання рани серця, надійну зупинку кровотечі, інтраопераційну діагностику і хірургічну корекцію внутрішньосерцевих ушкоджень із використанням технології штучного кровообігу; адекватну післяопераційну інтенсивну терапію.

## Аналіз поєднаних переломів кісток у військовослужбовців з ампутацією кінцівок в зоні проведення антитерористичної операції на Сході України

А. А. Бур'янов<sup>1</sup>, А. А. Беспаленко<sup>1,3</sup>, Є. В. Цема<sup>1,2</sup>, А. І. Батюк<sup>1</sup>, А. В. Дінець<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр  
«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України, Київ;

<sup>3</sup>Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу  
ЗС України, Ірпінь

**Мета роботи.** Дослідити наявність сполученої скелетної травми (відкриті та закриті переломи кісток) у військовослужбовців з ампутаціями кінцівок внаслідок участі в антитерористичній операції (АТО) на Сході України.

**Матеріали і методи.** У дослідження були включені всі пацієнти – військовослужбовці Збройних сил України, у яких було встановлено діагноз ампутацій кінцівки в період з 01.06.2014 по 30.06.2016 в зоні АТО, і яким надавалася допомога в медичних установах Міністерства оборони України. Серед 7091 пацієнтів з пораненнями в зоні АТО, були верифіковані 152 пацієнти з ампутацією однієї чи більше кінцівок.

**Результати та обговорення.** Серед 152 пацієнтів у 47 (31%) постраждалих ампутації кінцівок асоціювалися з відкритими або закритими переломами кісток іншої кінцівки, тоді як у 107 (69%) пацієнтів ампутації не асоціювались з переломами кісток. За військовим складом в досліджуваній когорті не було достовірної різниці в групах. При аналізі рівня ампутацій нижніх кінцівок було виявлено, що ампутації середньої 1/3 стегна в групі пацієнтів з ампутацією і переломами кісток були у 6 (17%) пацієнтів, що достовірно частіше, ніж в групі пацієнтів з ампутацією без супутніх переломів кісток – 3 (4%) пацієнтів ( $p = 0,023$ ). Ампутації стопи в групі пацієнтів з ампутацією і переломами кісток були у 2 (6%) пацієнтів, що в 4,5 разів рідше, в порівнянні з 20 (27%) пораненими в групі пацієнтів з ампутацією кінцівки без супутніх переломів кісток ( $p = 0,023$ ). Лінійна регресія показала достовірну асоціацію переломів кісток і ампутацій стопи ( $p = 0,012$ ); що свідчить про тяжкість поєднаної травми у досліджуваній когорті пацієнтів. Мультифакторна логістична регресія показала співвідношення шансів 0,171 (95% довірчий інтервал 0,04 – 0,8), що свідчить про достовірно низьку ймовірність переломів кісток іншої кінцівки у поранених, яким виконана ампутація стопи ( $p = 0,022$ ).

**Висновки.** Результати дослідження поранених в гібридному бойовому конфлікті свідчать, що переломи кісток частіше асоціюються з ампутацією на рівні середньої 1/3 стегна, але рідше діагностуються у пацієнтів з ампутацією стопи. Переломи кісток не асоціюються з частотою реампутацій. Клінічні особливості у пацієнтів, поранених в зоні АТО демонструють відмінні від інших збройних конфліктів особливості ампутацій, і асоційованою з ампутацією поєднаною скелетною травмою.

## Досвід лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок методом промивної вакуумної аспірації

О. А. Бур'янов, Ю. О. Ярмолюк, Д. В. Лось, В. І. Медзин, О. П. Синишин, В. І. Ловга, С. Е. Терешенко, М. В. Вакулич.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна,  
Національний військово – медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України, Київ,  
Військово – медичний клінічний центр Західного регіону Львів, Україна

**Вступ.** В структурі санітарних втрат в ході антитерористичної операції переважну більшість (62,5%) складають поранення кінцівок, в тому числі 37% нижні кінцівки, 25,5% верхні. 35–40% супроводжуються переломами кісток, 2 % – пораненням судин, 11% периферійних нервів, частота травматичного шоку 10%. Частота інфекційних ускладнень внаслідок дії високоенергетичних ранихих снарядів сучасної зброї складає 25–35%, що збільшує тривалість лікування, реабілітації і часто приводить незадовільних результатів, інвалідності осіб молодого працездатного віку.

Мета дослідження: покращити результати лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок шляхом оптимізації методу вакуумної аспірації в комплексному лікуванні вогнепальних ран.

**Матеріали і методи:** 17 пацієнтів з вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок були проліковані впродовж 2014–2017 років за розробленою методикою. У схемі лікування основної групи окрім загально прийнятих методик загальних (антибактеріальна, протизапальна, репаративна) і місцевих методів (хірургічні обробки, дренивання ран з використанням негативного тиску) був використаний метод промивної вакуумної аспірації. Суть методу полягає у постійному або періодичному орошуванні антисептичними розчинами ранової порожнини вогнепальних ран і промивання губчатого фільтру системи вакуумної аспірації через додаткові дренажні труби, перетворюючи таким чином систему у приточно–відтічну. Оцінка результатів проводилась за клінічними та бактеріологічними даними.

**Результати:** у 94% пацієнтів основної групи через 3 і 6 діб лікування клінічно відмічалось очищення ран і поява грануляцій, зниження середнього рівня колонійутворюючих одиниць до  $1 \cdot 10^2$  в порівнянні з контрольною групою ( $1 \cdot 10^4$ ), що в цілому дозволило скоротити терміни лікування на  $5 \pm 3$  ліжкодні та зменшити кількість інфекційних ускладнень.

**Висновки:** запропонований метод промивної аспірації в комплексному лікуванні постраждалих з вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок є патогенетично обґрунтованим.

## Можливості реконструктивної мікрохірургії в лікуванні наслідків мінно–вибухових та вогнепальних поранень

С. П. Галич, О. В. Резніков, Я. П. Огородник, О. Ю. Дабіжа, О. А. Гиндич

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова»  
НАМН України

**Вступ.** За період військового конфлікту на сході нашої країни допомога пораненим з наслідками мінно–вибухових та вогнепальних пошкоджень стали викликом для спеціалістів багатьох хірургічних профілів. Однією із непростих задач є лікування обширних та складних дефектів тканин, що виникли в наслідок таких пошкоджень. В цьому випадку використання стандартних хірургічних методів не дає бажаного результату, а адекватне їх закриття можливе лише з застосуванням принципів та методів реконструктивної мікрохірургії та васкуляризованих складних комплексів тканин.

**Матеріали та методи.** За період з 2015 по 2018 рік в у відділенні мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» проліковано 65 бійців збройних сил, інших силових відомств та добровольчих батальйонів.

Мікрохірургічні методики, такі як переміщення та пересадка васкуляризованих клаптів, застосовували для закриття дефектів тканин верхніх кінцівок у 28 хворих, нижніх кінцівок у 9, черевної стінки та промежини у 15, дефект тканин голови закривали у 1 хворого, дефекти інших локалізацій були ще у 12 хворих. Для закриття обширних дефектів тканин верхніх кінцівок найчастіше застосовували переміщення торакодorzального шкірно–м'язового клаптя, менші за площею дефекти закривали променевим клаптем, його перфорантним пропелерним варіантом та ліктьовим клаптями. Дефекти нижніх кінцівок закривали за допомогою клаптя прямого м'язу стегна, передньо–латерального клаптя стегна, сурального шкірно–м'язового та підшовного шкірно–фасціального клаптя. Для закриття дефектів черевної стінки та промежини найчастіше застосовували клапоть, що напружує широку фасцію стегна, клапоть прямого м'язу живота. У хворого зі складним дефектом тканин потиличної та тім'яної ділянок голови, для заміщення дефекту провели переміщення трапецієподібного клаптя спини.

**Результати та їх обговорення.** У післяопераційному періоді ускладнення спостерігали у 47% хворих. До них віднесли гематоми, сероми та нагноєння післяопераційних ран, транзиторні порушення кровопостачання клаптів, часткові некрози клаптів та функціональні розлади донорських ділянок, рубцеву деформацію пошкоджених тканин. У жодному випадку реконструктивне лікування не ускладнилось тотальною втратою клаптя або кінцівки.

**Висновки.** Методом вибору, а іноді і єдиним методом хірургічного лікування наслідків мінно–вибухових та вогнепальних пошкоджень з утворенням обширних дефектів тканин є мікрохірургічне переміщення або пересадка васкуляризованих комплексів тканин. Основною причиною післяопераційних ускладнень є порушення кровопостачання оточуючих тканин та їх враження внаслідок контузії.

## Лікувальна тактика при ускладненнях та наслідках бойової травми грудної клітки

В. Г. Гетьман, В. Є. Сафонов, К. В. Кравченко, М. Ю. Худа, Д. І. Дудла

Клініка торакальної хірургії Національного військового медичного клінічного центру МО України

**Вступ.** Бойова травма грудної клітки призводить до суттєвих бойових втрат та летальності. За даними літератури, частота поранень грудної клітки в загальній структурі бойової травми складає від 5 до 12 %. А летальність від 27% (у Першій світовій війні) до 10,5% до 14,3% в сучасних військових конфліктах. З набуттям досвіду надання медичної допомоги, покращенням системи евакуації важкопоранених, все більше пацієнтів з цієї категорії залишаються живими. І все частіше лікарям приходить стикатися з ускладненнями та віддаленими наслідками вогнепальної травми

**Мета роботи** – аналіз та оптимізація тактики хірургічного лікування у віддаленому періоді після вогнепальних поранень органів грудної клітки.

**Матеріали і методи дослідження.** Наш досвід включає лікування 143 пацієнтів з вогнепальним торакальним пораненням. Всі поранені були чоловіками у віці від 19 до 57 років. Строки надходження на лікування після поранення становили від 2 діб до 6 місяців. На попередніх лікувальних етапах всім пацієнтам виконувалась первинна хірургічна обробка вогнепальних ран, 67 (46,8%) пацієнту виконано дренування однієї або обох плевральних порожнин, 23 (16,0%) – торакотомія з метою зупинки кровотечі та усунення травматичних внутрішньогрудних змін. У 84 (58,7%) пацієнтів виявлені сторонні тіла металевої щільності грудної клітки, з них у 45 (53,6%) поранених вони розміщались в грудній стінці, у 28 (33,3%) – в легеневій паренхімі та плевральній порожнині, у 11 (13,1%) – в середостінні (в тому числі 5 – в стінці перикарду та перикардальній порожнині, 2 – в стінці стравоходу). У 58 (40,6%) поранених виявлено вільне повітря або рідину в плевральних порожнинах (з них 8 поранених мали післятравматичний згорнутий гемоторакс, 3 – емпієму плеври). У 51 (35,7%) пацієнтів мали місце відкриті вогнепальні рани грудної стінки з різними за розмірами дефектами м'яких тканин та на різних стадіях загоєння. У 7 (4,9%) пацієнтів виявлено остеомієліт реберно–грудинного каркасу та відсутність консолідації вогнепальних переломів ребер. У 1 (0,7%) пацієнта мав місце стеноз проміжного бронху з ателектазом середньої та нижньої часток правої легені після його вогнепального поранення та незадовільного результату первинної реконструктивної операції з цього приводу. Нами виконано хірургічне лікування 92 (64,3%) пацієнтам: торакотомія, видалення сторонніх тіл – 19; відеоторакоскопія, видалення сторонніх тіл – 11; торакотомія, перикардіотомія, видалення сторонніх тіл – 3; торакотомія, медіастіномія, видалення сторонніх тіл – 3; верхньо–серединна лапаротомія, діафрагмотомія, перикардіотомія, видалення сторонніх тіл – 1; торакотомія, резекція стенозу проміжного бронху – 1; хірургічна обробка вогнепальних ран (в тому числі з видаленням сторонніх та застосуванням VAC–терапії) – 69; резекція ребер, МОС – 6; дренування плевральної порожнини – 39. В двох випадках після перикардіотомії сторонні тіла виявити не вдалось, так як вони були розташовані в міокарді. З ускладнень відмічалось нагноєння післяопераційної рани у 7 (7,6%) пацієнтів, рецидив остеомієліту вогнепального перелому ребер у 1 (1,1%) пацієнта. Летальних випадків не було.

**Обговорення результатів.** Умовою успішного лікування ускладнень та наслідків вогнепальних поранень грудної клітки є, як можливо, точна доопераційна діагностика

наявних патологічних змін. Застосування фістулографій, ендоскопічних досліджень (ФБС, ФГДС), ультразвукових досліджень плевральних порожнин, м'яких тканин, ЕХОКГ, комп'ютерної томографії – обов'язкове. По-друге, тактика лікування повина бути активною з застосуванням всіх наявних сучасних можливостей: малоінвазивних відеоторакокопічних втручань, магнитів для видалення інтраплевральних та розташованих в м'яких тканинах уламків, VAC-терапії при наявності дефектів та інфікованих ран м'яких тканин, застосування рентгендосліджень (ІОП) інтраопераційно при пошуку сторонніх тіл, а також залучення до операцій досвідчених фахівці з досвідом виконання реконструктивних втручань, судинних хірургів і навіть кардіохірургів. В четверте, об'єми операцій не повинні перебільшуватись. При бойовій торакальній травмі найбільш поширеним втручанням є дренування плевральної порожнини. А операції направлені на видалення сторонніх тіл повинні бути відстрочені і виконуватись, по можливості, з застосуванням малоінвазивних методик. При встановленні показань до операції, повинні враховуватись не тільки розміри, а і локалізація, особливо, як що, стороннє тіло розташовано в перикарді чи міокарді, на стінці магістральних судин, трахеї, бронхів.

**Висновки.** Застосування сучасних методів лікування та обміркована активна хірургічна тактика при бойовій торакальній травмі дозволяє зменшити кількість ускладнень, прискорити процес одужання поранених, в зменшити інвалідізацію та повернути військовослужбовців до активного життя.

## Лапароскопічні операції у постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою

Ю. В. Грубнік, А. В. Плотніков, О. М. Юзвак

Одеській національний медичний університет. КУ МКЛ №11.  
Центр поєднаної травми

**Актуальність теми.** Травми займають третє місце в світі серед причин смерті, а у людей молодого віку (до 40 років) займають перше місце в структурі летальності. В структурі травматизації доля поєднаної травми становить 30–70 %, а у структурі закритої поєднаної травми пошкодження органів черевної порожнини становлять 10,2–36,4 %.

**Мета дослідження.** Покращити результати хірургічного лікування постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою в залежності від тяжкості травми та ступеня пошкодження органів шляхом удосконалення діагностично-лікувальної тактики та застосування сучасних малоінвазивних операцій та методів гемостазу та реінфузії крові.

**Матеріали та методи дослідження.** Дані були отримані при лікуванні 822 постраждалих у відділенні хірургії Одеської міської клінічної лікарні №11 у період з 2010 по 2016 роки. Із 822 постраждалих у 190 пацієнтів (23,1 %) було проведено тільки консервативне лікування, у 428 (52 %) постраждалих була виконана відеолапароскопія, і у 204 (24,8 %) пацієнтів відразу була проведена лапаротомна операція. 428 постраждалих, яким була проведена відеолапароскопія, в ході якої визначено вид і обсяг операції з використанням розроблених модифікованих відеолапароскопічних методик. У постраждалих обсяг діагностичних заходів залежав від тяжкості загального стану хворого проводили діагностичні дослідження (лабораторні тести, УЗД, рентген), при необхідності хворим проводили КТ і МРТ. В залежності від тяжкості травми, що визначали за шкалами FTS, та ступеня пошкодження органів черевної порожнини OIS (класифікація AAST) у постраж-



далих із закритою поєднаною абдомінальною травмою виконувався диференційований підхід до обсягу операції та вибору методу оперативного втручання.

При гемоперитонеумі використовували апарат для реінфузії крові Cell Saver 5.

**Результати.** Проведений аналіз 822 постраждалих дозволив визначити показання і протипоказання до застосування відеолапароскопії при закритій поєднаній абдомінальній травмі. Установлено, що наявність гемоперитонеуму менш 200 мл дозволяє припускати відсутність значних ушкоджень органів черевної порожнини, і в 190 випадках це давало можливість продовжити динамічне спостереження за станом пацієнта при відсутності симптомів подразнення очеревини. Наявність гемоперитонеуму обсягом від 200 мл до 1500 мл з тенденцією до наростання було показанням для використання ендохірургічних методів діагностики та лікування. При наявності травми органів черевної порожнини 4 і більше ступеня пошкодження за шкалою OIS, травми порожнистих органів, ступеня тяжкості у 4–6 балів за шкалою FTS, а також гемоперитонеуму більш 1500 мл, була виконана екстрена лапаротомія. У 162 постраждалих нам вдалося успішно провести і закінчити операцію лапароскопічно.

**Виводки.** Розроблена схема діагностики та лікування хворих із поєднаною травмою дозволяє визначити ступінь пошкодження органів черевної порожнини і ступінь тяжкості постраждалих і на підставі шкал OIS і FTS визначити чіткі показання та протипоказання до лапароскопічних операцій, що дало можливість після проведення лапароскопії в 35,0% випадків уникнути оперативного лікування, в 37,85% успішно виконати лапароскопічні операції. Методика застосування апарату для реінфузії крові дозволила проводити лапароскопічні втручання при гемоперитонеумі до 1500 мл.

## Ізольовані, множинні та поєднанні поранення серця

С. О. Гур'єв, О. В. Воробей, О. В. Допіряк, В. М. Знахарчук, В. А. Кушнір

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

**Мета роботи:** Розробити обґрунтовану лікувально-діагностичну тактику при поєднаних, множинних та ізольованих пораненнях серця.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження ґрунтується на аналізі 372 випадків поранення серця у постраждалих, які проходили лікування у центрі політравми ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. встановлено, що ізольовані пошкодження серця (ІПС) зустрічаються у 45,7 % множинні пошкодження серця (МПС) у 43,01 %, поєднані пошкодження серця (ППС) у 11,29 %. Клініко-епідеміологічна структура поранень серця характеризується переважанням постраждалих чоловічої статі (91,94%) працездатного віку (75,11%), кримінальними діями (100%), за механізмом прямого удару (96,7%).. Клініко-нозологічна структура поранень серця характеризується майже рівнозначно ізольованими (45,7%) та поєднаними (43,01%), а також множинними (11,29%) пораненнями. Поєднання поранень серця характеризуються пошкодженням лівої легені (25,0%), діафрагми (20,69%), печінки (16,38%), кишки (9,48%).. Клініко-анатомічна структура поранень серця вказує на те, що найчастіше пошкоджуються лівий (37,56%) та правий шлуночки (23,0%) серця, розмір рани міокарду має значні коливання, однак найчастіше 1,1–2,0 см (29,57%). Найчастіше поранення серця супроводжуються об'ємом

гемоперикарду до 200 мл (68,81%) та гемотораксу до 1000 мл (75,8%)..Летальність внаслідок поранень серця в цілому складає 19,89%, але залежить від клініко–нозологічної форми поранення. Так, при ізольованих пораненнях складає 8,24%, поєднаних – 25,0%, множинних – 47,62%. Також внаслідок поранення лівого шлуночка – 36,74%, правого шлуночка – 22,45%; найчастіше розмір рани 1,1–2,0 см (32,43%), об'єм гемоперикарду до 300 мл (86,49%), об'єм гемотораксу понад 1000 мл (60%).

При патогістологічному дослідженні встановлено, що при пораненнях серця розвивається некроз міокарду за характеристикою та розвитком аналогічний інфаркту міокарду судинного ґенезу. Безпосередніми причинами смерті у постраждалих з пораненням серця є масивна крововтрата – 62,16% випадків, гостра тампонада – 13,51% та поєднання гострої тампонади з масивною крововтратою – 18,92%, та залежить від етапу надання медичної допомоги. Так, на догоспітальному етапі причиною летальності в 90,33% випадків є крововтрата, в 4,84% – гостра тампонада, в 3,23% – поєднання гострої тампонади з масивною крововтратою. На госпітальному етапі масивна крововтрата – в 69,23% випадків, поєднання масивної крововтрати з гострою тампонадою – в 23,08%, гостра тампонада – у 7,69%. Отже, фактично постраждали гинуть внаслідок масивної крововтрати, а в післяопераційному періоді фактично внаслідок інфаркту міокарду на фоні масивної крововтрати та гострих дистрофічних змін, що супроводжують ці явища.. Розроблений нами спосіб ушивання рани серця дозволяє у найкоротший термін зупинити кровотечу з рани міокарду та підвищити рівень герметичності при накладанні швів та дозволяє суттєво (до 5 хв.) скоротити термін остаточного гемостазу й оперативного втручання при збереженні рівня ефективності та адекватності.. Протокольна схема надання медичної допомоги постраждалим, що ґрунтується на органічному поєднанні клініко–організаційних та медико–технологічних заходів, дозволяє оптимізувати процес прийняття адекватного клініко–організаційного рішення та застосувати сучасні медичні технології оперативного лікування. Особливістю даної протокольної схеми є те, що після закінчення хірургічного етапу лікування, постраждали продовжують лікування, що передбачене для інфаркту міокарду.. Впровадження розробленої протокольної схеми дозволило підвищити виживаємість постраждалих на 10 %

## Стандартизована система оцінки тяжкості травми та стану постраждалого внаслідок сучасної мінно–вибухової травми

С. О. Гур'єв<sup>1</sup>, Д. І. Кравцов<sup>1</sup>, А. В. Ордатій<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Український науково–практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Київ, Україна,

<sup>2</sup>Військово–медичний клінічний центр центрального регіону м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Кількісна оцінка тяжкості пошкодження та стану постраждалого із комбінованими пошкодженнями, до яких відносять вогнепальні, мінно–вибухові поранення, визначає як характер пошкоджень, так і їх клініко–анатомічну характеристику, обсяг пошкодження та реакцію організму на виникнення пошкодження, що маніфестується станом функціонування життєво–забезпечуючих систем організму.

**Мета роботи** Виявити клініко–анатомічну та клініко нозологічну структуру постраждалих із мінно–вибуховими та вогнепальними пораненнями в умовах сучасних

бойових дій на прикладі проведення АТО на сході України. Визначити частоту та тяжкість травматичного шоку у постраждалих із мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями, його залежність від локалізації та об'єму травматичних пошкоджень. Розробка оптимальної шкали оцінки тяжкості травми та стану постраждалого внаслідок сучасної мінно-вибухової травми.

**Матеріали та методи** В порядку проведення дослідження нами було вивчено та піддано аналізу 251 випадок мінно-вибухових та вогнепальних поранень, яким надавалась спеціалізована хірургічна допомога в умовах Артемівської (Бахмутської) ЦРЛ Донецької області за період січень – березень 2015 року в ході проведення АТО на сході України, під час проведення Дебальцевської операції. Аналіз даних проводився відповідно до критеріїв та вимог доказової медицини методами непараметричної статистики за допомогою комп'ютерних технологій.

**Результати та їх обговорення.** На підстав аналізу даних та клініко-логічного співставлення даних ССО було визначено недостатня ефективність існуючих ССО в умовах сучасних бойових дій. Для усунення недоліків, що зазначено нами було розроблено власну шкалу оцінки тяжкості травми та стану постраждалого, яка ґрунтується на принципі модифікації ССО Lindzau в модифікації Можаяєва Г. О. та Малиша І. Р. Як доведено досвідом застосування вказаної ССО при масових вибухових пошкодженнях внаслідок шахтних аварій вона має досттній рівень ефективності, але нен враховує особливостей бойової травми, томув потребує доповнення та корегування. Тому власну шкалу ми доповнили особливостями сучасної мінно-вибухової травми, які були відмічені під час надання медичної допомоги, а саме: визначення розміру дефекту м'яких тканин; заміна поняття «колота рана» на «вогнепальна рана»; визначення наявності «пошкодження кісток»; ведення в шкалу критерію «травматична ампутація кінцівки» та «пошкодження магістрального судинного пучка». Введення в шкалу критерію «пошкодження живота із евентерацією». В результаті нами була розроблена власна стандартизована система оцінки мінно-вибухової травми – шкала «ГКО». Згідно останньої під час обстеження пораненого, діагностують ступінь тяжкості постраждалого та ймовірний прогноз травми від 1 до 30 балів та вище. Так, якщо загальна кількість балів складає до 10 балів – стан постраждалого вважається легким, 10–19 балів – середньої тяжкості, 20–29 балів – тяжкий стан 30 та вище балів – стан вкрай тяжкий. Таким чином, запропонованій системі оцінки тяжкості стану постраждалого «ГКО» дозволяє визначити адекватний комплекс лікувальних заходів на ранньому госпітальному етапі, швидко та з максимальною прогностичною можливістю визначити вірогідність розвитку травматичної хвороби у травмованих в умовах масового поступлення на ранньому госпітальному етапі та визначити черговість, послідовність та об'єм невідкладних заходів, можливість транспортування, що сприяє поліпшенню результатів лікування, покращенню якості життя постраждалого.

## Тактика «Damage control surgery» при бойовій хірургічній травмі

Я. Л. Заруцький, С. А. Асланян, С. О. Король, А. О. Бондаревський,  
О. І. Жовтоножко, А.Є. Ткаченко, А.О. Компанієць.

Українська військово-медична академія МО України

**Вступ.** У сучасних умовах ведення бойових дій при наданні хірургічної допомоги найбільш тяжкому контингенту поранених застосовують тактику контролю ушкоджень «damage control surgery» (DCS). Вона була розроблена для лікування тяжкої абдомінальної травми, але її фундаментальний принцип – виконання екстрених та невідкладних операцій із застосуванням технічно нескладних, нетривалих у часі та максимально ощадливих хірургічних маніпуляцій, знайшов собі місце у хірургічних техніках на інших АФД.

Зміст цієї тактики полягає у збереженні життя шляхом скорочення обсягу, терміну виконання і травматичності першої операції з остаточним відновленням ушкоджених органів і структур після стабілізації життєво важливих функцій організму під час другої операції.

**Мета.** Визначення доцільності застосування та місце тактики контролю ушкоджень «damage control surgery» на етапах хірургічної допомоги пораненим та травмованим.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз надання хірургічної допомоги 934 пораненим і травмованим в зоні АТО у військових мобільних госпіталях (II рівень) за період 2016–2017 років. При цьому тактика DCS, або її окремі елементи була застосована у 83 (8,9%) переважно при наявності скелетного та абдомінального компонентів травми.

**Результати та їх обговорення.** При вогнепальних переломах довгих трубчастих кісток (стегнова, великогомілкова, плечова) та нестабільних переломах тазу встановлювали апарат зовнішньої фіксації для транспортно-лікувальної іммобілізації у 59 (6,3%) та 3 (0,3%) випадках відповідно; виконували ПХО ран за показаннями. Подальше ортопедичне лікування здійснювалось на наступних етапах медичної евакуації.

При проникаючих пораненнях в живіт проводили «скорочену» лапаротомію з метою швидкого гемостазу та припинення контамінації: тампонування марлевими серветками, зашивання ран порожнинних органів, що підлягають резекції/видаленню, обструктивна резекція тонкої або товстої кишки, тощо, – у 21 (2,2%). Повторна операція (III фаза DCS) на даному етапі виконана у 5 поранених, переважно в зв'язку з розвитком ускладнень (рецидив кровотечі), а інших поранених – на наступних етапах медичної евакуації.

Рішення про застосування тактики DCS приймається на підставі оцінки важкості стану пораненого за даними функціональних показників (артеріальний тиск, частота пульсу, дихання, тощо) та тяжкості анатомічних ушкоджень. При цьому для скелетного компоненту травми основним критерієм був характер та локалізація перелому, а саме, наявність вогнепального перелому довгої трубчастої кістки. А при абдомінальному компоненті травми – тяжкість та множинність ушкодження внутрішніх органів за даними інтраопераційної ревізії.

### Висновки.

1. Тактика контролю ушкоджень DCS в клінічній практиці найбільш доцільна при наявності поєднаної тяжкої та вкрай тяжкої травми з наявними абдомінальним і/або скелетним компонентом, що загрожує життю пораненого.

2. При застосуванні тактики DCS обсяг лікувально – діагностичних заходів мінімальний або скорочений (I фаза) для стабілізації загального стану пораненого (II фаза), як ґрунтовна підготовка до повторної операції (III фаза DCS).

3. За обсягом і змістом лікувальних заходів початок реалізації тактики DCS відповідає вимогам надання хірургічної допомоги на етапі медичної евакуації другого рівня.

## Воєнно–польова хірургія. Проблеми та перспективи розвитку

Я. Л. Заруцький, О. Ф. Савицький, А. Е. Ткаченко, О. Я. Мусенко

Українська військово–медична академія, м. Київ, Україна

**Вступ.** Травми та пошкодження під час бойових дій становлять основну частку санітарних втрат. Тому воєнно–польова хірургія (ВПХ), яка спрямована на їх лікування, є базовою основою військової медицини. Ще однією різницею ВПХ від загальної хірургії є пріоритет організаційних методів на суто медичними.

**Матеріали та методи.** Матеріалами слугувала вітчизняна і зарубіжна наукова література, повідомлення інформаційних агентств, медично–санітарні дані та звіти МО та МОЗ України. Застосовані методи дослідження: історичний, бібліографічний, інформаційно–аналітичний, системний підхід.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відмінності ВПХ та хірургії мирного часу можна поділити на організаційні, нозологічні та ідеологічні. Основними з них є: значна патофізіологічна відмінність бойових поранень і травм від травм мирного часу, функціонування воєнної медицини в умовах бойових дій, можливість масового поступлення поранених і травмованих за короткий час. Ідеологічна відмінність, яка створює багато непорозумінь та психологічних проблем у військових лікарів і неадекватну суспільну думку по відношенню до військової медицини, полягає в тому, що на відміну від медицини мирного часу, фундаментальним принципом якої проголошується вища цінність здоров'я і життя окремої людини, військова медицина повинна віддавати пріоритет інтересам більшості – «тим, кого можна врятувати за цих умов», що реалізується під час сортування.

Досвід гібридної війни в Україні виявив багаторівневі проблеми військової медицини, які можна згрупувати за наступними категоріями: організація, наука, кадри, матеріально – технічне забезпечення, фінансування. Всі проблеми військової медицини впливають і на воєнно–польову хірургію. Але, по суті, вона є прикладною клінічною дисципліною, яка за час АТО отримала нові теоретичні, практичні, технологічні надбання та досвід військових хірургів.

Основними досягненнями вітчизняної ВПХ за час проведення АТО можна вважати: широке застосування апаратів зовнішньої фіксації для хірургічної іммобілізації та етапного лікування вогнепальних переломів довгих кісток; впровадження тактики хірургічного лікування «damage control» на етапах медичної евакуації; розробка методу анатомічної оцінки тяжкості пошкоджень, що є необхідним при визначенні обсягу медичної допомоги, евакуаційної політики; впровадження та застосування нових технологій та методик: VAC – терапії, ультразвукової кавітації, різних методів пластики ранових дефектів при лікуванні вогнепальних ран, комп'ютерного моделювання при відновленні дефектів черепа та щелепно–лицевої ділянки, різноманітні тимчасові та постійні судинні шунти, сучасні методи внутрішнього остеосинтезу.

Одним із провідних факторів оновлення вітчизняної ВПХ є методологічне забезпечення з урахуванням власного досвіду та надбань військової медицини провідних країн світу. Важливим кроком в цьому напрямі стала публікація «Вказівок з воєнно–польової хірургії» у 2014 році та підручника «Воєнно–польова хірургія» у 2016 році.

Подальший розвиток ВПХ буде сприяти розвитку системи лікувально–евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ЗС України. Але система ЛЕЗ, яка була створена під час АТО (по суті – локальної війни) повинна змінюватись зі зміною воєнних і політичних обставин та враховувати сценарії військових конфліктів різної інтенсивності.

#### **Висновки.**

1. ВПХ як спеціальна клінічна дисципліна визначає надання хірургічної допомоги під час бойових дій і, таким чином, впливає на структуру системи ЛЕЗ військ.

2. Система лікувально–евакуаційного забезпечення АТО, що склалась, є основою для подальшого розвитку медичної служби ЗС та інших силових відомств України. Вона залежить від політичного, економічного, військового, військово–медичного потенціалу держави.

3. Єдиний медичний простір із залученням всіх військових і цивільних медичних органів управління, установ та закладів є нагальним необхідним кроком Держави у вирішенні проблеми медичного забезпечення АТО.

## **Оптимизация хирургического лечения закрытых травматических разрывов печени**

**А. А. Капшитарь, А. В. Капшитарь**

**Запорожский государственный медицинский университет**

Хирургическое лечение закрытых травматических разрывов печени направлено на осуществление гемо– и холестаза, профилактики возможных осложнений после операции, дренирования зоны повреждения, брюшной полости. В последнее время некоторые хирурги, наряду с традиционной лапаротомией, стали использовать по строгим показаниям малотравматичные лапароскопические вмешательства с хорошими исходами.

**Цель исследования:** оптимизировать хирургическое лечение травматических разрывов печени как традиционным лапаротомным, так и лапароскопическим доступом.

#### **Объект и методы исследования.**

Проведен анализ результатов оптимизации хирургического лечения разрывов печени при закрытой травме живота у 50 пострадавших. Мужчин было 44 (88%), женщин – 6 (12%) в возрасте от 17 до 74 лет. Изолированная травма имела место у 3 (6%) пациентов, множественная – у 9 (18%), сочетанная – у 38 (76%). В шоке, алкогольном и наркотическом опьянении находились 43 (86%) пострадавших. После клинического обследования и оценки результатов лабораторно–биохимических исследований, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, перитонеального лаважа, лапароскопии их оперировали в течение 1–2 часов.

#### **Результаты и их обсуждение.**

В группе А выполнены открытые операции у 45 (90%) пациентов. Чрескапсульные разрывы печени у 31 (68,9%) пострадавшего ушиты викрилом П–образными швами (25) и узловыми (6) и у 5 (11,1%) – кетгутом, также узловыми швами. С целью улучшения местного гемостаза у 3 пациентов использована гемостатическая губка, у 3 – прядь сальника, у 1 – круглая связка печени. При повреждениях заднее – дорсальных сегментов печени у 10 пострадавших рассекали серповидную связку по А. С. Гешелину. С целью профилактики рецидива кровотечения из ушитых обширных разрывов печени у 2 пациентов выполнили гепатопексию по Хиари – Николаеву, у 1 – В.С. Шапкину.

Корригували разрывы органов брюшной полости (13 пострадавших), грудной – (1), забрюшинного пространства – (1).

При атипичной резекции 6 и 7 сегментов печени у 2 (4,4%) пациентов использован разработанный в клинике шов (Патент України № 18359) и холецистостома. Тугая тампонада обширных разрывов 7 и 8 сегментов печени при низком АД осуществлена у 4 (8,8%) пострадавших.

Подкапсульные гематомы 7 и 8 сегментов печени у 2 (4,4%) пациентов вскрыли, разрывы печени ушили, нагноившуюся центральную гематому у 1 (2,2%) – широко вскрыли и дренировали.

Осложнения возникли у 6 (13,3%) пострадавших. Из них у 3 (50%) пациентов сформировались абсцессы (поддиафрагмальный–1, подпеченочный–1), у 2 (33,3%) – наружный желчный свищ, у 1 (16,7%) – некроз участка печени. Консервативно лечили пострадавших с желчными свищами, остальных – оперировали. Все выздоровели.

Группу В составили 5 (10%) пациентов, которым произведена лечебная лапароскопия с разрывами печени I–II степени и устойчивой гемодинамикой – их тампонирование гемостатической губкой с амбенем, смоченной дициноном, (Патент України № 62318 А), кровь аспирировали (до 500 мл), брюшную полость дренировали без осложнений. Выздоровление.

## **Выводы.**

1. Ранняя диагностика травматических разрывов печени, их масштаб разрушения, осложнений, диагностика сочетанных повреждений, состояния пациента необходима для выбора метода хирургического лечения.

2. Разрывы печени I–II степени с гемоперитонеумом до 500 мл и устойчивым АД подлежали лечебной лапароскопии, описанным способом.

3. Лапаротомия с оптимизацией объема хирургического пособия у остальных пострадавших является методом выбора.

## **Особливості хірургічного лікування постраждалих з абдомінальною бойовою травмою на етапі спеціалізованої медичної допомоги**

**О. Б. Кутовий<sup>1</sup>, А. В. Снісар<sup>2</sup>, В. А. Пелех<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна,

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова»

**Вступ.** Вогнепальні поранення живота та їх наслідки є актуальною проблемою як військової, так і цивільної хірургії. Медична допомога постраждалим з бойовою травмою ґрунтується на системі лікувально–евакуаційного забезпечення, яка передбачає надання відповідних лікувальних заходів на різних рівнях медичної евакуації. Сучасні військові конфлікти значно змінили як структуру бойової травми, так і особливості лікування поранених і постраждалих на різних етапах евакуації.

**Мета дослідження:** проаналізувати особливості хірургічного лікування постраждалих з абдомінальною бойовою травмою на етапі спеціалізованої медичної допомоги на прикладі обласної цивільної лікарні.

**Матеріали і методи дослідження.** З 2014 по 2018 роки до Дніпропетровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова надійшло у 2346 поранених і постраждалих у військовому

конфлікті на сході України. Бойова хірургічна травма живота діагностована у 253 (10,8%) постраждалих. Чоловіків було 249 (98,4%), жінок – 4 (1,6%). Вік хворих коливався від 18 до 58 років.

Обстеження постраждалих при надходженні включало загальноклінічні, лабораторні, інструментальні та рентгенологічні методи дослідження, у тому числі ультразвукове дослідження за Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST–протокол), ендоскопія різних відділів шлунково–кишкового тракту, лапаро– і торакоскопія, спіральна комп'ютерна томографія.

**Результати та їх обговорення.** На етапах медичної евакуації до надходження у клініку оперовані 182 (71,9%) хворих, з них двоє оперовані двічі. Нами прооперований 91 (35,9%) пострадалий з пораненнями та травмами живота, при цьому 37 (40,7%) – первинно. Всього виконано 154 операції. Кількість первинно оперованих хворих у клініці щорічно зменшувалась з 20 (21,9%) у 2014 році до 5 (5,5%) у 2017 році. Питома вага повторно оперованих пацієнтів коливалась від 7,7% до 22,0% в залежності від тяжкості поранення.

Показання до хірургічного лікування на етапі спеціалізованої допомоги: ознаки ураження органів черевної порожнини за даними допоміжних методів обстеження, видалення по дренажам з черевної порожнини патологічного вмісту (кров, жовч, гній, сеча, кишковий вміст), ознаки кишкової непрохідності або перитоніту, дислокація органів за межі черевної порожнини, патологічні рідинні скупчення у паренхімі органів та черевній порожнині, виконання принципів Damage Control Surgery.

Провідними підходами та методами хірургічного лікування постраждалих на етапі спеціалізованої допомоги, що були застосовані у клініці, були: використання принципів Damage Control Surgery; ранні санаційні релапаротомії при масивних ураженнях органів черевної порожнини; використання резекційних операцій при масивному та множинному ушкодженні порожнистих органів; широке використання ілео– або колостоми для відведення кишкового вмісту; полідренування та широке розкриття клітковинних просторів; профілактика компартмент–синдрому; використання вакуум–терапії.

Післяопераційні ускладнення виникли у 40 (15,8%) пацієнтів, післяопераційна летальність склала 5,4%.

**Висновки:** лікування бойової травми живота на етапі спеціалізованої медичної допомоги повинно базуватися на результатах інформативних методів дослідження та потребує застосування сучасних принципів хірургічної допомоги постраждалим з політравмою з використанням ранніх етапних операцій (Damage Control Surgery) та активної хірургічної тактики, що дозволяє отримати гарні безпосередні результати лікування цієї складної категорії хворих.

## Досвід ендопротезування колінних суглобів у пацієнта з подагричним артритом колінних суглобів

Д. В. Лось, В. Т. Сенник, В. І. Медзин, А. В. Лось, О. П. Синишин

Військово – медичний клінічний центр Західного регіону, Львів, Україна

**Вступ.** Поширеність подагри в світі сягає 3 % серед дорослого населення, в Україні – 0,4%. Подагра є частою причиною розвитку гострого артриту колінних суглобів у чоловіків та жінок старшого віку (пік захворюваності в чоловіків припадає на вік 35–50 років, у жінок — 55–70 років).



Хронічний перебіг захворювання з поступовим прогресуванням приводить до постійного вираженого больового синдрому та втрати функції суглобів у вигляді деформацій та контрактур, стійкої втрати працездатності, що визначає актуальність хірургічного лікування.

**Мета дослідження:** покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з подагричним артритом колінних суглобів з вираженим больовим синдромом.

**Матеріали і методи:** пацієнту 60 років з подагричним артритом колінних суглобів з інтервалом в 13 місяців виконано ендопротезування обох колінних суглобів. Оперативному лікуванню передувала інтенсивна протизапальна і специфічна (урикодепресивна і урикозурична) терапія для досягнення стійкої ремісії подагри. В післяопераційному періоді застосовано схему індивідуальної реабілітації із врахуванням особливостей загоєння післяопераційної рани. Клінічні результати проаналізовані з використанням Knee Society Score, 1989.

**Результати лікування** оцінені як відмінні: правий колінний суглоб – 90 балів, лівий – 85 балів (Knee Society Score, 1989). Больовий синдром періодичний при тривалій ході, незначне обмеження (до 15° згинання, 5° розгинання лівого колінного суглоба), відсутність деформації та нестабільності колінних суглобів, можливість тривалої ходи без допоміжних засобів.

**Висновки:** запропонована схема комплексного (консервативного і оперативного – ендопротезування) лікування дозволяє досягнути відмінних результатів у пацієнтів з подагричним артритом колінних суглобів.

## Принципи застосування хірургічної тактики “Damage control” у лікуванні потерпілих із тяжкою абдомінальною травмою

В. П. Польовий, А. С. Паляниця, П. М. Волянюк,  
Р. П. Кнут, Д. Д. Лепкалюк

Кафедра загальної хірургії  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» м. Чернівці

**Вступ.** Збільшення техногенних і природних катастроф, військових конфліктів призводить у 50–60% випадків до поєднаних і множинних ушкоджень органів і систем людини. Особливою тяжкістю виділяються ушкодження органів черевної порожнини, частка яких у загальній структурі хірургічної травми складає від 1,5 до 18% всіх травм мирного часу і понад 10% у локальних війнах. Для позитивного ефекту хірургічного лікування тяжких абдомінальних ушкоджень має значення вибір часу надання допомоги, послідовність та об'єм оперативних втручань.

**Мета дослідження** – покращити результати хірургічного лікування потерпілих з тяжкою абдомінальною травмою.

**Матеріали і методи дослідження.** Під нашим спостереженням в лікарні швидкої медичної допомоги знаходилося 28 потерпілих з тяжкими поєднаними травмами органів черевної порожнини. Середній вік пацієнтів становив 39 років (18–66 років), середня оцінка ступеня тяжкості ушкодження за шкалою ISS становила 23 бали. З 28–ми потерпілих 19 пацієнтів зазнали травми печінки, в тому числі 6 – з поєднаними ушкодженнями, 13 – з ізольованими; 9 – з тяжкими поєднаними ушкодженнями порожнистих органів

та брижових структур. Усі хворі поступали в стані шоку. З IV ступенем тяжкості за шкалою ISS було 22 особи, з V ступенем – 8. Середній показник крововтрати становив 1200 мл (від 1000 до 2700 мл). Враховуючи тяжкий стан потерпілих, який погіршувався під час проведення оперативного втручання відносно них застосовувалась багатоетапна хірургічна тактика.

Первинна лапаротомія за застосування тактики “damage control” вимагає дотримання п'яти наступних кроків: 1) зупинки внутрішньочеревної кровотечі; 2) ревізії органів черевної порожнини; 3) контроль контамінації черевної порожнини мікроорганізмами; 4) кінцевої тампонади; 5) закриття черевної порожнини.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У пацієнтів з високим ризиком розвитку ускладнень намагалися завершити оперативне втручання шляхом одномоментної корекції ушкоджень органів черевної порожнини. У той же час переривання первинної лапаротомії було єдиним шансом до спасіння потерпілого, в якого розвинулася коагулопатична кровотеча. Тому рішення перервати операцію необхідно приймати якомога раніше, тоді коли кінцеве відновлення ушкодження не буде компенсовано фізіологічними резервами потерпілого або обмежені технічні можливості. Головними патофізіологічними чинниками щодо застосування тактики “damage control” при абдомінальній травмі є метаболічний ацидоз, гіпотермія та коагулопатія (“летальна тріада”).

Наступність прийняття рішення щодо застосування багатоетапних лапаротомій у хворих із тяжкою абдомінальною травмою нами визначалось в п'ять етапів лікування.

*I етап лікування.* Визначення показань до багатоетапного лікування.

*II етап лікування.* До переведення потерпілого із операційної в палату інтенсивної терапії необхідно вирішити наступні питання: коли переводити пацієнта; чи зберігається залишкова кровотеча; чи є необхідність у тампонуванні черевної порожнини; чи є необхідність у проведенні цих заходів взагалі.

*III етап лікування.* На даному етапі лікування головним завданням було відновлення фізіологічних параметрів організму потерпілого в палаті інтенсивної терапії.

*IV етап лікування* передбачає повернення потерпілого в операційний блок для повної реконструктивної хірургічної корекції органів і систем черевної порожнини, які травмовані.

*V етап лікування.* На даному етапі проводиться пошук методик закриття черевної стінки.

Принципи операції “damage control” використанні нами у 28-ми пацієнтів основної групи при тяжкій абдомінальній травмі. Отримані позитивні результати її застосування дозволяє оцінити її найбільш оптимальною для цієї категорії потерпілих. Якщо в контрольній групі летальність серед пацієнтів, яким виконані первинні операції в повному об'ємі склала 48%, то в основній групі 27%, що є важливим аргументом на користь подальшого застосування запропонованої тактики в практику хірургічних стаціонарів.

**Висновок.** Тактика “damage control” у хірургічному лікуванні потерпілих з тяжкою абдомінальною травмою є життєво необхідним критерієм стратегії ведення таких пацієнтів. Однак, на думку М.М. Абакумов и соавт. (2007), концепцію “damage control” не можна вважати принципово новою і вона призначена тільки для обмеженого контингенту потерпілих, оскільки не вичерпує всіх можливих варіантів лікування пацієнтів з множинними та поєднаними ушкодженнями живота.

## Лікування синдрому посттравматичного артеріовенозного скиду внаслідок поранень магістральних судин

В. М. Роговський, Б. М. Коваль, О. С. Родіонов, А. А. Писаренко

Клініка судинної хірургії Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

**Вступ.** Травма є третьою за частотою причиною смерті в загальній популяції і головною серед населення молодше 45 років. Пошкодження судин складають 3% серед травм. Частота травми судин в період воєн порівнянна з такою у мирний час і варіює від 0,2% до 4% загального числа травмованих пацієнтів. При цьому до 10% випадків згодом формуються периферичні аневризми і артеріовенозні (АВ) нориці.

**Мета дослідження:** покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з посттравматичним артеріовенозним скиданням на основі вивчення етіопатогенетичних аспектів патології і розробка диференційованого лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період проведення АТО в клініці судинної хірургії НВМКЦ ГВКГ перебували на стаціонарному лікуванні 8 пацієнтів з АВ-скиданням у віці від 25 до 57 років (середній – 42 роки). Тривалість захворювання на момент надходження коливалася від 3 місяців до 1 року. У всіх пацієнтів (8) АВ-співвустя виникли внаслідок осколкових поранень судин кінцівок.

Хірургічні втручання виконали 8 пацієнтам з АВ-скиданням, при цьому пряму операцію провели в 6 (80%) випадках, рентгенендоваскулярної – в 1 (10%). Комбіноване поетапне лікування – у 1 (10%). У 7 спостереженнях обсяг відкритих хірургічних втручань був наступним: лігування АВ-співвустя виконано в 2-х випадках, пластика артерії з анастомозом «кінець в кінець» – в 1, бічний шов артерії – в 1, протезування артерій аутовеною – в 5-й випадках.

Інтраопераційне лігування аневризми підколінної вени виконано в 1 випадку, резекція підколінної, задньої великогомілкової вен – в 1 випадку. 2 пацієнтам виконали рентгенендоваскулярної втручання в якості самостійного методу лікування, при цьому у всіх випадках досягли повного роз'єднання АВ-фістули.

Комбіновану операцію провели у 1-го пацієнта, при цьому в якості першого етапу проводили рентгенендоваскулярне втручання, яке дозволило знизити інтраопераційну крововтрату при виконанні другого етапу.

**Результати та обговорення.** Причинами розвитку посттравматичних ускладнень є неадекватна обробка ран без ревізії судин (33,9%), діагностичні помилки, пов'язані з особливостями закритих ушкоджень судин (31,6%), наявність важких поєднаних і комбінованих травм (22,7%), неправильно обрана хірургічна тактика (22,7%). Діапазон часу від моменту травми до надання спеціалізованої хірургічної допомоги склав від 3 місяців до 1 року.

Ми вважаємо, що реконструктивне втручання показано у всіх випадках ураження магістральних судин. При залученні в рубцевий процес нервів і вен показані невроліз, флеболіз. При наявності дифузної артеріоектазії і неможливості роз'єднання судин або ендovasкулярного втручання вважаємо раціональним резекцію патологічно зміненої артерії з подальшим її протезуванням або трансартеріальне прошивання співвустя. Наявність рубцевого процесу (особливо в групі повторних пацієнтів), виражений розвиток колатерального русла і ризик кровотечі, відносно звуження артерії нижче зони АВ-співвустя (надбана гіпоплазія відповідного артеріального сегмента) ускладнюють можливість виконання реконструкції. У цих випадках, з метою зменшення ризику

інтраопераційної крововтрати, в якості першого етапу (при наявності необхідних анатомічних умов) показано ендovasкулярне втручання.

Феномен АВ–скидання сприяє порушенню гемодинаміки і формування так званого 3–го («фістульозного») кола кровообігу, що викликає перевантаження серцево–судинної системи додатковим обсягом крові. Розвиваються регіонарні і системні гемодинамічні порушення.

**Висновки.** Радикальна хірургічна ліквідація АВ–скидання гарантує поліпшення показників системної гемодинаміки вже в ранньому п/о періоді. Наведені нами клінічні спостереження свідчать про необхідність проведення раних оперативних втручань, до розвитку незворотних змін в міокарді.

## Результати надання ангіохірургічної допомоги пораненим із ушкодженням магістральних судин нижньої кінцівки та брахіоцефальної ділянки в умовах проведення бойових дій в зоні АТО

В. М. Роговський, Ю. П. Круль, А. О. Бондаревський, М. В. Щепетов

Національний військовий медичний клінічний центр «ГВКГ»  
Клініка судинної хірургії

**Актуальність.** Поранення верхніх та нижніх кінцівок становить 70–80% від усіх судинних поранень, тоді як 10–15% випадків — це поранення судин в ділянці шиї і 5–10% — у ділянці тулуба. Летальність при кровотечі із стегна в історичному плані складала 75 %, на сучасному етапі за рахунок принципів ТССС зменшилась до 10 %, рівень ампутацій при пораненнях підколінної артерії складав до 45%, на сучасному етапі не більше 25%, інвалідизація 60–65%.

**Мета.** Вивчити результативність надання ангіохірургічної допомоги пораненим з вогнепальними пораненнями магістральних судин нижньої кінцівки та брахіоцефальної ділянки на II та III рівні медичної допомоги в зоні АТО (Україна) згідно стандартам НАТО.

**Матеріали і методи.** В період з 2014 по 2017 рік на лікуванні у клініці судинної хірургії НВМКЦ «ГВКГ» знаходилося 237 поранених із зони АТО, з яких мали пошкодження магістральних судин нижньої кінцівки, та брахіоцефальної ділянки. Пораненні були доставлені санітарним транспортом в перші години поранення, на II рівень медичної допомоги. Із 237 поранених було відібрано випадки із найбільш частим типом пошкодженням, з них поранень судин голови та шиї було діагностовано у 6 хворих ( 4.3%), поранень верхніх кінцівок у 37 хворих ( 26.2%), поранення судин нижніх кінцівок зустрічались у 98 хворих (69.5%) з них ураження здухвинного сегменту було виявлено у 2 поранених (2%), стегново–підколінного–у 64(65.3%) гомілкового –у 20 поранених (20.4%), поранення стегново–підколінного діагностовано у 11 хворих (11.2%) здухвинного та стегново–підколінного–у 1 пораненого (1.1%).

Наводимо 2 типових клінічні випадки: перший, мінно–вибухове поранення. Вогнепальні множинні сліпі осколковим пораненням. Вогнепальне сліпе осколкове поранення в/3 лівого стегна з пошкодженням поверхневої стегнової артерії і вени. Субкомпенсована ішемія лівої н/кінцівки ІІа ст. На II рівні допомоги була виконана місцева зупинка кровотечі та реконструктивно відновна операція на пошкодженій судині (алопротезування).

На III рівні при винекненні тромбоза протеза було виконано повторне загальностегново–поверхневостегнове аутовенозне шунтування з утворенням проксимального анастомозу та дистального анастомозу в Гунтеровому каналі, проведено видалення некротизованих м'язів передньої групи на гомілці. Післяопераційний період сприятливий, стан кровообігу нижньої кінцівки компенсований; другий, хворий з вогнепальним кульовим сліпим пораненням шиї та грудної клітини з ушкодженням правої підключичної та пахвової артерій, правої підключичної та яремних вен, переломом правої ключиці, першого ребра, тіла лопатки праворуч, із сторонніми тілами (кулі) в проекції верхівки правої легені, лопатки. На II рівні допомоги було проведена, місцева зупинка кровотечі, торакоцентез, пункція правої плевральної порожнини, дренування правої плевральної порожнини по Бюлау. Здійснена ревізія судинно–нервового пучка шиї та правої верхньої кінцівки справа, зупинка кровотечі, евакуація гематоми, перев'язка підключичної, зовнішньої та внутрішньої яремних вен, аутовенозне протезування правої пахвової артерії, аутопластика правої підключичної артерії та металоостеосинтез правої ключиці, дистальна фасціотомія кінцівки. Кровообіг у верхні кінцівці відновлено, результат лікування задовільний.

**Висновок.** Вогнепальні поранення магістральних судин є складною і небезпечною патологією, що супроводжується високим рівнем летальності, ускладнень та інвалідизації постраждалих. Задовільні результати лікування були отримані за умови швидкої евакуації поранених на етап спеціалізованої ангіохірургічної допомоги та надання медичної допомоги на попередніх етапах. Положення клінічних практичних настанов медичної служби країн НАТО можна використовувати у повсякденній діяльності загальних та судинних хірургів при лікуванні бойових та побутових поранень судин. Повний обсяг виконання настанов можливий за умов відповідного матеріального забезпечення всіх рівнів медичної допомоги ( наявність тимчасових судинних шунтів впровадження ангіографії як рутинного методу діагностики, внутрішньосудинної балонної та медикаментозної емболізації ушкоджених судин, стентування судинних ран ).

## Особливості діагностики і лікування некротизуючої інфекції м'яких тканин

І. Р. Трутяк<sup>1</sup>, О. В. Борзих<sup>2</sup>, Д. В. Лось<sup>3</sup>, Ю. І. Трутяк<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

<sup>2</sup>Національний військово–медичний клінічний центр

«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України, Київ,

<sup>3</sup>Військово–медичний клінічний центр Західного регіону МО України, Львів

Однією з найбільш грізних форм інфекційних ускладнень в м'яких тканинах є некротизуюча інфекція, яка супроводжується тяжкою інтоксикацією та летальністю, що сягає 30–70%. Некротизуючою інфекцією можуть бути уражені кінцівки, грудна клітка, черевна стінка і промежина. Частота ампутацій кінцівок при некротизуючій інфекції становить 25–50%, а у пацієнтів, які одужали, функція ураженої кінцівки порушується у 26%.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано діагностику і лікувальну тактику у 8 пацієнтів з некротизуючою інфекцією м'яких тканин різних локалізацій. Всі були чоловіками віком до 46 років. У трьох із них процес локалізувався на нижніх кінцівках, у трьох – була гангрена Фурн'є і у двох – на верхніх кінцівках, з яких в одного – інфекція із верхньої кінцівки

поширилась на грудну і черевну стінку. Два пацієнти з гангrenoю Фурн'є, які поступили через тиждень від початку захворювання з поширеним некротичним процесом на промежині, черевній стінці і стегнах, померли від поліорганної недостатності на ґрунті тяжкої інтоксикації. Інші 6 – одужали після багатьох операційних втручань та інтенсивної терапії.

**Результати та обговорення.** Залежно від глибини ураження морфологічного субстрату виділяємо некротичну форму бешихи, некротичний целюліт, некротичний фасціїт і некротичний міозит. На початку захворювання клінічні прояви некротизуючої інфекції є незначні і не відрізняються від звичайного запального процесу, а площа шкірних змін є значно меншою за ураження підлягаючих тканин. Найбільш відповідає зоні поширення некротичного процесу площа болю і болючості. Специфічними ознаками некротичного фасціїту є синюшні плями і рожево-фіолетові полоси на шкірі, які прослідковуються за ходом запливів гнійного ексудату. При некротичному міозиті біль в ураженій ділянці має характер розпираючого, посилюється при рухах, а з рани – ексудат з різким неприємним запахом.

Відсутність клінічного ефекту від консервативної терапії протягом 12 годин і наростаюча інтоксикація організму є показанням до операційного втручання, яке дозволяє достовірно оцінити стан тканин та вибрати адекватний обсяг операції. Всі нежиттєздатні тканини (підшкірна клітковина, фасції і м'язи) підлягають максимально радикальному висіченню з розкриттям запливів ексудату та ретельному промиванні рани антисептиками. Такі пацієнти потребують щоденної ревізії і туалету рани для виявлення та додаткового висічення нових уражених тканин. Хірургічні втручання є основним компонентом комплексного лікування, яке включає антибактерійну терапію, гіпербаричну оксигенацію, VАС–терапію, детоксикаційну і замісну терапію. Остаточним етапом лікування є пластичне закриття рани. Некротизуючу інфекцію м'яких тканин на початковій стадії її розвитку доводиться диференціювати із синдромом підвищеного внутрішньо фасціального тиску. Особливо це стосується пацієнтів з компресуючою травмою кінцівки.

**Висновки.** Достовірна оцінка поширення ураження м'яких тканин при некротизуючій інфекції можлива тільки під час хірургічного втручання. Програмовані повторні некректомії і хірургічний туалет рани в комплексі з інтенсивною терапією, гіпербаричною оксигенацією, VАС–терапією та пластичним закриттям ран після ліквідації гострого процесу є необхідними компонентами лікування цієї категорії пацієнтів.

## Особливості реконструктивно-відновних операцій при пораненнях товстої кишки під час АТО

О. І. Уманець, Д. С. Давидчук, О. В. Оссовський, Є. В. Цема,  
В. С. Нечай, Р. К Палієнко., О. П. Біба

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», Київ

**Вступ.** За досвідом проведення антитерористичної операції на сході України частка поранень тазу складає 2,7%, черевної порожнини 7% (в 2017 ~ 4%). Пошкодження тазових органів (пряма/товста кишка, сечовий міхур) мають місце у 15–21% при вогнепальних пораненнях тазу, а 1/3 поранень живота є проникаючими з пошкодженнями органів черевної порожнини. Летальність при даній травмі коливається від 13 до 75%.

Ізольовані поранення товстої кишки зустрічаються рідко. Найчастіше вони супроводжуються переломами кісток тазу, пораненням сечовивідних органів, передміхурової залози, судин, поєднуються з ураженням інших ділянок.

Поряд з іммобілізацією, боротьбою з шоком, зупинкою кровотечі, профілактикою інфекційних ускладнень (перитоніту), якими супроводжуються травми тазу та черевної порожнини, основною життєвонеобхідною умовою сприятливого перебігу лікувального процесу при пошкодженнях товстої кишки є накладення превентивної (профілактичної) стоми вище рівня пошкодження.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості реконструктивно-відновних операцій виконаних пацієнтам при пошкодженнях товстої та прямої кишок.

**Матеріали та методи.** Дане дослідження включає 33 пацієнти, котрим були виконані колоректальні реконструктивно-відновні операції в період з 2014 по 2018 рік на базі проктологічного відділення НВМКЦ; в 2 з них була петлева сигмостома, в 5 – кінцева сигмостома, в 2 – кінцева десцендостома (операція по типу Гартмана), в 10 – петлева трансверзостома, в 5 – кінцева трансверзостома, в 2 – кінцева асцендостома, в 4 – петлева ілеостома, в 3 – кінцева ілеостома. Середній вік 34 роки (від 18 до 46 років). Тривалість перебування в стаціонарі коливалася в широкому діапазоні – від 9 до 34 діб.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всім пацієнтам пропонувалося відновне хірургічне лікування не менше як через 6 місяців після поранення: це пов'язано перш за все із завершенням формування злукового процесу в черевній порожнині, оскільки, в більшості з них (21 із 33) вже було по декілька етапних операцій на черевній порожнині внаслідок поранень та ускладнень в післяопераційному періоді (розлитий каловий/біліарний перитоніт, гемоперитонеум). Крім того, обов'язковими умовами відновлення безперервності ШКТ є відсутність таких станів як диверсійний коліт (коліт «вимкненої» кишки), кишкові нориці (часто супроводжують поранення ампули прямої кишки внаслідок переломів сідничних та лобкових кісток або як ускладнення в результаті неспроможності кишкових анастомозів), недостатність сфінктера заднього проходу (при тривалому його «не функціонуванні»), відсутність стриктур/стенозів (на рівні накладених раніше анастомозів, що «прикривалися» стомою).

З нашими спостереженнями диверсійний коліт був виявлений у 26 пацієнтів, кишкова нориця – у 3 пацієнтів (у 2 – неповна, у 1 – повна), недостатність анального сфінктера – у 21 пацієнта, стриктуру на рівні анастомозу мав 1 пацієнт.

Всі пацієнти проходили обов'язковий алгоритм обстеження перед операцією, що включає крім загально лікарського (лабораторний моніторинг, ЕКГ, ФОГК, УЗД ОЧП, ФЕГДС, огляд терапевта) наступні: ректороманоскопію, іригоскопію (в тому числі з водорозчинним рентгенконтрастом при наявності слизових обструктивних стом), фістулографію (при наявності кишкових нориць), колоноскопію, при необхідності – КТ, МРТ, сфінктерометрію. Це дозволяє окрім виключення перерахованих вище небажаних станів, співставити привідний/відвідний кінці кишки, визначити їхнє положення в черевній порожнині, дефіцит відстані між ними і спланувати найбільш оптимальне оперативне втручання. Особливо несприятливими та незручними в хірургічному плані є відновні операції після обструктивних резекцій при значному дефіциті між привідним та відвідним кінцями кишки, тобто між власне стомою та заглушеним кінцем (9 пацієнтів). Це вимагає трудоемкого вісцеролізу, зокрема гострим шляхом, який в свою чергу супроводжується масивною крововтратою (необхідність гемотрансфузії), значною тривалістю втручання (в середньому на 90 хв триваліше), високою частотою післяопераційних ускладнень (гострі стресові виразки кишки, рання злукова непрхідність, внутрішня кровотеча) та, як наслідок, повторних операцій.

З ускладнень в ранньому післяопераційному періоді трапляється інфікування післяопераційної рани (частіше всього внаслідок контакту слизової оболонки кишки і м'яких

тканин рани при накладанні анастомозу) – 4 пацієнта, та кровотеча з м'яких тканин в ділянці доступу, джерелом якої є судини підшкірно–жирової клітковини та м'язів передньої черевної стінки) – 2 пацієнта. Для профілактики цих ускладнень післяопераційну рану не слід зашивати наглухо, а превентивно накладають кисетний шкірний шов, що забезпечує адекватне дренивання, можливість ревізії та санації при виявленні ускладнень, своєчасну ліквідацію гематом і сером в рані, а під час операції – мінімальна травматизація кишки при накладанні анастомозу (перевага надається використанню степлерних методик) та ретельний гемостаз.

Рідшими ускладненнями є післяопераційні абсцеси, флегмони м'яких тканин передньої черевної стінки, неспроможність кишкового анастомозу, що при екстраперитонеальних ушиваннях стоми проявляється появою відходження газів та рідкого калу через післяопераційну рану паралельно з відновленням пасажу по відключеній частині кишки через задній прохід. Крім підвищеного натягу та недостатнього кровопостачання зони кишкового анастомозу, додатковими факторами, що зумовлюють розвиток неспроможності, є функціональна недостатність відвідного кінця та необхідність вісцеролізу при мобілізації привідного/ відвідного кінців кишки, що підвищує ризик формування субпаневротичних абсцесів. Тактика ведення таких хворих включає щоденні перев'язки з метою контролю за перебігом ранового процесу (на рану встановлюється калоприймач, краще двокомпонентний, для можливості ревізії та дренивання виділень), післяопераційна рана загоюється вторинним натягом з поступовим закриттям («задавленням») зони неспроможності грануляціями, або, рідше, з формуванням повноцінної кишкової нориці, яка має тенденцію до самозакриття, а в деяких випадках – потребує повторної операції.

Серед ускладнень в пізньому післяопераційному періоді виникають післяопераційні вентральні грижі (при неспроможності швів апоневрозу) – 1 пацієнт, післяопераційні зміни шкіри в ділянці операції (келоїдні рубці, пігментації, гіперкератоз), стриктури на рівні накладеного відновного анастомозу.

**Висновки.** Реконструктивно–відновні операції є важливою ключовою частиною медико–соціальної реабілітації пацієнтів з пошкодженням товстої та прямої кишок, які вимагають індивідуального міждисциплінарного підходу до кожного випадку з ретельним вибором терміну, методики оперативного втручання та кропіткої підготовки до нього. Для вдосконалення результатів хірургічного лікування стомованих пацієнтів необхідні подальші напрацювання та накопичення досвіду в цьому напрямку.

## Особливості формування та хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж у поранених з бойовою травмою живота

І. П. Хоменко, Р. В. Гибало

**Вступ.** Вогнепальні поранення та закрита травма органів черевної порожнини, не дивлячись на невисокий відсоток в структурі загальної бойової патології (приблизно 4%), а також на широке використання засобів індивідуального захисту, продовжують займати вагомe місце серед проблем військово–польової хірургії. Однією з проблем пацієнтів із даною патологією є виникнення пізніх ускладнень, серед яких великий відсоток займають вентральні грижі, що виникли після багатоетапного хірургічного лікування бойової травми живота.



Особливості формування вентральних гриж при вогнепальних пораненнях: значне руйнування черевної стінки спричинене безпосередньою дією раннячого снаряду; наявність зон вторинних некрозів, контузій, порушення кровопостачання; первинне інфікування тканин черевної стінки; повторні оперативні втручання на етапах медичної евакуації; “обов’язковий” розвиток перитоніту; використання VAC терапії; закриття масивних дефектів черевної стінки розщепленими шкірними клаптями; наявність кишкових, жовчних та панкреатичних нориць.

Враховуючи особливості формування вентральних гриж при вогнепальних пораненнях формуються складні дефекти черевної стінки, які займають декілька анатомічних ділянок, із локалізацією, що рідко зустрічається, після перенесеної ранової інфекції, з інфікованим та забрудненим операційним полем, норицями, стомами, масивною втратою опорних тканин та супроводжуються дистрофічно-атрофічними процесами опорних тканин до 10 см від краю дефекту.

**Матеріали і методи.** На базі відділення абдомінальної хірургії НВМКЦ “ГВКГ” МО України в період з 2014 по 2018 рік було прооперовано 36 поранених із післяопераційними вентральними грижами після багатоетапного хірургічного лікування з приводу бойової травми живота.

Вік пацієнтів склав від 21 до 45 років. Всі пацієнти були прооперовані в плановому порядку.

В експерименті вивчені морфологічні зміни в зоні розташування алотрансплантату при його підапоневротичному, між’язевому, передперитонеальному розташуванні. Дослідження проводили в експерименті на 30 дорослих кролях породи шиншилла. Проводили імплантацію стерильних шматочків сітчастого поліпропіленового ендопротеза (PROLEN, Ethicon) розміром 1,0 × 1,0 см в бокові відділи передньої черевної стінки між апоневрозом та м’язом, між’язево та передочеревинно.

На 7, 14, 21, 28 та 35 добу після імплантації брали ділянку тканин передньої черевної стінки в зонах імплантацій разом з ендопротезом розмірами 1,5 × 1,5 см. Для оцінки ефективності формування сполучнотканинного каркаса в залежності від топографічного розташування імплантату було проведено морфологічне дослідження.

**Результати та їх обговорення.** Формування рубця після встановлення трансплантату розвивалось не однаково та залежить від локалізації останнього. При імплантації сітки в ділянку очеревини на 28–35 добу виявлене утворення жирової тканини в ділянці очеревини, місцями нитки сітки оточені жировою тканиною.

При імплантації сітки в ділянці мязів на 28–35 добу настає формування сполучної тканини, зменшується кількість фібробластів та збільшується кількість волокнистих структур. Нитки сітки замуrowані в сполучнотканинні волокна, між нитками сполучна тканина більш тонка ніж в місцях локалізації сітки.

При імплантації сітки в ділянці мязів на 28–35 добу настає формування сполучної тканини, зменшується кількість фібробластів та збільшується кількість волокнистих структур. Нитки сітки замуrowані в сполучнотканинні волокна, між нитками сполучна тканина більш тонка ніж в місцях локалізації сітки.

**Висновки.** Післяопераційні вентральні грижі після вогнепальних поранень живота утворюються значно швидше ніж після “звичайних” операцій. Крім того, ми виявили наступні особливості формування та хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж у поранених з бойовою травмою живота: часто формуються складні дефекти черевної стінки; грижі виникають після перенесеної ранової інфекції; часто супроводжуються наявністю нориць та стом; оперативні втручання проводяться через

6 місяців після останнього оперативного втручання, а при наявності нориць та стом після їх закриття; спосіб пластики черевної стінки обирається індивідуально для кожного пацієнта

## Хірургічна тактика при вогнепальних пораненнях дванадцятипалої кишки

**І. П. Хоменко, Р. В. Гибало, Г. Г. Макаров, А. В. Сотников,  
П. О. Шкляревич, І. О. Іщенко**

**НВМКЦ «ГВКГ», Україна**

Частота вогнепальних ушкоджень дванадцятипалої кишки (ДПК) за даними літератури становить від 1 до 5% від числа проникаючих вогнепальних поранень живота. У 90% випадків ці ураження поєднуються із іншими пораненнями органів черевної порожнини. Вони відрізняються великою кількістю помилок як діагностичного, так і лікувально-тактичного характеру, а також високим показником летальності (23–36%), особливо при ушкодженнях позаочеревинних відділів ДПК.

Нами проаналізовано 17 випадків лікування поранених із вогнепальними ушкодженнями ДПК, які поєднувались з пораненнями правої половини ободової кишки, шлунку, тонкої кишки, правої нирки, нижньої порожнистої вени, торакальними та скелетними пораненнями. Всі вони були евакуйовані до II рівня надання медичної допомоги (військові мобільні госпіталі, центральні районні лікарні МОЗ України) на протязі 1–1,5 години з моменту поранення та надходили у стані травматичного шоку, де їм надавалась кваліфікована хірургічна допомога. Серед них ушкодження цибулини ДПК були виявлені у 70,6% випадків, у інших 29,4% ушкодження були локалізовані у вертикальному та нижньогоризонтальному відділах, які представляли особливу складність діагностики та лікування. Рани на передній стінці ДПК ушивались у поперечному напрямку у 76,5% випадків.

Після усунення проявів шоку всі поранені були евакуйовані на подальші етапи медичної евакуації (ВМКЦ ПР та НВМКЦ «ГВКГ»), де частині із них виконувались повторні операційні втручання. Показаннями до релапаротомій були: 1) поступлення жовчі та кишкового вмісту по дренажах; 2) шлунково-кишкова кровотеча; 3) прогресування парезу кишківника та вогнепального перитоніту; 4) проведення damage-контролю.

Під час релапаротомій було діагностовано неспроможність швів, або невиявлене раніше поранення ДПК. Практично у всіх цих випадках Часто спостерігались ознаки травматичного «головчастого» панкреатиту, панкреонекрозу. Частка таких поранених становила 29,4% від загального числа оперованих. Був виконаний наступний обсяг операційного втручання: 1) широка мобілізація ДПК за Кохером із візуалізацією раневого отвору та ушиванням його у поперечному напрямку атравматичним двошрядним швом; 2) відключення ДПК шляхом прошивання та перитонізації вихідного відділу шлунку; 3) накладення переднього попередубодового на довгій петлі гостро-ентероанастомозу з межкішковим (Брауновським) співустьям; 4) проведення харчового назо-гастро-інтестинального зонду у відвідну кишку для ентерального харчування; 5) накладення холецистостоми через паренхіму печінки; 6) адекватне дренування черевної порожнини та заочеревинного простору.

Серед ускладнень мали місце: 1) нагноєння післяопераційної рани; 2) нозокоміальна пневмонія; 3) рання злукова тонкокишкова непрохідність. Терміни лікування становили від 32 до 56 діб. Результатом лікування у всіх випадках стало одужання.

**Висновки.** Серед випадків вогнепальних проникаючих поранень живота залишається актуальним надання медичної допомоги при ураженнях ДПК внаслідок складності та великої кількості помилок як діагностичного, так і лікувально-тактичного характеру. Характер поранень ДПК часто супроводжується травматичним панкреатитом та панкреонекрозом, що є несприятливим фактором у плані виникнення неспроможності накладених раніше швів. Запропонована програма дозволяє зменшити частку ускладнень та покращити результати лікування.

# 2

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА



## Удосконалені варіанти трубчастих резекцій шлунку в лікуванні хронічних та ускладнених гастродуоденальних виразок

А. Д. Беденюк, Є. В. Якубенко

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, МОЗ України, ТОР «Тернопільська університетська лікарня»

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку хірургії проблема ефективного хірургічного лікування хронічних та ускладнених гастродуоденальних виразок (ГДВ) залишається складною, дискусійною та соціально значимою (О. О. Шалімов, В. Ф., Саєнко, 1987; Л. И. Василенко, 1993; В. І. Мамчич та співавт. 1995; М. М. Велигоцький та співавт., 1998 та інші).

Більшість хірургів (В. Ф. Саєнко, А. С. Лаврик, 1998; І. Є. Верхулецький, 1990; Sekine et al., 1975; Nilsell et al., 1986) віддають перевагу органозаощаджувачим та сегментарним резекціям шлунку (РШ) в лікуванні хронічних та ускладнених ГДВ. Водночас, залишається дискусійним питання вибору форми шлункової кукси (ШК) та її анастомозування, що забезпечує достатню резервуарну функцію і своєчасний характер евакуації (Л. І. Василенко, 1993; М. М. Велигоцький та співавт. 1999; Chifan et al., 1985); залишається великою кількістю післяопераційних ускладнень, яка досягає 15–20% (Г. І. Дуденко, В. М. Зибін, 1987; Lorusso et al., 1995).

**Мета.** З метою покращення результатів оперативного втручання і зниження кількості постгастрорезекційних ускладнень проведені експериментальні (83 собаки) та клінічні дослідження (455 хворих), на котрих розроблені, опробовані та впроваджені відомі та удосконалені варіанти трубчастих резекцій шлунку (ТРШ) в лікуванні хворих з хронічними та ускладненими ГДВ з різними варіантами відновлення безперервності шлунково–кишкового тракту.

**Об'єкт і методи дослідження.** У ході виконання ТРШ на 18 собаках та 22 хворих удосконалена методика формування прямого гастродуоденоанастомозу за типом “кінець в кінець”, з метою попередження розвитку анастомозиту та стенозування просвітку ГДА, а саме з дугоподібним, кутоподібним, зустрічним та S-подібним висіченням країв стінок анастомозуючих органів.

**Результати, їх обговорення.** Проведеними дослідженнями встановлено, що із 342 обстежених після різних варіантів ТРШ відмінні результати отримані у 81 (23,7%), гарні – 205 (60%), задовільну 53 (15,5%), незадовільні у 3 (0,9%) хворих, які померли від захворювань, не пов'язаних з об'ємом та засобами виконаних операцій. Найкращі результати отримані у хворих, після КПТРШ. Ускладнення в віддалений термін (1–5 років) після ТРШ спостерігали у 36 (10,6%) обстежених, що в 3 рази був нижче в порівнянні з контрольною групою.

Удосконалена техніка формування ШК при ТРШ та КПТРШ із застосуванням технічних приладів скоротили тривалість втручань на 20–30 хв. і підвищили їх ефективність. Удосконалений спосіб КПТРШ із високою мобілізацією малої кривизни, виконаний у 9 хворих дозволив видаляти субкардіальні і хронічні виразки верхньої третини тіла шлунку по малій кривизні, здійснювати деоментизацію малої кривизни разом із регіональними лімфатичними вузлами, видаляти основну кислотоутворюючу зону малої кривизни, що підвищує радикалізм втручання, розширює можливості для більш ефективного його застосування в клінічній практиці при хірургічному лікуванні хворих з хронічними та ускладненими виразками високої шлункової локалізації.

Удосконалені методики формування прямого ГДА з додатковим дугоподібним, кутоподібним та S – подібним висіченням країв стінок анастомозуючих органів розширюють можливості до формування надійного протистіночного ГДА у хворих із стенозуючими пілородуоденальними виразками, попереджають розвиток анастомозиту, покращують функціональні результати РШ і ТРШ.

**Висновки:** Таким чином, проведеними дослідженнями встановлено, що ТРШ з різними варіантами відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту являється надійним і ефективним методом хірургічного лікування хронічних та ускладнених гастродуоденальних виразок за умови диференційного застосування в клінічній практиці з урахуванням індивідуальних показань до їх виконання.

## Вплив повздожньої резекції шлунка та білопанкретичного шунтування в модифікації Hess–Marceau на метаболічний синдрому у хворих на ожиріння

Я. С. Березницький, Р. В. Дука

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Вступ.** Ожиріння – хронічне багатofакторне гетерогенне захворювання, що характеризується значною поширеністю, прогресуючим зростанням захворюваності, високим кардіометаболічним ризиком. При морбідному ожирінні (МО) на сьогодні найбільш ефективними та надійними методами лікування є хірургічні баріатричні втручання (БВ), метою яких є зниження маси тіла та тривала підтримка досягнутого лікування, що сприяє нівелюванню цілого ряду супутніх ожирінню захворювань.

**Мета дослідження.** Проаналізувати перебіг післяопераційного періоду у хворих на МО після проведеного БВ, ефективність впливу різних хірургічних методів лікування, а саме БПШ в модифікації Hess–Marceau та ПРШ, на зниження маси тіла та тригери супутнього МС.

**Матеріали та методи дослідження.** До дослідження залучено 82 пацієнти із МО та супутнім МС, віком від 21 до 62 років (середній вік  $40,6 \pm 1,09$  років), які були прооперовані в клініці «Гарвіс», яка є клінічною базою кафедри хірургії 1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» і знаходилися під спостереженням протягом 3 та більше років після операції. Серед пацієнтів було 50 (61,0%) жінок і 32 (39,0%) чоловіка.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На початку дослідження дві третини чоловіків ( $n=21 - 65,6\%$ ) і майже половина жінок ( $n=21 - 42,0\%$ ) мали ІМТ понад  $45 \text{ кг/м}^2$  ( $p=0,037$  за критерієм  $\chi^2$ ). Мінімальний показник ІМТ у чоловіків становив  $35,5 \text{ кг/м}^2$ , максимальний –  $85,9 \text{ кг/м}^2$ , середній –  $51,4 \pm 1,97 \text{ кг/м}^2$ . У жінок показник коливався від  $30,7 \text{ кг/м}^2$  до  $62,1 \text{ кг/м}^2$  і в середньому складав  $44,2 \pm 0,99 \text{ кг/м}^2$  ( $p < 0,01$  порівняно з чоловіками). При цьому сформовані клінічні групи здебільшого вірогідно відрізнялись за показниками МО (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,01$ ). Результати дослідження показників вуглеводного обміну напередодні оперативного лікування свідчили про наявність істотної взаємозалежності рівнів С-пептиду, інсуліну і глюкози в крові від ІМТ пацієнтів: для середнього рівня глюкози коефіцієнт кореляції складав  $r_s = 0,350$  ( $p < 0,01$ ), для концентрації інсуліну –  $r_s = 0,399$  ( $p < 0,01$ ), для С пептиду –  $r_s = 0,363$  ( $p < 0,01$ ).

На початку дослідження 42 (62,7%) пацієнтів обох груп, які були поглиблено досліджені, мали високі рівні С-пептиду ( $> 3,85 \text{ нг/мл}$ ), в тому числі 24 (80,0%) пацієнта

I клінічної групи і 18 (48,6%) – II групи ( $p=0,008$  за критерієм  $\chi^2$ ), з максимальними значеннями 15,9 і 11,4 нг/мл.

Отримані данні при аналізі показників обміну протеїнів дозволили зробити висновок про те, що всі тематичні хворі в обох групах не мали вірогідних розбіжностей. Рівень загальний білку коливався в межах  $72,8 \pm 1,08$  г/л (95% ДІ: 70,5–75,0) в I групі та  $71,7 \pm 1,04$  г/л (95% ДІ: 69,6–73,8) ( $p_{1,2}=0,473$  за t-критерієм); рівень альбуміну відповідав показникам  $52,4 \pm 0,94\%$  (95% ДІ: 50,4–54,3) та  $51,0 \pm 0,97\%$  (95% ДІ: 49,0–52,9) ( $p_{1,2}=0,314$ ); глобуліну  $47,6 \pm 0,94$  (95% ДІ: 45,7–49,6) та  $49,0 \pm 0,97$  (95% ДІ: 47,1–51,0) ( $p_{1,2}=0,314$ ); співвідношення альбумін / глобуліну  $1,12 \pm 0,04$  (95% ДІ: 1,04–1,20) та  $1,07 \pm 0,04$  (95% ДІ: 0,99–1,16) ( $p_{1,2}=0,430$ ) відповідно по групам. Аналіз динаміки показників МО протягом 3 років після оперативного лікування показав загальні тенденції до вірогідного (від  $p < 0,01$  до  $p < 0,001$ ) зменшення показників маси тіла та ІМТ у пацієнтів усіх клінічних груп вже через 3 місяці від початку лікування. В цілому втрати надлишкової маси тіла у пацієнтів з МО зросли з 29,5% через 3 міс. після операції до 66,9% впродовж 3 років спостереження з найбільшими показниками у пацієнтів з комбінованою методикою БПШ (до 74,3%)

**Висновки.** Проведений аналіз довів, що модифікована методика БПШ Несс–Марсеау забезпечує % EWL на рівні 74,3% на протязі 3 років після виконання оперативного втручання. ПРШ забезпечує % EWL на рівні 56,6% на протязі 3 років після виконання оперативного втручання.

## Питання діагностики та лікування пацієнтів з кровотечею із варикозно змінених вен стравоходу

Я. С. Березницький, К. О. Ярошенко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Вступ.** Гострі шлунково–кишкові кровотечі (ГШКК) з варикозно змінених вен стравоходу (ВЗВС), складають одну з невирішених проблем сучасної хірургії. Ці кровотечі частіше є профузними та масивними, ніж кровотечі виразкової етіології, летальність при першому епізоді кровотечі сягає 25–84%, при третьому 85–97%. Аналіз результатів повсякденної практичної діяльності та даних літератури дозволяють стверджувати, що покращення результатів лікування цих пацієнтів залежить від постійного вдосконалення існуючих алгоритмів та стандартів лікування, які повинні висвітлювати поетапний процес надання медичної допомоги та враховувати можливості і оснащення лікувальних закладів, це стало **метою** даної роботи.

**Матеріали і методи досліджень.** Показники якості надання медичної допомоги пацієнтам з варикозними кровотечами є досить різноманітними та суперечливими. За європейськими даними в останні десятиріччя летальність знизилась з 65% до 20%, що пов'язано з переглядом в тактиці лікування, застосуванням нових терапевтичних опцій, спрямованих як на безпосереднє зниження тиску в системі ворітної вени (застосування  $\beta$ -блокаторів, транс'югулярного внутрішньопечінкового портосистемного шунтування), так й широке впровадження ендоскопічного лікування (лігування або склерозування флекбктазій). Точних вітчизняних даних про показники лікування пацієнтів з кровотечами з ВЗВС, на жаль, немає, але вкрай висока летальність свідчить про незадовільну якість надання медичної допомоги, одною з причиною цього є відсутність необхідного матеріального забезпечення та обладнання у центрах надання допомоги пацієнтам з

ГШКК. Структура варикозних кровотеч на протязі останніх 20 років значно змінилась, на сьогодні більшу кількість кровотеч з ВЗВС складають пацієнти працездатного віку з вірусним гепатитом С та синдромом портальної гіпертензії невизначеної етіології.

**Результати дослідження та обговорення.** Діагностичний алгоритм при ГШКК з ВЗВС включає: клінічну оцінку симптомокомплексу ГШКК, визначення важкості печінкової недостатності та прогнозу захворювання (за класифікацією C.G. Child–Pugh), підготовку та проведення екстреного ендоскопічного обстеження, встановлення клінічного діагнозу та вибір подальшої лікувальної тактики. Усі діагностичні та лікувальні маніпуляції пацієнтам з кровотечею з ВЗВС повинні проводитись у відділенні інтенсивної терапії з застосуванням всього комплексу допоміжних анестезіологічних (реанімаційних) заходів. Бажаний і ефективний метод ендогемостазу комбінована оклюзивна склеротерапія або комбінація кліпування з інтравазальною склеротерапією флєбектазій, наприкінці обов'язкова балона тампонада зондом Блекмора–Сінгстекена. Лікування включає: поповнення крововтрати до досягнення рівня гемоглобіну 80 г/л; гемостатичну терапію (вазопресин/терлипресин 2 мг кожні 4 години, окреотид 50–100 мкг болюс, потім 25–50 мкг/год до досягнення стійкого гемостазу); антисекреторні засоби;

рентгенендоваскулярні методи гемостазу (транс'югулярне внутрішньопечінкове портокавальне шунтування та / або емболізація лівої шлункової або селезінкової артерії); призначення антибактеріальних засобів, β-блокаторів, спіронолактону, препаратів лактулози. При неефективності вищезазначеного показано виконання екстреного оперативного втручання (перетин стравоходу за допомогою циркулярного степлера або операція Паціори). Абсолютним протипоказанням до операції є розвиток печінкової недостатності з проявами коми.

**Висновки.** У пацієнтів з ГШКК із ВЗВС необхідно визначення причини синдрому портальної гіпертензії, ступеню печінкової недостатності та проведення патогенетично обґрунтованого й своєчасного лікування в спеціалізованих медичних закладах, оснащених необхідним ендоскопічним і рентгенологічним обладнанням.

## Оперативне лікування хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка

**В. В. Бойко, В. О. Лазирський, І. В. Криворотько, С. О. Савві, В.М. Лихман**

*ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева» НАМН України*

**Вступ.** Незважаючи на тенденцію зниження захворюваності на рак шлунка проблема лікування ускладнених форм захворювання залишається актуальною. Частота розвитку післяопераційних ускладнень варіює від 16,3 до 48,0% а летальності від 8,3 до 37,2%.

**Мета дослідження:** покращення результатів лікування хворих з ускладненим місцево–розповсюдженим раком шлунка.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження засноване на аналізі результатів лікування 418 хворих з місцево–поширеним раком шлунка, у віці від 18 до 85 років. Середній вік  $61,9 \pm 8,9$  років. Чоловіків – 261 (62,4%), жінок – 157 (37,6%). Кровотечу виявлено у 252 (60,3%) хворих, стеноз – у 89 (21,3%), перфорацію – у 15 (3,5%), і їх поєднання – у 62 (14,8%) хворих. Крововтрата легкого ступеня, відповідно до класифікації О.О.Шалімова і В.Ф.Саєнко (1987р.), виявлена у 67 (16,0%) хворих; середньої тяжкості – у 136



(32,5%); тяжкого ступеня – у 49 (11,7%). Розподіл хворих за стадіями TNM: T4N0M0 – 44 (10,5%), T4N1M0 – 234 (55,9%), T4N2M0 – 112 (26,9%), T4N3M0 – 28 (6,7%) хворих.

**Результати та обговорення.** Кровотеча ускладнює перебіг раку шлунка в 2,7 – 41% спостережень. Застосування на першому етапі малоінвазивних методів гемостазу дозволило виконати відстрочені операції у 80 (19,1%) хворих. На висоті кровотечі оперовані 40 (9,5%) хворих. Радикальні операції виконані у 5 (12,5%) з них. Післяопераційні ускладнення виникли у 15 (37,5%), померли – 5 (12,5%) хворих.

Комбіновані екстирпації кукси шлунка виконані у 15 хворих. У 10 хворих – з резекцією товстої кишки, доповненої у 2 хворих спленектомією; у 5 – з резекцією підшлункової залози і спленектомією. Помер 1 хворий внаслідок легенево–серцевої недостатності.

Перфорація раку шлунка зустрічається у 2,1% – 11,5% спостережень. Двоетапні втручання виконані у 9 хворих з перфорацією пухлини шлунка. На першому етапі виконували ушивання перфорації пухлини, на другому у 4 хворих – радикальну комбіновану гастректомію, у 5 – паліативні резекції шлунка. У решти хворих виконана первинна резекція шлунка (у 4 – паліативна). Померло 2 хворих внаслідок перитоніту.

Стеноз шлунка при його пухлинному ураженні зустрічається в 7,5% – 25,4% спостережень. Стеноз шлунка відзначений нами всього в 104 (24,8%) спостереженнях. Радикальні операції виконані у 26 (6,2%) хворих, паліативні гастректомії у 7 (1,7%), резекції шлунка – у 18 (4,3%). У 53 (12,6%) хворих виконані симптоматичні операції.

Всього у 168 (40,2%) хворих виконані комбіновані резекції шлунка з лімфодиссекцією D2. Комбінована гастректомія з резекцією поперечної ободової кишки і її брижі – у 36 (8,6%) хворих, з резекцією печінки – у 35 (8,3%), резекцією підшлункової залози в поєднанні з спленектомією і без неї – у 32 (7,6%), спленектомією – у 14 (3,3%), ще у 51 (12,2%) хворого виконані мультівісцеральні резекції. На реконструктивному етапі гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника виконано у 18 хворих.

Паліативні і симптоматичні операції виконані у 250 (59,8%) хворих. Всього післяопераційні ускладнення виникли у 82 (19,6%) хворих. Післяопераційна летальність склала 7,2% (30 хворих).

## **Висновки.**

1. У хворих з ускладненим місцево–розповсюдженим раком шлунка вважаємо за доцільне застосування двоетапної хірургічної тактики з використанням малоінвазивних оперативних втручань.

2. Впровадження запропонованої хірургічної тактики і оперативних втручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 62 (14,8%) в групі порівняння до 106 (25,3%) в основній групі і зниження післяопераційної летальності з 8,0% до 6,3% відповідно.

## **Комплексне лікування синдрому Бурхаве**

**В. В. Бойко<sup>1,2</sup>, В. М. Лихман<sup>1</sup>, А. О., Меркулов<sup>1</sup>, Д. Ю. Гуляєва<sup>2</sup>,  
О. В. Меркулова<sup>1</sup>, Д. О. Мирошніченко<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,  
<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет<sup>2</sup>

**Вступ.** Синдром Бурхаве це спонтанний розрив стравоходу, який виникає через раптове різке підвищення внутрішньо стравохідного тиску. В джерелах літератури зустрічаються й інші назви: барогенний, нетравматичний розрив стравоходу, апоплексія

стравоходу. Результати лікування до теперішнього часу залишаються невтішними. Загальна смертність, за даними різних джерел, при синдромі Бурхаве на 2001 рік склала від 25 до 85%.

**Метою роботи** стало поліпшення результатів лікування хворих зі спонтанним розривом стравоходу.

**Матеріали та методи.** У роботі представлений аналіз результатів лікування 28 хворих зі спонтанним розривом стравоходу пролікованих за період з 1995 по 2018 рр. Хворі були розділені на дві клінічні групи. В основній групі із 14 хворих проводилося комплексне лікування за методикою клініки, в залежності від часу початку захворювання і наявності ускладнень. Залежно від цього хворим виконувалися індивідуально підібрані методи лікування: ендоскопічне стентування стравоходу; оперативне лікування – лапаротомія, ушивання розриву стравоходу, дренажування середостіння, корекція стентування з постановкою «зонда Блекмора». У групі порівняння (14 хворих) при виявленні розриву стравоходу проводилося відкрите оперативне лікування торакальним, або лапаротомним доступом.

**Результати та їх обговорення.** Після впровадження в практику методики клініки серед 14 хворих основної групи відзначено: 1 летальний результат, 13 випадків одужання. Для характеристики стану здоров'я оперованих хворих в післяопераційному періоді здійснювалося тестування обстежуваних по 4 критеріям:

1. Повторне оперативне лікування в основній групі не застосовувалося, в групі порівняння використовувалося в 3-х випадках.

2. Ускладнення з 3 випадків знизилися до 1 і склало 11%, таким чином нам вдалося знизити ускладнення на 22%.

3. Час перебування в клініці знизився на 20 ліжок днів і склало в основній групі 35 ліжок-днів.

4. Смертність знизилася до 14,3%, замість раніше заявлених 76%.

**Висновки.** Виконання комплексного хірургічного лікування спонтанного розриву стравоходу дозволяє зменшити травматичність оперативного втручання, при цьому скорочується час операції та післяопераційного періоду. За рахунок комплексу заходів ми зменшили час реабілітації після операції, а також кількість ускладнень і знизили загальну летальність у цій групі хворих до 14,3%.

## Езофагоколопластика у пацієнтів з протяжною післяопіковою рубцевою стриктурою стравоходу

В. В. Бойко<sup>1,2</sup>, С. О. Савві<sup>1,2</sup>, А. Ю. Королевська<sup>1</sup>, В. В. Жидацький<sup>2</sup>,  
Є. А. Новіков<sup>3</sup>, С. Ю. Битяк<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний медичний університет,

<sup>2</sup> ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України»,

<sup>3</sup> Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

**Вступ.** Формування стравохідного анастомозу за допомогою зшиваючого апарату чи «вручну» несе в собі високий ризик анастомотичної неспроможності, що в подальшому призводить до необхідності активних лікувальних заходів, а іноді – і до повторного оперативного втручання. Неспроможність стравохідного анастомозу та сформовані в подальшому нориці не завжди ефективно піддаються лікуванню і інколи є причиною післяопераційної летальності.

**Методи.** Проведено аналіз лікування 15 хворих з протяжною післяопіковою рубцевою стриктурою стравоходу в поєднанні з декомпенсованим стенозом антрального відділу шлунка внаслідок опіку (5 хворих – 33,3%) та з наявністю в анамнезі оперативних втручань на шлунку (10 хворих – 66,7%) в продовж 2010–2018 років. Середній вік хворих становив 44,8 років. Дисфагія II ступеня діагностована у 5 пацієнтів, III ступеня – у 10. Дані пацієнти після планового обстеження та інтенсивної передопераційної підготовки підлягали радикальному одномоментному хірургічному лікуванню у вигляді екстирпації стравоходу з формуванням езофагоколоанастомозу з колоостою на шиї, кологастроанастомозу та обхідного позадуободового гастроентероанастомозу. Інтраопераційно трансазально заводили зонд через кишковий інтерпонат за зону езофагоколо– та кологастроанастомозу з метою декомпресії, що видалявся на 2–5–ту добу. Другий зонд заводили через сформовану колостому на шиї через кишковий інтерпонат у «відвідну» тонку кишку з метою раннього ентерального харчування.

**Результати.** Неспроможності кологастро– та гастроентероанастомозу у нашому спостереженні не відзначалося. Часткова неспроможність шийного езофагоколоанастомозу спостерігалась у 2 (13,3%) пацієнтів: у одного хворого на 8–й день після виявлення неспроможності заведений інтраопераційно через шийну колостому зонд видалявся після проведеного повторного рентгенологічного дослідження, а у іншого хворого зонд видалявся на 15 добу після виявлення неспроможності. Повної анастомотичної неспроможності жодного з анастомозів у нашому спостереженні не відзначалося.

**Обговорення.** Можливість такого «подвійного» зондування дозволяє в ранньому післяопераційному періоді відійти від рефлюксних ускладнень з боку респіраторної системи та покращити суб'єктивні відчуття хворого за рахунок раннього видалення назогастрального зонду. Наявність колоостоми на шиї та заведеного крізь неї другого зонду у тонку кишку надає змогу раннього повноцінного харчування, а у випадках виникнення часткової неспроможності езофагоколоанастомозу дозволяє відмежувати цю зону та забезпечує можливість місцевих санаційних заходів з позитивним результатом (закриття зони дефекту) за рахунок тривалого утримання зонду.

**Висновки:** Вищенаведена методика дає змогу покращити результати лікування та якість життя оперованих пацієнтів завдяки обмеженню навантаження на сформовані анастомози, ранньому ентеральному зондовому харчуванню з підвищеним калоражем та в разі виникнення часткової неспроможності езофагоколоанастомозу – локальних санаційних заходів без додаткового ендоскопічного стентування чи повторного оперативного втручання.

## Двохетапне хірургічне лікування пацієнтів з протяжними рубцевими стриктурами стравоходу

В. В. Бойко<sup>1,2</sup>, С. О. Савві<sup>1,2</sup>, А. Ю. Королевська<sup>2</sup>, В. В. Жидецький<sup>1</sup>,  
М. М. Голобородько<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків;

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Вступ.** Тактика лікування хворих з протяжними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу (ППРСС) до останнього часу залишається складною і суперечливою. Запропонована оригінальна методика гастростомії робить можливою пластику стра-

воходу шлунком в якості другого етапу реконструкції, а використання трансхіатального доступу для езофагопластики дозволяє відмовитися від торакотомії.

**Мета дослідження** – поліпшення результатів лікування хворих з ППРСС.

**Матеріали і методи.** В роботі представлені результати лікування 34 хворих з ППРСС, які отримували лікування у відділенні захворювань стравоходу і шлунково–кишкового тракту ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» з 2013 по 2018 роки. Усі хворі зі сформованою ППРСС при порушеннях нутритивного статусу підлягали дилататійним процедурам. При неефективності дилататійних процедур хворі проходили двоетапне хірургічне лікування: на першому етапі формувалася гастростома з метою налагодження раннього ентерального харчування та нормалізації нутритивного статусу; на другому етапі, після відновлення нутритивного статусу, хворим проводилося реконструктивне оперативне втручання в обсязі трансхіатальної резекції стравоходу, езофагопластики та закриття гастростомного отвору.

**Результати.** На першому етапі всім хворим було сформовано контактну гастростому за методикою клініки. Згідно з корисною моделлю, проводили часткову мобілізацію малої кривизни шлунка з перев'язкою лівої шлункової артерії, формували гастростому у вигляді ізоперистальтичної трубки по малій кривизні шлунка, при цьому довжина ізоперистальтичної трубки сумірна з відстанню до передньої черевної стінки. Виконували також мобілізацію великого сальника зі збереженням обох шлунково–сальникових судин як джерела живлення інтерпонату шлунка (на другому етапі лікування). З урахуванням діаметра отвору і довжини переміщеної гастростомної трубки, виводили гастростому, при цьому кінець шлункової трубки фіксували швами до парієтальної очеревини, заднього та переднього листків піхви прямого м'яза живота та шкіри, а в сформовану гастростому вводили трубку для годування. При цьому відбувалася мінімальна травматизація стебла шлунка та зберігалася адекватне кровопостачання.

Через 4–7 місяців після першого етапу після відновлення нутритивного статусу та при відсутності ефекту від дилатації виконували другий етап лікування: езофагогастропластику трансхіатальним доступом з формуванням єдиного езофагогастроанастомозу «кінець в бік» з виведенням кукси шлунка у вигляді термінальної контактної стоми на шії, через яку проводили тонкий зонд для раннього ентерального годування.

Летальних випадків не було. Ускладнення: часткова неспроможність езофагогастроанастомозу виникла у 2 (5,9%) пацієнтів (консервативне лікування), пневмонія – 3 (8,8%), плеврит – у 5 (14,7%).

**Висновки:** Розроблена і впроваджена в клініці інституту методика хірургічного лікування хворих з ППРСС та запропоновані оригінальні способи оперативних втручань дають можливість ширше застосувати більш фізіологічний та безпечний спосіб езофагопластики шлунком.

## Інноваційний підхід в бар'єрній профілактиці спайкової хвороби очеревини

В. Б. Борисенко, А. М. Ковальов, М. В. Придятько

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вступ.** Спайкова хвороба очеревини (СХО), що ускладнена гострою спайковою тонкокишковою непрохідністю (ГСТН) до теперішнього часу залишається важливою та невирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Згідно зведених даних вітчизняних

та закордонних авторів частота ГСТН коливається в межах 4–25 чоловік на 100 тис. населення, а її питома вага у структурі загальної хірургічної патології сягає 9,4%.

Відомо, що одним із головних чинників патогенезу ГСТН є розвиток різноманітних за структурою та протяжністю абдомінальних спайок. Нажаль, етіологія та патогенез їх розвитку досі вивчені недостатньо, а переважна більшість із запропонованих способів профілактики спайкоутворення має низьку ефективність або складність у застосуванні.

**Мета дослідження.** Розробити спосіб профілактики спайкової хвороби очеревини та ГСТКН.

**Матеріали та методи.** Експериментальну частину роботи проведено на 40 одностаєвих щурах лінії «Вістар» вагою 160 – 220 г. з розподілом їх дві групи: контрольну – 8 щурів (показники норми) та основну – 32 тварини. Тваринам основної групи після ліквідації попередньо змодельованої ГСТН, після адгеолізісу, в черевну порожнину вводився гіпотонічний розчин поліетиленгліколю. Після виведення тварин з експерименту на 3, 7, 14 та 28 добу проводили патоморфологічне дослідження тонкої кишки з брижею. Морфологічне дослідження мікропрепаратів проводили після фарбування їх гематоксилином і еозином, пікрофуксином по ван Гізону та по Маллорі на мікроскопі «Olympus BX-41» з подальшою обробкою програмою «Olympus Dp-soft version 3.1».

Клінічний етап профілактики утворення абдомінальних спайок проведено у 16 пацієнтів, оперованих з приводу ГСТН, яким в черевну порожнину після адгеолізісу вводили 500 мл гіпотонічного розчину поліетиленгліколю. Ефективність способу в клініці оцінювали завдяки розробленому нами способу з використанням інтраабдомінальної відеокамери.

**Результати та їх обговорення.** Використання гіпотонічного розчину бар'єрного препарату поліетиленгліколь, призводить до виникнення в черевній порожнині явища гідрофлотатії, що згідно даних експерименту зберігається протягом 28 діб та запобігає виникненню СХО.

При макроскопічному дослідженні органів черевної порожнини на аутопсії у тварин виведених з експерименту згідно заявлених строків візуальних проявів спайкової хвороби очеревини виявлено не було. Згідно даних мікроскопічного патоморфологічного дослідження виявлено, що використання поліетиленгліколю призводить до зменшення альтеративних, запальних та судинних змін в стінці тонкої кишки та її брижі. Зі збільшенням строків експерименту було відмічено наростання гіперплазії лімфоїдної тканини в товщі слизової оболонки кишки, що свідчило про напруженість місцевих реактивних процесів. На 28 добу експерименту відмічалось відновлення цілісності кишки, уповільнення та регрес процесів утворення міжкишкових спайок.

При клінічному дослідженні результатів профілактики СХО за допомогою інтраабдомінальної відеокамери, проявів спайкової хвороби виявлено не було, а отримані дані співпадали з даними макроскопічної оцінки органів черевної порожнини в експерименті.

**Висновки.** 1. Розроблений спосіб профілактики СХО з використанням гіпотонічного розчину поліетиленгліколю дозволяє попередити утворення абдомінальних спайок починаючи з першої доби післяопераційного періоду.

2. Отримані дані ефективності способу при експериментальному дослідженні також знайшли своє відображення при використанні в клінічній практиці.

## Досвід ендоскопічного лікування ускладнень після операцій на стравоході та шлунку

О. М. Бурій, І. С. Терешкевич, О. С. Тивончук, А. В. Сидюк,  
А. С. Клімас, Ю. М. Раздобудько

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** Хірургія стравоходу та шлунка до теперішнього часу залишається одним із самих складних напрямків в оперативному лікуванні захворювань шлунково–кишкового тракту, що зумовлено передусім високою післяопераційною летальністю (3,3–26,1%). Неспроможність після стравохідно–кишкових анастомозів з приводу раку шлунка розвивається у 6,3–32,0%, стравохідно–шлункових – у 2,2–5,91%, після рукавної резекції шлунка (Sleeve–гастректомії) – у 1,4–4,5% хворих. В останні роки ведеться активний пошук ефективних малоінвазивних способів лікування даних ускладнень.

**Мета роботи.** Оцінити ефективність використання покритих нітінолових стентів у хворих з неспроможністю анастомозів після операцій на стравоході та шлунку.

**Матеріали та методи.** В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України проведено аналіз хірургічного лікування захворювань стравоходу і шлунка з проявами неспроможності анастомозів у 11 випадках за період 2012–2018рр. Саморозправляючі стенти були встановлені 3 хворим після гастректомії з приводу раку шлунка, 3 хворим після резекції стравоходу з приводу раку (операція Люїса), 1 хворому після проксимальної резекції шлунка з приводу раку кардії та 4 хворим після рукавної резекції шлунка з приводу морбідного ожиріння. Для ендопротезування використовували стенти фірм M.I.Tech, HANAROSTENT (Корея) та Boston Scientific, Ultraflex (США). Стенти встановлювали по струні під ендоскопічним контролем після попередньо проведеного рентгенологічного дослідження з водорозчинним контрастом. Перед процедурою хворим проводили премедикацію: сибазон та спазмобрю.

**Результати.** Успішна постановка стента продана в 100% випадків, що підтверджено рентгенологічним методом. При відсутності мікроеюностоми через стент заводили зонд для ентерального харчування, яке проводили до повного розкриття стента (1–3дні), після чого дозволяли приймати рідку їжу з наступним розширенням дієти. Паралельно проводили лікування місцевих ускладнень: призначалась антибіотикотерапія та санація затікання через раніше встановлені дренажі черевної порожнини. При неспроможності стравохідно–шлункових анастомозів після резекції стравоходу додатково проводили проточне дренування плевральної порожнини, при необхідності проводили ехо–контрольовані пункції. 8 пацієнтів після проведеного лікування виписані з стаціонару в задовільному стані. Стенти видалено під контролем відеоендоскопу через 1–1,5міс. В 1 пацієнта після рукавної резекції шлунка та в 2 хворих після гастректомії стентування було неефективним. В даних випадках успішно провели лікування за допомогою ендоваку. В 1 хворого, через місяць після стентування, відмічено дистальну міграцію стента, останній видалено за допомогою ендоскопу.

**Висновки.** Стентування стравоходу покритими саморозправляючими стентами є методом вибору при лікуванні хворих з неспроможністю стравохідних анастомозів та лівій резекції шлунка після Sleeve–гастректомії та дозволяє уникнути повторних операцій.

## Возможности рентгенэндоскопических методов в лечении патологии пищевода

Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, В. А. Першин, И. В. Тесленко

Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Кафедра торакоабдоминальной хирургии

В лечении различных хирургических заболеваний все больше и больше места занимают малоинвазивные методы, которые постепенно замещают обширные вмешательства даже в таких традиционных для «большой» хирургии областях как патология пищевода. Одним из вариантов выполнения таких миниинвазивных процедур являются вмешательства, осуществляющиеся под рентгеновским контролем. Опыт применения рентгенэндоскопических вмешательств в клинике насчитывает 109 пациентов. Наиболее часто эти процедуры применялись у пациентов с нарушениями проходимости пищевода. Баллонная дилатация и бужирование по проводнику применялись для лечения 36 пациентов с ахалазией пищевода, у 16 пациентов с пептическими стриктурами пищевода, у 3 пациентов с коррозийными стриктурами пищевода, у 18 пациентов со стриктурами пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов, у 3 пациентов после иссечения кист пищевода, у 5 пациентов с синдромом гиперфункции кардии (после оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни). Кроме этого, с применением рентгеновских технологий проводилось лечение 8 тяжелых больных с нарушениями целостности пищевода (ятрогенные перфорации, синдром Бурхава, несостоятельности эзофагогастроанастомозов).

Для рентгеновского контроля использовалась установка IMAX 112Ст и разработанный рентгенпрозрачный операционный стол собственной конструкции. Для выполнения дилатаций применяли нерастяжимые баллоны фирм Boston scientific Wilson-Cook, а так же баллоны собственной конструкции.

Применение рентгеновского контроля позволило практически безопасно выполнять проведение бужей и баллонов для дилатации. У всех пациентов с ахалазией и стриктурами пищевода восстановлен пищеводный транзит. Недостатком методики являлись рецидивы ахалазии (отмечены у 4 больных – 11%), а так же большая длительность лечения при пептических стриктурах (до 30 сеансов).

Нарушение целостности внутригрудного отдела пищевода по нашим данным сопровождается летальностью 36,8% и высокой частотой поздней диагностики (85%). Зондовый метод применен у 11 из 19 (57,8%) пациентов с нарушениями целостности ЖКТ в зоне внутригрудного отдела пищевода, летальность составила 9%. Метод оказался эффективен у тяжелых, ослабленных, «бесперспективных» пациентов, что позволило восстановить энтеральное питание и уменьшить затраты на лечение.

Более чем 50% пациентов с раком пищевода выявлялись в запущенных формах, когда выполнение радикальной операции не представляется возможным, Стентирование пищевода выполнено у 25 пациентов, при запущенных формах рака пищевода и кардиоэзофагеального рака, а так же рецидивах опухолей различных локализаций, сопровождающихся нарушением проходимости пищевода. Из них 3 больным установка стента выполнялась в связи с возникшими нарушениями целостности пищевода. Осложнений

**Выводы:** Методики рентгенэндоскопического восстановления проходимости пищевода реканализации, баллонной дилатации и стентирования пищевода позволяют с минимальной травматичностью проводить коррекцию различных патологических

состояний, зачастую в тех случаях, где другие методы не могут быть применены ввиду тяжести состояния пациентов или запущенности патологии. Применение рентгенэндоскопических методик позволяет избежать операции при доброкачественных стриктурах анастомозов и синдроме гиперфункции кардии, а так же восстановить энтеральное питание у пациентов, что значительно снижает затраты на лечение и обеспечивает полноценную нутритивную поддержку.

## Высокая эзофагогастропластика при поражении внутригрудных отделов пищевода

**Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, Г. Н. Урсол, И. В. Тесленко,  
А. С. Трушин, А. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, И. А. Винниченко**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Кафедра торакоабдоминальной хирургии**

Эзофагогастропластика (ЭГП) является оптимальным методом оперативного лечения онкозаболеваний пищевода. Однако, применение ЭГП при высоких уровнях поражения ограничивают особенности кровоснабжения трансплантата, которое обеспечивается левой желудочно–сальниковой артерией. Совершенствование методов ЭГП является актуальной задачей.

**Материалы и методы:** Специальный метод удлинения желудочного трансплантата разработанный проф. Велигоцким Н.Н. и применяемый в нашей клинике (патент Украины № 30388А) заключается в выкраивании трансплантата с помощью последовательно наложенных УО–60 4–4–6 танталовых швов вдоль большой кривизны желудка на расстоянии 4–5 см от ее наружного края. В промежутках между танталовыми швами наносятся поперечные насечки серозно–мышечного слоя стенки желудка длиной по 1,5 – 2 см, а затем стенка желудка растягивается и эти участки зашиваются отдельными ручными швами. Методика удлиняет трансплантат на 3–4 см в каждом из промежутков, и в общей сложности на 8–12 см. При раке внутригрудных отделов пищевода выполнено 293 операции, из них 114 операций при раке средне и верхне–грудного отделов пищевода с наложением «высокого» пищеводно–желудочного анастомоза. Мобилизация в этих случаях проводилась с перевязкой v. azugos и расширенной двухзональной лимфодиссекцией. В 16 случаях ПЖА накладывался под правым плевральным куполом. В 7 случаях накладывался цервикальный ПЖА. В 2 случаях имела место несостоятельность ПЖА: 1 – внутригрудного, 1 – цервикального. Профилактика несостоятельности ПЖА: 1 – хороший запас длины желудочного трансплантата, 2 – сохранение хорошего кровоснабжения желудочного трансплантата по всей его длине, 3 – применение прецизионной техники шва. 4– применение интраоперационного тепловизионного контроля достаточности кровоснабжения дистальных отделов трансплантата, 5 – предварительная – за 2 недели до основной операции – эмболизация или перевязка левой желудочной артерии.

**Функциональные результаты:** Получены хорошие функциональные результаты работы сформированного интраторакального желудка: невысокое число диспептических осложнений (до 28%), умеренное замедление (в сравнении со здоровым пищеводом) продвижение пищевого комка по внутригрудному отделу трансплантата с задержкой в абдоминальной его части, с признаками демпинг–синдрома легкой степени у 22% пациентов. У 7 больных имела место стриктура эзофагогастроанастомоза с развитием клиники дисфагии. Этим больным проводились эндолуминальные баллонные дилатации после обязательного гистологического



исследования биоптатов из зоны стриктуры. У двух больных выявлена стриктура обусловленная рецидивом рака. Этим больным проведено стентирование пищевода. В 3 случаях имела место несостоятельность анастомоза – проводилось консервативное лечение – все пациенты были излечены. У большинства больных 254 (86,6%) отмечались проявления диспепсического синдрома в виде дискомфорта в эпигастрии и за грудной клеткой, болей в этой зоне, изжогой, отрыжкой. У 10 (3,9%) из них эти явления носили выраженный характер, у остальных пациентов – носили транзиторный характер и легко поддавались медикаментозной терапии.

**Выводы:** Сформированный по описанной методике интраторакальный желудок достаточно хорошо заменяет функцию резецированного пищевода и, вместе с тем, сохраняет в достаточной степени функцию резецированного желудка. Использование методик улучшения кровоснабжения трансплантата и применение тепловизионного контроля является перспективным.

## Результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Е. И. Гайдаржи<sup>1</sup>, А. С. Никоненко<sup>1</sup>, А. А. Никоненко<sup>1</sup>, А. А. Подлужный<sup>1</sup>, Н. Г. Головкин<sup>1</sup>, Т. В. Гуров<sup>2</sup>, В. А. Грушка<sup>1</sup>, Г. И. Охрименко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС

Актуальность хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на сегодняшний день уже не вызывает сомнений. Количество больных ГЭРБ стремительно увеличивается. Медикаментозное лечение зачастую не дает стойкого результата, приводит к рецидиву симптомов и развитию осложнений после прекращения лечения, что требует постоянного, а порой и пожизненного, приема лекарственных препаратов. Ввиду этого, все больше врачей склоняется к пересмотру приоритетности методов лечения ГЭРБ в пользу хирургического лечения, на улучшение результатов которого должны быть направлены усилия хирургов.

**Цель нашей работы** – анализ результатов хирургического лечения ГЭРБ путем выполнения лапароскопической круорографии и тотальной фундопликации в модификации Ниссена.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 60 больных ГЭРБ в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета с 2015 по 2018 гг. В анализируемой группе было 44 (73,3%) женщин и 16 (26,7%) мужчин. Средний возраст –  $54,7 \pm 10,7$  лет. В обследование больных обязательно включали эндоскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, рентгеноскопию пищевода и желудка с пассажем бария, экспресс рН – метрию желудка и суточный рН–мониторинг пищевода. У всех больных анатомической предпосылкой к развитию ГЭРБ являлась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) различной степени. Показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ были: отсутствие стойкого клинического эффекта после курса базисной медикаментозной терапии, наличие пищеводных и внепищеводных осложнений ГЭРБ, выбор пациента в пользу хирургического лечения. Отказ больных от проведения предложенного обследования и хирургического лечения служил критерием исключения из проводимого исследования и являлся основанием для продолжения лечения у гастроэнтеролога. Операцией выбора у всех боль-

ных была лапароскопическая (задняя или комбинированная) крурорафия и тотальная фундопликация в модификации Ниссена без применения аллопластических материалов.

**Результаты и их обсуждение.** Проведен анализ ранних (до 12 месяцев) – у 17 (28,3%) пациентов и отдаленных (12 месяцев – 3 года) – у 43 (71,7%) пациентов – послеоперационных результатов лечения.

Все пациенты в раннем послеоперационном периоде отметили исчезновение симптомов ГЭРБ. У 2 (3,3%) больных возник рецидив грыжи ПОД в виде миграции фундопликационной манжеты в средостение, однако без клинических признаков ГЭРБ: у 1 больного в связи с симптомами ранней послеоперационной рвоты, у 1 пациента – был обусловлен бронхиальной астмой с частыми приступами бронхоспазма и кашля после операции. Больные не нуждаются в приеме ингибиторов протонной помпы и не требуют повторного оперативного вмешательства. У 2 (3,3%) пациентов рецидив ГЭРБ возник в отдаленном послеоперационном периоде и был обусловлен рецидивом грыжи ПОД. У обоих пациентов перед операцией предпосылкой для развития рецидива была большая фиксированная грыжа ПОД 3 степени. Тем не менее, из 43 пациентов, наблюдаемых более года после операции, у 41 (95,3%) отмечено исчезновение симптомов ГЭРБ и полное выздоровление. Постфундопликационных осложнений и побочных эффектов в виде gas-bloat синдрома, дисфагии, метеоризма, вздутия живота, скопления газов в желудке не было отмечено ни у одного больного.

#### **Выводы.**

1. ГЭРБ является оправданным и патогенетически обоснованным показанием к хирургическому лечению.

2. Лапароскопическая крурорафия и тотальная фундопликация по методике Ниссена является эффективным методом хирургического лечения ГЭРБ, позволяющим достичь хороших ранних и отдаленных послеоперационных результатов.

## **Лапароскопические антирефлюксные операции: критический анализ 20-летнего опыта**

**В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, В. В. Грубник, Н. Р. Параняк**

**Одесский национальный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница**

**Вступление.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается у 15–18% взрослого населения, значительная часть больных требует оперативного лечения. **Цель:** критический анализ отдаленных результатов лапароскопических антирефлюксных операций в зависимости от методики пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликации.

**Материалы и методы.** Изучены результаты 2596 лапароскопических антирефлюксных операций произведенных в клинике за период с 1994 год по 2017 год. Возраст – от 18 до 83 лет, средний возраст –  $56,2 \pm 7,4$  года. Женщин – большинство – 1420 (55%). У 97% пациентов кроме симптомов рефлюксной болезни имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Для объективизации исследования использовали оригинальную классификацию грыжевого дефекта: малые грыжи (площадь грыжевого дефекта  $< 10 \text{ см}^2$ ) наблюдались у 30% оперированных, большие грыжи (площадь грыжевого дефекта от 10 до  $20 \text{ см}^2$ ) были у 48% пациентов, гигантские ГПОД (площадь грыжевого дефекта более

20см<sup>2</sup>) діагностиковані у 22% хворих. Лапароскопічні операції виконувалися із 4 троакаров: 1 троакар 10 мм і 3 троакара 5 мм. Пластику ГПОД виконували по різних методиках в залежності від величини грижі з використанням в ряді випадків сітчатих імплантатів. У більшості хворих 82% використовували фундоплекцію по Ниссену. Результати вивчені в строки від 2 до 17 років у 81% оперированих з використанням спеціальних опросників, з допомогою анкет і телефонного інтерв'ю. Повне клінічне дослідження в віддаленні строки після операції виконано у 1390 (53,5%) хворих.

**Результати.** Лапароскопічні операції переносяться хворими легше, ніж лапаротомні і торакотомні втручання. Відмінні і хороші результати в віддаленні строки спостерігалися у 79% оперированих хворих. Неудовлетворительні результати були обумовлені: рецидивом ГПОД, неправильно сформированной антирефлюксной манжеткой, повреждением стволов блуждающих нервов. По нашим данным, лучший результат был получен после фундоплекции по Ниссену (рецидив рефлюкса при фундоплекции по Тупее – 24%, рецидив рефлюкса при фундоплекции по Ниссену 9,5%). Для предотвращения возникновения bloat-синдрома необходимо дополнять формирование манжетки специальными швами. Фиксация манжетки к ножкам диафрагмы должна производиться не всем больным, а по показаниям, в зависимости от анатомических особенностей. При наличии больших и гигантских грыж простое ушивание ножек диафрагмы приводит к высокой частоте рецидивов (23%). Неправильное применение сетчатых имплантатов может приводить к очень серьезным осложнениям: стриктурам пищевода, образованию язв пищевода, кровотечениям. Наиболее опасна круговая фиксация сеток вокруг пищевода. Применение легких сеток Ultrapro™ и самофиксирующихся сеток ProGrip™ вызывает осложнения у небольшого числа больных (3,9–5%), в то же время позволяет снизить частоту рецидивов в 4–5 раз (до 5%). Обязательным условием использования сетчатых имплантатов является отсутствие их контакта с пищеводом. При наличии гигантских грыж у 8% больных приходится прибегать к «ненатяжным» методам пластики грыж, используя специальные сетки. Сетки с нитиновым каркасом обеспечивают существенное снижение частоты рецидивов грыж (из 72 больных, у которых использовались такие сетки рецидив выявлен у 2 (3%).

**Заключение.** Лапароскопічні методики можуть з успіхом застосовуватися у хворих з симптомами ГЭРБ і наявністю ГПОД. Критичний аналіз віддалених результатів показує, що при дотриманні правильної техніки лапароскопічних втручання, стійкі позитивні результати можуть бути отримані у подавляючого більшості хворих.

## Пластика пищевода реваскуляризированным толстокишечным трансплантатом в онкологии

И. А. Ильин<sup>1</sup>, В. Т. Малькевич<sup>1</sup>, А. В. Подгайский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова,

<sup>2</sup> Минская областная клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Стандартом первичной реконструкции пищевода при хирургическом лечении карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода является использование в качестве трансплантата желудка или тонкой кишки. Однако в ряде случаев желудок оказывается не-

пригодним для пластики: операции на желудке в анамнезе, синхронный или метасинхронный рак пищевода и желудка, рак верхнегрудного отдела пищевода, рецидив рака в зоне пищеводного анастомоза после ранее проведенного лечения, послеожоговое рубцовое поражение желудка. По-прежнему актуальными проблемами хирургии пищевода являются: дефицит пластического материала, достаточность кровоснабжения трансплантата.

**Цель.** Оценить результаты длинноsegmentной пластики пищевода реваскуляризованным толстокишечным трансплантатом у онкологических пациентов.

**Материал и методы исследования.** Загрудинная пластика пищевода реваскуляризованным толстокишечным трансплантатом выполнена у 30 пациентов, страдающих карциномами пищевода – 60% (18/30) и пищеводно–желудочного перехода 40% (12/30). Первичная реконструкция осуществлена у 27% (8/30) пациентов, повторная – у 53% (16/30), отсроченная – у 20% (6/30). По критерию T пациенты распределились следующим образом: T1 – 3% (1/30), T2 – 40% (12/30), T3 – 54% (16/30), T4 – 3% (1/30); по критерию N: N0 – 37% (11/30); N1 – 60% (18/30), N2 – 3% (1/30); по стадиям: III стадия – 53% (16/30), II стадия – 27% (8/30), I стадия – 20% (6/30). Возраст пациентов составил 57,50 (53,00; 65,00) лет, индекс массы тела – 21,02 (19,00; 23,87) Ед. Преобладали пациенты мужского пола – 93% (28/30). Для загрудинной пластики пищевода левый фланг в антиперистальтической позиции использован у 7% (2/30) пациентов, правый фланг в изопозиции – у 93 (28/30). Васкуляризацию трансплантата осуществляли путем межартериального анастомозирования ободочно–кишечных сосудов трансплантата с внутренними грудными сосудами у 80% (24/30), межартериального и межвенозного анастомозирования – у 20% (6/30).

**Результаты.** Продолжительность пребывания в стационаре составила 29,00 (22,75; 38,75) дней, длительность операций – 382,50 (327,50; 435,00) минут, объем кровопотери – 375,00 (300,00; 500,00) мл, общая частота послеоперационных осложнений составила – 46,7% (14/30). Некроз анастомотического сегмента трансплантата развился у 6,7% (2/30) пациентов. 60–дневная послеоперационная летальность составила 10% (3/30) наблюдений, 90–дневная – 13,3% (4/30). Рубцовая стриктура пищеводного анастомоза развилась в 10% (3/30) случаев. 1–, 3– и 5–летняя выживаемость составила 65,6±8,8%, 35,0±9,2% и 17,5±8,0% соответственно. Медиана выживаемости — 18,0±3,7 мес. (95% ДИ 10,8–25,2) мес.

**Обсуждение.** Причинами использования толстой кишки для пластики были: рак верхней трети грудного отдела пищевода – у 17% (5/30), метасинхронный рак пищевода и оперированный желудок – у 7% (2/30), рецидив рака в анастомозе после ранее проведенного хирургического лечения – у 2% (1/30), повторные эзофагопластики – у 53% (16/30), отсроченные – у 20% (6/30). Показаниями для артериальной и венозной реваскуляризации явились перерыв дуги Риолана – у 7% (2/30), сужение краевого сосуда по правому флангу – у 10% (3/30), сужение краевого сосуда по левому флангу – у 3% (1/30). Для доступа к внутренним грудным сосудам выполнялась резекция хрящевого сегмента II ребра – 23% (7/30), III – 53% (16/30), IV – 17% (5/30), V – 7% (2/30). При этом транспозиция правых ободочно–кишечных сосудов выполнена у 30% (9/30) пациентов, средних – у 50% (15/30), добавочных средних – у 13% (4/30), левых – у 7% (2/30).

**Выводы.** В нестандартных анатомических условиях пластика пищевода реваскуляризованным толстокишечным трансплантатом позволяет эффективно восстановить непрерывность пищеварительного тракта и добиться удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения.

## Аналіз значення рівня с-пептиду та шкали *diarem* для прогнозування повної ремісії цукрового діабету 2 типу після виконання лапароскопічного шлункового шунтування у хворих на морбідне ожиріння

О. Ю. Іоффе, Ю. П. Цюра, М. С. Кривоустов,  
О. П. Стеценко, Т. В. Тарасюк

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

**Актуальність.** Відомо, що збільшення надлишкової маси тіла призводить до суттєвого підвищення показника захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Недостатня ефективність консервативних методів лікування таких пацієнтів зумовила необхідність впровадження у клінічну практику бариатричних операцій. Ремісія ЦД 2 типу після виконання лапароскопічного шлункового шунтування (ЛШШ) обумовлена виключенням з процесу травлення початкових відділів тонкої кишки, сприяє зниженню продукції антиінкретинів, а прискорення пасажу їжі в дистальні відділи тонкої кишки стимулює виділення глюкагоноподібного поліпептиду-1. Розвиток так званого «інкретинового» ефекту після її виконання призводить до нормалізації секреції інсуліну та відновлення толерантності до глюкози.

**Мета роботи** – аналіз значення базального рівня С-пептиду та шкали *DiaRem* для прогнозування повної ремісії ЦД 2 типу у хворих на морбідне ожиріння (МО) після виконання ЛШШ.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 46 пацієнтів із МО та ЦД 2 типу, яким було виконано ЛШШ за методикою *Fobi-Capella Roux-en-Y Gastric Bypass*. Повну ремісію ЦД 2 типу оцінювали згідно критеріїв, розроблених експертами *American Diabetes Association (ADA)*: рівень глікозильованого гемоглобіну ( $HbA1c$ )  $\leq 6\%$ , рівень глюкози натще  $< 5,5$  ммоль/л та відсутність активного фармакологічного лікування.

Для прогнозування ремісії ЦД 2 типу у хворих був використаний ретроспективний аналіз за базальним рівнем С-пептиду та за шкалою *DiaRem*, яка включала в себе наступні фактори: вік, рівень глікозильованого гемоглобіну ( $HbA1c$ ), застосування інсуліну та цукрознижуючих препаратів. За порогове значення базального рівня С-пептиду, при якому настає повна ремісія ЦД 2 типу було прийнято  $> 3,7$  мг/мл.

**Результати та їх обговорення.** Через 12 місяців після ЛШШ, згідно критеріїв *ADA* за рівнем глікозильованого гемоглобіну  $HbA1c$ , ремісія ЦД 2 типу спостерігалась у 24 (52,2%) хворих. У 34 (73,9%) пацієнтів глюкоза плазми венозної крові натще знизилась до рівня  $< 5,5$  ммоль/л, тобто досягла рівня ремісії ЦД 2 типу. Відмовились від пероральної цукрознижуючої або інсулінотерапії 32 (69,6%) хворих. Не виявлено статистично значущої різниці між методами прогнозування повної ремісії ЦД 2 типу за даними базального рівня С-пептиду та за даними шкали *DiaRem*,  $p = 0,8452$ . Обґрунтована доцільність поєднаного застосування аналізу базального рівня С-пептиду та шкали *DiaRem* у хворих на МО після виконання ЛШШ, що суттєво підвищує ефективність прогнозування повної ремісії ЦД 2 типу,  $AUC = 0,716$  (95% ДІ 0,564 – 0,839),  $p=0,0206$ .

**Висновки.** У хворих на морбідне ожиріння після виконання ЛШШ не виявлено різниці між прогнозуванням повної ремісії ЦД 2 типу за даними базального рівня С-пептиду та за даними шкали *DiaRem*, при цьому доведено доцільність застосування поєднаного аналізу базального рівня С-пептиду та шкали *DiaRem*.

## Використання біологічної зварки та хірургічних методів лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з грижами стравохідного отвору діафрагми.

А. Б. Кебало, В. В. Тисельський, С. В. Плем'яник,  
Б. Г. Бондарчук, В. А. Дадаян

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології. м. Київ, Україна

**Актуальність** цієї проблеми полягає в тому, що вірогідність виникнення залозистого раку у пацієнтів з циліндричноклітинною (кишковою) метаплазією складає 0,5–0,8% на рік або 5–8% протягом життя. Розповсюдженість метаплазії стравоходу у жителів Європи, за різними даними, коливається від 2% до 5%. У той же час, при наявності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) або без неї, циліндроклітинна метаплазія слизової оболонки діагностується в 10–15% пацієнтів.

**Мета:** Підвищити ефективність лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) на основі раціонального використання біологічної зварки та малоінвазивних методів лікування.

**Матеріали та методи:** виділили 2 групи хворих. В групи входили хворі з коротким сегментом стравоходу Баррета С2–3М3–4 (циркулярний сегмент до 3 см) та дисплазією І–ІІ ст.

В першій групі пацієнтів (12 хворих) – на першому етапі виконувалась аргонно–плазменна коагуляція (АПК) ураженої слизової з подальшою терапією інгібіторами протонної помпи (ІПП) та прокінетиками. Через деякий час виконувалась лапароскопічна круорографія та фундоплікація. У другій групі (11 пацієнтів) спочатку виконувалась деструкція слизової біологічною зваркою Патона (ЕК–300М1) з подальшою медикаментозною терапією, що і у 1й групі та в подальшому подібне хірургічне втручання.

**Результат:** Через 3–4 місяці, у 1-й групі (відстрочувалось через виражений набряк стінки стравоходу (по даних ендо–УЗД) та великій ймовірності розвитку стенозу в ділянці кардіо–езофагального переходу) виконувалась круорографія та фундоплікація з наступним моніторингом за пацієнтом. У 2й групі корекція кардіоезофагального переходу виконувалась через 1–2 місяць, так як вищевказані запальні явища виявлялись менш виражені та їх регенерація відбувалась швидше завдяки відсутності посткоагуляційного струпу; площа і глибина термічного впливу обмежується площею електродів; через кілька хвилин тканини, безпосередньо навколо місця зварювання, візуально приймають первісний колір, кровотік і інші їх функції не зазнають не зворотніх змін; під час коагуляції не відбувається утворення рубцевої тканини в звичайному розумінні цього терміна, оскільки гістологічна структура органу, через деякий час, відновлюється майже повністю. Гістологічна ремісія досягалась у хворих першої групи на 115–й день  $\pm$  7 днів; 2-ї групи на 53–й  $\pm$  4 дні.

**Висновки:** з метою покращення результатів лікування метаплазій н3 стравоходу в поєднанні з ГСОД надаємо перевагу деструкції слизової біологічною зваркою Патона з наступною лапароскопічною фундоплікацією і круорографією по Ніссену. При цьому зменшується тривалість лікування, ймовірність рубцевих стриктур стравоходу та ця схема є економічно обґрунтованою (вигідною) для пацієнта.

## Хірургічні аспекти лапароскопічної дистальної субтотальної резекції шлунка

А. В. Клименко, М. В. Ніколаєв

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

**Актуальність:** Рак шлунку відноситься до найбільш поширених пухлинних захворювань і займає одне з провідних місць в структурі онкозахворюваності в Україні. Залишаються суперечливими і до кінця не розробленими деякі аспекти лапароскопічної дистальної резекції шлунка, пов'язані з технічними особливостями формування анастомозів, вибором методу оперативного доступу, показаннями і протипоказаннями до цієї операції.

**Мета роботи.** Вивчити ефективність і безпеку лапароскопічної дистальної резекції шлунка при дистальному раку шлунка.

**Матеріал і методи.** З 2008 по 2017 р.р. у клініці факультетської хірургії ЗДМУ було виконано 39 дистальних субтотальних резекцій шлунка при дистальному раку шлунку. З них 7 (18,0%) пацієнтам була виконана лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка. Середній вік склав  $70,0 \pm 8,5$  років. Чоловіків було 3 (42,8%), жінок – 4 (57,2%). 32 (82,0%) пацієнтам була виконана лапаротомна дистальна резекція шлунка. Середній вік склав  $68,6 \pm 10,2$  років. Чоловіків було 14 (43,75%), жінок – 18 (56,25%). У 2 (5,1%) пацієнтів на момент операції визначена IV стадія онкопроцесу, ПІВ – у 24 (61,5%), ПІА – у 2 (5,1%), ПІВ – в 1 (2,5%), ІА – в 1 (2,5%). Супутня патологія виявлена у 22 (64,1%) хворих. Всі пацієнти обстежені відповідно до сучасних стандартів, включаючи ФГДС, КТ, УЗД, до і післяопераційне патогістологічне дослідження.

**Результати та обговорення:** лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка має всі основні переваги лапаротомної операції, а саме: повне видалення пухлини згідно онкологічних стандартів, лімфодисекція в обсязі D2 з видаленням всіх уражених лімфовузлів і великого сальника, накладення класичного ручного анастомозу. Відзначено, що у хворих групи лапароскопічної дистальної субтотальної резекції шлунка не було інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, особливо таких як кровотеча, неспроможність анастомозів або кукси дванадцятипалої кишки. Післяопераційний перебіг характеризувався ранньою активізацією пацієнта, одноденним перебуванням у відділенні інтенсивної терапії, значно меншим у порівнянні з лапаротомною операцією (при якій загальна кількість ускладнень була – 21,8%) больовим синдромом, відсутністю післяопераційних легеневих ускладнень та парезу кішківника.

**Висновки:** Лапароскопічна дистальна субтотальна резекція шлунка при дистальному раку шлунка характеризується добрим профілем ефективності і безпеки, дозволяє виконувати необхідний радикальний обсяг втручання, що, в підсумку, зумовлює сприятливий перебіг післяопераційного періоду при порівнянні з традиційною лапаротомною дистальною резекцією шлунка.

## Тораколапароскопічна езофагектомія у хворих на рак стравоходу

А. В. Клименко, А. І. Білай

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** Сучасне лікування раку стравоходу є комбінованим, де ключову роль відіграє хірургічне втручання. Згідно ряду досліджень мініінвазивна езофагектомія має значні переваги перед традиційною відкритою езофагектомією, зберігаючи при цьому онкологічні принципи.

**Ціль дослідження.** Оцінити ефективність та безпеку тораколапароскопічної езофагектомії у лікуванні злоякісних новоутворень стравоходу.

**Матеріал та методи.** У 2016–2018 р.р. в клініці факультетської хірургії ЗДМУ виконані 6 тораколапароскопічних езофагектомій з заміщенням стравоходу шлунковим трансплантатом і ручним езофагогастроанастомозом на шії та D2 лімфаденектомією. Середній вік пацієнтів склав  $58 \pm 3,2$  роки. Чоловіків було – 5 (83,3%). У 3 пацієнтів пухлина знаходилась у середній третині стравоходу, у 3 – у абдомінальному відділі. На момент операції стадія T4aN2M0 була – у 4 пацієнтів, у решти пацієнтів – T3N2M1 та T3N1M0. Усі хворі були обстежені згідно сучасних стандартів.

**Результати та обговорення.** Летальних випадків та інтраопераційних ускладнень не було. Усі торакокопічні етапи операцій були проведені у положенні на животі (prone position), без роздільної вентиляції легень, з накладанням карбокситораксу 6–8 мм ртутного стовбуру, що на нашу думку сприяло відсутності легеневих та плевральних ускладнень. У одного хворого була конверсія з лапароскопічного на лапаротомний доступ, для видалення щільного конгломерату метастатичних лімфовузлів коло черевного стовбуру. В ранньому післяопераційному періоді у 1 хворого виникло ускладнення у вигляді лінійного разриву трахеї, яке було ліквідовано стентуванням трахеї. У одного хворого на 10 день післяопераційного періоду виникла наружна нориця з зони езофагогастроанастомозу на шії, яка була ліквідована консервативно у двотижневий термін. Ускладнень у терміни 3, 6, 12 місяців не відмічено. Усі хворі мали мінімальні скарги з боку післяопераційних ран.

**Висновки.** Тораколапароскопічна езофагектомія – технічно безпечне та ефективне втручання, що дозволяє радикальне хірургічне лікування раку стравоходу, та має суттєві переваги перед традиційною відкритою езофагектомією. Ця операція повинна бути широко впроваджена в клінічну практику спеціалізованих стаціонарів.

## Postbariatric Cosmetic Contouring Operations Enhanced By Use of Mesenchymal Stem Cells

E. B. Kolesnikov<sup>1,2,3</sup>, M. Yu. Bodnariuk<sup>1</sup>, E. L. Vilitkevich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Deva Clinique, Kyiv, Ukraine,

<sup>2</sup>P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine,

<sup>3</sup>INTERMED Surgical Center, Virginia, USA

**Introduction:** Bariatric surgery leads to significant weight loss, which ends up in excess skin. Symptomatic skin redundancy leads to potential patient's functional disabilities, hygiene



problems, dissatisfaction in body vision and quality of life. Body contouring surgery (BCS) significantly improves each of above mentioned aspects in patients with massive weight loss after bariatric surgical procedures. Traditional BCS usually require simultaneous procedures and complex intraoperative positioning, surgical interventions are time-consuming and recovery period is extremely crucial. Before the surgery this category of patients present with mild to moderate relative immune deficiency, anemia, hypoproteinaemia, micro- and macroelement disproportion – profound homeostasis dysbalance due to massive weight loss. The usage of stem cells enhanced techniques addresses several issues in postoperative period: decreased rehabilitation period, improved regeneration and wound healing, better cosmetic result of scarring. Mesenchymal stromal cells (MSCs) are multipotent progenitors that have vast effects, including direct cell-to-cell activation of fibroblasts and paracrine coordination (neovascularization, neocollagenogenic, immunomodulatory, anti-inflammatory action). They have the ability to differentiate into various cell types that stimulate survival and repair of damaged cells and tissues.

**Methods:** 30 patients undergone complex simultaneous BCS in the period of 8–18 months post bariatric surgical procedures and reached goal BMI of 35 kg/m<sup>2</sup>. BCS included: torso-plasty, abdominoplasty, bilateral thigh lift, bilateral brachioplasty, face and neck lift, tumescent liposuction and combination of them. Depending on the type and sight of surgery we used specific protocols for allogenic MSC enhanced techniques: 1) cell assisted lipotransfer with lipograft harvested and prepared according to standardized methods enriched with allogenic MSC in proportion of 10 mln of MSC for each 100 g of lipograft; 2) surgical sight injections with 20 mln of allogenic MSC suspension with 5.0 ml of PRP per single administration. Allogenic MSCs culture was isolated from the umbilical cords and of healthy donors and preserved in cryobank of private medical facility. Patients were followed up and evaluated at 1 week, 6 weeks, 3 months, 6 months, 12 months postoperatively and compared to control group.

**Results:** All patients recovered well, without any major complications, with hospitalization period limited to exertion of surgical drains. At 1 and 6 week follow up macroscopically we did not observe significant difference in scar appearance. But according to microscopic specimens evaluation, obtained with punch biopsy, major improvements were noted: increased microvascular density (20.4 vessels/cm<sup>2</sup> versus 5.3 vessels/cm<sup>2</sup> in control group), increased collagen density, reduction of inflammatory mast cells in surgical sight environment. At 3, 6 and 12 months respectively positive comparative changes were noted in wound cosmesis: decreases scar area, improved scar color and scar pliability. Microscopic evaluation showed better collagen fibers density and orientation.

**Conclusion:** BCS enhanced with MSC appear to promote better quality regeneration and improved postoperative scar and wound cosmesis.

## Дистальне шунтування шлунка з одним анастомозом в лікуванні морбідного ожиріння

А. С. Лаврик, А. Ю. Згонник, О. А. Лаврик., О. П. Дмитренко,  
Р. І. Виноградов

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова»  
НАМН України, м. Київ, Україна

**Вступ.** Найбільш складними сучасними порушеннями метаболізму вважається збільшення маси тіла та цукровий діабет II типу. Стандартними хірургічними методами

лікування визнані класичні бариатричні операції: шунтування шлунка (ШШ), рукавна резекція шлунка (РРШ), біліопанкреатичне шунтування (БПШ). Результати та ефективність цих операцій добре вивчені в багатьох рандомізованих дослідженнях. В той же час вартість подібних втручань залишається високою що зумовлює недосяжність таких операцій у більшості хворих тому триває пошук ефективних відносно дешевих операцій.

**Матеріали и методи.** З 2015 року 30 хворим на морбідне суперожиріння (ІМТ 50–68кг/м<sup>2</sup>) з супутніми метаболічними порушеннями виконані модифіковані операції Дистального шунтування шлунка з одним анастомозом. Запропонована операція є модифікацією класичного БПШ (за Scopinaro) та ШШ (за Mason), основною відмінністю якої є пересічення шлунка на межі тіла і антрального відділу за допомогою 2 зарядів лінійного стаплера, та формування одного ізоперистальтичного стаплерного анастомозу між проксимальною частиною шлунка і тонкою кишкою на відстані 250см від ілеоцекального кута. 90% таких операцій виконано лапароскопічно. У хворих в післяопераційному періоді визначались показники вуглеводного, ліпідного, білкового, електролітного обміну, супутньої патології в кореляції з зниженням надлишку маси тіла.

**Результати.** Строки спостереження склали від 1 міс до 2,5 років. Всім пацієнтам призначалась підтримуюча суплементарна замісна терапія, по стандартній схемі, що застосовується після шунтуючих операцій.

У всіх хворих із порушенням вуглеводного обміну відмічено позитивний вплив операції. Так, вже через 1 місяць після операції спостерігали нормалізацію або суттєве покращення рівня інсуліну. Також відмічено зниження рівня С-пептиду, індексу НОМА та глікозильованого гемоглобіну, відмічається суттєве зниження рівня тригліцеридів, холестерину, ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності та підвищення рівня ліпопротеїдів високої щільності. Через 1 рік після операції відсоток втрати надлишку маси тіла склав 67,1%, через 2 роки – 76,4%. Порушень показників електролітів, включаючи обмін кальцію, білкового обміну не відмічені.

Таким чином, відмічено виражений позитивний метаболічний ефект в ранні строки після операції, що дозволило 70% пацієнтам повністю відмовитись, а іншим суттєво знизити дозу цукрознижуючих та антигіпертензивних препаратів вже впродовж перших 1–6 місяців після втручання.

**Висновки.** Отримані перші результати модифікованого дистального шунтування шлунка з одним анастомозом повністю співставимі з результатами стандартних бариатричних втручань, та свідчать про можливість хірургічної корекції метаболічних порушень, а саме ЦД 2 типу, гіперглікемії, ліпідного обміну та морбідного ожиріння.

## Власний досвід використання модифікованої методики біліопанкреатичного шунтування

А. С. Лаврик, А. Ю. Згонник, М. В. Манойло, О. А. Лаврик, Р. І. Виноградов

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова»  
НАМН України, м. Київ, Україна

**Вступ.** Мальабсорбтивні бариатричні операції вважаються найбільш ефективними процедурами для зниження маси тіла а також корекції метаболічних порушень включаючи діабет 2 типу. В основі сучасних мальабсорбтивних втручань закладені ідеї впроваджені N. Scopinaro.

За класичною методикою біліопанкреатичне шунтування (БПШ) складається з дистальної субтотальної резекції шлунка, пересіченні тонкої кишки на відстані 250см від ілеоцекального кута та анастомозування дистальної частини кишки з культею шлунка та створенні загальної петлі довжиною 50см.

**Матеріали и методи.** 76 пацієнтам БПШ виконано з 2007 по 2015 роки в ДУ «НІХТ ім. О. О. Шалімова» НАМНУ. Ми модифікували класичну методику – виконували резекцію шлунку або пересікали шлунок на межі антрального відділу та збільшили загальну петлю до 80 – 85 см. Всі пацієнти після операції отримували збагачену білками дієту, вітамінну та мінеральну підтримку. Середній вік пацієнтів склав 42 роки. Розподіл на чоловіків/жінок – 26/50. Середній індекс маси тіла (ІМТ) у хворих складав 47 кг/м<sup>2</sup> (38 – 63), супутня патологія : діабет II типу був доопераційно діагностований у 19 (25%) хворих, артеріальна гіпертензія (АГ) – у 16 (21%), гіперліпідемія (ГЛЕ) у 17 (22,4%) хворих. Середній строк спостереження склав 24 місяці. Обстеження пацієнтів проводилось через 1,3,6 місяців до 2 років.

**Результати.** Зниження маси тіла спостерігалось в перший рік швидше, на протязі 2 року уповільнилось, та через 24 місяці ІМТ у хворих склав в середньому 32 кг/м<sup>2</sup> (28 – 36) . 2 випадки білкової недостатності (2,6%) у хворих при недотриманні рекомендованої дієти, обох пацієнтів було проліковано парентеральним харчуванням. Повторні операції з приводу подовження загальної петлі жоден пацієнт не потребував. Залізодефіцитна анемія була виявлена у 18 (23,6%) пацієнтів, не дивлячись на адекватний пероральний прийом препаратів заліза, в більшості випадків у молодих та фертильних жінок. Ожиріння–асоційовані захворювання: у 17 з 19 пацієнтів (89%) з діабетом та у 11 з 16 (68%) з АГ нівелювались, та хворі припинили прийом препаратів. Рівень холестерину та тригліцеридів нормалізувалися у 100% пацієнтів через 1 рік після операції. Найбільш частими ускладненнями після операції були явища гастростазу – 18 випадків (23%) та розвиток пептичної виразки гастроентероанастомозу – 9 (11,8%), летальних випадків не було.

**Висновки.** БПШ – найбільш ефективне комбіноване баріатричне втручання, як з огляду на довготривале стійке зниження надлишкової маси тіла, та позбавлення пацієнтів від супутньої ожирінню патології. За рівнем післяопераційних ускладнень та летальності воно співставиме з іншими баріатричними процедурами.

## Безпосередні результати лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми після лапароскопічних антирефлюксних операцій

**Б. О. Матвійчук, А. А. Гураєвський, А. Р. Стасишин**

**Кафедра хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти,  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького**

**Вступ.** За останні 27 років типи лапароскопічних антирефлюксних операцій при грижах стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) набули значної модифікації, однак кількість післяопераційних ускладнень залишається високою. Серед них найбільше значення має рецидив ГСОД (10–84%), ГЕРХ (1–20%), зісковзування фундоплікаційної манжети (1–8%), дисфагія (2–70%), gas-bloat синдром (6–46%). Неправильний вибір типу операції, виникнення післяопераційних ускладнень і, як наслідок, погіршення якості життя роблять цю патологію однією з актуальних проблем сучасної хірургії.

Великі та гігантські ГСОД асоціюються з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) у 50–90% і становлять великий ризик виникнення таких ускладнень, як шлунково–стравохідні виразкування та кровотечі, метаплазії, стриктури, перфорації, компресії органів середостіння.

**Мета роботи** – вивчити безпосередні результати лікування хворих з ГСОД після лапароскопічних антирефлюксних операцій

**Матеріали і методи.** За стандартною методикою (лапароскопічною фундоплікацією за Ніссеном) протягом 2009–2018 р.р., у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО, прооперовано 153 пацієнтів (79 чоловіків, у віці від 26 до 75 років (середній –  $49,3 \pm 2,1$ ), що склали 1–у групу досліджень. За модифікованою методикою лапароскопічної операції при ГСОД (патент на корисну модель № у 2010 14413) прооперовано 52 хворих (26 чоловіків, у віці від 30 до 69 років (середній –  $50,2 \pm 3,2$ ), що склали 2–у групу досліджень. Отримані числові результати досліджень опрацьовано методом варіаційної статистики з використанням пакету комп'ютерної програми медикостатистичних обчислень STATISTICA for Windows 5.0 (Stat Soft, USA) з визначенням вірогідних діапазонів ймовірності. З метою діагностики ГСОД проводили аналіз скарг хворого, анамнезу захворювання, езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС), 24-годинну стравохідну рН–метрію, рентгеноскопію шлунково–кишкового тракту та грудної клітки, електрокардіографію, пневмотахіометрію. Дослідження, стандартизоване опитування та анкетування хворих з визначенням індексу DeMeester, якості життя проводили перед операцією і через 3, 6, 12 місяців після неї.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Найбільш прийнятним операційним лікуванням ГСОД є спосіб лапароскопічної операції за Ніссеном. Недоліком цього способу є ризик розвитку гіперфункції ремодульованої кардії та виникнення дисфагії, що становить у ранньому післяопераційному періоді від 2 до 70%, а у віддалених термінах – від 1 до 20%, виникнення gas–bloat синдрому – у 6–46% випадках.

Модифікована лапароскопічна операція при ГСОД здійснювалася наступним чином: в черевну порожнину вводили п'ять троакарів, накладали карбоксиперитонеум 10–15 мм рт ст. Препарували та мобілізували нижній сегмент стравоходу, пересікали зв'язку Лаймера–Бартеллі за допомогою електрокоагулятора LigaSure, виділяли печінкову гілку п.vagus, ідентифікували стравохідний отвір діафрагми, почергово виділяли праву та ліву ніжки діафрагми. Стравохід разом із задньою гілкою п.vagus брали на держалку і виконували тракцію. Мобілізували дно шлунка шляхом пересічення коротких судин шлунка між його дном і селезінкою. Звужували стравохідний отвір зшиванням ніжок діафрагми одним або двома Z–подібними швами позаду стравоходу і одним вузловим швом спереду стравоходу за допомогою зшиваючого апарату EndoStich так, щоб відстань між стравоходом і швами з обох сторін становила 10 мм, яку вимірювали за допомогою введення інструмента діаметром 5 мм між стравоходом і швами на ніжках діафрагми спереду і ззаду. Формували антирефлюксну манжету (довжиною 2–3 см) за рахунок переміщення дна шлунка позаду стравоходу на  $360^\circ$  у верхній його частині за допомогою одного або двох вузлових швів EndoStich із захопленням стравоходу, а у нижній його частині – на  $270^\circ$ , фіксували дно шлунка до стравоходу двома вузловими швами зліва і справа від стравоходу. Відстань між діафрагмою та верхнім швом на манжеті становила 3–4 см. Прохідність стравоходу перевіряли калібровочним зондом з манжетою діаметром 2 см.

У 1–й групі хворих ГСОД середніх розмірів діагностовано у 76 (49,7%), велику – у 49 (32%), гігантську – у 28 (18,3%) оперованих. Середня тривалість операції становила  $120 \pm 15$  хвилин. Тривалість перебування хворого в стаціонарі в середньому становила

5 дні. Опитано і обстежено 63,4% пацієнтів у терміни від 3 до 12 місяців після операції. Через 3 місяці помірну дисфагію виявлено у 5 хворих (5,2%), через 6 місяців – у 3 пацієнтів (3,1%), 12 місяців – у 1 обстежених (1,0%). Рецидив ГСОД діагностовано в 2 пацієнтів (2,1%), один з яких прооперований з приводу гігантської змішаної грижі стравохідного отвору діафрагми, «короткого стравоходу». Gas–bloat синдром виявлено у 11 хворих (11,3%) через 6 місяців після операції і 2 пацієнтів (2,1%) через 12 місяців. Серед інтраопераційних ускладнень було ушкодження селезінки з кровотечею у 2 (2,1%) хворих і карбокситоракс у 4 (4,1%) пацієнтів. Не було жодного випадку міграції антирефлюсної манжети, післяопераційних гнійно–септичних чи тромбоемболічних ускладнень. Індекс якості життя був відмінний у 91,7% осіб.

У 2-й групі хворих ГСОД середніх розмірів діагностовано у 27 (51,9%), великих – у 21 (40,4%), гігантських – у 4 (7,7%) оперованих. Середня тривалість операції становила  $90 \pm 10$  хвилин. Тривалість перебування хворого в стаціонарі в середньому становила 3 дні. Опитано і обстежено 78,8% пацієнтів у терміни від 3 до 12 місяців після операції. Через 3 місяці у 2 хворих (4,8%), оперованих з приводу гігантської грижі, виявлено помірну дисфагію, яка добре піддалася консервативному лікуванню, через 6 місяців хворі скарги не виявляли. Не було жодного випадку рецидиву ГСОД, ГЕРХ, інтраопераційних, гнійно–септичних чи тромбоемболічних ускладнень. Дисфагія та gas–bloat синдром були відсутні у всіх опитаних через 6 та 12 місяців після операції. Індекс якості життя був відмінний у 97,5% осіб.

## Висновки

1. Серед ускладнень після антирефлюксних операцій найбільше значення мають рецидив ГСОД, ГЕРХ, дисфагія, gas–bloat синдром
2. Правильний вибір типу операційного лікування та адекватний обсяг операції дає можливість покращити результати лікування хворих з ГСОД
3. Модифікована методика лапароскопічної операції при ГСОД дає можливість знизити кількість післяопераційних ускладнень та підвищити якість життя хворого після операції

## Ендоскопічне кліпування як методика лікування при виникненні шлункової нориці після подовжньої резекції шлунка

К. М. Милиця, М. М. Милиця, Л. В. Омелюх, А. А. Жердев, О. І. Маслов

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

**Вступ.** Баріатрична хірургія застосовується у всіх розвинених країнах світу, бо довела свою ефективність і вважається найдієвішим способом зниження маси тіла.

Однією з найрозповсюджених баріатричних операцій є подовжня резекція шлунка. Недивлячись на те, що ця операція є достатньо технологічною і стандартизованою, лікарі інколи вимушені зтикатися зі специфічними ускладненнями. При виконанні подовжньої резекції шлунка таким ускладненням є виникнення шлункової нориці.

**Мета.** Пошук нових можливостей для лікування шлункових нориць після виконання баріатричних операцій

**Об'єкт і методи дослідження.** Жінці 35 років було виконано подовжню резекцію шлунку з приводу зайвої ваги. Індекс маси тіла до операції складав  $39 \text{ кг/м}^2$ . Післяопера-

ційний період був гладким. Жінка була випущена додому на третю післяопераційну добу.

На тринадцяту добу вона звернулася до клініки зі скаргами на слабкість, нездужання. Пацієнтці було виконано ультразвукове дослідження на якому не було діагностовано жодних патологічних проявів. Через десять хвилин після виконання УЗД в пацієнтки з'явилась блювота кров'ю. Жінці було проведено діагностичну ендоскопічну процедуру яка виявила кров'яний згусток в проксимальній ділянці шлунка по лінії шва та відсутність даних про поточну кровотечу. За декілько годин стан пацієнтки погіршився, прогресувала слабкість, відмічено зниження гемоглобіну. Оскільки по назогастральному зонду геморагічного компоненту не було, а по даних УЗД в черевній порожнині з'явилась вільна рідина було виконано лапароскопію. Під час виконання лапароскопії в черевній порожнині до 1,5 літрів крові. Джерело кровотечі в проксимальній ділянці шва шлунка було кліповано. Внутрішньоопераційно проведено тест на герметичність лінії резекції. Черевна порожнина дренована

Через 2 дні після релапароскопії через дренаж що знаходився піддіафрагмально з'явився шлунковий вміст. Пацієнта лихоманить до 39°C, при виконанні рентгенографії грудної клітини – гідроторакс до 6 ребера на лівій стороні. Виконана плевральна пункція з видалення рідини.

Під час виконання гастроскопії – на 6 см нище кардіальноезофагіального переходу візуалізовано два отвори діаметром 0,5 і 0,8 см. Діагностовано наявність шлункової нориці.

Згідно даних світової літератури для лікування шлункових нориць після виконання подовжньої резекції шлунка рекомендовано застосування довгого езофагодуоденального стенту. Але на час виникнення нориці у нашої хворої, вищезгаданого стента на території України не було. Ще одним недоліком стента є його велика вартість.

Тому було прийнято рішення провести спробу ендоскопічного затискання внутрішнього отвору нориці гемостатичними кліпсами. Під час ендоскопії внутрішні отвори нориць оброблені за допомогою аргоноплазменої коагуляції та затиснуті трьома гемостатичними кліпсами. Для зміцнення лінії кліпування поверх було нанесено акриловий клей.

#### **Результати, їх обговорення, висновки.**

Після проведення процедури кліпування внутрішнього отвору нориць зникло відділяєме по дренажах, та вони були видалені через три доби.

Пропонуємо ендоскопічне кліпування як зручний, альтернативний, неінвазивний метод лікування шлункових нориць які виникають після подовжньої резекції шлунка.

## **Вплив ілеодуоденопластики на інсулінорезистентність**

**С. Є.Подпрятюв, С. С.Подпрятюв, В. В.Салата, І. О.Белоусов, В. П.Корчак**

**Київський міський центр електрозварювальної хірургії на базі,  
Київської міської клінічної лікарні №1**

**Вступ.** Відомо про полегшення перебігу цукрового діабету після виконання хірургічного втручання з метою корекції метаболізму. Однак, даних стосовно зміни інсулінорезистентності під впливом метаболічної хірургії немає.

**Мета:** дослідити зміни інсулінорезистентності після виконання ілеодуоденопластики.

**Об'єкт та методи дослідження.** Проведений аналіз змін інсулінорезистентності після здійснення ілеодуоденопластики у 6 пацієнтів. Чоловіків було 4, жінок 2 в віці від 35 до 68 років. Індекс маси тіла пацієнтів знаходився в межах від 23,4 кг/м<sup>2</sup> до 62,3 кг/

м<sup>2</sup>. Рівень інсуліну та с-пептиду в крові визначали за допомогою радіоімунологічного аналізу з використанням апарату SR 300 фірми Beckman Coulter (США) з використанням наборів IRMA KIT фірми Izotop (Угорщина). Інсулінорезистентність діагностували на підставі виявлення рівню інсуліну в крові, що в 1,5 рази і більше перевищував верхню межу норми. Операцію здійснювали за методикою, описаною нами в попередніх роботах.

**Результати, їх обговорення.** Перед виконанням операції діагноз цукрового діабету II типу був встановлений у 3 пацієнтів. Для корекції рівню глікемії 2 пацієнти отримували таблетовані препарати, 1 – парентерально інсулін в сумарній дозі 60 одиниць на добу. До виконання операції рівень інсуліну в крові пацієнтів становив  $50,83 \pm 10,35$  мкМОд/мл при рівні норми  $5,9-22,5$  мкМОд/мл. При цьому рівень с-пептиду у 3 хворих, група I, становив  $3920,46 \pm 716,41$  пмоль/л проти показника  $802,52 \pm 353,92$  пмоль/л у інших 3 хворих, група II, при рівні норми  $295-1162$  пмоль/л.

Впродовж двох тижнів після здійснення ілеодуоденопластики рівень інсуліну у всіх хворих знизився до  $15,50 \pm 6,02$  мкМОд/мл. В цей же час рівень С-пептиду у пацієнтів I групи знизився до  $1448,75 \pm 260,59$  пмоль/л, тоді як в II групі підвищився до  $1392,54 \pm 883,83$  пмоль/л.

Отримані дані свідчать про різні механізми виникнення інсулінорезистентності: за рахунок його високої продукції та в наслідок уповільненої утилізації.

Швидке зниження високих рівнів інсуліну та с-пептиду після виконання ілеодуоденопластики свідчить про усунення причини інсулінорезистентності.

В той же час, підвищення рівню с-пептиду після здійснення ілеодуоденопластики на тлі зниження рівню інсуліну в крові є наслідком більш складних змін регуляції обміну вуглеводів, що потребує окремого дослідження.

Також потребує з'ясування причина встановлення рівню с-пептиду після операції у пацієнтів обох груп приблизно на однаковому рівні, дещо вищому від верхньої межі показника норми.

## **Висновки.**

Виконання ілеодуоденопластики супроводжується нормалізацією рівню інсуліну в крові впродовж двох тижнів.

Зміни рівню с-пептиду після здійснення ілеодуоденопластики різноспрямовані залежно від його доопераційного показника. Причини таких змін потребують подальшого дослідження.

## **Тактика мініинвазивного лікування больних с ахалазией кардии**

**В. М. Ратчик, А. М. Бабий, Б. Ф. Шевченко, Н. В. Пролом**

**ГУ «Інститутгастроентерології НАМН України», г. Дніпр**

**Вступление.** Ахалазия кардии (АК) – редкое первичное нарушение моторики пищевода, приводит к прогрессирующей дисфагии и возникновению осложнений. Сообщаемая заболеваемость составляет примерно один на 100 000 человек в год, а показатель распространенности составляет 10 на 100 000 человек. Наиболее эффективным нехирургическим методом лечения считается баллонная пневмокардиодилатация (ПД), среди хирургических методов – лапароскопическая миотомия Геллера (ЛИМГ). Некоторые рандомизированные исследования свидетельствуют о том, что ЛИМГ в сравнении с ПД

дополнительно увеличивает продолжительность ремиссии и уменьшает частоту рецидивов. Однако, существуют данные и других авторов, которые не наблюдают достоверных различий в отдаленных результатах обеих методов.

**Цель работы** – оптимизация лечебно–диагностической тактики у больных с АК.

**Объект и методы исследования.** В отделении хирургии органов пищеварения института с 2006 по 2017 г.г. обследовано и проведено лечение у 223 пациентов с диагнозом АК, в том числе мужчин 77 (34,5%), женщин 146 (65,5%) в возрасте от 22 до 76 лет ( $38,6 \pm 5,2$ ) лет. На основе максимального диаметра просвета и формы пищевода больные разделены на IV группы: группа I – 17 (7,6%) пациентов с диаметром пищевода  $< 4,0$  см; группа II – 91 (40,8%) больной с диаметром пищевода  $4,0–6,0$  см; группа III – 68 (30,5%) больных с диаметром пищевода  $> 6,0$  см и прямой осью пищевода; группа IV – 47 (21,1%) больных с диаметром пищевода  $> 6,0$  см и S–образным пищеводом. БД проводили баллонами «G–Flex», диаметром 35 и 40 мм, под эндоскопическим и/или рентген–контролем, курсом 3–6 сеансов, интервалом 1–3 дня и экспозицией дилатации 3–6 мин, среднее давление в баллоне –  $220 \pm 40$  мм.рт.ст. Манометрия пищевода выполнялась оригинальным устройством для изучения моторики желудочно–кишечного тракта МНХ–01.

**Результаты и их обсуждение.** Манометрия давления покоя в нижнем пищеводном сфинктере (НПС) составила в I группе – 28,4 мм.рт.ст. (ДИ, 24,5–32,3), во II – 69,4 мм.рт.ст. (95% ДИ, 57,5–80,5), в III – 76,8 мм.рт.ст. (ДИ, 63,6–89,9), в IV – 91,7 мм.рт.ст. (ДИ, 85,1–100,5).

Последние 3 года части больных групп III и IV и при отсутствии эффекта после ПД, выражающегося продолжением дилатации пищевода и явлениях дисфагии выполнялась ЛМГ с фундопликацией по Дору (25 больных – 11,2%). Разрез мышечных волокон длиной 5 см у дистального края пищевода с переходом на кардию длиной до 3 см выполняли с помощью ультразвукового скальпеля. После мобилизации дна желудка осуществлялась передняя фундопликация по Дору с наложением непрерывного шва, а при сочетании расширения пищеводного отверстия диафрагмы – задняя круорофия.

Эффективность проведенного лечения оценивалась по уменьшению диаметра пищевода уже после второго сеанса ПД, по снижению высоты уровня бариевого контраста при опорожнении пищевода (в группе I с  $8,1 \pm 1,3$  см до  $1,5 \pm 0,5$  см, в группе II – с  $10,5 \pm 1,6$  см до  $2,2 \pm 0,8$  см, в группе III – с  $12,2 \pm 1,9$  см до  $2,7 \pm 1,3$  см, в группе IV – с  $16,3 \pm 2,4$  см до  $3,6 \pm 1,5$  см) и по снижению давления НПС в группе I до 2,6 мм.рт.ст. (ДИ 0,7–3,9), II – до 10,8 мм.рт.ст. (ДИ 6,2–13,9), III – до 12,3 мм.рт.ст. (ДИ 7,8–14,7) и IV – до 16,2 мм.рт.ст. (ДИ 11,3–18,5).

**Выводы.** В лечении больных с ахалазией кардии выполнение баллонной пневмокардиодилатации и лапароскопической миотомии Геллера с фундопликацией по Дору являются оптимальными и легко воспроизводимыми миниинвазивными вмешательствами, позволяющими предупредить формирование тяжелых осложнений.

## Мініінвазивні технології в лікуванні хворих з пілородуоденальним стенозом виразкової етіології

В. М. Ратчик, С. О. Тарабаров, Н.В. Пролом

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро

**Вступ:** В останні роки відзначається неухильний ріст кількості хворих з ускладненими формами виразкової хвороби ДПК, при цьому частота пілородуоденального стенозу



виразкової етіології серед дорослого населення варіює від 10 до 63,5%, та в середньому складає 15–30%. В зв'язку з впровадженням мініінвазивних технологій, змінилися підходи до тактики і техніки проведення операцій у таких хворих. Незважаючи на вирішення деяких окремих проблем, залишаються важливими питання, які стосуються мініінвазивних методик хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою ДПК, що ускладнилась стенозом пілородуоденальної зони.

**Мета:** поліпшення результатів лікування стенозу пілородуоденальної зони виразкової етіології при використанні комбінованої лапароендоскопічної мініінвазивної методики.

**Матеріал та методи.** У відділенні хірургії органів травлення ДУ ІГНАМН України за 2016–2017 роки проведено лікування 10 хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового ґенезу з використанням методу комбінованої лапароендоскопічної оперативної техніки. Чоловіків було 6, жінок 4. Вік пацієнтів коливався від 38 до 56 років. Середній вік ( $45,3 \pm 5,2$ ) роки.

З метою виявлення факторів виразкоутворення усі пацієнти проходили клініко–лабораторні, ендоскопічні, рентгенологічні та морфологічні обстеження. У 7 пацієнтів (70%) діагностовано субкомпенсований стеноз, у 3 (30%) пацієнтів – компенсований стеноз. Для етапу ендоскопічної балонної пілородуоденопластики використовували балони 15–20 мм фірми «Boston Scientific» (USA).

**Результати досліджень.** Усім пацієнтам виконане мініінвазивне комбіноване лапароендоскопічне оперативне втручання яке складалось з трьох основних етапів: 1. лапароскопічна СПВ за Hill–Barker; 2. мобілізація ДПК за Кохером і лапароскопічний вісцероліз в області ділянки стенозу; 3. ендоскопічна балонна пілородуоденопластика під ендоскопічним та лапароскопічним контролем.

Першим етапом після ревізії та ідентифікації деформації пілородуоденальної зони виконували СПВ за Hill–Barker, після чого в просвіт шлунку вводили ендоскоп до ділянки стенозування. Лапароскопічно виконується вісцеролізіпілородуоденальної зони і мобілізація ДПК за Кохером, при цьому у ендоскопіста з'являється можливість провести апарат через звужене місце стенозу. Після ендоскопічного огляду, в область стенозування ДПК через канал ендоскопа встановлюється спеціальний балон для дилатації необхідного діаметра і спеціальним інфлятором виконується балонна пілородуоденопластика стенозу на протязі 3–5 хв. Одразу після цього область пілородуоденопластики оглядається на предмет ефективності дилатації та можливих ускладнень. При необхідності, проводиться зонд для ентерального харчування.

В усіх пацієнтів було досягнуто відновлення нормального просвіту ДПК (до 16–20 мм). Середній післяопераційний період склав 7 діб. Середній час операції  $135 \pm 43$  хв.

Віддалений період спостереження склав 7–12 місяців. Ендоскопічних, рентгенологічних та клінічних ознак рецидиву виразкової хвороби та стенозу не виявлено.

**Висновки.** Метод мініінвазивного комбінованого лапароендоскопічного втручання в лікуванні стенозу пілородуоденальної зони виразкового ґенеза має хороші показники ефективності, відсутність ускладнень та рецидиву захворювання у віддаленому періоді.

## Механічний інвагінаційний езофагогастроанастомоз в профілактиці післяопераційних ускладнень у пацієнтів після резекцій стравоходу

О. Ю. Усенко, А. В. Сидюк, А. С. Клімас, Г. Ю. Савенко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова, м. Київ, Україна

**Вступ.** Реконструкція стравоходу після езофагоектомії залишається однією з головних проблем в хірургії стравоходу, а проблема надійності співустя зі стравоходом залишається актуальною до теперішнього часу, оскільки неспроможність анастомозу є однією з основних причин летальних результатів операцій.

Накладення механічного шва за допомогою зшиваючих степлерів, які постійно вдосконалюються, стає все більш популярним в хірургії стравоходу. Що стосується неспроможності анастомозу, то оцінка степлерної техніки дає рівні або кращі результати в порівнянні з ручною.

**Мета роботи** – оцінити переваги формування інвагінаційного механічного ЕГА у пацієнтів з захворюваннями стравоходу після резекцій стравоходу.

**Матеріали та методи.** На базі НІХТ ім. О. О. Шалімова за період з 2015 по 2018 р. виконано 82 оперативних втручання з приводу пухлин стравоходу та шлунково–стравохідного переходу. У дослідження включені 45 хворих, оперованих в НІХТ ім. О. О. Шалімова з приводу злоякісних пухлин стравоходу та шлунково–стравохідного переходу, яким було виконано резекцію стравоходу (група порівняння – 20 пацієнтів, яким було виконано резекцію стравоходу з формуванням класичного механічного ЕГА; група дослідження – 25 пацієнтів, яким було виконано резекцію стравоходу з формуванням інвагінаційного механічного ЕГА).

Оцінювали кількість післяопераційних ускладнень з боку анастомозів: кількість випадків неспроможності ЕГА в ранньому післяопераційному періоді та кількість випадків рубцевих стриктур ділянки ЕГА через 3, 6 та 12 міс. Після оперативного втручання.

**Результати та їх обговорення.** Пацієнти обох груп були зіставними за віком, статтю, вагою, ростом, тривалістю операції.

Випадків неспроможності ЕГА у досліджуваній групі зареєстровано не було, в той час, як у групі порівняння неспроможність ЕГА було констатовано у 2 (10%) пацієнтів ( $p < 0,05$ ). Кількість формування післяопераційних стриктур анастомозу, після оперативного втручання, виявилась нижчою в групі дослідження та склала 2 випадки (8%), в той час як у групі порівняння було констатовано 6 (30%) випадків формування стриктури ЕГА ( $p < 0,05$ ) через 3 міс після оперативного втручання. Така ж тенденція до більшої кількості випадків рубцевих стриктур ЕГА у групі порівняння спостерігалась й надалі: через 6 міс. кількість стриктур ЕГА у групі порівняння склала 8 (40%) випадків, у досліджуваній групі 4 (16%) випадки, а через 12 міс. 8 (40%) та 5 (20%) випадків відповідно ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, формування інвагінаційного механічного ЕГА зменшує кількість післяопераційних ускладнень з боку анастомозу у хворих з езофагектомією.

### Висновки

1. Встановлено, що формування інвагінаційного механічного ЕГА при резекціях стравоходу зменшує кількість випадків неспроможності ЕГА та кількість рубцевих стриктур ЕГА.
2. Інвагінаційний механічний ЕГА в порівнянні з класичним механічним анастомозом довів свою біль високу надійність та ефективність для зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

## Досвід виконання мініінвазивних втручань при доброякісних та злоякісних захворюваннях стравоходу

О. Ю. Усенко, А. В. Сидюк, О. Є. Сидюк, А. С. Клімас, Г. Ю. Савенко

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова, м. Київ, Україна

Хірургія стравоходу, не дивлячись на значні досягнення, залишається до теперішнього часу однією із самих складних. Стандартом лікування резектабельного раку стравоходу і деяких доброякісних захворювань стравоходу залишається хірургічне видалення чи резекція останнього [Ajani et al., 2011]. З видів хірургічного втручання при екстирпації стравоходу стандартами стали операції Мак–Кеона, Люїса, трансхіатальна екстирпація стравоходу. При виконанні відкритої езофагектомії (ВЕ) хворому завдається велика травма з ушкодженням черевної, плевральної порожнин та шиї, що відображається в ранньому післяопераційному періоді вираженим больовим синдромом, тривалим періодом відновлення та активізації пацієнта. При стандартній методиці за даними світової літератури частота легеневих ускладнень становить 20–30%. За сучасними тенденціями та дослідженнями в світі значного поширення здобули мініінвазивні езофагектомії (МІЕ). Результати вказують на те, що МІЕ асоціюється з суттєвим зменшенням легеневих ускладнень, крововтрати та меншою тривалістю перебування у відділенні інтенсивної терапії та хірургічному стаціонарі. Смертність між МІЕ та відкритим оперативним втручанням не відрізняється. Що стосується онкологічних результатів, то досягнення резекції R0 схожа між МІЕ та ВЕ, як і кількість видалених лімфатичних вузлів. На базі НІХТ ім. О. О. Шалімова за період з 2015 по 2018 р. виконано 87 резекційних оперативних втручань на стравоході та стравохідно–шлунковому переході з пластикаю останнього шлунковим трансплантатом (52), ободовою кишкою (8) та тонкою кишкою (27). В дослідження увійшли 52 пацієнт із екстирпацією стравоходу з доступів Люїса, Мак–Кеона та трансхіатальною езофагектомією, яким виконана пластика стравоходу шлунковим трансплантатом. Групу порівняння склали – 44 пацієнта (84,6%); групу дослідження – 8 пацієнтів (25,4%), яким було виконано МІЕ, 4–м хворим виконано торако–лапароскопічну операцію за Мак–Кеоном, в 1–го хворого виконано лапароскопічну трансхіатальну езофагектомію з анастомозом на шиї, 2–м хворим – мініінвазивну гібридну лапароскопічну операцію Люїса, та 1–му хворому – мініінвазивну гібридну торакокопічну операцію Люїса. Середній вік хворих склав 53 роки (13–64). З приводу пухлин стравоходу оперовано 45 хворих (86,5%) та післяопікової стриктури стравоходу 7 хворих (23,5%). У всіх випадках пластика стравоходу проводилася шлунковим трансплантатом. З екстраплевральним анастомозом у 22 хворих (42,3%), та інтраплевральним у 30 хворих (57,7%). Середній час оперативного втручання в групі порівняння склав 287 хв. (240–370 хв.), середній об'єм крововтрати становив 340 мл (100–600 мл), середній час перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді склав 15 діб (9–29), ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу – у 3–х пацієнтів: на 5–ту, 6–ту та 9–ту п/о добу – клінічно незначущі, проведено консервативну терапію, та встановлення VАС системи (у 1–го хворого). У 1–го хворого в п/о періоді розвинулися явища спайкової тонко кишкової непрохідності (виконано релапаротомію, роз'єднання спайок). В групі дослідження – 408 хв. (370–480 хв.), 107 мл (50–200 мл), 10 діб (8–16) відповідно, ускладнення в 1–го пацієнта – гостра странгуляційна тонко кишкова непрохідність, проведено 1 повторне оперативне втручання. Летальних випадків в досліджуваних групах не було.

**Виводи:** З метою зменшення вираженості післяопераційного болю, періоду перебування в стаціонарі, зменшення крововтрати, покращення косметичного ефекту, можливість виконання мініінвазивних езофагектомій в хірургічному лікуванні злоякісних та доброякісних захворювань стравоходу повинна бути розглянута в кожному окремому випадку. Слід зазначити, що дану процедуру доцільно виконувати в спеціалізованих медичних закладах з досвідом в мініінвазивній хірургії та хірургії стравоходу.

## Тактика лікування неспроможності лінії стаплерного шва шлункової трубки після рукавної резекції шлунка

О. Ю. Усенко<sup>2</sup>, І. М. Тодуров<sup>1</sup>, О. В. Перехрестенко<sup>1</sup>, О. О. Калашніков<sup>1</sup>,  
С. В. Косюхно<sup>1</sup>, О. І. Плегуча<sup>1</sup>, О. А. Потапов<sup>1</sup>, О. В. Щитов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ  
<sup>2</sup>ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова»  
НАМН України, м. Київ

**Вступ.** Серед великої кількості хірургічних методик лікування ожиріння та метаболічних порушень рукавна резекція шлунка (РРШ) нині впевнено зайняла лідируючі позиції. Рукавна резекція шлунка ефективна та безпечна баріатрична операція, після якої відбувається зниження надлишкової маси тіла та компенсація супутніх метаболічних порушень. Одне із найбільш грізних раних ускладнень означеної методики – неспроможність лінії стаплерного шва шлункової трубки, що, за даними різних авторів, може виникати з частотою від 0% до 20% пацієнтів зі збільшенням ризику після повторних (ревізійних) оперативних втручань.

**Мета.** Покращення результатів хірургічного лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом оптимізації тактики лікування неспроможності лінії степлерного шва шлункової трубки після рукавної резекції шлунка.

**Об'єкт і методи дослідження.** З 2011 року по 2017 роки 246 пацієнтам з різним ступенем ожиріння виконано РРШ та 3 пацієнтам – рукавна ре-резекція в зв'язку з неефективністю первинної операції. Під час операції кожному пацієнту виконували тест на герметичність шлункової трубки розчином з метиленовим синім через назогастральний зонд та дрениували зону шлункової трубки. Всім пацієнтам на 1-шу добу після операції виконували рентгенологічний контроль пасажу по шлунковій трубці водорозчинним контрастом.

**Результати, їх обговорення.** У 7 (2,8%) пацієнтів діагностовано неспроможність лінії стаплерного шва шлункової трубки. У 6 – після рукавної резекції шлунка та 1 – після рукавної ре-резекції шлунка. У одної пацієнтки симптоми розвинулись через 10 годин після операції. Термін діагностики у 5 пацієнтів – 24–120 годин та у одної пацієнтки після рукавної ре-резекції на 14 добу.

Ушивання зони неспроможності виконано 3 пацієнтів після РРШ, у одного було ефективно, у решти 2 хворих – призвело до збільшення дефекту.

У 5 виконано ендоскопічне стентування шлункової трубки. Після видалення стенту закриття неспроможності вдалося досягти у 2 пацієнтів. У 3 пацієнтів лінійний норицевий хід вдалось ліквідувати шляхом додаткового виконання черездренажного пломбування біосумісною клейовою сумішшю після видалення стенту.

Одна пацієнтка звернулась за допомогою на 14 добу після операції. Діагностовано неспроможність лінії стаплерного шва з формуванням абсцесу лівого піддіафрагмаль-

ного простору. Після дренивання абсцесу під ультразвуковим контролем застосовано ендоскопічну вакуум-терапію. Після трьох сеансів означеної процедури на контрольній рентгенографії з водорозчинним контрастом встановлено загоювання неспроможності лінії стаплярного шва. Летальних випадків не було.

**Висновки.** Виникнення неспроможності лінії стаплярного шва шлункової трубки потребує диференційованої тактики лікування в залежності від особливостей конкретної клінічної ситуації та терміну діагностики ускладнення. Застосування мультидисциплінарного підходу із використанням хірургічних, ендоскопічних та мініінвазивних методик лікування означеного ускладнення є ефективним способом вирішення проблеми.

## Сучасні можливості хірургічного лікування цукрового діабету 2 типу асоційованого з ожирінням

О. Ю. Усенко<sup>2</sup>, І. М. Тодуров<sup>1</sup>, О. В. Перехрестенко<sup>1</sup>, С. В. Косюхно<sup>1</sup>,  
О. А. Потапов<sup>1</sup>, О. О. Калашніков<sup>1</sup>, О. І. Плегуца<sup>1</sup>, О. В. Щитов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ,

<sup>2</sup>ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова»  
НАМН України, м. Київ

**Вступ.** Нині все більшій актуальності набуває використання методик метаболічної хірургії у протоколах лікування цукрового діабету 2 типу (ЦД 2), що визначає необхідність всебічного вивчення обґрунтованості, доцільності та результатів оперативних втручань.

**Мета.** Покращення результатів лікування хворих на ЦД 2 типу асоційованого з ожирінням шляхом вивчення результатів хірургічного методу лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідження ввійшли 75 пацієнтів з ЦД 2 типу асоційованого з ожирінням, яким у період з 2011 по 2017 рік було виконано метаболічні оперативні втручання – біліопанкреатичне шунтування з виключенням дванадцятипалої кишки в модифікації за Hess–Marceau (БПШ) – 33 хворим (44%), рукавна резекція шлунку (РРШ) – 32 хворим (42,7%) та шунтування шлунку за Ру (ШШ за Ру) – 10 хворим (13,3%), у 56 (74,7%) з яких на догоспітальному етапі проводився глікемічний контроль консервативними препаратами. У 19 хворих (25,3%) ЦД 2 типу було вперше діагностовано у хірургічному стаціонарі. В доопераційному періоді компенсацію ЦД 2 типу діагностували за умови рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) 6,1–7,0%, а декомпенсацію – понад 7,0%. Для оцінки результатів хірургічного лікування ЦД 2 використано критерії Американської діабетичної асоціації (ADA, 2009). Термін спостереження склав до 2 років післяопераційного періоду.

**Результати та їх обговорення.** У лікуванні пацієнтів, у яких в перед операційному періоді визначався декомпенсований ЦД 2, високий рівень маркерів інсулінорезистентності, діабетичний анамнез понад 5 років з неефективністю гіпоглікемічної терапії або гастрорестриктивних оперативних втручань в анамнезі (означені критерії виявлено у 42 (56%) хворих), перевага віддавалась комбінованим баріатричним втручанням – БПШ та ШШ за Ру. Через 2 роки було відстежено 61 (81,3%) пацієнтів, які залишились у дослідженні. Із них з РРШ – 28 (87,5%), з ШШ за Ру – 7 (70%), та 26 із БПШ (78,8%). Через 24 місяці після РРШ лабораторні критерії, що свідчили про повну стійку ремісію ЦД 2 зафіксовано у 17 (60,7%) із 28 хворих. Показники часткової ремісії захворювання відмічені у 6 (21,4%) хворих, покращення – у 3 (10,7%) пацієнтів, неефективною методика

виявилась у 2-х хворих (7,2%). Виконання БПШ призвело до повної стійкої ремісії ЦД 2 у всіх пацієнтів – 26 (100%). Потреби у призначенні чи продовженні гіпоглікемічної терапії в післяопераційному періоді у жодного з хворих не було. Виконання ШШ за Ру призвело до повної стійкої ремісії захворювання у 6 (85,7%) хворих та до часткової ремісії у 1 хворого (14,3%). Означені результати хірургічного лікування асоціювалися зі зниженням рівня маркерів інсулінорезистентності (НОМА-IR, гіперінсулінемія) у всіх групах хворих. Летальних випадків не було.

**Висновки.** З огляду на отримані результати встановлено високу ефективність метаболічних оперативних втручань у лікуванні ЦД 2 типу асоційованого з ожирінням, з більш високою результативністю комбінованих оперативних втручань в порівнянні з РРШ. Перспективи подальшого вивчення результатів метаболічної хірургії пов'язані із дослідженням стійкості антидіабетичного ефекту у співвідношенні з профілем безпеки різних методик оперативних втручань у віддаленому післяопераційному періоді (термін спостереження понад 5 років).

## Ендовідеохірургічні втручання на стравоході та шлунку

О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, О. П. Дмитренко, А. Ю. Згонник

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології» імені О. О. Шалімова  
НАМН України, Київ, Україна

**Актуальність.** Грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) та ахалазія кардії (АК) досі остаються найбільш розповсюдженими доброякісними захворюваннями стравоходу. Доброякісні пухлини стравоходу зустрічаються досить рідко, частіше це лейоміоми. Проте в шлунку найчастіше серед доброякісних пухлин зустрічаються поліпи, рідше лейоміоми. В останній час досить часто зустрічаються GIST. З розвитком лапароскопічної хірургії та впровадженням в практику сучасних методів лікування стало можливе виконання малоінвазивних втручань на стравоході та шлунку.

**Мета.** Вивчення результатів лапароскопічного оперативного лікування хворих на захворювання стравоходу та шлунку.

**Матеріали і методи.** У відділі хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХіТ НАМН України ім. О.О. Шалімова з 2001 по 2017 р.р. лапароскопічні оперативні втручання на кардіо-езофагеальній зоні та шлунку були застосовані у 316 хворих. А саме: лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплікація (ЛЕКМТФ) виконана 148 пацієнтам на АК; лапароскопічна фундоплікація і круроррафія (ЛФ) – 115 хворим з ГСОД та, лапароскопічна енуклеація лейоміоми стравоходу та кардіального відділу шлунку – у 10 хворих, секторальна резекція шлунку с приводу GIST у 13 хворих, лапароскопічна поліпектомія шлунку ( в випадках коли неможливе ендоскопічне видалення: широка основа поліпа, не зручне розташування, великі розміри поліпів) – у 12 хворих, торакокопічна дивертикулектомія стравоходу – у 3 хворих. 15 хворим з рецидивами ГСОД виконані різні способи лапароскопічної рефундоплікації, серед них 11 пацієнтів, що раніше прооперовані в інших лікувальних закладах країни.

Жінок було прооперовано 162, чоловіків 142, середній вік склав  $45,4 \pm 7,8$  (від 18 до 73 років). II тип ахалазії кардії (S-подібний стравохід) спостерігали у 7 (4,7%) хворих на АК. 68% пацієнтів з АК мали в анамнезі по два і більше курсів пневмокардіоділяції або введення ботулотоксину. Серед пацієнтів з ГСОД оперованих вперше діагноз аксіальна ГСОД

(type I) встановлено 50 (43,5%) пацієнтам, параезофагеальна ГСОД (type II) – 35 (30,4%) хворим, змішана грижа з укороченням стравоходу (type III) – 25 (22,6%) пацієнтам, type IV – 4 (3,5%) пацієнтам. ЛФ по Nissen виконана 81 (70,4%) пацієнтам з ГСОД, за Nissen–Rossetti – 5 (4,3%), по Toupet – 23 (20%) хворим; по Nissen–Donahue (позавагусна) – 6 (5,2%) пацієнтам. Всім хворим виконана задня крурорафія, у 4 хворих доповнена передньою, у 5 (4,3%) хворих було використано сітчастий протез Proseed. Показами до повторних операції були: дисфагія у 3 хворих, рецидив GERX у 4 хворих, загроудинний біль у 2 хворих.

**Результати.** Термін спостереження склав від 1 до 16 років. Летальних випадків не було. Було 2 конверсії у хворих на АК та у 3 хворих на ГСОД. Відмінні та добрі результати після ЛЕКМТФ отримані у 144 (97,3%) пацієнтів. Спостерігались такі інтраопераційні ускладнення: пневмомедиастиnum: у 3 (2,0%) пацієнтів, лівобічний пневмоторакс – у 1 (0,7%) хворого, перфорація слизової оболонки у 4 (2,7%) пацієнтів. Віддалені ускладнення: рецидив ахалазії – у 3 (2,0%) хворих, рефлюкс–езофагіт – 1 (0,7%) пацієнта.

Відмінні та добрі результати після ЛФ отримані у 109 (94,8%) пацієнтів. Інтраопераційні ускладнення мали місце у 10 (8,7%) хворих: у 5 (4,3%) пневмомедиастиnum, у 3 (2,6%) пневмоторакс, 1 (0,9%) хворого кровотеча з короткої судини шлунка, 1 (0,9%) хворого травматичне пошкодження печінки. У 5 (4,3%) хворих впродовж перших 6 місяців спостереження періодично з'являлась дисфагія I ступеня, але це істотно не впливало на якість життя хворих і не потребувало додаткової медичної корекції. Незадовільні результати лікування отримані у 6 хворих: у 3 (2,6%) виник рецидив ГСОД, у 2 (1,7%) турбували прояви GERX, у 2 (1,7%) хворих через 1 та 2 роки після антирефлюксного оперативного лікування посилились прояви стравоходу Барретта. При рецидивах ГСОД: 4 хворим, що раніше виконано парціальну фундоплекцію проведено лапароскопічну повна рефундоплекцію; решті 9 хворим була виконана лапароскопічна крурорафія рефундоплекція за Ніссеном.

Рецидивів після операції лейоміомам, поліпів та GIST стравоходу ми не спостерігали.

**Висновки.** Лапароскопічні операції – є операціями вибору в хірургічному лікуванні пацієнтів у на доброякісні захворювання стравоходу та умовно доброякісні, оскільки за результатами не поступаються класичним втручанням, та мають більш шведки строки реабілітації, меншу травматичність та високі показники якості життя.

## Порівняльний аналіз метаболічного ефекту шунтування шлунку за Ру та мінішунтування шлунку

О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, В. В. Москаленко

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова»  
НАМН України

**Вступ:** Ожиріння є однією з провідних причин смерті в усьому світі, рівень захворюваності на яку невинно зростає як у дорослих, так і у дітей по всьому світі. Провідні фахівці ВООЗ розглядають ожиріння як найбільш серйозну проблему суспільного здоров'я XXI сторіччя. Очевидно, що ожиріння є важливим фактором багатьох захворювань, таких як діабет 2 типу, ішемічної хвороби серця, гіпертонії, гіперліпідемії, порушення толерантності до глюкози, деяких форм раку, остеоартроза, депресії та психосоціальних проблем. Баріатрична хірургія в даний час є найкращим методом лікування ожиріння, оскільки вона забезпечує кращі короткострокові та довгострокові результати порівняно з поведінковими підходами або медичним лікуванням.

**Мета роботи** порівняння метаболічного ефекту шунтування шлунку за Ру та міні-шунтування шлунку.

**Матеріали та методи:** в дослідження включено 91 пацієнта з морбідним ожирінням, яким було виконано шунтування шлунку за Ру з «класичного» лапаротомного доступу та лапароскопічне міні-шунтування шлунку. Термін спостереження 1 рік.

В групу шунтування шлунку за Ру ввійшло 69 хворих. Порушення вуглеводного обміну діагностовано у 60 (87%), з яких на ЦД 2 типу страждали 15 (21,7%) хворих. Дисліпідемію діагностовано у 20 (28,9%), середній коефіцієнт атерогенності  $4,8 \pm 0,95$ . Середній показник загального білка та гемоглобіну складав  $71,4 \pm 5,3$  та  $129,9 \pm 13,3$  г/л відповідно.

В групі лапароскопічного міні-шунтування шлунку 22 хворих. Порушення вуглеводного обміну діагностовано у 18 (81,8%), з яких на ЦД 2 типу страждали 6 (27,3%) хворих. Дисліпідемію діагностовано у 7 (31,8%), середній коефіцієнт атерогенності  $3,3 \pm 0,84$ . Середній показник загального білка та гемоглобіну складав  $73,4 \pm 5,2$  та  $148,5 \pm 22,2$  г/л відповідно.

**Результати:** В групі шунтування шлунку за Ру порушення вуглеводного обміну характерні для діабету II типу діагностовано у 3 (5%) пацієнтів, дисліпідемії у 14 (20,3%), середній коефіцієнт атерогенності  $3,14 \pm 0,37$ . Середній показник загального білка та гемоглобіну складав  $71,4 \pm 1,6$  та  $135,7 \pm 10,6$  г/л відповідно.

В групі лапароскопічного міні-шунтування шлунку порушення вуглеводного обміну характерні для діабету II типу діагностовано у 1 (4,5%) пацієнтів, дисліпідемії у 4 (18,2%), середній коефіцієнт атерогенності  $2,3 \pm 0,37$ . Середній показник загального білка та гемоглобіну складав  $73,4 \pm 1,6$  та  $139,5 \pm 19,4$  г/л відповідно.

**Висновки:** Дане дослідження показало, що метаблічний ефект шунтування шлунку за Ру дозволяє п'ятикратно зменшити частоту проявів цукрового діабету та в 1,4 рази частоту проявів дисліпідемії, тоді як ефект лапароскопічного міні-шунтування шлунку – в 6 та 1,75 разів відповідно. Зважаючи на меншу тривалість операції, більшу простоту та безпечність міні-шунтування шлунку можна вважати більш прийнятною баріатричною процедурою. Проте, є необхідним дослідження довгострокових баріатричних та метаблічних ефектів даної операції.

## Ендоскопічні особливості стравоходу при ахалазії

П. Д. Фомін, А. К. Курбанов, А. В. Малиновський, М. Г. Боярська,  
О. Б. Біляков–Бельський, О. А. Повч, Є. Є. Переш

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Київ, Україна,  
Одеський національний медичний університет. Одеса, Україна

**Вступ.** За дисфагією ахалазія стравоходу (АС) посідає 3-є місце після раку та рубцевих звужень. Стаз рідини та їжі в стравоході сприяє розвитку запального процесу у слизовій оболонці, від набряку до ерозивно-виразкових уражень та морфологічної перебудови в шарах стінки стравоходу. Езофагогастроуденоскопія (ЕГДС) в цих умовах грає дуже важливу роль для виявлення стану змін стравоходу та визначення необхідності проведення належних заходів підготовки стравоходу до початку лікування.

**Мета.** Проаналізувати ендоскопічні зміни стравоходу при різних стадіях АС в залежності від наявності, обсягів та характеру стазу рідини.



**Матеріали та методи.** Проведено аналіз ендоскопічної характеристики стравоходу за даними ЕГДС у 106 хворих на АС, які проходили лікування в хірургічних відділеннях клінічних баз кафедр хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця та хірургії №1 Одеського НМУ. Серед цих пацієнтів I ст мали – 8 (7,5%), II ст – 25 (23,6%), III ст – 55 (51,9%), IV ст – 18 (17,0%) хворих. Вік 58 (54,7%) жінок та 48 (45,3%) чоловіків коливався від 18 до 80 років ( $50,37 \pm 14,4$ ), а тривалість захворювання від появи перших симптомів до лікування складала 1 – 30 ( $6,2 \pm 5,2$ ) років. При проведенні ЕГДС визначали обсяг та характер застійного вмісту в стравоході, проводили рН – метрію, хромоезофагоскопію, біопсію. Стан слизової оболонки оцінювали за модифікованою нами Лос–Анджелеської класифікації езофагіту за чотирма (A,B,C,D) варіантами.

**Результати.** Стаз рідини та їжі в стравоході, з урахуванням домішок слини, коливався від 1,0 до 60,0 ( $24,1 \pm 18,4$ ) мл, у т. ч. при I ст. – від 1,0 до 2,0 ( $1,4 \pm 0,5$ ) мл, II ст. – від 1,0 до 5,0 ( $2,3 \pm 1,3$ ) мл, III ст. – від 10,0 до 45,0 ( $29,1 \pm 10,4$ ) мл, IV ст. – від 35,0 до 60,0 ( $48,9 \pm 8,5$ ) мл ( $p_{I-III, II-III, III-IV} < 0,001$ ). Значна кількість їжі навіть до формування безоар подібних структур заважали повноцінному огляду стравоходу. Із 4 варіантів ендоскопічної характеристики стравоходу було встановлено: варіант **A** (зміни слизової оболонки стравоходу були відсутні) – у 14 (13,1%), **B** (помірний набряк та вогнищева гіперемія без дефектів слизової оболонки) – у 52 (49,1%), **C** (набряк, вогнищева гіперемія та поодинокі поверхневі ерозії слизової оболонки) – у 27 (25,5%), **D** (набряк, гіперемія, поверхневі ерозії, крововиливи та гострі виразки на слизовій оболонці н/з стравоходу над зоною звуження) – у 13 (12,3%) осіб. Вказані варіанти залежали від тривалості хвороби, стадії, характеру стазу і рідше, від віку хворого. На підставі виявлених ендоскопічних змін стравоходу було розроблено алгоритм підготовки стравоходу для проведення лапароскопічного (39) або лапаротомного (56) оперативного втручання на езофагокардіальній зоні з меншим ризиком перфорації слизової оболонки під час операції. У решти 11 осіб застосовували ділатаційні методи без ускладнень.

## **Висновки.**

1. Обов'язкове ендоскопічне дослідження стравоходу дозволяє встановлювати зміни стану слизової оболонки та забезпечує можливість програмувати тактику підготовки стравоходу для лікування хворих на АС.

2. Впровадження розробленого на підставі виявлених ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, алгоритму медикаментозної терапії та санаційних заходів підготовки пацієнтів сприяє зменшенню ускладнень при проведенні обраних методів лікування.

## **Актуальні питання хірургічної тактики при гострих ускладненнях злоякісних пухлин шлунка**

**П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, П. В. Іванчов, О. Б. Пруднікова**

**НМУ імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії № 3, Київ**

**Вступ.** На протязі останніх років спостерігається зростання питомої частки гострих хірургічних ускладнень пухлин шлунку – шлунково–кишкових кровотеч (ШКК), перфорацій чи стенозів у структурі ургентної хірургічної патології. Активна робота хірургів у цьому напрямку спрямована на розробку алгоритмів ведення таких пацієнтів з метою відтермінування оперативних втручань (ОВ), зменшення післяопераційних ускладнень та летальності.

**Мета.** Вивчити основні питання хірургічної тактики у пацієнтів з гострими ускладненнями злоякісних пухлин шлунку.

**Матеріали і методи.** У Київському міському Центрі невідкладної допомоги хворим із ШКК на базі КМКЛ №12 та КМКЛ ШМД у період з 2011 по 2017 роки оперовано 130 хворих з приводу гострих ускладнень пухлин шлунку: ШКК – 103 (79,2%), перфорації – 8 (6,1%) та декомпенсованого стенозу – 19 (14,6%). Середній вік пацієнтів склав 58,0±8,0 роки. При госпіталізації пацієнтам виконувались загальні клінічні, лабораторні, рентгенологічні обстеження, ФГДС, за необхідністю, пневмогастрографія.

**Результати.** Серед всіх 130 оперованих пацієнтів найменшу групу склали хворі з cancer in situ та I стадією з ерозуванням та виразкуванням – 10 (7,7%) осіб, II стадію мали – 30 (23,1%) і найбільшими групами з'явилися пацієнти із III – 53 (40,8%) та IV – 37 (28,4%) стадіями онкологічного процесу. Несподіваним з'ясувалось те, що у 78 (60%) осіб пухлинне ураження шлунку було виявлено вперше у зв'язку із виникненням ускладнення – кровотеча або перфорація.

При раку шлунку ускладненому ШКК ступені стану гемостазу за класифікацією Forrest мали: FIA, FIB – 19 (18,5%), FIIA, FIIB, FIIC – 57 (55,3%) та FIIP – 27 (26,2%) хворих. У 50 (48,5%) пацієнтів крововтрата була помірного, у 23 (22,3%) – середнього та у 30 (29,1%) – важкого ступенів тяжкості, а серед останніх – 11 (36,6%) осіб госпіталізовані у стані важкого геморагічного шоку.

На підставі ретельного аналізу стану пацієнтів нами було розроблено алгоритм хірургічної тактики. Відповідно алгоритму у всіх пацієнтів із злоякісними пухлинами шлунку, ускладненими ШКК застосовувались різні ендоскопічні мінімально інвазивні методи гемостазу, як при кровотечі що продовжується (FIA, FIB), так і для профілактики рецидиву кровотечі при нестабільному гемостазі (FIIA, FIIB), що дозволяло відтермінувати ОВ для корекції та стабілізації стану і дообстеження. В цілому, на висоті триваючої ШКК, при неефективності ендоскопічного гемостазу (1) та на висоті рецидиву (4) оперовано 5 (4,9%) пацієнтів.

З приводу перфорації пухлини та ознак дифузного перитоніту у всіх 8 (6,1%) пацієнтів проведені екстрені нерадикальні оперативні втручання. У 19 (14,6%) хворих зі стенозуючою пухлиною шлунку проводилась адекватна передопераційна підготовка і ОВ виконувалось після корекції стану в плановому порядку.

Обсяг ОВ залежав від багатьох критеріїв і радикальні ОВ з лімфодисекцією D2 виконані у 82 (63,1%), у т. ч. при ЖКК – у 71 (68,9%) та важких стенозах – у 11 (57,9%) осіб. Нерадикальними ОВ були у 48 (36,9%): при ЖКК – у 32 (31,1%), перфораціях – у 8 (100%) та стенозах – у 8 (42,1%) осіб.

#### **Висновки.**

1. Вибір хірургічної тактики залежить від віку, загального стану пацієнта, характеру, локалізації, стадії онкологічного ураження та важкості його ускладнень.

2. Розроблений алгоритм хірургічної тактики при гострих ускладненнях злоякісних пухлин шлунка дає можливість виконувати ОВ у відтермінованому періоді після стабілізації і корекції стану пацієнта та адекватної передопераційної підготовки.

## Сучасні тенденції оперативного лікування стриктур стравоходу

В. О. Шапринський, В. Ф. Кривецький, Є. В. Шапринський

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**Вступ.** На протязі всієї сучасної історії розвитку хірургії стравоходу хірургічне лікування захворювань стравоходу являється одним із найбільш важких розділів торакоабдомінальної хірургії. Застосування сучасних технологій ХХІ сторіччя, а саме: методів діагностики, зокрема, різних варіантів ендоскопії, комп'ютерних технологій, різних видів езофагопластик, способів формування стравохідно-органних анастомозів, використання спеціалізованих шовних і пластичних матеріалів, апаратних методів анастомозування і дисекції тканин, а також сучасні досягнення анестезіології та реаніматології не вирішили ті проблеми, з якими зустрічались найвидатніші хірурги минулого сторіччя. Про це свідчать невтішні цифри післяопераційних ускладнень та летальності, яка сягає 15%.

**Мета.** Підвищити ефективність оперативного лікування стриктур стравоходу.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 177 хворих зі стриктурами стравоходу за період з 2000 по 2017 роки. Причинами виникнення стриктур були: післяопікові рубцеві стриктури стравоходу – в 64 пацієнтів, післяопераційні рубцеві стриктури – у 32, стриктури на тлі рефлюкс-езофагіта (пептичні) – в 16, рак стравоходу – в 65. Хворі були розподілені на 2 групи: групу порівняння – 100 хворих та основну – 77 хворих, яким застосовувались розроблені методи оперативних втручань.

**Результати та їх обговорення.** Хворим обох груп були проведені операції. Серед них пластика стравоходу власними тканинами при непротижних стриктурах, а також езофагопластики шлунком, товстою кишкою та езофагопластикою ілеоцекальним сегментом. У клініці розроблений спосіб езофагопластики сегментом товстої кишки, який був виконаний у 48 хворих, у решти – за загальноприйнятими методиками. Даний спосіб полягає у попередньому дослідженні ангіоархітекτονіки товстої кишки за 30 днів до операції та рентгенендоваскулярної підготовки трансплантата. За даний час в ділянці майбутнього трансплантата визначається розвиток колатералей. Інтраопераційно для пластики обирали наступні відділи ШКТ: кінцевий відділ висхідної ободової, поперечно ободову і частину нисхідної ободової кишки. Кровообіг трансплантата здійснювалось за рахунок середньої чи лівої ободовокишкової артерії. Трансплантат проводили ізоперистальтично позаду грудини у штучно створеному ретростернальному тунелі. Крім того, для покращення кровопостачання обраного трансплантата проводили розроблену періопераційну інфузійну терапію для того, щоб профілакувати виникнення ішемічних змін у трансплантаті, його некрозу, та неспроможність анастомозів.

Езофагопластику шлунком виконували переважно шлунковою трубкою, а за розробленою методикою клініки – у 35 хворих. Інтраопераційно застосовували розроблений спосіб подовження шлункової трубки з великої кривини шлунка, а також додаткову мобілізацію дванадцятипалої кишки та клітковини навколо головки підшлункової залози, що дозволяло подовжити шлункову трубку до належної довжини.

При нестандартних інтраопераційних ситуаціях, як альтернативу представлений езофагопластиці шлунком, товстою кишкою, зокрема, при неможливості їх використання, розроблена езофагопластика ілеоцекальним сегментом з кровообігом за рахунок середньої ободовокишкової артерії та вени (13 хворих). Розроблено формування міжсудинного анастомозу для покращення васкуляризації мобілізованого ілеоцекального се-

гмента, а саме: між клубово-ободовокишковою артерією та зовнішньою сонною артерією.

**Висновки.** Розроблені методи оперативних втручань, періопераційного ведення хворих дозволили уникнути виникнення некрозу трансплантата, знизити рівень неспроможності анастомозів з 14,0% до 5,19% та післяопераційної летальності з 6,0% до 2,6%.

## Шляхи поширення інфекції та аналіз летальності у хворих на низхідний гнійний медіастиніт

І. М. Шевчук, С. С. Сніжко, М. Г. Шевчук

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Низхідний гнійний медіастиніт (НГМ) – одна із найбільш тяжких форм гнійної інфекції, що характеризується агресивним клінічним перебігом, швидким розвитком синдрому системної запальної відповіді, сепсису з синдромом поліорганної недостатності (СПОН). За нашими даними, сепсис мали 93% хворих, післяопераційна летальність склала 16,9%.

**Мета роботи:** визначити шляхи поширення флегмон шиї (ФШ) у середостіння, провести аналіз летальності від причини захворювання та форми НГМ.

**Матеріали і методи дослідження.** Впродовж 2000–2017 рр. в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні проліковані 65 хворих НГМ, серед них 43 (66,1%) чоловіки, 22 (33,9%) жінки, віком 21–76 рр. Передньо-верхній НГМ діагностований у 22 (33,8%), тотальний – у 19 (29,2%), верхній – у 16 (24,6%), задній – у 8 (12,3%) хворих. У 1-шу добу від початку захворювання у спеціалізоване відділення госпіталізовані лише 3 (4,6%) із 65 хворих, летальність склала 0%. У 2-гу добу післяопераційна летальність склала 13,6%, на 3-тю добу – 29%, на 4-ту добу – 100%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Поширення ФШ у середостіння по пре-вісцеральному проміжку встановлене у 38 (58,4%), по ретровісцеральному проміжку – у 25 (39,4%), міжапоневротичному проміжку – у 2 (3,4%) хворих.

Ведучі одонтогенні і тонзилогенні причини НГМ встановлені у 46 (71%) із 65 хворих. Найбільш частими причинами НГМ були одонтогенні ФШ пре-вісцерального проміжку – у 24 (63,1%) і тонзилогенні ФШ ретровісцерального проміжку – у 20 (80%) хворих.

Передньо-верхній та верхній НГМ частіше виникали при ФШ пре-вісцерального проміжку шиї, що встановлено у 30 (78,9%) із 38 хворих. Тотальний НГМ при ФШ пре-вісцерального проміжку шиї діагностований у 8 (21,1%) хворих. При ФШ ретровісцерального проміжку тотальний НГМ діагностований у 12 (48%), задній НГМ – у 7 (28%) із 25 хворих.

Всі хворі прооперовані. Основними методами хірургічного лікування НГМ були: розкриття гнійників із цервікотомічного доступу за Разумовським з дренажуванням верхнього середостіння – у 32 (49,2%) хворих, цервікотомія та бокова торакотомія з медіастинотомією – у 15 (23,1%), цервікотомія та відео-асистована торакоскопія з медіастинотомією – у 11 (16,9%), цервікотомія з боковою торакотомією з однієї сторони та відео-асистована торакоскопія з іншої сторони – у 7 (10,8%) хворих.

Серед 65 хворих НГМ сепсис та септичний шок діагностовані у 52 (80%), СПОН – у 11 (16,9%) хворих. Сепсис та СПОН встановлені у 19 (100%) хворих тотальним і 9 (100%) хворих заднім НГМ.

Серед 65 хворих із НГМ померло 11 (16,9%). Найбільш частими причинами смерті у хворих НГМ були одонтогенні пре-вісцеральні ФШ з тотальним НГМ – у 8 (47%) і

верхнім НГМ – у 3 (17,6%) хворих. При тотальному НГМ летальність склала 70,5%. При одонтогенному прівісцеральному поширенню ФШ на середостіння летальність склала 88,8% (померли 8 із 9 хворих тотальним НГМ), при тонзилогенному ретровісцеральному поширенню ФШ летальність склала 40% (померли 4 із 10 хворих).

## Висновки.

1. Найбільш частими причинами розвитку НГМ були одонтогенні ФШ прівісцерального проміжку у 63,1% і тонзилогенні ФШ ретровісцерального проміжку – у 80% хворих.

2. Своєчасна діагностика та госпіталізація хворих у спеціалізоване хірургічне відділення є вирішальними чинниками успішного лікування і резервом для зниження післяопераційної летальності.

## Реконструктивна одномоментна та двоохмоментна єюногастропластика – шлях до поліпшення якості життя пацієнтів після гастректомії при гострокровоточивому раку шлунка

Є. М. Шепетько<sup>1</sup>, Д. О. Гармаш<sup>2</sup>, С. В. Янюк<sup>2</sup>, Ю. С. Козак<sup>2</sup>,  
І. С. Кошман<sup>2</sup>, А. В. Азаренков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Київський Центр шлунково–кишкових кровотеч на базі КМКЛ №12, Київ, Україна

**Вступ.** Хірургічне лікування гострокровоточивого раку шлунка (ГРШ) являє собою складну та актуальну проблему сучасної хірургії та онкології. Корекція наслідків тотальних гастректомій (ГЕ) вимагають подальшого вдосконалення в напрямку покращення якості життя оперованих пацієнтів.

**Мета.** Покращити якість життя пацієнтів після тотальної ГЕ при ГРШ із застосуванням одно– та двоохмоментної єюногастропластики (ЄГП).

**Матеріал і методи.** Аналізу піддані 37 пацієнтів після ГЕ у поєднанні з ЄГП (2 в I періоді (1983–1999 рр.), 18 в II періоді (2000–2010 рр.) та 17 в III періоді (2011–2017 рр.)) при ГРШ. Чоловіків було 28 (75,7%), жінок – 9 (24,3%).

**Результати та їх обговорення.** У 65% пацієнтів, яким виконана ЄГП, верифікована IIIст. і IVст. пухлинного процесу. При формуванні штучного шлуночка (реконструктивної одномоментної ЄГП) застосовувалися різні варіанти і технології: ЄГП ручним способом виконана у 3 (8,1%), апаратна – у 34 (91,9%), або в 11,3 разів частіше ( $p < 0,0001$ ). У першому періоді виконано дві ЄГП ручним способом, у другому періоді 1 – ручним способом і 17 – апаратних, а в третьому періоді всі 17 – апаратним способом. ЄГП на виключеній петлі за Ру застосована у 6 (16,2%),  $\Omega$ -loop ЄГП з брауновським співустьям – у 17 (45,9%), а у 14 (37,8%) виконана реконструктивна апаратна ЄГП у функціонально вигідному варіанті з включенням ДПК. У 34 пацієнтів лімфодисекція проведена в обсязі D2, у трьох – D1 із застосуванням ультразвукового скальпеля та апарату зварювання біологічних тканин. Летальних випадків після ГЕ з ЄГП не було. До теперішнього часу живі 17 із 37 пацієнтів, які перенесли ГЕ з ЄГП, з максимальним терміном спостереження – 15 років. У пацієнтів молодого і середнього віку при ГРШ тотальну ГЕ доцільно доповнювати одномоментною апаратною ЄГП з включенням ДПК.

Розроблено і впроваджено концепцію двоохмоментної ЄГП після тотальної ГЕ при ГРШ. На першому етапі встановлюють покази до ЄГП пацієнтам, яким вже була виконана ГЕ

з лімфодисекцією, найчастіше в модифікації Савіних або Гіляровича–Юдіна–Шалімова. При розвитку демпінг–синдрому, агастральної астенії, зниженні маси тіла, порушенні дигестивної функції кишкового тракту в післяопераційному періоді та при відсутності даних про прогресування пухлинного процесу на другому етапі через 4–6 місяців (іноді 1–1,5 року) після тотальної ГЕ застосовується реконструктивна ЄГП зі створенням штучного тонкокишкового резервуара. Необхідна ємність резервуара розраховується за системою передопераційного математичного моделювання з урахуванням віку, статі і ваги пацієнта. Розроблено шістнадцять варіантів апаратної реконструктивної ЄГП без включення та з включенням ДПК в травний транзит. Функціональні результати реконструктивної ЄГП з включенням ДПК виявилися кращими.

**Висновки.**

1. Тотальну ГЕ при ГРШ у пацієнтів молодого та середнього віку бажано доповнювати одномоментною ЄГП з включенням ДПК.
2. Після тотальної ГЕ при ГРШ в разі розвитку патологічних синдромів доцільно використовувати двохмоментну реконструктивну ЄГП зі створенням штучного тонкокишкового резервуара апаратним способом з включенням ДПК.
3. Застосування одно– або двохмоментної ЄГП після тотальної ГЕ покращує якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

# З

**ХІРУРГІЯ КИШЕЧНИКУ**

---



## Оцінка порушення моторно–евакуаторної функції тонкої кишки при механічній жовтяниці

Д. В. Балик

КЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

**Вступ.** В структурі хірургічної патології вагому позицію займає механічна жовтяниця, яка частіше є ускладненням захворювань жовчних шляхів та підшлункової залози, і призводить до порушення функції органів та систем життєзабезпечення. В останні десятиліття зустрічається багато робіт, присвячених розладам, що розвиваються з наростанням тяжкості жовтяниці, в тому числі це стосується і шлунково – кишкового тракту.

**Мета дослідження.** оцінка моторно–евакуаторної функції тонкої кишки у хворих із механічною жовтяницею.

**Матеріали і методи.** Спостерігали 210 хворих на механічну жовтяницю, які знаходилися у відділенні хірургії та трансплантації Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова за період з 2013 р. по 2016 р. Для оцінки тяжкості жовтяниці використовували класифікацію В.А. Вишневського і соавт. (2003 р.). У разі тривалості більше 14 днів, наявності рівню загального білірубіну більше 200 мкмоль/л, альбумін/глобулінового коефіцієнта менше 0,9 – жовтяниця розцінювалась як тяжка, у разі тривалості менше 7 днів, наявності рівню загального білірубіну менше 100 мкмоль/л, альбумін/глобулінового коефіцієнта більше 1,2 – жовтяниця розцінювалась як легка. Причинами були: холедохолітаз – 140 (66,6%) випадках, стриктури великого дуоденального сосочку 15 (10,7%) псевдотуморозний панкреатит – 7 (7,1%) зляжкісні новоутворення голівки підшлункової залози 48 (22,8%). При госпіталізації всім хворим на тяжку механічну виконували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, в тому числі з метою дослідження моторної функції тонкої кишки. Критеріями оцінки були: гіперпневматоз, наявність секвестрованої рідини у просвіті тонкої кишки, наявність зворотно–поступальних рухів вмісту кишки, збільшення діаметру тонкої кишки, товщини стінки кишки, висоти та відстані між керкрінговими складками, зменшення кількості перистальтичних хвиль.

**Результати.** Всі хворі були розділені на 2 групи. Першу групу склали 50 (23,8%) з легкою механічною жовтяницею, другу групу – 140 (66,6%) хворих з тяжкою механічною жовтяницею. Проведені дослідження показали, що у 30 (60,0%) пацієнтів I групи та 10 (7,14%) хворих II групи порушень моторно – евакуаторної функції не було. У I групі хворих збільшення діаметру кишки > 2 см мали місце у 8 (16,0%) хворих, товщини стінки кишки > 3 мм – у 7 (14,0%) хворих, підвищення висоти керкрінгових складок > 0,3 см та відстані між ними > 0,4 см – у 3 пацієнтів (6,0%), зменшення кількості перистальтичних хвиль до 1–2 за хвилину – у 2 хворих (4,0%). У II групі – збільшення діаметру кишки > 2 см мали місце у 110 (78,5%) хворих, товщини стінки кишки > 3 мм – у 130 (82,7%) хворих, підвищення висоти керкрінгових складок > 0,3 см та відстані між ними > 0,4 см – у 120 пацієнтів (92,8%), зменшення кількості перистальтичних хвиль до 1–2 за хвилину – у 90 хворих (64,2%).

**Висновок.** Таким чином частота та інтенсивність порушень моторно – евакуаторної функції шлунково – кишкового тракту проявляли пряму залежність від тяжкості жовтяниці.



## Невідкладна хірургія дивертикулярної хвороби товстої кишки

Л. С. Білянський, М. Д. Кучер, М. І. Криворук, В. О. Жельман,  
В. А. Дубовий, А. В. Федорчук

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,  
Міська клінічна лікарня № 18, м. Київ

Частота захворювання на дивертикулярну хворобу (ДХ) збільшується з віком хворих. Так, в Європейських країнах вона спостерігається у 10% населення віком 40 років і у 60% у 80 років. Вірогідність прогресування дивертикульозу в стан ДХ сягає 10 – 25%. Серед цих хворих у 75% розвивається гострий дивертикуліт, а у 25% інші ускладнення, такі, як перфорації, кровотечі, запальні інфільтрати, нориці. Товсто кишкові кровотечі розвиваються у 5 – 15% хворих на ДХ. Показник ранньої летальності від ДХ протягом останніх 10 років стабільно сягає 4,8 – 5,2%, а від її ускладнень щорічно помирає біля 10% пацієнтів.

**Мета роботи** – поліпшення результатів лікування хворих на ДХ шляхом визначення алгоритму за результатами аналізу роботи проктологічного центру України.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз лікування 815 хворих на ДХ, які лікувались у проктологічному центрі України протягом 2007 – 2017 років, жінок – 460 (56,4%), чоловіків – 355 (43,6%), середній вік –  $66,8 \pm 19,5$  років. При розподіленні на вікові групи: пацієнти молодого віку – 18 – 44 роки – 74 (9,1%), середнього віку – 45 – 59 років – 201 (24,7%), > 60 років (літнього та похилого віку) – 540 (66,2%). Первинно з клінічними проявами ДХ поступило 627 (76,9%) пацієнтів, повторно – 188 (23,1%). З приводу гострих та загостреннями хронічних ускладнень гнійно-запального характеру поступило 72 (8,8%) хворих. Серед них, хворих з поширеним запальним процесом на рівні Hinchey IA – 17 (23,6%), Hinchey IB – 14 (19,4%), Hinchey II – 36 (50%), Hinchey III – 3 (4,2%), Hinchey IV – 2 (2,8%). Для діагностики враховувались клінічні дані, лабораторні та рентгенологічні обстеження, УЗД, КТ. Ендоскопічні обстеження проводились для вирішення питання диференціальної діагностики, в першу чергу у відношенні раку чи запальних захворювань.

**Результати та обговорення.** Гострі та хронічні дивертикулярні кровотечі спостерігались у 266 (32,6%) хворих, з них у 196 (73,7%) кровотеча зупинена консервативно, відповідно, у 70 (26,3%) виконане оперативне лікування. Неускладнений перебіг хвороби відмічений у 477 (58,5%) хворих. Для лікування хворих на неускладнену ДХ та з поширеним запальним процесом Hinchey I A та I B застосовувались рестриктивна дієтотерапія та антибіотики. При поширеності на рівні Hinchey II застосовувалась пункція під контролем УЗД та антибіотикотерапія. За умов неефективності вказаного лікування ставились показання до хірургічного втручання у відкритому чи лапароскопічному варіанті. Первинні оперативні втручання виконані у 124 хворих, з них, у 54 пацієнтів з приводу ускладнень запального характеру, а у 70 – в зв'язку з кровотечами. За об'ємом виконаних оперативних втручань: колектомій – 53 (42,7%), лівобічних геміколектомій – 58 (46,8%), резекцій сигмоподібної кишки – 13 (10,5%). У 16 (13,3%) хворих оперативні втручання, виконані лапароскопічно. Ускладнення після операцій розвинулись у 47 (37,9%). З них, у 37 виникла необхідність в релапаротомії, в зв'язку з перитонітом, чи неспроможністю анастомозу, у 7 дренивання абсцесів за допомогою УЗД та у 3 – ушивання евертерацій. У 16 (34%) пацієнтів було по декілька ускладнень, з них, у 12 (25,5%) ускладнення були пов'язані з норицями в сечовий міхур, тонку кишку та

піхву. Реконструктивні та відновні оперативні втручання в різні строки після операцій були виконані у 64 (51,6%) хворих. Після первинних оперативних втручань померли 6 (4,9%) хворих. Загальна кількість померлих складала 11 (8,9%).

#### **Висновки.**

1. Діагностика ускладненої ДХ товстої кишки повинна враховувати клінічні прояви захворювання, дані лабораторних обстежень та розповсюдженість запального процесу.
2. Вибір методу лікування потребує індивідуального підходу. Розповсюдженість запального процесу Hinchey 0 – II не потребує хірургічного втручання за винятком випадків наявності вільного газу в черевній порожнині. Абсолютними показаннями для хірургічного лікування є наявність Hinchey III та IV.
3. Слід надавати перевагу мінімально агресивним лапароскопічним втручанням, які забезпечують адекватну санацію черевної порожнини та можливість видалення ураженого відділу товстої кишки.

## **Доступ для відновлення цілісності товстої кишки на тлі спайкової хвороби очеревини у хворих після обструктивної резекції товстої кишки**

**В. В. Бойко, Д. О. Євтушенко, І. В. Криворотько**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ України»,  
Харківський національний медичний університет**

**Вступ.** Кількість хворих гострою спайковою кишковою непрохідністю складає 3,5% від загального числа хірургічних хворих у стаціонарі. Це ускладнення розвивається у 0,1–13,3% хворих, які перенесли операції на органах черевної порожнини. За даними літератури, в 55–70% пацієнтів, після абдомінального хірургічного втручання розвивається спайковий процес у черевній порожнині.

**Мета.** Вивчити вплив спайкової хвороби очеревини на відновлення цілісності кишечнику та визначити засоби, які покращують результати відновлювальних операцій при кінцевих колостомах.

**Об'єкт і методи дослідження.** Відновні операції проведені 102 хворим з кінцевими колостомами. Стоми були різного рівня: сігмостоми – у 61 (59,8%), трансверзостоми – у 14 (13,7%), десцендостоми – у 21 (20,6%), асцендостоми – у 6 (5,9%). Серединним доступом оперовані 58 пацієнта і парастомічним – 44. Тривалість операції, виконаної з серединної лапаротомії, складала  $(163,34 \pm 8,2)$  хвилин, тривалість етапу розсічення спайок –  $(58,2 \pm 10,04)$  хвилин. У 7 хворих (6,9%) під час операції при роз'єднанні спайок була перфорована стінка тонкої кишки. Після операції стійка перистальтика з'явилася через  $(3,24 \pm 0,25)$ , відходження газів –  $(4,15 \pm 0,30)$ , перший стул –  $(4,68 \pm 0,33)$  доби. При парастомічній лапаротомії після висічення нориці рана продовжується в напрямку заглушеної кишки по типу одного із стандартних оперативних доступів до появи її в зоні візуального контролю. Операції тривали  $(124 \pm 9,64)$  хвилин, час вісцеролізу –  $(38,34 \pm 3,6)$  хвилин. Розтин просвіту кишки було у 3 (2,9%) хворих. В післяопераційному періоді перистальтика відновилась через  $(1,58 \pm 0,12)$  доби, гази відійшли через  $(2,18 \pm 0,12)$  і стул –  $(3,56 \pm 0,24)$  доби.

**Результати.** Виразний спайковий процес в ділянці серединного рубця був у 67 (65,7%), кукси кишки – у 56 (54,9%) і колостоми у 45 (44,1%) хворих. Серединна лапаротомія застосовувалася при необхідності колопластики, коли її неможливо виконати з парасто-

мального доступу. У 27 хворих для відновлювальної операції було достатньо мобілізувати від спайок привідний та відвідний сегменти кишки, що можна було виконати з парастомічного доступу. Парастомічний доступ застосовувався при локалізації стоми і кукси заглушеної кишки в одній або сусідніх анатомічних ділянках черевної порожнини.

**Обговорення.** Тривалість оперативного втручання в значній мірі залежала від часу розсічення спайок, яке при середньому і парастомічному доступах достовірно відрізняється. При середньому доступі висікали післяопераційний серединний рубець, виконували вісцероліз для підходу до привідного та відвідного сегментів кишки, що знаходяться поза апертури рани, і тільки після цього етапи операції збігалися при обох доступах: виділення нориці і кукси кишки з спайок, їх зіставлення і накладення анастомозу. Рухова функція кишечника відновлюється на 1,0 – 1,5 доби раніше у хворих, які оперовані з використанням парастомічного доступу, що пов'язано з мінімізацією травматизації проксимальної та дистальної кукси кишки та запобіганню зайвої травматизації інших органів черевної порожнини завдяки локальному вісцеролізу.

**Висновки.** Спайкова хвороба очеревини виявлена у всіх хворих, яким сформовано кінцеву норицю, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при операціях на прямій і ободовій кишці. Виразний спайковий процес, виявлений в зоні післяопераційного рубця та дистальної кукси кишки, меншу щільність спайок виявлено у парастомічній області. Відновлювальні операції на кишечнику з використанням парастомічного доступу мінімізує травматизацію проксимальної та дистальної кукси кишки, запобігає зайвої травматизації інших органів черевної порожнини завдяки локальному вісцеролізу.

## Хирургическое лечение осложненных местно–распространенных опухолей органов малого таза

В. В. Бойко, И. В. Криворотько, А. В. Чижин

Институт общей и неотложной хирургии им В.Т. Зайцева НАМНУ, г. Харьков

**Введение:** несмотря на современные методы диагностики злокачественных новообразований органов малого таза, от 40,0% до 50,0% больных поступают в стационар с местно–распространенными формами новообразований. Вовлечение в опухолевый процесс соседних органов малого таза наблюдается у 8–10% впервые выявленных больных раком прямой кишки и у 20–25% больных с рецидивным РПК, что может проявляться как паратуморозной опухолевой инфильтрацией, так и истинным проникновением опухоли в мочевые или половые органы с образованием ректо–везикальных либо ректо–вагинальных свищей. Кроме того, инвазия первичной опухоли в соседние органы в 15–20% случаев наблюдается при опухолях яичников и шейки матки, внеорганных забрюшинных саркомах, исходящих из мягких тканей малого таза.

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения больных с местнораспространенными опухолями органов малого таза, осложненными прямокишечно–мочепузырными и прямокишечно–вагинальными свищами.

**Материалы и методы:** анализ результатов лечения 78 больных с местнораспространенными опухолями органов малого таза, осложненными сдавлением верхних и нижних мочевых путей, некрозом опухоли и формирования ректо–вагинальных и ректо–везикальных свищей.

**Результати и обсуждение:** патологические синдромы, которые определяли диагностическую и лечебную тактику: синдром сдавления мочевых путей – на уровне дистальных отделов мочеточника, мочевого пузыря, уретры и синдром нагноения (острые и хронические опухолевые абсцессы, свищи). Комбинированные операции выполнены у 76 из 78 больных, в 2 случаях в связи с наличием отдаленных метастазов и канцероматозом брюшины произведены сигмостомия и эпицистостомия. В 37 случаях была выполнена задняя экзентерация (ЗЭ) таза – резекция прямой кишки с гистерэктомией одним блоком, в 25 – комбинированная ЗЭ – резекция прямой кишки с гистерэктомией и резекцией мочевого пузыря, левого мочеточника, в 3 – комбинированная брюшно–промежностная экстирпация прямой кишки с простатвезикулэктомией и резекцией нижней трети обоих мочеточников, в 4 – передняя резекция прямой кишки с резекцией 2/3 мочевого пузыря, цистопластикой сегментом тонкой кишки, в 2 – в связи с прорастанием внеорганической саркомы в мочеточники, произведено удаление опухоли с резекцией и протезированием мочеточников петлей тонкой кишки по Ле Дук, в 5 случаях при тотальном опухолевом поражении тазовых органов выполнена эвисцерация таза. Синдром нагноения был отмечен в 14 случаях. Некроз опухоли прямой кишки с перфорацией в брюшную полость и нагноением у 4 больных, абсцессы и флегмоны с формированием прямокишечно–мочепузырных (4 женщины, 2 мужчин) и прямокишечно–вагинальных (4 женщины) свищей. Гистологически подтвержденный диагноз инвазии опухоли в соседние органы верифицирован у 67 из 76 больных (88,1%). У 9 (11,9%) больных поражение соседних органов носило характер воспалительной инфильтрации без наличия опухолевых клеток в резецированном органе. Исследование краев резекции органов показало отсутствие опухолевых клеток у 62 из 67 больных (92,5%), благодаря чему была достигнута высокая степень радикальности удаления опухоли.

**Выводы:** применение частичных экзентераций таза при наличии опухолевых свищей тазовых органов и сдавлении мочевых путей позволяет достичь радикальности удаления первичной опухоли и сохранить функциональное состояние мочевых путей с применением этапной хирургической тактики и посиндромального подхода к лечению данной патологии.

## Застосування малоінвазивних втручань в хірургічному лікуванні новоутворів товстої кишки

**В. В. Бойко, В. М. Лихман, О. М. Шевченко, А. О. Меркулов,  
І. В. Волченко, О. В. Меркулова, Г. О. Поліков**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України,  
Харківський національний медичний університет**

Вступ. Рак ободової кишки є одним з найбільш розповсюджених злоякісних новоутворень. На сьогоднішній день за даними ВООЗ, рак ободової кишки займає 4 місце, в структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями в світі. В Україні, захворюваність становить 24,8 на 100 тис. населення. Більше 60% випадків колоректального раку представлені раком дистальних відділів товстої кишки.

Довгі роки лапароскопічний метод не застосовувався в онкологічній практиці через відсутність досліджень, що підтверджують його безпечність у цієї категорії пацієнтів. На сьогодні, накопичені результати ряду досліджень, які вказують на відсутність від-

мінностей між лапароскопічним методом та традиційним лапаротомним доступом. З'являється все більше робіт, щодо застосування лапароскопічного методу у лікуванні раку товстої кишки.

**Мета дослідження.** Підтвердження доцільності виконання лапароскопічного методу оперативного лікування, у хворих на рак товстої кишки. Порівняння ефективності лапароскопічного методу та традиційного лапаротомного доступу.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на ретроспективному аналізі клінічних спостережень 14 пацієнтів, прооперованих в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». Пацієнти були розподілені на дві групи. Основна (перша) група представлена 7 пацієнтами з раком ободової кишки стадія ІА (4 пацієнта) та ІВ (3 хворих), хірургічний метод лікування – лапароскопічний. За локалізацією процесу: висхідна ободова кишка – 1 пацієнта (14,2%), низхідна ободова кишка – 2 (28,6%), сигмоподібна кишка – 2 (28,6%), пряма кишка – 2 (28,6%).

До другої групи (порівняння) увійшло 7 хворих з раком ободової кишки з неускладненим післяопераційним періодом. Стадія ІА (4 хворих) та ІВ (3 пацієнта), хірургічний метод лікування – лапаротомним доступом. За локалізацією процесу: висхідна ободова кишка – 2 пацієнта (28,6%), низхідна ободова кишка – 2 (28,6%), сигмоподібна кишка – 2 (28,6%), пряма кишка – 1 (14,2%).

**Результати та їх обговорення.** У хворих основної групи нами застосовувалася лапароскопічна стандартизована методика медіа-латеральної мобілізації з високим лігуванням судин та регіонарною лімфодисекцією. Мобілізацію проводили із застосуванням монополярної коагуляції та ультразвукового скальпеля. Магістральні судини кліпували і перетинали з використанням біполярної коагуляції.

У пацієнтів групи порівняння були застосовані стандартні методики хірургічного лікування пухлин товстої кишки з використанням лапаротомного доступу. Щодо раннього післяопераційного періоду, то він оцінювався за наступними показниками, а саме: терміни відновлення перистальтики та пасажу по кишечнику; час до активізації пацієнта; тривалість використання знеболюючих препаратів; наявність ранніх післяопераційних ускладнень; тривалість госпіталізації. За рахунок застосування малоінвазивних лапароскопічних хірургічних операцій, середній час відновлення кишкової перистальтики в основній групі вдалося зменшити в 2 рази в порівнянні з показниками в групі порівняння. Час відновлення пасажу по кишечнику знизилося в 1,2 рази.

**Висновки.** Застосування лапароскопічних методик призводить до зниження частоти розвитку післяопераційних ускладнень і супроводжується зменшенням потреби в наркотичних анальгетиках за рахунок мінімального больового синдрому, а також скорочення термінів перебування хворих в стаціонарі.

## Радіохвильова хірургія анальних тріщин

С. П. Бродовський

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

**Вступ.** Анальна тріщина – одне з найбільш поширених захворювань прямої кишки і посідає третє місце після геморою та парапроктиту. Загалом захворюваність становить 20–23 на 1000 дорослого населення. Слід відмітити, що більшість хворих – люди працездатного віку (25–65 років), переважно жінки (60–70%). Разом з тим, до теперішнього

часу не вирішено питання пріоритетності консервативного чи хірургічного лікування хворих з анальними тріщинами. Деякі автори, не дивлячись на досить низьку ефективність стандартної консервативної терапії (43 – 54%), надають перевагу консервативному лікуванню.

На сьогоднішній час методом вибору вважається хірургічне лікування, найбільш вживаними методами якого є дозована сфінктеротомія та висічення самої тріщини. Проте, не дивлячись на різноманітність методів оперативного лікування, всі вони не забезпечують достатнього радикалізму, про що свідчить наявність як ранніх так і пізніх післяопераційних ускладнень (30 – 35%).

Недосконалість технологій лікування анальних тріщин обумовлює необхідність вдосконалення традиційних методик та пошуку нових методів хірургічного лікування.

**Мета дослідження:** удосконалення хірургічного лікування хворих із хронічними тріщинами прямої кишки та їх наслідками, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 46 пацієнтів, що лікувалися з приводу хронічних анальних тріщин. Усі пацієнти були поділені на 2 групи. Групи були однотипними за віком та статтю, тривалістю захворювання. Середній вік обстежених хворих становив  $38,9 \pm 1,90$  року. До I групи ввійшли 24 пацієнти, оперовані за оригінальною методикою, використовуючи радіохірургічний апарат Сургітрон. Також їм була виконана латеральна підшкірна закрита сфінктеротомія. У II групі, яка була контрольною і становила 22 чоловік, застосовували загальноприйняті методи лікування хронічних анальних тріщин.

**Результати дослідження.** Використання запропонованого способу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. При цьому застосовується атравматична методика розрізу і коагуляції м'яких тканин зводячи до мінімуму механічні та термічні ушкодження, післяопераційну біль. Немає значних раневих виділень, а в післяопераційному періоді загоєння проходить під плівкою, яка відділяється на 7–8 добу, загоєння відбувається швидко, без післяопераційного болю та рубцювання – традиційного результату мануального розрізу. Розсікаючий ефект досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі тканин проникненню в них спрямованих високочастотних хвиль (3,8 – 4,0 МГц).

Кількість післяопераційних ускладнень зменшилась на  $18 \pm 0,3\%$  порівняно з контрольною групою, де використовували методи хірургічного лікування хронічних тріщин прямої кишки згідно протоколу. Рецидивів захворювання у основній групі не спостерігалось. Середній післяопераційний ліжко-день зменшився на 2,9% в порівнянні з аналогічною групою, оперованих по загальноприйнятій методиці.

**Висновки.** Перевагами радіохвильового методу є простота виконання, запобігання розвитку післяопераційних ускладнень, аналгезія та гемостаз безпосередньо під час виконання оперативного втручання, атравматичність виконуваної процедури, без рубцеві процеси загоєння.

Отже, впровадження в практику нового радіохвильового методу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин дозволяє скоротити терміни непрацездатності хворих, покращити результати оперативного лікування, зменшити час стаціонарного перебування та кількість післяопераційних ускладнень.

## Малоінвазивні технології в лікуванні геморою

С. П. Бродовський

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

**Вступ.** Геморої в структурі колопроктологічних захворювань посідає перше місце, питома вага якого складає від 33 до 42%. Його захворюваність досить висока і становить 118–120 випадків на 1000 дорослого населення й основна маса хворих працездатного віку. Все більшого поширення при лікуванні геморою набувають малоінвазивні хірургічні методи, до яких відноситься застосування радіохвильового скальпеля.

**Мета дослідження:** удосконалення хірургічного лікування хворих із комбінованим гемороєм, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

**Об'єкт і методи дослідження.** В проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні виконано 24 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим гемороєм. Серед них – 14 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 23 до 62 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спинно – мозковою анестезією розчином меркаїну чи бупівікаїну.

**Результати дослідження.** Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люєра з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8–1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвачували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймляючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та поздовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепаровували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, зтягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції

були помірнішими. Тривалість ліжко-дня в середньому була 8–9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців.

**Висновки.** Гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

## Особливості клінічного перебігу хронічного геморою III–IV ступеня

С. М. Василюк<sup>1</sup>, С. С. Сідорук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

<sup>2</sup>Хмельницька обласна лікарня

**Мета.** Оцінити особливості клінічного перебігу хронічного геморою III–IV ступеня.

**Матеріали і методи.** Нами проведено клінічне обстеження і лікування 140 пацієнтів з хронічним гемороєм III–IV ступеня за Goligher. Критеріями включення хворих в дослідження були: інформована згода пацієнта, вік від 18 до 89 років, клінічні та інструментальні ознаки хронічного геморою III–IV ступеня за Goligher, відсутність іншої патології прямої кишки.

**Результати, їх обговорення.** Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 58 (41,4±4,20%), жінок – 82 (58,6±4,20%). Більша частина пацієнтів була молодого віку (52,1±4,20%). Найбільша кількість вказувала на десятирічний анамнез геморою – 55,0±4,2%, понад 10 років хворіло 14,3±3,0%. У чоловіків достовірно частіше ( $p<0,001$ ) спостерігався термін захворювання від двох до п'яти, а у жінок – від п'яти до десяти років.

При аналізі основних чинників ризику, що провокують геморої, нами було встановлено, що тяжка фізична праця з однаковою частотою зустрічалася серед чоловіків (24,1±5,6%) і жінок (29,3±5,02%). Чоловіки відмічали частіше вживання жирних сортів м'яса, гострої та перченої їжі, алкоголю (не рідше одного разу в тиждень) ( $p<0,01$ ). Малорухомий спосіб життя не мав гендерних відмінностей і зустрічався як фактор ризику з недостовірною відмінністю у жінок і чоловіків – 23,2±4,66% і 27,6±5,9%. Підвищений індекс маси тіла (30 і вище) достовірно ( $p<0,05$ ) частіше зустрічався у жінок. І нарешті, переважна кількість пацієнток з гемороєм (91,5±3,09%) впродовж життя вагітніли або народжували.

Найбільш поширеною скаргою у пацієнтів було випадіння внутрішніх гемороїдальних вузлів при акті дефекації (100,0%). На випадіння вузлів при фізичному навантаженні подавали скарги 45,1±5,50% жінок і 29,3±6,0% чоловіків ( $p>0,05$ ). На постійне відчуття дискомфорту в задньому проході скаржилися 30,5±5,08% жінок та 10,3±4,0% чоловіків ( $p<0,01$ ). Частина пацієнтів (11,0±3,45% жінок і 10,3±4,0% чоловіків) вказували на відчуття незавершеного випорожнення під час акту дефекації. На забруднення нижньої білизни впродовж робочого дня вказували 22,0±4,57% жінок та 24,1±5,6% чоловіків. У жінок достовірно ( $p<0,05$ ) частіше з'являлися зовнішні гемороїдальні вузли (26,8±4,89%), ніж у чоловіків (10,3±4,0%).

Шістьдесят дев'ять жінок (84,1±4,03%) та 51 чоловік (87,9±4,3%) вказували на наявність кровотечі яскравого червоного кольору з заднього проходу. Більшість пацієнтів



(37,5±4,42%) вказували на наявність залишків крові на туалетному папері при проведенні гігієни після акту дефекації. Наявність смужок крові на калі відмічали 23,2±5,08% жінок і 21,6±5,8% чоловіків. На яскраву кров наприкінці акту дефекації, яка зафарбовувала воду в сифоні чи забруднювала стінки унітазу вказували 23,2±5,08% жінок і 29,4±6,4% чоловіків. Згустки крові наприкінці акту дефекації відмічали 10,0±3,63% жінок та 7,8±3,8% чоловіків. Таку особливість кровотечі ми розцінювали як обов'язкове показання до проведення ендоскопічного обстеження товстої кишки для виключення, в першу чергу, колоректальної пухлини. Забруднення нижньої білизни кров'ю, незалежно від акту дефекації, нами було відмічено у 7,2±3,12% жінок та 5,9±3,3% чоловіків.

**Висновки.** Пацієнти при зверненні до хірурга у 55,0±4,2% вказують на десятирічний анамнез геморою, причому основними скаргами є: випадіння вузлів, відчуття дискомфорту в задньому проході та ректальні кровотечі, які виникали на всіх етапах дефекації: на її початку, внаслідок випадання вузлів і тріщини слизової; під час акту, коли щільні фрагменти калових мас травмували гемороїдальні вузли; наприкінці дефекації, коли травмовані вузли випадали в анальний канал та при проведенні гігієнічних заходів.

## Оптимізація операцій на товстій кишці SILS методом та використанням зварювання живих біологічних тканин

В. В. Ганжий, Р. В. Драгулов, І. Ю. Ганжий, С. І. Гроздев

Запорізький державний медичний університет

**Вступ:** Початок лапароскопічної хірургії датується 1987 роком, і пов'язаний із іменем Філіппа Мюре, який виконав першу лапароскопічну операцію. З того часу лапароскопічна хірургія стала найдинамічнішою, ультратехнологічною галуззю хірургії із блискавичним розвитком технологій. Лапароскопічні операції поступово почали витісняти відкриті методи оперування із багатьох сфер, ставши в хірургії жовчного міхура золотим стандартом лікування. Проте розвиток лапароскопічної техніки і методик операцій не закінчився лише стандартним доступом із багатьох троакарів. Наступною сходинкою стало використання єдиного доступу у лапароскопічній хірургії. Що надавало неймовірний косметичний ефект, зменшення післяопераційного болю. Проте дана методика була завжди більш трудомістна та складна і ніколи не мала однозначних позитивних відгуків широкого кола хірургів. Ще тривають дебати що до доцільності єдиного доступу у хірургії жовчного міхура, але ця методика зайняла вже свою тверду позицію у цій сфері. У хірургії товстої кишки втручання через SILS доступ практично не використовується. Так немає чітких критеріїв до виконання операції єдиним доступом. Проте існують косметичні потреби хворих у мінімізації рубців на тілі, що не можна не брати до уваги. Також бажання хірургів зменшити операційну травму, скоротити час перебування хворого у стаціонарі зі збереженням якості оперативного втручання. Все це надає єдиний доступ при правильному методичному його використанні. Хірург повинен бути готовий до роботи в умовах недостатнього поля для маніпуляцій. Відсутність істинної триангуляції, з використання псевдотриангуляції. Постійне фехтування інструментом створює багато проблем до освоєння даної методики. Але після накопичення досвіду оперування мінімум тридцяти операцій рухи бригади стають гармонійними, покращується взаємодія хірурга та асистента призводячи цю операцію до рангу звичайних повсякденних операцій.

**Метою дослідження** є оптимізація SILS операцій на товстому кишечнику за допомогою біологічного зварювання тканин.

**Матеріали та методи:**

У дослідження включено 31 пацієнтів з захворюваннями товстої кишки що потребували оперативне лікування, які лікувалися в «Міській клінічній лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги» м.Запоріжжя.

Вік хворих склав від 45 до 87 років. Критерії включення: потреба хворого у оперативному втручанні на товстій кишці, відсутність загальних протипоказань для проведення лапароскопії та загальної анестезії.

Операції на товстому кишківнику з SILS доступу здійснювалася вертикальним розрізом до 3 см завдовжки через пупок. За нашими спостереженнями кількість ранових ускладнень при адекватній обробці операційного поля, які б перевищували кількість ускладнень при іншому розташуванні доступу не виявлено. Після виконання кожного розрізу відкритим методом у черевну порожнину після пальцевого та візуального контролю встановлювався SILS–порт, накладався карбоксиперитонеум 12–15 мм рт.ст.. У черевну порожнину вводилася 10 мм лапароскоп із 30 градусним кутом огляду, у поєднанні із SILS–затискачем і Liga Sure підєднаним до апарату зварювання біологічних тканин. Після проведення оглядової відеолапароскопії і верифікації захворювання за допомогою SILS–затискача проводилися маніпуляції з захвату і відведення латерально товстої кишки. За допомогою Liga Sure виконувалося розсічення парієтальної очеревини по ходу відрізка товстої кишки запланованого до резекції. Надалі виконувалася диссекція заочеревинної клітковини апаратом Liga Sure у поєднанні із апаратом біологічного зварювання тканин. Це поєднання надавало можливість виконувати диссекцію із якісним гемостазом, ранньою судинною ізоляцією. Це стало можливим у зв'язку із використанням апарату біологічного зварювання тканин, що достовірно зупиняє кровотечу із судин діаметром 5 мм. Це виключало використання при перетині судин кліпування титановими кліпсами. Надалі при досягненні кордонів резекції, мобілізовану кишку при правосторонній геміколонектомії виводився через раніше виконаний доступ, який при необхідності розширювався відносно розмірів кишки. Виведена кишка перетиналася у раніше намічених кордонах, накладався ізоперистальтичний анастомоз між проксимальним і дистальним відрізком кишки.

Анастомозовані відрізки кишківника занурювалися у черевну порожнину, при необхідності черевна порожнина дренировалася.

При виконанні резекції лівих відділів ободової кишки після достатньої мобілізації кишківника виконується інтрокорпоральне пересічення дистального відрізка кишки. Проксимальний відрізок кишки через ЕЛД виводився із черевної порожнини. Перед цим при необхідності розширювався доступ до співвідношення з діаметром кишки. Виконувалася резекція кишки. У просвіт проксимального відрізка товстої кишки вводилася частина, що від'єднується, кінець кишки герметизувався кіссетним швом. Далі проксимальна частина кишківника занурювалася у черевну порожнину. Повторно встановлювався SILS–порт, накладався карбоксиперитонеум. В пряму кишку вводилася основна частина циркулярного зшиваючого апарату, перфоровалася дистальна культя товстої кишки. Із основною частиною апарату зєднувалася відємна частина за допомогою SILS–затискача. Накладався циркулярний апаратний анастомоз кінець в кінець. Далі при необхідності дренировалася черевна порожнина. Післяопераційна рана ушивалася PDS ниткою.

При наявності у черевній порожнині масивного спайкового процесу після раніше перенесених операцій можлива постановка допоміжного троакару. При операціях на

лівій половині ободової кишки хворому надавалося положення Тренделенбурга.

**Результати:** Середня тривалість операції на товстому кишечнику через ЄЛД у склала 220,5 хв.

Середня час госпіталізації хворих у хірургічному відділенні складав 7 діб.

Всі протипоказання для виконання Однопортової операції на товстому кишечнику ми ділимо на 2 категорії – умовні і абсолютні протипоказання.

**Абсолютні протипоказання:**

– Наявність некорегованої супутньої соматичної патології

– Канцероматоз черевної порожнини

**Умовні протипоказання:**

– Індекс маси тіла більше 40.

– виражений спайковий процес в області

Крововтрата інтроопераційно у всіх спостереженнях не перевищувала 200 мл..

Післяопераційний період протікав гладко у всіх хворих, Із ускладнень відмічалось поява сіром у післяопераційній рані у 2 х випадках, що подовжило лікування у стаціонарі до 7 діб. У першу добу після операції пацієнти активізувалися.

**Висновки:**

Операції на товстій кишці за допомогою SILS доступу займають такі ж проміжки часу як і операції із полідоступу, проте техніка втручань складніша й трудомісна. Основна перевага SILS втручання – косметичний ефект, наряду із зменшенням інтенсивності і тривалості післяопераційного болю, швидке відновлення пацієнта після операції.

## Роль проктектомії в комплексному лікуванні хворих на рак нижньо–ампулярного відділу прямої кишки

**П. І. Гордійчук**

**НМАПО ім. П.Л. Шупика,**

**Київський міський клінічний онкологічний центр**

**Вступ.** Інтерес до проблеми лікування хворих на рак нижньо–ампулярного відділу прямої кишки постійно зростає, який зумовлений ростом захворюваності у всіх розвинутих країнах світу, в тому числі і в Україні. Хірургічне лікування залишається провідним методом в комплексному лікуванні хворих на рак прямої кишки, так, як саме даний метод є визначальним в отриманні безпосередніх та віддалених результатів.

**Мета.** Онкологічне обґрунтування хірургічних втручань, які забезпечуть оптимальну реабілітацію і запобігають по життєвій інвалідності хворого.

**Об'єкт і методи дослідження.** За останніх десять років в абдомінальному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру прооперовано 3452 хворий на рак прямої кишки, серед яких 474 (13,15%) хворих з локалізацією пухлини в нижньо–ампулярному відділі прямої кишки. Усім хворим проведений комплекс протокольних обстежень з обов'язковим виконанням СКТ та МРТ в динаміці. Визначена незначна перевага хворих чоловічої статі над жіночою, середній вік хворих склав – 57,4 роки, наймолодшому пацієнту було 32 роки, найстаршому 86 років. Морфологічно верифікована аденокарцинома різного ступеня диференціації. Відстань від нижнього полюсу пухлини до зубчатої лінії була такою: у 26,79% біля 4см; у 46,62% від 2 до 4см; і у 26,58% менше 2см. За стадією захворювання: I ст. – 1,26%; II ст – 58,22%; III ст. –30,17% і IV ст. у 10,34% пацієнтів.

**Результати та їх обговорення.** На першому етапі у 411 (86,7%) хворих проведено хіміо–променеве лікування, використано дрібно фракційне опромінення за класичною методикою з разовою дозою від 1,8 до 2,2 Гр до сумарної 44,6 – 55,0 Гр з застосування внутрішньовенних інфузій флюороурацила чи перорально капицитабін. Через чотири тижні після лікування проведено обстеження з обов'язковим МРТ дослідженням, а через шість – хірургічне лікування. За об'ємом виконані втручання були наступними:

- низька передня резекція, виконана у 114 (24,05%) хворих, при локалізації нижнього полюсу пухлини вище 4 см зубчатої лінії, з повною мезоректотомією та формуванням анастомозу вище зубчатої лінії на 1–2см. У 20,17% в комбінованому чи симультанному об'ємах; – червонно–наданальна резекція – у 159 (33,54%) хворих, при локалізації нижнього полюсу між 2 – 4 см до зубчатої лінії, з формуванням первинного чи відстроченого екстракорпорального анастомозу. У 45,81% в комбінованому чи симультанному об'ємах; – проктотомія у 121 (25,53%) хворого, при локалізації пухлини ближче 2–х см до зубчатої лінії, при відсутності інвазії пухлини м'язів діафрагми тази і елементів зовнішнього анального сфінктеру; – червонно–промежинна екстирпація у 57 (12,05%) хворих, при МРТ ознаках інвазії пухлини в діафрагму таза та елементи зовнішнього анального сфінктера; – паліативні хірургічні втручання у 23 (4,85%) хворих.

За структурою виконаних хірургічних втручань у хворих на рак нижньо–ампулярного відділу прямої кишки сфінктерзберігаючі операції склали 83,12%, а сфінктер не зберігаючі 16,87%. Слід зазначити, що зменшення кількості виконання екстирпації прямої кишки з кожним роком обумовлене широким використанням проктотомії, яка не порушуючи онкологічних норм. А саме: висока роздільна перев'язка нижніх брижових артерії і вени з апікальною лімфодисекцією; виконання повної мезоректотомії не порушуючи фасцію і гіпогастральних нервів; у 11,57% виконання однієї чи двобічної латеральної лімфодисекції; конусоподібне резекція глибокої порції зовнішнього сфінктера, лобково–прямокишкового та піднімаючого прямої кишки м'язів; зведення кишки через демукозований анальний канал без брижі з формуванням первинного чи відстроченого коло–анодермального анастомозу.

Результати сфінктерзберігаючих втручань наступні: – післяопераційні ускладнення склали 7,36%; – післяопераційна летальність у 2,28%; – 3–річна виживаність – 79,19%; – 3–річна без рецидивна виживаність – 74,36%.

**Висновки.** Виконання проктотомії не призводить до зростання кількості рецидивів чи продовження хвороби і забезпечує адекватну соціальну реабілітацію хворих.

## Мультиmodalьне лікування місцево–поширеного раку прямої кишки

П. І. Гордійчук<sup>1,2</sup>, К. В. Кошель<sup>2</sup>, А. О. Манжура<sup>2</sup>, А. О. Ключов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

<sup>2</sup>Київський міський клінічний онкологічний центр

**Вступ.** Захворюваність на колоректальний рак постійно зростає і на даний час займає перше місце в структурі онкологічних захворювань. Місцево–поширений колоректальний рак діагностується близько у 40% випадків, але єдине визначення його відсутнє, немає загальнопризнаного лікувального алгоритму з оцінкою результатів лікування.

**Мета.** Впровадження мультимодального підходу в лікуванні місцево–поширеного колоректального раку покращить радикалізм і результати хірургічних втручань.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період з 2007 по 2017 рр. в абдомінальному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру прооперовано 3452 хворих на рак прямої кишки, серед яких у 597 (17,29%) визначений місцево–поширений рак. Хворі обстежені згідно протокольних вимог з обов'язковим виконанням СКТ, МРТ органом малого таза, при потребі ПЕТ–КТ. Середній вік хворих склав  $62,24 \pm 5,62$  роки; визначена достовірна перевага жіночої статі на чоловічою (60,30% до 39,69%); у 60,81% пухлина вражала середньо і верхньо–ампулярний відділи прямої кишки; за результатами морфологічного дослідження у 33,46% верифікована слиз продукуюча аденокарцинома. У 327 (54,77%) хворих діагностовані наступні ускладнення пухлинного процесу: – у 211 (35,34%) хворих паратуморозний інфільтрат, серед яких у 46 з абсцедуванням; – у 49 (8,21%) хворих гнійно–деструктивний процес з формуванням нориць (23 – ректо–везикальні, 11 – ректо–вагінальні і 15 коло–ентеральні); – обтураційна товстокишкова непрохідність діагностована у 113 (18,93%) хворих визначалась, як самостійне ускладнення чи в поєднанні з вищенаведеними.

**Результати, їх обговорення.** Представлена категорія хворих є однією з важких в абдомінальному відділенні і підлягає мультидисциплінарному веденню, а саме: проведення консилиуму з залученням онкохірурга, анестезіолога, кардіолога, ендокринолога при госпіталізації хворого з визначенням тактики на декілька днів з моніторингом і залученням до повторного радіолога, хіміотерапевта. Хворих умовно розподіляли на три групи: I–ша складала 387 (64,82%) пацієнтів без гнійно–деструктивних процесів, перитоніту, декомпенсованої кишкової непрохідності, кровотеч, які при проведенні консервативних заходів отримали позитивний ефект, що дало можливість використати класичну послідовність лікувальних заходів (хіміопроменеве + хірургічне + поліхіміотерапевтичне); II–га – 143 (23,95%) хворих, які в процесі моніторингового дослідження і результатів лікування визначені протипокази до проведення на першому етапі хіміопроменевого лікування їм виконано хірургічне лікування в плановому порядку і III–тя 67 (11,22%) хворих, яким по життєвим показам виконано невідкладне хірургічне втручання. При виконанні хірургічних втручань у 374 (62,64%) хворих першої і другої груп, для підвищення радикальності і резектабельності місцево–поширеного пухлинного процесу планово формували хірургічні бригади з залученням судинного хірурга, онкоуролога, онкогінеколога. Заздалегідь сформований мультимодальний підхід дав можливість домогтися резектабельності серед хворих першої групи у 87,08% і 67,83% у другій, а хірургічне втручання з показником R0 виконати відповідно у 82,94% та 61,54%. Хірургічні втручання які виконувались мультидисциплінарною хірургічною бригадою у 76,74% виконані в комбінованому та поєднаному об'ємі. За частотою виконаних резекції органів в які проростала пухлина прямої кишки були: тонка кишка, сечовий міхур, сечоводи, матки, піхва, придатки, сліпа кишка, апендикс чи їх комбінація, у 2,44% була виконана екзентерація тазу. Оперативні втручання з первинним відновленням безперервності товстої кишки частіше виконувалися в хворих першої групи і склали – 70,54%, тоді як у хворих другої групи лише 51,75%. Післяопераційні ускладнення серед хворих першої групи виникли в 17,03%, у другій – 23,07%, з післяопераційною летальністю відповідно – 2,84% і 6,29%.

**Висновки.** Застосування мультимодального підходу в передопераційному веденні і лікуванні хворих в формуванні операційної бригади дало можливість покращити радикальність і безпосередні результати хірургічних втручань.

## Оцінка больового синдрому після степлерної гемороїдектомії

А. Я. Господарський<sup>1</sup>, Р. С. Древницький<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»,

<sup>2</sup>КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

**Актуальність.** Оперативне лікування геморою є болючою процедурою, що призводить до тривалої втрати працездатності. Геморідектомія за Міліганом–Морганом є методом резерву після неефективного малоінвазивного лікування геморою та при наявності супутньої патології. Проте, післяопераційний больовий синдром значно погіршує якість життя таких пацієнтів. Саме тому сьогодні набувають популярності методики степлерної гемороїдектомії, які відзначаються легшим післяопераційним періодом.

**Мета роботи.** Оцінити больовий синдром та ефективність використання методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією при хірургічному лікуванні геморою III–IV стадії.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати 468 оперативних втручань з приводу комбінованого геморою III–IV стадії. 144 пацієнтам була виконана гемороїдектомія за Міліганом–Морганом (контрольна група). Основну групу склали 324 пацієнти, які були прооперовані з використанням методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією (патент на корисну модель №105873), в результаті чого модифікований зовнішній кисетний шов накладався на край анодерми, а подальша степлерна резекція висікала також зовнішні гемороїдальні вузли. Чоловіків було 216 (46,2%), жінок – 252 (53,8%). Вік хворих коливався від 18 до 64 років. У всіх хворих була комбінована форма геморою, з них 210 (44,9%) хворих – з III стадією, 258 (55,1%) хворих з IV стадією геморою. 342 (73,1%) хворих було працездатного віку. Оцінку результатів лікування проводили за такими параметрами: тривалість операції, оцінка больового синдрому за візуальною шкалою Вонга–Бейкера на 1–у добу після операції, наявність післяопераційних ускладнень та рецидиву, відновлення працездатності.

**Результати.** Тривалість операції в основній групі склала  $15 \pm 3$  хв. у порівнянні з контрольною  $88 \pm 22$  хв. Рівень болю за шкалою Вонга–Бейкера в післяопераційному періоді в контрольній групі був значно вищий і склав у середньому 8 балів порівняно з 4 балами у основній групі ( $p < 0,01$ ). Наркотичні анальгетики використовувалися лише в контрольній групі – в середньому 2 дози. Післяопераційний ліжко–день в контрольній групі склав  $8,3 \pm 2,0$  дня, що значно перевищує показник в порівнянні з основною групою –  $2,6 \pm 1,2$ .

Період непрацездатності в контрольній групі склав  $32,3 \pm 5,3$  дні в порівнянні з  $10,8 \pm 4,6$  дні у основній групі. Звуження анального каналу, що виникло у 9 (2,8%) пацієнтів в основній групі було ліквідовано консервативними заходами.

**Висновки.** Степлерна гемороїдектомія з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією є надійною альтернативою гемороїдектомії за Міліганом–Морганом у пацієнтів з III–IV ст. геморою і дозволяє зменшити рівень болю в післяопераційному періоді і скоротити період непрацездатності пацієнтів та знизити частоту рецидивів.

## Трансанальні ендоскопічні операції при лікування пухлин прямої кишки

В. В. Грубнік, С. П. Дегтяренко, О. Н. Загороднюк, К. О. Воротинцева

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

**Вступ.** Рак прямої кишки є поширеним захворюванням серед різних країн світу, займаючи 4–5% від загальної кількості раку і 40–50% від раку колоректальної локалізації. Після радикального лікування настає інвалідизація у 50% пацієнтів. Попередником раку прямої кишки є аденоматозні поліпи із дисплазією слизової оболонки 1–2 ступеня. При цьому в 15% всіх випадків малігнізація настає через 1–3 роки, а у 85% в терміни до 10 років, таким чином, протягом 10 років настає 100% малігнізація всіх аденом. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ) є мінімально інвазивною хірургічною технікою, яка була розроблена і запропонована німецьким хірургом Buess в 1980–х роках.

**Метою дослідження** було вивчення результатів та ускладнень трансанальних ендоскопічних мікрохірургічних операцій при різних пухлинах прямої кишки.

**Матеріали і методи.** У період з 2009 по 2018 роки на базі Одеської обласної клінічної лікарні було проведено порівняльне дослідження, що включає 115 пацієнтів, яким були виконані операції ТЕМ. Всім пацієнтам перед операцією виконували МРТ малого тазу, ТРУЗД. При цьому у 23 хворих до операції був виявлений рак прямої кишки на ранніх стадіях (Tis, 1–2N0M0), у 26 пацієнтів після операції у постійних гістологічних препаратах була виявлена тубуло–ворсинчаста аденома з малігнізацією (TisN0M0), і у 66 пацієнтів були тубуло–ворсинчасті аденоми прямої кишки.

**Результати.** Середня тривалість операції склала 60 хвилин (від 15 до 240 хв.). Дефект слизової оболонки був відновлений у 45% пацієнтів. Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі становила 4,5 дні (від 2 до 14 днів). При спостереженні за 115 пацієнтами з аденомами в строки від 12 до 60 місяців було виявлено 5 випадків рецидиву аденом та 6 випадків раку прямої кишки. При первинному виявленні раку проводилася неоадьювантна хіміопроменева терапія, яка включала дрібнофракційну неоадьювантну променеву терапію на фоні радіосенсибілізації фторофуром і регіонарну неоадьювантну внутріартеріальну хіміоінфузію за схемою FOLFOX. Такий підхід дозволив зменшити пухлинну інфільтрацію та інвазії в стінку кишки, знищити субклінічні метастази в регіонарні лімфовузли, у 4–х випадках зменшити стадію захворювання з T3 до T2, і у двох випадках отримати променевий патоморфоз, відповідно розширити показання до ТЕМ. При отриманні гістологічної відповіді з постійних препаратів даних за малігнізацію через 1 місяць після операції проводилася адьювантна хіміопроменева терапія за вищевказаною схемою. Від терапії відмовилися 4 хворих, у 2 з них спостерігався рецидив захворювання через 14 та 16 місяців.

**Висновки.** Операції ТЕМ є ефективним радикальним методом лікування доброякісних пухлин прямої кишки та ретельно відібраних невеликих до T2 аденокарцином, діаметром до 3 см. Дані операції супроводжуються низьким відсотком післяопераційних ускладнень, зі збереженням якості життя хворих.

## Хирургические аспекты формирования наданального анастомоза при низких резекциях прямой кишки

Б. М. Даценко<sup>1</sup>, А. Б. Даценко<sup>1</sup>, Р. А. Хмызов<sup>1</sup>, Мохамад або Гали<sup>2</sup>,  
В. В. Седак<sup>2</sup>, С. Н. Посохов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
<sup>2</sup>КЗОЗ «Городская клиническая больница № 2 им. проф. А. А. Шалимова»

**Введение.** Вопросы формирования анастомоза при высоких передних резекциях прямой кишки к настоящему времени стандартизированы, в то время как при низких резекциях эта проблема еще не получила своего окончательного решения. Не смотря на возросший уровень хирургической техники с использованием сшивающих аппаратов нового поколения несостоятельность первично сформированного анастомоза достигает 5–10 и даже 15%.

**Цель исследования** – разработка модифицированного способа формирования наданального анастомоза при низких резекциях прямой кишки, обеспечивающего снижение частоты его несостоятельности.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования и лечения 471 больного, которым произведена низкая резекция прямой кишки, чаще всего по поводу ее опухолевого поражения. Низкая передняя резекция с формированием степлерного анастомоза произведена 269 больным, интрасфинктерная резекция – 18 и низкая брюшно–промежностная резекция с формированием наданального анастомоза по разработанной методике – 184 пациентам. Суть формирования колоанального анастомоза при короткой (2–2,5 см) культе прямой кишки состояла в том, что первоначально в целях «удлинения» этой культы производилось ее дополнительная мобилизация путем «кругового» отделения культы от леваторов с включением в мобилизованный сегмент дистальной части внутреннего сфинктера (Патент Украины № 84428 от 25.10.2013г.). После такой мобилизации производится эвагинация культы на промежность для наложения на край ее кисетного шва. После вворачивания культы на место по стандартной методике формируется циркулярный степлерный анастомоз формируется по типу инвагинационного (Патент Украины № 61773А от 17.11.2002г.). Во всех случаях низкая резекция прямой кишки завершается формированием превратной трансверзостомы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Дополнительная мобилизация короткой культы прямой кишки позволяет без натяжения ее стенки сформировать циркулярный степлерный анастомоз, что исключает ишемию сшиваемых тканей. На 184 случая формирования наданального анастомоза по разработанной методике его частичная несостоятельность возникла у 8 (4,5%) больных без случаев перитонита. Во всех наблюдениях консервативное лечение этих больных обеспечило положительный результат.

**Выводы.** Разработанная модификация формирования наданального степлерного анастомоза отличается технической простотой и низкой частотой местных осложнений со стороны анастомоза, не требующих повторного хирургического лечения.



## Хірургічне лікування пацієнтів з поєднаною патологією анального каналу та прямої кишки із застосуванням електрохірургічного комплексу “KLS Martin”

М. П. Захараш<sup>1</sup>, В. В. Балицький<sup>2,3</sup>, С. С. Сідорук<sup>3</sup>, В. В. Керничний<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,

<sup>2</sup>Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

<sup>3</sup>Хмельницька обласна лікарня.

**Вступ.** Актуальність проблеми поєднаної патології анального каналу та прямої кишки досить висока, що обумовлено стрімко зростаючою кількістю проктологічних захворювань, а також відсутністю єдиного підходу щодо хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів. У зв'язку із прогресивним розвитком сучасних технологій у практику колопроктологів почали швидко впроваджуватись такі сучасні методи хірургічного лікування аноректальної патології, як електротермічна система “Liga Sure”, ультразвуковий гармонічний скальпель “Ultra Cision”, лазерні технології в лікуванні анальних тріщин, хронічного геморою та парапроктиту (LHP, FiLaC), плазменний скальпель, біполярна системи “En Seal”, радіохвильовий скальпель “Surgitron”, а також методики LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract) та VAAFT (Video Assisted Anal Fistula Treatment), які зменшили тривалість операцій, об'єм крововтрати, інтенсивність болювого синдрому, але, на жаль, не позбавили пацієнтів таких ускладнень, як рецидиви захворювання, післяопераційні кровотечі та рубцеві стриктури анального каналу.

**Мета дослідження.** Покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з поєднаною патологією анального каналу та прямої кишки шляхом застосування височастотного електрохірургічного комплексу “KLS Martin”.

**Об'єкт і методи дослідження.** З грудня 2017 року по березень 2018 року у відділенні проктології Хмельницької обласної лікарні прооперовано 32 пацієнти з поєднаною патологією анального каналу та прямої кишки. У 24 (75%) пацієнта було виявлено 2 захворювання, у 5 (15,6%) – 3 патології, у 3(9,4%) – 4 патології. Контрольну групу склали 25 пацієнтів, які були прооперовані традиційно без використання електрохірургічного обладнання. Всі операційні втручання були проведені під спинномозковою анестезією. Глибину некрозу тканин вивчали за допомогою їх морфометрії.

**Результати.** Під час дослідження було встановлено, що при застосуванні апарату “KLS Martin” тривалість операції становила в середньому  $15 \pm 5$  хв., а в контрольній групі  $30 \pm 5$  хв. Об'єм крововтрати в дослідній групі становив  $20 \pm 10$  мл., а в контрольній групі  $45 \pm 10$ мл. Потреба в наркотичних засобах для знеболення в дослідній групі становила  $2 \pm 1$ мл, а в контрольній групі  $4 \pm 1$  мл. Тривалість лікування в дослідній групі становила  $4 \pm 1$  день, а в контрольній групі  $7 \pm 1$  день. Глибина некрозу тканин при використанні апарату “KLS Martin” становила  $0,25 \pm 1$ мм.

**Обговорення.** Під час використання електрохірургічного комплексу “KLS Martin”, згідно з результатами дослідження, зменшується тривалість операції вдвічі. Застосування даного апарату сприяє суттєвому зменшенню інтраопераційної крововтрати, а також післяопераційного болювого синдрому, що обумовлює використання незначних доз наркотичних анальгетиків. Завдяки поверхневому впливу на тканини зменшується глибина їх некрозу, що сприяє формуванню косметичного післяопераційного рубця і забезпечує швидку медико – соціальну реабілітацію пацієнтів.

**Висновки.**

1. Використання апарату височастотної електрохірургії “KLS Martin” сприяє суттєвому скороченню тривалості операції, значно зменшує об'єм крововтрати під час операції та больовий синдром у післяопераційному періоді, а також сприяє формуванню ніжного косметичного рубця завдяки незначній глибині некрозу тканин.

2. Застосування цієї сучасної технології запобігає виникненню рубцевих стриктур анального каналу, анальної інконтиненції, а також сприяє швидкій медико – соціальній реабілітації пацієнтів.

## Тактичні та технічні особливості лапароскопічної резекції прямої та сигмоподібної кишки

А. В. Клименко, І. Є. Кононенко

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** Колоректальний рак (КРР) в Україні займає четверте місце в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення по Україні серед жінок (6,6%) і п'яте серед чоловіків (6,4%). Хірургічний метод залишається основним у лікуванні хворих на рак прямої кишки. У ряді клінік України впроваджені і широко виконуються лапароскопічні операції на товстій кишці, однак ряд тактичних і технічних питань є предметом дискусії провідних світових експертів. Зокрема, невирішеними залишаються питання ефективних заходів щодо запобігання неспроможності колоректального анастомозу, яка на сьогоднішній день складає 11–17%. Невизначеними залишаються й критерії оцінки сформованого анастомозу.

**Мета дослідження.** Розробити технічні аспекти модифікованої лапароскопічної резекції прямої кишки і методи профілактики неспроможності анастомозу.

**Матеріали та методи.** З 2014 по 2018 рр. в клініці факультетської хірургії ЗДМУ лапароскопічна передня резекція прямої та сигмоподібної кишки з приводу раку була виконана 31 пацієнту. Чоловіків було 13 (41,93%), жінок – 18 (58,07%). Середній вік склав  $63,75 \pm 11,7$  років. Всі хворі обстежені відповідно до сучасних стандартів, включаючи ФКС, КТ, УЗД, до- та післяопераційне патогістологічне дослідження. Всім хворим дисекцію видалюємого сегмента прямої кишки і лімфодисекцію в обсязі D2 виконували за допомогою ультразвукового скальпеля «Harmonic», а формування колоректального анастомозу проводили циркулярним степлером фірми «Джонсон і Джонсон» 29–33 мм в діаметрі.

**Результати та обговорення.** Для профілактики неспроможності анастомозу не проводилося накладення превентивної ілеостоми, а застосовувалася прецизійна техніка препарування тканин з ретельною оцінкою кровопостачання анастомозуємих ділянок на фоні відсутності їх натягу. Такий технічно обґрунтований підхід дозволив уникнути неспроможності колоректальних анастомозів у всіх хворих. Летальних випадків та ускладнень не було.

Особливу роль в оцінці ефективності і спроможності анастомозу грає розроблена в клініці методика візуальної оцінки накладеного анастомозу за допомогою прямої відеоректоскопії. Дана методика дозволяє не тільки оцінити спроможність степлерного шва, але й виключити можливу кровотечу, утворення підслизової гематоми, при необхідності провести корекцію цих ускладнень.

**Висновки.** Лапароскопічна передня резекція прямої кишки є ефективним і безпечним оперативним втручанням. Застосування розроблених підходів до накладення лапароскопічного колоректального анастомозу дозволяє уникнути його неспроможності.

## Еволюція технологій оперування хворих на рак дистальних відділів прямої кишки, сучасні критерії вибору способу втручання

М. Д. Кучер, Ф. Г. Ткаченко, О. Л. Орлов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Київська міська клінічна лікарня № 18

Сучасні класифікації пухлин прямої кишки ґрунтуються на визначенні глибини інвазії шарів стінки прямої кишки і навколишніх структур (фасціальних футлярів, м'язів анального сфінктера і тазового дна, прилеглих органів – E. Rullier, 2013). Висока точність діагностики місцевого поширення пухлини стала можливою завдяки впровадженню методик магнітно-резонансної томографії і ендолюмінальної сонографії. Сучасний обсяг куративної операції передбачає: 1) первинну високу перев'язку а. mesenterica inf. (D–3 лімфодисекція); 2) тотальну мезоректумектомію (ТМЕ); 3) мінімально допустиму відстань у 1 см від краю пухлини до дистальної межі резекції у разі локалізації пухлини нижче від мезоректуму (супраанальні, юктаанальні, інтраанальні пухлини). Еволюція способів виконання сфінктерозберігаючих низьких резекцій прямої кишки за сімдесят років пройшла шлях від передньої резекції прямої кишки з ручним прямим колоректальним анастомозом (Claude Dixon, 1948) і евагінаційних безшовних операцій (Babcock–Bacon, 1945; Cutait–Turnbull, 1961) до апаратних резекцій (А.Н. Бурцев, 1957; Knight CD, Griffen FD, 1980), до ультранизької передньої резекції з трансанальним анастомозом (A. Parks, 1972) і до різновидів інтерсфінктерної резекції (R. Schiessel, 1994). Еволюція технологій оперування сталася впродовж останніх 25 років: лапаротомічні, лапароскопічні операції, роботоасистовані і трансанальні ендоскопічні мікрохірургічні втручання, абдоміно–трансанальне виконання ТМЕ (Cecil approach).

Мета: на підставі клінічного аналізу безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки, а також результатів патогістологічного дослідження видалених макропрепаратів опрацювати рекомендації про вибір способу операції у хворих на рак дистальних відділів прямої кишки.

Проаналізовані результати хірургічних операцій у 171 хворого на рак дистальних відділів прямої кишки за період 1996–2017 років. Абдомінальний етап втручання виконувався лапароскопічним способом у 74 хворих, лапаротомічним – у 97 хворих. Низьку передню резекцію з формуванням апаратного колоректального анастомозу (double–stapling anastomosis) виконали у 121 хворих; ультра низьку передню резекцію з комбінованим абдоміно–трансанальним виконанням ТМЕ і формуванням колоанального анастомозу ручним способом трансанально – у 20 хворих, ультра низьку інтерсфінктерну резекцію прямої кишки з формуванням колоанального анастомозу – у 8 хворих, черевно–анальну (евагінаційну за Bacon –Turnbull) резекцію прямої кишки – у 7 хворих, черевно–промежину екстирпацію прямої кишки – у 17 хворих.

### Висновки.

1. Для Т2–Т3 пухлин з супраанальною локалізацією операцією вибору є комбінований абдоміно–трансанальний спосіб виконання ТМЕ з формуванням колоанального анастомозу ручним способом. Даний спосіб також зручний для використання у хворих

великими пухлинами середнього ампулярного відділу при «вузькому тазі». Для видалення юкстаанальних пухлин можливо використання інтерсфінктерних резекцій за умови виконання інтраопераційного патогістологічного дослідження країв резекції.

2. Для пухлин, розташованих на 2 і більше см над аноректальним кільцем, найбільш зручним є “double– stapling technique” у пацієнтів з «широким тазом».

3. Для пухлин інтраанальної локалізації, а також для місцево поширеного раку слід виконувати черевно–промежину екстирпацію прямої кишки.

4. Післяопераційний період плинув краще після лапароскопічних втручань, віддалені онкологічні наслідки – тотожні з лапаротомічними.

## Невідкладні операції у хворих на неспецифічний виразковий коліт

М. Д. Кучер, М. І. Криворук

Національний медичний університет імені О.Богомольця,  
Київська міська клінічна лікарня №18

Обсяг радикального хірургічного лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) – це тотальна проктоколектомія. За умов планової операції буває можливим одночасно проводити реконструктивний етап: формувати J–подібний тонкокишковий резервуар і резервуарно–анальний анастомоз. У випадках, коли операцію виконують за невідкладними показаннями, обсяг втручання розбивають на два етапи. На першому, рятувальному, етапі хірургічного втручання виконують тотальну колектомію зі збереженням прямої кишки (її кукуси) і формують термінальну ілеостому. Хірургічне завдання на цьому етапі – зупинити гостру атаку хвороби і врятувати життя пацієнту. Рішення про можливість проведення другого, реконструктивного, етапу операції приймають пізніше, коли вдається досягти стабілізації загального стану хворого і його задовільного нутритивного статусу. Дискусійними залишаються питання про вибір оптимального часу (моменту) для виконання операції, про вибір способу оперування (лапароскопічного чи лапаротомічного), а також про довжину кукуси прямої кишки.

**Мета роботи:** оптимізувати тактику операцій за невідкладними показаннями у хворих на НВК.

Дослідження проводилися шляхом клінічного аналізу результатів хірургічного лікування 93 пацієнтів, оперованих у невідкладному порядку у проктологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №18 впродовж 1997 – 2017 років. Показаннями до виконання невідкладної колектомії були: фульмінантний коліт (за класичними критеріями Truelove and Witts, 1955) – 42 пацієнти, а також гострі ускладнення хвороби: токсична дилатация ободової кишки – у 23 хворих, перфорація товстої кишки – у 11, профузна кишкова кровотеча – у 7, дифузний перитоніт – у 10. Лапароскопічним способом виконали 43 операції, лапаротомічним – 56 операцій. Передопераційна підготовка хворого тривала від 2–х до 120–ти годин. Формування короткої (до 6 см) кукуси прямої кишки мало місце у 70 хворих, довгої кукуси (на рівні рефлексу тазової очеревини) – у 19 хворих, формування дистальної сигмостоми (слизової фістули) за Беком – у 4 хворих.

Післяопераційні ускладнення мали місце у 11 (26%) хворих лапароскопічної групи і у 24 (43%) хворих лапаротомічної групи. Післяопераційна летальність була, відповідно, у 2 (4,7%) і 9 (16%) випадках.

## Висновки.

1. Зволікання з виконанням «рятівної» колектомії позначається збільшенням кількості післяопераційних ускладнень і летальності.

2. Після лапароскопічних операцій було зареєстровано значно менше хірургічних ускладнень і одужання пацієнтів відбувалося значно швидше, однак застосування даного методу оперування не показано у випадках перфорації, токсичної дилатації ободової кишки, дифузного перитоніту, профузної кровотечі.

3. Виконання низької передньої резекції прямої кишки з формуванням короткої кукси прямої кишки є бажаним завданням, оскільки відповідає головній меті втручання – максимально зменшити “locus morbi”, а також коротка кукса дуже зручна для виконання реконструктивної операції другим етапом. Проте у випадках септичних ускладнень таке розширення обсягу втручання може спричинити арозивні кровотечі, формування запальних інфільтратів, абсцесів у пресакральній зоні малої миски. Тому рішення про доцільність виконання дисекції прямої кишки приймають за принципом конкуренції ризиків: за ускладнених умов показано залишити довгу куксу прямої кишки, навіть дистальну частину сигмоподібної кишки.

## Колектомія, як метод вибору хірургічного лікування важких повільнотранзитних закрепів

І. М. Лецишин, В. Г. Мішалов, Л. Ю. Маркулан, П. Л. Бик,  
О. І. Охоцька, О. В. Панчук

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

**Ключові слова:** хронічний повільнотранзитний закреп, субтотальна колектомія.

Хронічний повільнотранзитний закреп (ХПЗ) є поширеним захворюванням гетерогенної етіології, частота якого збільшується з віком. ХПЗ зустрічається у всіх групах населення, в тому числі у 1,9–10% дорослих, з яких 50–74% щоденно приймають послаблюючі. Лікувальна стратегія ХПЗ дотепер не визначена. Як метод вибору важких ХПЗ обговорюється хірургічне лікування – субтотальна або тотальна колектомія з ілеоректоанастомозом.

**Мета:** оцінити ефективність хірургічного лікування важких повільнотранзитних закрепів.

**Матеріали і методи:** прооперовано 52 хворих: 49 (94,2%) жінок та 3 (5,8%) чоловіків. Середній вік ( $M \pm \sigma$ ) склав 46,1 $\pm$ 10,4 роки (від 25 років до 64 років). Спадковість була обтяжена у 40 (76,9%) хворих. Тривалість анамнезу від початку захворювання до звернення в клініку становила від 8 років до 49 років, в середньому 24,5 $\pm$ 12,9 роки. Проблеми з дефекацією в дитинстві були у 24 (46,2%) хворих. Самостійна дефекація у 28 (53,8%) хворих була неможливою взагалі без послаблюючих, клізм та ручної допомоги. Акт дефекації відбувався менше 1 разу на тиждень у 4 (7,7%) хворих 1 раз на 5 діб – у 12 (23,2%), 1 раз на 4 доби – у 8 (15,4%). Кал типу 1 (згідно Бристольської класифікації) був у 28 (53,8%) хворих, типу 2 – у 16 (30,8%), типу 3 – у 8 (15,4%). У жодного з хворих на час звернення не було калу типів 4–7. Хворим було виконано усі необхідні обстеження для виключення інших причин кишкової обструкції: УЗД з дослідженням перистальтики, іригографія, пасаж контрасту та контрастних міток по кишечнику, колоноскопія, КТ та МРТ за показаннями. Показами до операції був повільнотранзитний закреп з відсутнім ефектом від консервативної терапії.

**Результати.**

Усім хворим хворим було виконано оперативне лікування: субтотальну колектомію з ілеосигмоанастомозом – 40 (76,9%), тотальну колектомію – 12 (23,1%). Середня тривалість перебування в стаціонарі становила  $10,4 \pm 2,4$  доби (від 7 діб до 15 діб). Перистальтика кишечника відновлювалась на 2–3 добу після операції. Самостійна дефекація (по трансанальному зонду) у хворих з'являлась на 2–4 добу. На час виписки частота дефекацій становила від 3–11 разів на добу (в середньому  $7,0 \pm 2,8$  разів на добу). Термін стабілізації частоти дефекації (2–3 рази на добу, в середньому  $2,3 \pm 0,5$  рази на добу) становив від 2 міс. до 18 міс., в середньому  $5,6 \pm 4,5$  міс.

Після стабілізації частоти дефекації кал типу 4 був у 12 (23,1%) хворих, типу 5 – у 28 (53,8%), типу 6 – у 12 (23,1%). Ускладнень в ранньому післяопераційному періоді не було в жодного хворого. Через рік після субтотальної колектомії 2 пацієнтки були прооперовані з приводу злукової кишкової непрохідності. В жодного з пацієнтів за період спостереження не розвинулося водно-електролітичних порушень та відхилень лабораторних показників крові від норми. Рецидивів закріпив не було.

**Висновок:** субтотальна або тотальна колектомія у хворих з важкими повільнотранзитними закріпами є безпечними операціями, результатом яких є стійка нормалізація самостійної дефекації.

## Перший досвід флюоресцентної ангиографії для оцінки кровопостачання при лапароскопічній правобічній геміколектомії

А. В. Малиновський, М. М. Майоренко, А. С. Сергієва

Кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії  
Одеського національного медичного університету

**Вступ.** Флюоресцентна лапароскопія з індоціаніном зеленим – нова технологія, що дозволяє оцінити кровоток у висцеральних судинах та у внутрішніх органах, що може бути корисним при резекціях шлунково-кишкового тракту, особливо при резекціях ободової кишки.

**Метою** дослідження був аналіз першого досвіду застосування флюоресцентної ангиографії при лапароскопічній правобічній геміколектомії.

**Об'єкт та методи дослідження.** Флюоресцентна ангиографія виконана у одній пацієнтки з аденомою Баугінієвої заслонки, якій лапароскопічна геміколектомія виконана у «економному» обсязі: резекція ілеоцекального кута та висхідної ободової кишки. Саме при цьому обсязі операції було важливим встановити адекватність кровопостачання кукси ободової кишки, яка була пересічена одразу нижче печінкового згибу (за рахунок правої ободової артерії). Флюоресцентна лапароскопія виконана за допомогою спеціальної відеосистеми Karl Storz: освітлювач D-Light P, спеціальний світловод та оптика. Індоціанін зелений (Aurogreen, Aurolab, Індія) вводився внутрішньовенно боллюсно у дозі 0.3 мг/кг маси тіла після пересічення ободової кишки та накладання інтракорпорального ілеотрансверзоанастомозу за допомогою лінійного степлера Endo GIA-60 (Covidien). Цей час був достатнім для однозначної оцінки кровопостачання товстої кишки з урахуванням можливих мікротромбозів, особливо у кінцевих ділянках кукси.

**Результати та обговорення.** Через 2 хвилини після введення індоціаніну зеленого, при вмиканні режиму огляду у спектрі близькому до інфрачервоного була встановлена

добра васкуляризація брижі термінального відділу клубової кишки та добре накопичення флюоресцюючого препарату стінками клубової кишки та кукси ободової кишки, в тому числі кінцевих ділянок кукси. Таким чином, ризик неспроможності анастомозу та кукс кишок за рахунок кровопостачання був практично виключений. Тому операцію було завершено у зазначеному обсязі. Технічних труднощів при застосуванні флюоресцентної ангіографії не виявлено, алергічних реакцій на введений препарат не було.

**Висновки.** 1. Перший досвід застосування флюоресцентної ангіографії для оцінки кровопостачання кишок у зоні анастомозу при правобічній геміколектомії продемонстрував зручність та безпечність методики. 2. Флюоресцентна ангіографія дозволила чітко оцінити кровообіг у судинах брижі та стінках кишок, що дало змогу в даному випадку виконати економний варіант операції зі збереженням печінкового згибу ободової кишки з його кровопостачанням за рахунок правої ободової артерії.

## Клініко–морфо–ендоскопічна характеристика неоплазій товстої кишки та їх особливості у хворих з надлишковою вагою

О. І. Маслов, М. М. Милиця

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

**Вступ.** Захворюваність доброякісними епітеліальними пухлинами товстої кишки (ТК) збільшується з віком. Близько 40% пацієнтів старше 50 років мають принаймні один колоректальний поліп. **Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) кількість осіб, які страждають на надлишкову вагу, за останні тридцять років збільшилася удвічі (WHO, 2015).** ІМТ є значущим індикатором ризику захворювань під час проведення епідеміологічних досліджень. Враховуючи що поліпи ТК розглядаються як облігатні передраки з високою частотою малігнізації **метою роботи стало:**

Визначити клінічні, морфологічні, ендоскопічні особливості в діагностиці поліпів і раннього раку товстої кишки у хворих с надмірною вагою.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження були хворі з неоплазіями товстої кишки на тлі надлишкової ваги. Дослідження ґрунтується на результатах аналізу 2324 діагностично–лікувальних колоноскопій пацієнтів в період з 2013 по 2016 рр. Більшу частину пацієнтів склали хворі, хірургічних стаціонарів клініки (72,3%) та обстежені амбулаторно – 27,7%. Таким чином були виявлені 806 хворих (ADR = 35%) з 1728 неоплазіями ТК (ADI = 74%), які були включені в дослідження та розподілені на дві клінічні групи: перша (основна) – ІМТ  $\geq 25,0$  – 611 хворих з АТК та друга (контрольна) – ІМТ  $< 25,0$  – 195 хворих з АТК.

**Результати та їх обговорення.** З метою визначення залежності виявлення АТК та ІМТ при обстеженні 2324 пацієнта встановлено, що при ІМТ  $< 25,0$  показник виявлення поліпів склав 33%, а при ІМТ  $\geq 25,0$  – 36%. Був розроблений індекс наявності аденом (ІНА), як показник, що відображає середню кількість АТК в групі пацієнтів з наявними аденомами. Таким чином, в основній групі ІНА склав 2,28, в контрольній – 1,8. Так виявлено, що основна кількість аденом розташовувалося в лівій половині ТК – в основній групі 82,2%, в контрольній – 88,0%; на праві відділи доводилося 17,8% та 12,0% відповідно ( $p < 0,05$ ). Розміри виявлених АТК розподілялися наступним чином: до 0,5 см – основна

група – 44,1%, контрольна 51,7%, понад 2,5 см – основна група – 6,2%, контрольна 3,3%. Серед видалених аденом в основній групі ворсинчасті АТК склали 11,1%, в основній – 7,2%, у тому числі з важким ступенем дисплазії 4,7% та 2,0% відповідно.

**Висновки.** Надмірна вага зі збільшенням показника ІМТ достовірно збільшують ризик виникнення АТК, що виявляються під час колоноскопії. Запропонований індекс наявності аденом дозволяє прогнозувати наявність додаткових аденом у пацієнтів на тлі надмірної ваги. Пацієнти із збільшеним ІМТ частіше мають АТК в правій половині ТК. При розподілі згідно гістологічної структури у пацієнтів з надмірною вагою відмічається збільшення АТК з вільозним компонентом та дисплазією високого ступеню.

## Відновна хірургія товстої кишки

В. М. Мельник, О. І. Пойда., А. Абдулрахман

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Вступ.** Актуальність проблеми відновної хірургії товстої кишки обумовлена її медико-соціальними та хірургічними аспектами: значним рівнем захворювань товстої кишки, частими резекціями обструктивного типу, в межах 20–92%, ускладненнями загоєння анастомозів – у 5,3–17,6%, летальними наслідками у 11,2–14,8% оперованих хворих.

**Мета.** Покращити результати відновних операцій на товстій кишці шляхом удосконалення тактики і техніки їх виконання.

**Об'єкт і методи дослідження.** В зміст поняття відновної хірургії товстої кишки вкладаємо систему організаційних тактичних і технічних хірургічних заходів спрямованих на формування міжкишкового анастомозу.

Розроблена тактика виконання відновних операцій на товстій кишці передбачає пріоритет первинного відновлення безперервності і прохідності кишкового каналу, визначення протипоказань до формування міжкишкового анастомозу, диференційований підхід до вибору типу і способу його формування, з'єднання відрізків кишкового каналу, прогнозування та цілеспрямовану профілактику ускладнень, обумовлених загоєнням анастомозу, їх своєчасну діагностику та лікування.

З використанням положень розробленої тактики при відновних операціях на товстій кишці за період з 2006 по 2017 рр. було оперовано 438 пацієнтів. З них чоловіків – 231(52,7%), жінок – 207(47,3%). Вік пацієнтів становив в межах 18 – 92 років. Більшість з них – 302(68,9%) були оперовані з приводу раку товстої кишки. Серед радикальних операцій найчастіше виконували передню резекцію прямої кишки – у 139(31,7%) пацієнтів. Відновний етап хірургічних втручань передбачав формування міжкишкових анастомозів за допомогою сучасних циркулярних зшиваючих апаратів у 233(53,1%) хворих, ручного кишкового шва – у 164(37,4%), шляхом зведення кишкового трансплантату на промежину – у 41(9,3%). Первинні відновні операції були виконані 336(76,7%) пацієнтам, вторинні – 102(23,2%).

**Результати.** Внутрішньочеревні ускладнення в ранньому післяопераційному періоді: неспроможність швів анастомозів, перитоніт, абсцес черевної порожнини, анастомозит, стриктура анастомозу виникли у 9(2,1%) оперованих хворих, летальний наслідок – у 1(0,2%).

**Обговорення.** Первинне відновлення безперервності і прохідності кишкового каналу забезпечує більш сприятливі технічні умови виконання хірургічного втручання,



зменшує кількість етапів і строки хірургічної реабілітації. При абсолютних протипоказаннях виконання відновного етапу неприпустиме, оскільки створює високий ризик виникнення ускладнень, які можуть привести до летального наслідку. За відносних протипоказаннях виконання відновного етапу можливе, однак за умови відповідного організаційного і матеріального забезпечення хірургічного втручання. Диференційований підхід до вибору типу, способу формування анастомозу оптимізує відновний етап операції. Кожен з відомих методів формування анастомозів використовували відповідно до чітко визначених показань. Прогнозування ризику виникнення ускладнень відновних операцій, використання відповідних ефективних методів їх профілактики, діагностики та лікування сприяли зменшенню частоти інтраопераційних пошкоджень та післяопераційних ускладнень.

**Висновки.** 1. Оптимізація тактики і техніки виконання відновних операцій на товстій кишці забезпечує значне покращення результатів їх виконання.

2. Використання розробленої тактики та удосконалення техніки відновних операцій на товстій кишці сприяло зменшенню частоти виникнення ускладнень обумовлених формуванням і загоєнням міжкишкових анастомозів до 2,1%, летальних наслідків – до 0,2%.

### Особливості стану тканин товстої кишки в морфогенезі формування неспроможності товстокишкового звуження

М. М. Милиця, В. С. Казаков

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

**Вступ:** Проблема неспроможності товстокишкового звуження при резекції товстої кишки (ТК) продовжує залишатися актуальною, оскільки, незважаючи на інновації у технічному забезпеченні операцій, розробку новітніх оперативних технологій, неспроможність товстокишкового звуження (ТКЗ) все ж таки зустрічається у 12% – 20%, а її наслідки надають відсоток летальності, який сягає 3%. Враховуючи, що випадки неспроможності зустрічаються навіть у хірургів експертного класу, виникає припущення щодо особливостей морфологічного стану товстої кишки у пацієнтів із післяопераційною неспроможністю ТКЗ.

**Мета роботи:** визначити особливості морфологічного стану тканин ТК у пацієнтів з неспроможністю товстокишкового звуження (ТКЗ).

**Матеріал та методи дослідження:** Вивчалася гістоструктура ТК гістохімічними методами у 40 препаратів з ТК. Основну групу склали 26 препаратів від осіб з неспроможністю ТКЗ після резекції ТК. Контрольну групу – 14 препаратів отриманих при аутопсії від осіб, без видимих проявів захворювання ТК та анамнестичних, фенотипічних ознак патології сполучної тканини, які загинули внаслідок зовнішніх дій. Оптичну щільність імунофлюоресценції колагену визначали за методикою Губіної-Вакулик Г. І. і співавторів за допомогою мікроскопа «Axioskop 40» і програмного забезпечення Biostat.exe.

**Результати та їх обговорення:** Встановлено, що в стінці ТК усіх пацієнтів з неспроможністю звуження виявляються ознаки порушення колагенотворення у вигляді: збіднення епітеліальної мембрани колагеном IV типу; заміщення його молодим інтерстиціальним колагеном III типу; дефіциту інтерстиціального колагену I і III типу в підслизовому шарі. При ретроспективному аналізі всіх випадків неспроможності ТКЗ

за допомогою спеціальної комп'ютерної програми (3) виявилось, що у 92,3% пацієнтів мала місце недиференційована дисплазія сполучної тканини помірного або важкого ступеня. У 7,7% випадків мала місце дисплазія легкого ступеня. Тобто жодного випадку неспроможності без патології сполучної тканини не спостерігалось. Звісно, що зміни колагенової основи підслизового шару мають основне патогенетичне значення в розвитку післяопераційної ТК неспроможності, оскільки в хірургічній техніці саме зіставлення (адаптація) підслизового шару забезпечує успіх операції. В усіх випадках неспроможності ТКЗ у пацієнтів спостерігається морфологічно підтвержене порушення архітектоніки сполучної тканини за типом недиференційованої дисплазії, яке і складає морфологічну основу цього ускладнення. Виявлені морфологічні зміни збігались із фенотипічними змінами, які реєструвались у пацієнтів із неспроможністю анастомозу та, за бальною оцінкою, відповідали недиференційованій дисплазії сполучної тканини середнього та важкого ступеня.

#### **Висновки**

1. У пацієнтів з післяопераційною неспроможністю ТКЗ в стінці ТК мали місце ознаки вираженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини, у вигляді порушення колагенотворення.
2. Морфологічна основа цього ускладнення об'єктивно корелювала з фенотипічними і анамнестичними ознаками дисплазії сполучної тканини.

## **Подходы к выбору метода хирургического лечения больных раком прямой кишки**

**Н. Н. Милица, Н. Д. Постоленко, К. Н. Милица, И. Н. Ангеловский,  
В. В. Стебляк, Ю. Л. Писаренко**

**ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»**

До настоящего времени сохраняется стойкая и повсеместная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки (РПК), который по данным большинства исследователей среди злокачественных новообразований занимает 3—е место.

Рост числа сфинктеросохраняющих операций при РПК обусловлен разработкой принципиально новых подходов для лечения опухолей в дистальных локализациях ПК.

**Цель** данной работы - изучение непосредственных результатов хирургического лечения у больных с РПК проведенных в клинике за последние 15 лет.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2017гг. проведено оперативное лечение у 592 пациентов, средний возраст которых составил 61,8 лет, доля больных старше 60 лет – 60,7%. В 2/3 случаев, опухоль локализовалась в дистальных отделах прямой кишки.

**Результаты и их обсуждение.** При локализации опухоли в нижеампулярном отделе ПК выполняли брюшноанальную резекцию ПК с низведением ободочной кишки и наложением колоанального анастомоза – 219 (36,3%) больных или брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием колостомы – 18 (3,0%) пациентов.

В последние 4 года, в связи с широким внедрением лапароскопических технологий в колоректальную хирургию, в клинике при раке нижеампулярного отдела ПК, разработан и применяется метод брюшно-анальной резекции прямой кишки. Последний заключается в лапароскопической мобилизации нисходящих отделов ободочной и прямой кишки до уровня леваторов, формирование трансплантата, с последующей

демукозацией слизистой анального канала со стороны промежности, низведением ободочной кишки и формированием колоанального анастомоза. Данную методику применили у 27 (5%) пациентов.

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе ПК операцией выбора являлась низкая наданальная резекции с формированием аппаратного колоректоанастомоза с наложением у 74% пациентов превентивной коло- или илеостомы. Данное оперативное вмешательство проведено у 71 больного. Ручной шов использовали у 104 пациентов.

У 15 больных выполнено наложение анастомоза между низведенной кишкой и оставшимся участком ПК путем «выворачивания» культи прямой кишки, низведения через анальный канал, наложения соустья по типу «конец в конец» со стороны промежности с последующим погружением в полость малого таза.

Передняя резекция прямой кишки выполнена у 138 (23,4%) пациентов, при расположении опухоли в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах.

## **Выводы.**

Расширение показаний к выполнению брюшно-анальных резекций позволило избежать нефункциональных операций и дало возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих вмешательств до 90%, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

Внедрение лапароскопических технологий в хирургию дистального рака ПК позволяет сократить сроки реабилитации, сохранив радикализм операции.

## **Применение малоинвазивных операций в лечении обтурационной кишечной непроходимости**

**А. Д. Нетков, Ю. В. Грубник, В. В. Крыжановский**

**ОНМУ, кафедра хирургии № 3 с курсом нейрохирургии**

Обтурационная кишечная непроходимость одно из частых осложнений колоректального рака и составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. Послеоперационная летальность варьирует от 14 до 47%. При выполнении операции в степени декомпенсации кишечной непроходимости послеоперационные осложнения достигают 64,6%. Большинство операций при ОКН имеют ургентный характер и приводят к необходимости выбора оптимальной тактики лечения больных в кратчайшие сроки.

**Цель исследования:** повышение эффективности диагностики и лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью путем применения малоинвазивных операций.

**Материалы и методы.** За период 2009 – 2016гг обследовано 123 пациента с кишечной непроходимостью различной степени компенсации (46 женщин и 77 мужчин). Возраст больных варьировал от 39 до 72 лет. В стадии компенсации – 42 больных, в стадии субкомпенсации – 50, в стадии декомпенсации – 31.

Основную группу составила из 53 пациентов, которым проведено эндоскопическое восстановление пассажа по кишечнику при помощи лазера и стентирование нитиновым стентом фирмы M.I.Tech (Ю. Корея), с последующим выполнением лапароскопических операций. Группа сравнения состояла из 70 пациентов, у которых операции выполнялись лапаротомным доступом.

**Результаты исследования:** Всем больным в основной группе проводилось восстановление пассажа по кишечнику с применением эндоскопических методик; после разреше-

ния кишечной непроходимости проведено оперативное лечение лапароскопически. В 17 случае пассаж по кишечнику был восстановлен путем проведения двухпросветного зонда через место обтурации. В 19 случаях пассаж был восстановлен путем лазерной деструкции неодимовым лазером с длиной волны 1.06 мкм. Эндоскопическое стентирование бластоматозных поражений левой половины толстой кишки саморасправляющимися металлическими эндопротезами было выполнено в 17 случаях. В последующем, через 4–5 суток, этим больным выполнены лапароскопические операции с удалением опухоли и наложением анастомоза. В 3 случаях попытка комбинированной реканализация опухолевого стеноза прямой кишки была не эффективной так, как в процессе реканализации имелось постоянное подтекание каловых масс из вышележащих отделов толстой кишки и крови из опухоли. Этим пациентам была выполнена лапароскопическая колостомия, причем в трех случаях она дополнена методикой «Hand Assistant». У 18 больных лапароскопическая первично восстановительная операция была выполнена на 5–7 сутки. У 18 больных после стентирования также проведены лапароскопические первично восстановительные операции. При выполнении данных методик нами отмечены такие осложнения; перфорации кишки 1 случай, миграция стента 1 случай; кровотечение 3 случая. Активизация пациентов в основной группе начинали на 1–2 сутки, в группе сравнения на 3–4 сутки. Средние сроки пребывания на койке в основной группе составили 5–7 суток, в группе сравнения – 10–12 суток. Процент послеоперационных осложнений в основной группе составил 3,8%, в группе сравнения 40,2%.

#### **Выводы:**

1. Установка кишечных стентов, а также эндоскопические методики лазерной фотодеструкции опухоли и эндоскопическое введение зонда проксимальнее места обструкции является эффективным эндоскопическим методом, позволяющим ликвидировать явления кишечной непроходимости и провести оперативное лечение больных с меньшим риском осложнений.
2. Оказание помощи больным по предложенной методике по сравнению с традиционной дает возможность снизить продолжительность пребывания больного в стационаре на 33%; уменьшить количество послеоперационных осложнений на 36,4%.

## **Шляхи підвищення ефективності ендоскопічного лікування великих LST–аденом прямої кишки**

**О. Л. Орлов<sup>2</sup>, Д.С. Олійник<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 18, ендоскопічне відділення

Пухлини з латеральним поширенням (LST–аденоми) товстої кишки, описані S. Kudo, характеризуються експансивним горизонтальним ростом вздовж відносно низької вісі. Найчастішим ускладненням, що трапляються після ендоскопічних поліпектомій, є післяопераційні кровотечі у 0,3 – 6,1%, які можуть виникати як миттєво так і через 29 днів після оперативного втручання.

**Мета дослідження** – покращення результатів ендоскопічного видалення LST–аденом прямої кишки.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний статистичний аналіз історій хвороби 19 пацієнтів, пролікованих в ендоскопічному відділенні КМКЛ №18, в період за

2016 та 2017р. з приводу великих та гігантських LST–аденом прямої кишки за типовою методикою резекції слизової.

**Результати дослідження та обговорення.** Загальна кількість хворих з діагнозом – велика або гігантська LST–аденома прямої кишки, що були проліковані в умовах ендоскопічного відділення КМКЛ №18 за період з початку січня 2016 року до кінця грудня 2017 року, становить 19 осіб, жінок – 11 (58%), чоловіків – 8 (42%). Середній вік пацієнтів – 71,5 рік. Кількість пацієнтів з великими (більше 3 см в діаметрі) LST–аденомами прямої кишки склала 8 осіб (42%) та 11 осіб з гігантськими (більше 6 см в діаметрі) LST–аденомами прямої кишки. Середній розмір LST – 5,6 см. Тип LST: LST–NG – 7(36,8%). LST–G 12 (63,2%). Гістологічно в усіх випадках резекція в межах інтактних тканин склала R<sub>0</sub>. Тубулярна аденома у 15,8%, папілярно–тубулярна – у 31,6%, папілярна аденома – у 52,6%. У 3 осіб (15,8%) виявлено дисплазію легкого ступеня, а ще в 4 (21%) в осіб – дисплазія важкого ступеня. Тривалість спостереження за пацієнтами – 3 – 27 місяців. В 3 випадках (15,8%) виникла значна інтраопераційна профузна кровотеча. Післяопераційних кровотеч, перфорацій не відмічено. В 5 випадках (26,3%) виник рецидив (всі пацієнти пройшли повторну резекцію без ознак рецидиву в період мінімум 3 місяців після резекції).

**Висновки.** 1. Результати лікування великих та гігантських LST–аденомам прямої кишки значно кращі при видаленні їх шляхом ендоскопічної підслизової дисекції.

2. В умовах нашої країни є актуальною ендоскопічна резекція слизової, як менш вартісне по витратним матеріалам втручання, яке можна виконувати на простішому обладнанні.

3. Результати проведення ендоскопічної резекції слизової у хворих з великими та гігантськими LST–аденомами прямої кишки відповідає даним світової літератури (рівень післяопераційної кровотеч від 0,3 до 6,1%).

4. Зниження частоти рецидивів можливо досягти шляхом видалення пухлини єдиним блоком або найменшою кількістю фрагментів і обробкою країв та дна дефекту аргоноплазмозомою коагуляцією.

5. Взяття біопсії перед виконання ендоскопічної резекції є недоцільним та обґрунтовано зниженням ризику фіброзу підслизового шару.

6. Фактором ризику масивних кровотеч є локалізація пухлин по задній стінці прямої кишки в середньо– та нижньо–ампулярному відділі, що обумовлено особливостями ангіоархітекτονіки та наявністю перфорант з мезоректуму.

7. Для підвищення ефективності ендоскопічного гемостазу під час виконання втручання вважаємо за доцільне вибирати положення хворого таким чином, щоб операційне поле знаходилось згори або в крайньому випадку збоку, що дозволить уникнути заливання кров'ю при виникненні струминної кровотечі, полегшити виявлення її джерела та подальший гемостаз.

## Сучасне хірургічне лікування геморою

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

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

**Вступ.** Ефективне лікування геморою залишається надзвичайно актуальною і до кінця не вирішеною проблемою сьогодення. Це одне з найпоширеніших захворювань прямої кишки. Його питома вага у структурі аноректальної патології у жінок та чоловіків досі

сягає більше 43%, 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, Німеччині, Бельгії, Великобританії, Франції, Італії за 2010–2012 роки становило близько 55–80% і має чітку тенденцію до щорічного збільшення за рахунок розробки та впровадження нового високотехнологічного обладнання та інформаційної широкої доступності пропонуванних 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 застосування сучасної методики лікування гострокровоточивого геморою, а саме трансанальної гемороїдальної деартеріалізації (ТНД).

**Матеріали та методи.** Проаналізовано застосування ТНД при ускладненому геморої у 402 пацієнтів за період з 2008–2017 років на базах кафедри хірургії №3 НМУ імені О.О. Богомольця. Метод полягає у перев'язуванні гілок верхньої прямокишкової артерії знижуючи таким чином кровонаповнення гемороїдального сплетіння. Маніпуляцію виконують шляхом застосування проктоскопу з доплерівським датчиком. Для ліквідації ректального пролапсу (пролапсу слизової) ТНД часто доповнюється мукопексією.

**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 пацієнтів 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 ТНД доповнювали висіченням одного вузла або розтягнутої перианальної шкіри. 12 хворим ТНД 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 або параректальної клітковини. У 314 пацієнтів ТНД доповнено мукопексією. Всі оперативні втручання виконано під спинномозковою або загальною анестезією. Тяжких післяопераційних ускладнень не було, але, у 9 хворих спостерігався больовий синдром, який потребував продовження госпіталізації в середньому до 3 діб, у 8 виник післяопераційний аноректальний тромбоз, купований консервативно. Середній термін перебування в стаціонарі становив 1 добу. Працездатність пацієнтів відновлювалася через 3–5 діб. 3 червня 2014 року ТНД виконувалось по оновленій нами методиці, що полягає в підхопленні поверхневої частини артерії, де коагулятором встановлюється маркована крапка.

#### **Висновки.**

1. ТНД в сучасній проктології розглядається як малоінвазивне та радикальне хірургічне втручання при геморої 2–4 ст.

2. Методика ТНД потребує більш широкого застосування у зв'язку з меншою операційною травмою, легшим і менш тривалим післяопераційним періодом, швидшим відновленням працездатності пацієнта, що суттєво знижує загальну вартість лікування хворих.

3. Віддалені результати застосування ТНД потребують подальшого вивчення.

## Порівняльна антибактерійна стійкість електрозварного з'єднання живих тканин в міжкишковому анастомозі

С. С. Подпрятів<sup>1,2</sup>, С. Є. Подпрятів<sup>1,2</sup>, С. Г. Гичка<sup>2</sup>, С. М. Корбут<sup>2</sup>,  
Г. С. Маринський<sup>4</sup>, В. А. Ткаченко<sup>4</sup>, С. В. Ткаченко<sup>4</sup>, І. О. Белоусов<sup>1,2</sup>,  
В. П. Корчак<sup>2</sup>, О. Ф. Петренко<sup>5</sup>, Д. В. Тарнавський<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Київський центр електрозварювальної хірургії та новітніх технологій,

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня №1,

<sup>3</sup>Інститут електрозварювання ім. Є. О. Патона НАН України,

<sup>4</sup>Національний університет біоресурсів і природокористування України

**Вступ.** Від моменту створення міжкишковий анастомоз (МА) знаходиться під впливом процесів запалення, які відбуваються в наслідок реакції організму на хірургічне втручання та стиснення швами, а також під впливом мікроорганізмів, які присутні в просвіті кишечника. Можливість для мікроорганізмів проникати через лінію МА залежить від стійкості з'єднаних тканин до бактеріальної ферментації. Вивчення перетворень складових МА під впливом мікроорганізмів важливе для оцінки процесів запалення та регенерації, характерних для певного виду з'єднання стінок кишки

**Мета роботи:** оцінити стійкість до бактеріальної ферментації структурних складових МА, створеного за допомогою технології електрозварювання тканин.

**Об'єкт і методи дослідження.** В експерименті на кишці свині створили 18 зразків електрозварного (Е) МА. Джерелом електрозварювальних імпульсів був апарат Патонмед ЕКВЗ-300 та інструменти розробки Інституту електрозварювання ім. Є.О.Патона НАН України. Дослідження проводили з дотриманням вимог гуманного ставлення до тварин. Повноцінні зразки інтактних тканин кишки (контрольна група) та ЕМА (основна група) занурювали в суспензію, що містила культури клінічних штамів провідних складових мікрофлори кишки та відповідне поживне середовище, та розміщали в термостаті на 4 дні. Після витримування, вивчали концентрацію мікроорганізмів та структуру МА і стінок кишки за допомогою морфологічного дослідження під світловим мікроскопом з оптичним збільшенням до  $\times 400$ .

### Результати та їх обговорення.

Складовими суспензії були: *E. coli* в концентрації  $10^8$ , *Ent. faecalis*, *E. cloacae*, *Cor. Hofmannii*, *St. aureus* –  $10^4$ – $10^5$ . Після витримування, при морфологічному дослідженні встановили, що відмінною якістю ЕМА є збереження первинної структури ЕМА: з'єднаних колагенових та еластичних волокон, гладеньком'язових волокон без розрихлення, з переходом у відповідний прилеглий шар стінки кишки. Краї слизової оболонки обабіч лінії ЕМА, та всі шари стінки кишки в контрольній групі були розрихлені та фрагментовані.

### Висновки.

1. Структура ЕМА зберігає суцільність в бактеріальному середовищі протягом 4 днів.
2. Інтактні тканини стінки кишки – з контрольної групи та прилеглі до ЕМА – в бактеріальному середовищі зазнають розпаду.
3. Застосування Е супроводжується створенням МА, більш стійкого до дії мікроорганізмів, ніж інтактна стінка кишки.

## Хірургічна реабілітація хворих з довічною ілеостоєю

О. І. Пойда, В. М. Мельник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

**Вступ.** Довічну ілеостою (за Бруком) в теперішній час формують після виконання колектомії та екстирпації прямої кишки у 17,7–25% пацієнтів, оперованих на товстій кишці. Це призводить до значного зменшення резервуарно–накопичувальної, всмоктувальної функції травного каналу, повної втрати функції тримання і контролю над процесом випорожнення. З метою забезпечення керованості процесу випорожнення тонкої кишки запропоновані ілеостома–резервуар за N. Kock (1969), континентна ілеостома за Pemberton J.H. (1983) та ілеостома–резервуар за Ю. В. Балтайгіс (1984). Конструктивні особливості зазначених ілеостом–резервуарів забезпечують накопичення в них вмісту тонкої кишки, а його евакуація з резервуару стає можливою лише шляхом інтубації через ілеостому.

**Мета роботи.** Покращити результати хірургічної реабілітації пацієнтів з довічною ілеостоєю після колектомії та екстирпації прямої кишки.

**Матеріал та методи.** В клініці розроблений новий метод хірургічної реабілітації пацієнтів з довічною ілеостоєю після колектомії та екстирпації прямої кишки, який полягає у використанні способу формування утримуючої резервуарної ілеостоми. Основними особливостями способу є створення анатомо–функціональної конструкції шляхом формування фіксованих вигинів тонкої кишки і утримуючих клапанів за допомогою серозно–м'язових швів. Створена конструкція забезпечує затримку просування вмісту тонкої кишки, а також упорядкованість частоти та характеру випорожнень, що обумовлює покращення процесів всмоктування, зменшення втрат хімусу протягом доби.

В Колопроктологічному центрі України протягом 2002 – 2016 рр. розроблений спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми було використано у 21 хворих після колектомії і екстирпації прямої кишки. Чоловіків було – 11(52,4%), жінок – 10(47,6%). Вік оперованих пацієнтів становив 21–68 років. Спосіб використано переважно при хірургічному лікуванні дифузних запальних захворювань товстої кишки у 14 (66,7%) хворих.

Функціональні результати розробленої операції досліджували шляхом анкетування, аналізу клінічних даних, рентгенологічного контролю часу просування барію сульфату по тонкій кишці, особливостей його затримки в резервуарній ілеостомі.

**Результати.** Ускладнень, пов'язаних з формуванням утримуючої резервуарної ілеостоми, у жодного оперованого хворого не спостерігали. Спорожнення ілеостоми відбувалося на 3–4 добу післяопераційного періоду переважно рідким хімусом. В подальшому через 1, 6, 12 місяців відмічено збільшення періоду функціонального спокою резервуарної ілеостоми в проміжках між прийомами їжі, згущення і зменшення кількості хімусу, рідше його випорожнення. Через 12 місяців після оперативного втручання у 16(76,2%) хворих спостерігалася стійка компенсація обмінних процесів, без додаткового проведення загальної стимулюючої консервативної терапії. Це було підставою для констатації у них постколектомічного синдрому I ступеню.

**Обговорення.** Зміна з часом характеру, частоти та кількості випорожнень через ілеостому обумовлена зменшенням впливу рефлекторного характеру випорожнення, а також збільшенням часу затримки вмісту в сформованій конструкції. Це вказує на більш інтенсивний перебіг процесів кишкового травлення та всмоктування у цих хворих, що сприяє покращенню їх фізичної та соціально–трудової реабілітації.



## Висновки.

1. Для хірургічної реабілітації хворих з довічною ілеостомою після колектомії та екстирпації прямої кишки доцільно і обґрунтовано формувати утримуючу резервуарну ілестому.

2. Розроблений метод хірургічної реабілітації хворих після колектомії та екстирпації прямої кишки дозволяє досягти сприятливих функціональних результатів лікування, створює умови для покращення медичної, соціально-трудової реабілітації, якості життя оперованих хворих.

## Порівняльна оцінка результатів використання різних методів післяопераційної стимуляції перистальтики кишечника в лікуванні спайкової хвороби

М. І. Покидько, М. Г. Богачук

ВНМУ ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Спайкова хвороба відноситься до невирішених проблем абдомінальної хірургії. В останні десятиліття продовжується ріст кількості хворих з цією патологією. Серед важких післяопераційних ускладнень, які вимагають проведення термінових релапаротомій, рання післяопераційна спайкова непрохідність займає друге місце після перитоніту.

**Об'єкт та методи дослідження.** В клініці запропоновані й використовуються методи профілактики спайкоутворення в ранньому післяопераційному періоді у хворих після операції з приводу спайкової кишкової непрохідності, а також як елемент комплексної терапії часткової кишкової спайкової непрохідності в передопераційному періоді для зняття явищ кишкової непрохідності: епідуральне введення анестетиків; введення препаратів групи простагландинів  $F_{2a}$  та електрофоретичну ентеростимуляцію. Оцінку ефективності використання запропонованих методів у хворих було вивчено за показниками: час відходження газів та самостійне відходження стулу, зміна больового синдрому з підрахунком сумарної кількості та тривалості застосування анагетиків, дані електроентерографії та рентгенконтрастного дослідження. Отримані дані порівнювали в чотирьох групах дослідження: контрольній групі – пацієнти, яким використовувалась традиційна терапія профілактики післяопераційного парезу (35 хворих), та основних – три групи пацієнтів (22, 32 і 11), з використанням запропонованих методів профілактики спайкоутворення.

**Результати та їх обговорення.** Порівняльна характеристика застосування запропонованих методів стимуляції перистальтики кишечника, в основі яких лежить симпатолітичний ефект, дав можливість констатувати, що за основними параметрами моторно-евакуаторної функції кишечника, а саме: відходження газів та самостійний стул, зміна больового синдрому, дані електроентерографії та швидкості проходження контрастної маси по шлунково-кишковому тракту, – ці методи є ефективнішими в порівнянні з традиційними способами стимуляції перистальтики кишечника. За частотою та амплітудою біопотенціалу кишечника в основних групах спостереження достовірних відмінностей немає (частота біопотенціалу: 1 основна –  $3,0 \pm 0,08$ ; 2 основна –  $3,1 \pm 0,13$  3 основна –  $2,8 \pm 0,12$  проти –  $2,6 \pm 0,12$  в контролі ( $>0,05$ ); амплітуда біопотенціалу: 1 основна –  $-0,51 \pm 0,01$  мВ; 2 основна –  $-0,49 \pm 0,14$  мВ; 3 основна –  $-0,48 \pm 0,01$  мВ при контролі  $0,41 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ), проте в порівнянні з контрольною групою різниця цих показників є статистично достовірною

( $p < 0,01$ ), що вказує на суттєві впливи запропонованих методів на корекцію біопотенціалу кишечника. Особливо відмінність показників спостерігається в I основній групі, де використовується методика стимуляції препаратом простагландину. Рентгенологічний контроль швидкості пересування барієвої суміші по шлунково–кишковому тракту при різних методах профілактики парезу кишечника застосовувався в трьох групах дослідження. Дослідження виконувались на 2–4 добу післяопераційного періоду. У хворих основних груп строки проходження барієвої суміші по шлунково–кишковому тракту менші, ніж в контрольній групі. В першій основній групі контрастна маса визначалась в кишечнику через 24 год. у 14 (63,7%) хворих цієї групи, 30–34 год. у 5 (22,7%) пацієнтів. У пацієнтів 2 групи контрастна маса визначалась в кишечнику через 24 год. у 8 (51,5%), через 30–34 год. у 5 (35,1%). У пацієнтів 3 групи контрастна маса визначалась в кишечнику у 22 (78,1%), та через 30–34 год.– у 8 (25,0%) хворих. В контрольній групі пацієнтів ці показники відповідно були у 8 (22,9%) та 16 (45,7%) хворих.

**Висновки.** В основі вродженої або набутої схильності до спайкоутворення лежить підвищений тонус симпатичної іннервації або знижений парасимпатичної (за принципом реципрокності), що призводить до гальмування перистальтики, ішемії тканин та зниження фібринолітичного потенціалу очеревини. За основними параметрами моторно–евакуаторної функції кишечника, запропоновані методи є ефективнішими в порівнянні з традиційними способами стимуляції перистальтики кишечника.

## Вивчення профілю жирних кислот у сироватці крові у хворих на поліпи кишечника

Б. С. Полінкевич, П. Б. Пікас, Т. С. Брюзгіна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Вступ.** Сьогодні у світі відмічається збільшення кількості гастроентерологічних і метаболічних захворювань. Жирні кислоти є біологічно активними молекулами, що беруть участь у формуванні структурних компонентів клітин та в енергетичному гомеостазі.

Під час своєї життєдіяльності мікроорганізми у просвіті товстої кишки продукують коротколанцюгові жирні кислоти (КЖК), притаманні кожному штаму мікроорганізмів. Такі кислоти, як оцтова, пропіонова, бутиратна, валеріанова, є продуктами життєдіяльності анаеробних бактерій. Порівняно з оцтовою й пропіоновою кислотами колоноцити мають більшу спорідненість до бутирату, що використовується ними як енергетичний субстрат (окиснюється до  $\text{CO}_2$  і кетонів тіл). В організмі людини одні жирні кислоти взаємоперетворюються в інші. Тому якісні і кількісні їх зміни можуть свідчити про наявність патологічного процесу та активність цих реакцій.

**Мета** дослідження – оцінити склад жирних кислот у сироватці крові у хворих на поліпи кишечника.

**Матеріал і методи дослідження.** Було обстежено 35 (53,0%) здорових осіб (I група, порівняння) та 31 (47,0%) хворий, у яких виявили 1–2 поліпи кишечника (II група). Дослідження проводили на базі клініки Державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України, де хворі знаходились на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні. За допомогою фіброколоноскопії виявляли поліпи на всіх ділянках товстої кишки, за допомогою фіброгастроудоденоскопії – по-

ліпі шлунка і дванадцятипалої кишки. Під час ендоскопічного дослідження вивчали стан слизової оболонки товстої кишки та проводили забір матеріалу поліпа для біопсії (з метою виключення чи підтвердження його малігнізації) та морфологічної оцінки. У здорових осіб та хворих із поліпами кишечника вивчався склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові (біохімічним методом) на газорідинному хроматографі серії «Цвет – 500». Кількісну оцінку складу жирних кислот ліпідів у сироватці крові проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків їх метилових ефірів та їх частки (у%).

**Результати, їх обговорення.** В осіб II групи зростав вміст поліненасичених жирних кислот (ПН ЖК) до  $(41,8 \pm 1,8)\%$  ( $p < 0,001$ ) при  $(18,8 \pm 1,8)\%$  у здорових осіб (I група), в результаті збільшення рівня лінолевої ( $C_{18:2}$ ) та арахідонової ( $C_{20:4}$ ) ЖК. Рівень лінолевої ЖК ( $C_{18:2}$ ) зростав до  $(25,1 \pm 1,5)\%$  у пацієнтів II групи ( $p < 0,001$ ) при  $(16,0 \pm 1,4)\%$  у групі порівняння (I група). Рівень арахідонової ЖК ( $C_{20:4}$ ) зростав до  $(14,5 \pm 1,0)\%$  у II групі ( $p < 0,001$ ) при  $(2,8 \pm 0,3)\%$  у здорових осіб.

Сумарний вміст насичених жирних кислот достовірно знижувався в осіб II групи до  $(41,0 \pm 1,6)\%$  ( $p < 0,001$ ) при  $(57,0 \pm 2,0)\%$  у здорових осіб. У сироватці крові у хворих із поліпами кишечника з'являлись міристинова ( $C_{14:0}$ ) та маргаринова ( $C_{17:0}$ ) ЖК ( $p < 0,001$ ), які відсутні в групі порівняння (I). В осіб II групи кількість міристинової ЖК ( $C_{14:0}$ ) склала  $(13,1 \pm 1,0)\%$ , а маргаринової ЖК ( $C_{17:0}$ ) –  $(0,9 \pm 0,1)\%$ . В осіб II групи у сироватці крові достовірно знижувалась кількість пальмітинової ( $C_{16:0}$ ) та стеаринової ( $C_{18:0}$ ) ЖК: відповідно до  $(21,4 \pm 1,0)\%$  і  $(4,0 \pm 0,4)\%$  ( $p < 0,001$ ) порівняно із I групою, де рівень пальмітинової ЖК становив  $(41,9 \pm 0,9)\%$ , а стеаринової –  $(15,1 \pm 1,3)\%$ .

**Висновки.** У хворих із поліпами кишечника зростає у сироватці крові сумарний вміст ненасичених жирних кислот (в тому числі поліненасичених) та знижується сумарний вміст насичених жирних кислот порівняно із здоровими особами, що свідчить про необхідність проведення їх корекції при лікуванні даних пацієнтів.

Вивчення складу жирних кислот у сироватці крові є важливим діагностичним методом, що надасть можливість покращення лікування хворих із поліпами кишечника та раннього виявлення системних ліпідних розладів і хвороб, пов'язаних із ними.

## Особенности мультидисциплинарного подхода в хирургическом лечении острого парапроктита у больных с сахарным диабетом

Н. Д. Постоленко, К. Н. Милица, В. С. Бирюков, К. В. Смирнов,  
И. Н. Ангеловский

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

**Введение.** Острый парапроктит (ОП) является самым распространенным заболеванием в неотложной проктологии. Пациенты с ОП составляют 5% среди страдающих заболеваниями толстой кишки, а в группе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП приближается к 45%. Авторы, занимавшиеся лечением хирургической патологии на фоне сахарного диабета (СД), обращают внимание на тяжелые острые гнойно-воспалительные процессы кожи и подкожной клетчатки, протекающие с быстро наступающим объемным некрозом тканей, вплоть до сепсиса.

**Цель исследования** – проанализировать особенности хирургического лечения острого парапроктита у больных с СД, в условиях специализированной проктологической клиники.

**Матеріали и методи.** Проведен анализ результатов лечения ОП у 1490 пациентов за последние 7 лет. У 82 (5,6%) пациентов процесс протекал на фоне СД. По половому признаку преобладали мужчины – 63,1%.

**Результаты и обсуждение.** Сочетание острого парапроктита на фоне СД отличается взаимоотношающим действием, обуславливая необходимость междисциплинарного подхода с участием в лечебном процессе проктолога, эндокринолога и интенсивиста.

В предоперационном периоде проводили комплекс обследований включающий общий анализы крови и мочи, электролиты, коагулограмму, глюкозу крови в динамике, с дополнительным расчетом индекса НОМА–IR.

Задачей анестезиолога являлось нормализация углеводного обмена, ликвидация кетоацидоза, восстановление водно–электролитного баланса, улучшение функции сердечно–сосудистой системы, печени и почек. После уточнения уровня глюкозы в крови необходимо начинать инсулинотерапию.

Дифференцированный подход к операциям основывали на локализации гнойника и основного гнойного хода, его отношении к элементам анального сфинктера и характере рубцового процесса в зоне внутреннего отверстия.

В 53% случаев удалось ликвидировать входные ворота инфекции. Применялась криптэктомия с пластикой кожно–слизисто–подслизистого слоя (24,5% наблюдений) или с боковым перемещением слизисто–подслизистого лоскута прямой кишки (25,8% наблюдений). В 49,7% было выполнено подслизистое пересечение гнойного хода с восстановлением целостности сфинктера.

При наличии рубцовых изменений в анальном канале или отсутствии внутреннего отверстия, лечение проходило в два этапа – после вскрытия и дренирования гнойника в плановом порядке осуществляли закрытие внутреннего отверстия.

При сложных анаэробных формах парапроктита неотложная операция единственный способ прерывания септического процесса. Вмешательство предусматривает вскрытие и дренирование гнойного очага и затеков. К срокам ликвидация внутреннего отверстия подходили индивидуально.

Летальность составила 9% (8 больных).

**Выводы.** Междисциплинарный подход в лечебном процессе с дифференцированным выбором неотложных операций при ОП на фоне СД, позволяет достоверно улучшить результаты хирургического лечения.

Критерии выбора способа операции основаны на локализации гнойника и основного гнойного хода, его отношении к элементам наружного анального сфинктера и характера рубцового процесса в зоне внутреннего отверстия. В сложных случаях хирургическое лечение должно быть двухэтапным и органосохраняющим.

## Комплексний підхід до місцевого лікування ран анального каналу у хворих на гострий парапроктит

**М. Б. Прокопович**

Тернопільська університетська лікарня,  
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ:** лікування післяопераційних ран анального каналу є доволі важким. Це пояснюється анатомічними особливостями вказаної ділянки та складністю введення лікарських

середників в післяопераційному періоді. Ефективність сорбентів в місцевому лікуванні ран анального каналу є клінічно доведеним фактом. Застосування їх в комплексі з препаратами які підвищують місцевий імунітет вивчене недостатньо.

**Мета роботи:** покращити результати лікування хворих на гострий парапроктит.

**Результати дослідження та їх обговорення:** проведено аналіз комплексного лікування ран анального каналу у 60 хворих на гострий парапроктит, в тому числі у 4х випадках при хворобі Крона. В післяопераційному періоді проводились перевязки з застосування сорбуючого матеріалу СКН та додатково вводились в анальний канал свічки «Постеризан-форте».

Проводилась оцінка динаміки больового синдрому, температури загальної та ректальної, зменшення набряку, гіперемії, динаміка цитологічної і бактеріологічної картини.

Відмічено перевагу комплексного місцевого лікування над загальноприйнятими методиками та над окремим застосуванням вказаних середників у всіх випадках.

Висновки: отримані результати дають можливість рекомендувати включити свічки «Постеризан форте» в комплексі з сорбентом СКН в алгоритм ведення післяопераційних ран у хворих на гострий парапроктит, в тому числі при хворобі Крона.

## Результати трансанальних мініінвазивних втручань (TAMIS) при доброякісних новоутвореннях прямої кишки

С. І. Саволюк, В. М. Лисенко, М. Ю. Крестянов, А. Ю. Глаголева,  
А. Р. Дембіцький, Д. С. Завертиленко

Кафедра хірургії та судинної хірургії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

**Вступ.** Трансанальні мініінвазивні хірургічні втручання (TAMIS) при доброякісних та ряду злоякісних новоутворень прямої кишки поступово витісняють трансанальні ендоскопічні техніки (ТЕМ), оскільки завдяки використанню м'якої платформи та зручних інструментів (лапароскопічних) ризик пошкодження анального сфінктера зменшується, забезпечується краща експозиція та оптичне збільшення і є можливість циркулярного висічення без зміни позиції пацієнта через всі шари стінки кишки.

**Мета.** Дослідження результатів застосування TAMIS у ретельно відібраних пацієнтів із новоутвореннями на різних ділянках прямої кишки.

**Матеріали і методи.** Протягом 2015–2018 рр. у 18 ретельно обстежених пацієнтів (13 чоловіків, 5 жінок) з середнім віком  $65,1 \pm 3,74$  років було виконано TAMIS з платформою SILS Port (Covidien, Mansfield, Massachusetts, USA), які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 м. Київ). Усім пацієнтам вдалося провести резекцію через всю глибину стінки прямої кишки до мезоректуму. Періопераційна курація всіх пацієнтів здійснювалася в межах сучасного протоколу Fast Track Surgery (хірургія швидкого відновлення). Реконструкція дефекту стінки прямої кишки (відновлення цілісності слизової оболонки) та гемостаз по ходу оперативного втручання здійснювався шляхом застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин, що дозволяє змінити технологічну послідовність стандартної техніки виконання процедури, зменшити її тривалість та вартість через виключення необхідності використання гемостатичної губки, шовного матеріалу для відновлення стінки прямої кишки та додаткового обладнання.

**Результати:** Середня відстань від краю анусу, на якій знаходилась пухлина, склала  $9,5 \pm 1,2$  см. У 14 пацієнтів була виявлена велика ворсинчаста аденома, у 2 – гастроінтестинальна стромальна пухлина, у 2 – НЕП. Середній діаметр пухлин склав  $2,4 \pm 1,7$  см. Конверсій до стандартної трансанальної методики за Парксом не було у жодному з випадків. Тривалість втручання в середньому становила  $81 \pm 5,8$  хв. Середній термін перебування в стаціонарі склав 3 дні. Загальний рівень ускладнень становив 13,3%, включаючи 1 випадок інфекції сечовивідної системи та 1 випадок тромбозу геморoidального сплетення. У всіх випадках відмічалась R0–резекція. Через 6 міс. у обстежених прооперованих пацієнтів випадків місцевого рецидиву не спостерігалось.

**Висновки:** оптимізована техніка виконання TAMIS в поєднанні з технологією електрозварювання живих біологічних тканин, що є додатковим фактором при імплементації протоколу хірургії швидкого відновлення (Fast Track Surgery), є безпечною та ефективною технікою для лікування доброякісних та ряду злоякісних новоутворень прямої кишки, яка забезпечує задовільні функціональні та онкологічні результати.

## Непосредственные результаты проведения хирургической реабилитации больных с наружными толстокишечными свищами

**В. В. Ставицкий**

**Знаменская центральная районная больница, г. Знаменка, Кировоградской области**

В хирургическом отделении Знаменской центральной районной больницы реконструктивно–восстановительные (РВО) и восстановительные (ВО) операции выполнены у 132 больных с наружных толстокишечными свищами (НТКС). Средний возраст больных составил 49,2 лет и колебался от 22 до 87 лет. Мужчин было 69 (52,3%), женщин – 63. Всего выполнено 143 операции. Сроки проведения повторных операций колебались от 3 недель до 14 месяцев и в среднем составили 82,4 дня. У 88 (66,7%) больных выполнено 152 симультанных операций (СО). Все больные оперированы в плановом порядке.

Оптимальный срок проведения и объем хирургической реабилитации у больных с НТКС определялись строго индивидуально с учетом тяжести и характера заболевания или травмы, приведших к наложению стомы, общего состояния пациента, течения послеоперационного периода и характера местных рубцово–воспалительных процессов передней брюшной стенки и брюшной полости.

Восстановление непрерывности кишечника и закрытие НТКС проводили как внутрибрюшинным, так и внебрюшинным способами. РВО с закрытием одноствольных колостом у всех больных выполняли внутрибрюшинным способом. Межкишечные анастомозы у 96 больных выполнены инвагинационным способом В.Г.Бондаря и у 3, с короткой культей прямой кишки, наложены циркулярным шивающим аппаратом. Закрытие двухствольных трансверзостом у 19 больных выполнено внебрюшинно и у 10 внутрибрюшинно с резекцией участка поперечно–ободочной кишки со стомой и наложением инвагинационной трансверзотрансверзостомии. Двухствольные сигмостомы закрывали внебрюшинно (4), цекостомы, как внебрюшинно (3), так и внутрибрюшинно с одномоментной пластикой брюшной стенки (8).

Чаще всего при проведении СО в качестве симультанного этапа выполнялись протезирующая пластика передней брюшной стенки (102), в том числе при сочетании

лапаротомной и параколостомической послеоперационных вентральных грыж (ПВГ), холецистэктомия (12), аппендэктомия (6), удаление кист яичника (4), фенестрации кист печени (4). Из объемных этапов также выполнялись резекция тонкой кишки по поводу рака (1), надвлагалищная ампутация матки с придатками (2), сегментарная резекция печени с метастазом (2), удаление рецидивной забрюшинной липосаркомы (1).

После проведения РВО и ВО по поводу НТКС летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 29 (22,0%) больных, в том числе застойная нижнедолевая пневмония у 2 (1,5%), ТЭЛА – у 1 (0,8%), острый инфаркт миокарда – у 1 (0,8%), серома операционной раны – у 8 (6,1%) и нагноение – у 12 (9,1%). При внебрюшинном закрытии двустольных колостом частичная несостоятельность кишечных швов возникла у 3 (11,1%) больных с формированием в дальнейшем трубчатых кишечных свищей, закрывшихся самостоятельно по мере заживления операционных ран в течение 3–4 недель.

Внутрибрюшные осложнения возникли у 2 (1,5%) больных. Частичная несостоятельность швов колоректального анастомоза возникла у 1 (0,9%) больного после наложения аппаратной Y-образной десцендоректостомии в сочетании с протезирующей пластикой ПВГ, что потребовало проведения у него в ближайшем послеоперационном периоде релапаротомии, удаления аллотрансплантата, наложения проксимальной двустольной трансверзостомы и проведения программированных санационных релапаротомий. Дальнейший послеоперационный период у данного больного осложнился нагноением лапаротомной раны. Также, у 1 (1,4%) больного, после наложения трансверзосигмоанастомоза возник пролежень и перфорация сигмовидной ободочной кишки интубационной трубкой ниже уровня анастомоза. Ликвидация данного осложнения потребовало проведения релапаротомии и наложения проксимальной двустольной трансверзостомы. Наружный трубчатый толстокишечный свищ закрылся самостоятельно в течение 4 недель.

## Шляхи уникнення інтраопераційних ускладнень при латеральній екстрамезоректальній лімфодисекції

А. І. Суходоля, В. В. Керничний, О. О. Сич, В. В. Балицький, І. О. Козак

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
Хмельницька обласна лікарня

**Вступ.** Однією із зон регіонарного метастазування низького раку прямої кишки (ПК) є латеральне метастазування вздовж а. rectalis media в середні прямокишкові, затульні, внутрішні клубові та загальні клубові групи лімфатичних вузлів. Найбільш небезпечними ускладненнями під час виконання латеральної екстрамезоректальної лімфодисекції є кровотеча. Лише при виконанні етапу латеральної лімфодисекції відкритим методом об'єм крововтрати може сягати 250 – 900 мл [Fujita T., 2012; Nakamura T., 2013; Ishimoto T., 2013]. Причиною труднощів в інтраопераційному гемостазі при виконанні лімфодисекції є анатомічна особливість кровопостачання в зонах екстрамезоректального метастазування. При цьому оптимальна техніка виконання латеральної лімфодисекції не визначена.

**Мета.** Покращити результати хірургічного лікування низького раку ПК з метастазами в латеральні лімфатичні вузли шляхом доопераційного вивчення індивідуальних варіантів розвитку судинної анатомії зон екстрамезоректального метастазування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 12 хворих із IIIA–C стадією раку ПК середньо– та нижньоампулярної локалізації, яким (по завершенні основного етапу операції: наднизької передньої резекції ПК, протектомії, екстирпації ПК, мезоректумектомії) було виконано латеральну екстрамезоректальну лімфодисекцію. Чоловіки n=6, жінки n=6. Вік  $66\pm 7,9$  років. Комплекс доопераційних діагностичних та лікувальних заходів відповідав уніфікованим клінічним протоколам медичної допомоги «Колоректальний рак». Пацієнти були розділені на 2 групи. Група I (n=8), пацієнти яким доопераційні діагностично–лікувальні маніпуляції проводились згідно уніфікованого клінічного протоколу. Група II (n=4), пацієнти, яким в доопераційному окрім обстежень які передбачені уніфікованими протоколами виконувалась трансфеморальна селективна ангіографія судин тазу (ТСАСТ) з детальним індивідуальним вивченням судинної анатомії зон екстрамезоректального метастазування. Кровотрата у кожного пацієнта визначався за об'ємом крові в контейнері аспіратора по завершенні етапу операції.

**Результати та їх обговорення.** Об'єм кровотрати у пацієнтів II–ї групи, яким в доопераційному періоді виконувалась ТСАСТ становив  $417,5\pm 99,1$  мл. У пацієнтів I–ї групи об'єм кровотрати при виконанні екстрамезоректальної лімфодисекції склав  $995\pm 341$  мл. Різниця в об'ємі кровотрати між двома групами склала 578 мл. Характер кровотечі у загальній кількості пацієнтів (n=12) був з локальними з перевагою артеріальної. В групі II при попередньому індивідуальному вивченні ангіоархітектоніки за даними ТСАСТ гемостаз в зоні латеральної екстрамезоректальної лімфодисекції забезпечувався шляхом селективного лігування артерій, або їх візуалізації, збереженні і тимчасовому відведенні від зони лімфодисекції. Найбільші труднощі виникали із візуалізацією артерій які відходили від truncus anterior a.iliaca interna. Профузна кровотеча виникла у 2 пацієнтів (1300 і 1550 мл) із групи–I, яким не проводилась ТСАСТ. Одному із вказаних пацієнтів гемостаз вдалося забезпечити шляхом тугого тампонування малого тазу. Іншій пацієнтці довелось прошивати праву екстрамезоректальну клітковину «ad mass», в якій в післяопераційному періоді виник напружений набряк правої нижньої кінцівки (НК) – клініка гострого тромбозу клубової вени справа. Антикоагулянтна і антитромботична терапія в післяопераційному періоді дали незначний позитивний ефект. Пацієнтка виписана з набряком правої НК та рекомендаціями пролонгації антикоагулянтної терапії.

**Висновок.** Доопераційне індивідуальне вивчення варіантів розвитку судинної анатомії зон екстрамезоректального метастазування дозволяє значно зменшити інтраопераційну кровотрату при виконанні латеральної лімфодисекції в хірургічному лікуванні низького раку прямої кишки.

## Реконструктивно–відновлювальні операції при раку товстої кишки, ускладненому непрохідністю

Т. І. Тамм, Б. М. Даценко, О. А. Шакалова, О. Б. Даценко, Р. А. Хмизов,  
В. В. Непомнящий

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вступ.** Рак товстої кишки ускладнений непрохідністю кишечника, ліквідувати яку консервативно не вдається навіть у хворих з важкою супутньою патологією на тлі прогресуючого ендотоксикозу, є показанням для виконання операції Гартмана або накладення розвантажувальної колостоми. Хворі, які прооперовані радикально потребують



в подальшому відновної операції, так як ліквідація колостоми забезпечує соціальну і трудову реабілітацію та поліпшення якості життя цих пацієнтів. Хворим з розвантажувальними колостоми повторна операція необхідна для видалення пухлини, ліквідації свища і одночасним відновленням безперервності товстої кишки.

**Матеріали.** За період з 2012 по 2017 р.р. в клініку надійшло 428 хворих на рак товстої кишки, ускладненим непрохідністю кишечника. З них 263 (81,4%) пацієнтам непрохідність ліквідована консервативно і вони були оперовані в плановому порядку. Радикальні операції виконані у 233 (73,8%) хворих оперованих в плановому порядку. З них у 216 (92,7%) операція завершена формуванням прямого анастомозу, а у 17 (7,3%) виконана операція Гартмана. З 216 пацієнтів у 69 (32%) була виконана лапароскопічна резекція ободової кишки з пухлиною. Паліативні операції у вигляді обхідного анастомозу зроблені у 27 (10%) і пробна лапаротомія у 14 (5%) хворих.

В ургентному порядку на висоті кишкової непрохідності, яку не вдалося ліквідувати консервативно прооперовано 164 хворих. Радикальні втручання виконані 88 (54%) хворих, з яких у 71 (80,7%) виконано операція Гартмана і у 17 (19,3%) втручання завершені прямим анастомозом. Паліативні операції у вигляді виведення колостоми зроблені 76 (46%) хворим, з яких у 33 видалення пухлини не було виконано через місцеве поширення процесу. У 43 пацієнтів через тяжкість стану, обумовленого раковою хворобою і непрохідністю кишечника, операція закінчена виведенням колостоми.

Відновлення безперервності кишечника після резекції товстої кишки з пухлиною виконано 121 хворому; з них 17 після планових операцій і 114 – після ургентних (71 хворому після операції Гартмана і 43 після колостоми з не віддаленою пухлиною).

Після операції Гартмана (88 спостережень) відновлювальні втручання проведені в різні терміни: через 2–3 місяці 58 хворим, через 6–8 місяців 14 і 17 пацієнтів відмовилися від повторної операції.

Відновлювальні операції у 43 хворих з невидленою пухлиною при першому втручанні проведені в терміни від 1 до 2 місяців у 26 і від 2 до 3 місяців 9 хворим; 8 хворих відмовилися від повторної операції.

**Результати.** Принципово важливим для успіху реконструктивно-відновлювальних операцій на товстій кишці вважали якість її передопераційної підготовки за допомогою перорального прийому розчину поліетиленоксиду, в поєднанні з підготовкою відвідного сегмента товстої кишки, в залежності від вираженості запального процесу в ній.

Вибір методу відновної операції визначається в основному локалізацією видаленого сегмента кишки з пухлиною. Лише після резекції сигмовідної кишки (19 спостережень) вдавалося сформувати анастомоз без мобілізації низхідної ободової кишки. Після резекції поперечно-ободової кишки (9 випадків) виробляли мобілізацію її кутів з наступним формуванням анастомозу. У всіх інших випадках (60 спостережень) умовою формування анастомозу без натягу була широка мобілізація верхніх відділів ободової кишки для їх зведення з метою формування колоректального анастомозу. Ручний шов використаний в 41 спостережень, апаратний – в 47 випадках.

Післяопераційні ускладнення розвинулися у 14 хворих, в тому числі в 3 випадках перитоніт при неспроможності анастомозу; помер 1 хворий.

Резекція товстої кишки з пухлиною і ліквідація колостоми виконані 43 хворим з використанням аналогічних методик формування анастомозу. У 7 хворих були поодинокі метастази в печінку: 5 хворим виконана крайова резекція печінки з метастазом. Післяопераційні ускладнення мали місце у 11 хворих, в тому числі неспроможність анастомозу у 2. Летальних випадків не було.

Наведені матеріали свідчать, що основним методом лікування хворих на рак товстої кишки, ускладненим гострою непрохідністю кишечника, слід вважати операції по типу Гартмана з наступним відновленням безперервності товстої кишки в перші 2–3 місяці після оперативного втручання. Паліативні втручання, типу виведення стоми над пухлиною, слід розглядати як вимушений захід, пов'язаної з тяжкістю стану таких хворих. У цих випадках необхідно прагнути виконати ранні (в перші 2 місяці) відновлювальні операції, враховуючи можливість активації росту і метастазування пухлини після першого втручання.

## Ентеральна недостатність у хворих з синдромом короткої кишки

О. Ю. Усенко, В. В. Кучерук, А. С. Лаврик, А. А. Пустовіт,  
Б. М. Кондратенко, Г. Ю. Савенко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** Кишкова недостатність (intestinal failure) – це зниження функції кишки нижче мінімально необхідної для абсорбції макронутрієнтів та/або води і електролітів, що вимагає внутрішньовенних добавок для підтримки здоров'я та/або росту.

Зниження кишкової абсорбтивної функції, що не вимагає внутрішньовенних добавок для підтримки здоров'я та/або росту, може бути розглянуто як «intestinal insufficiency» (або «intestinal deficiency» для тих мов, де «insufficiency» і «failure» мають той же сенс) (ESPEN, 2015).

**Об'єкт і методи дослідження.** З 2006 по 2018 р. у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України знаходилося на лікуванні 11 хворих з синдромом короткої кишки. Чоловіків було 4, жінок – 7. Вік пацієнтів від 13 до 64 років. Мінімальна довжина залишеної тонкої кишки в хворого – 10 см, максимальна – 190 см.

У 8 пацієнтів причиною об'ємної резекції тонкої кишки була гостра спайкова непрохідність тонкої кишки з некрозом останньої, у 3 пацієнтів причиною об'ємної резекції тонкої та правої половини ободової кишки була патологія верхньої мезентеріальної артерії з некрозом вказаних ділянок кишківника.

У всіх пацієнтів на початок лікування була хронічна кишкова недостатність від А1 до С2.

Підтип хронічної кишкової недостатності визначали на підставі потреб в енергії та об'єму внутрішньовенних введеннь рідини. Літерами А, В, С, D позначали щоденні потреби в додатковій енергії: 0, 1–10, 11–20, більше 20 ккал/кг маси тіла відповідно. Цифрами 0, 1, 2, 3 позначали щоденні потреби в внутрішньовенних введеннях рідини: менше 1000, 1001–2000, 2001–3000, більше 3000 мл відповідно. Підтипи формулювали комбінацією літер і цифр (ESPEN, 2015).

Результати та їх обговорення. Усім пацієнтам проведено хірургічне лікування: реконструкція єюноасцендоанастомозу, комплексне консервативне лікування з застосуванням гормону росту – в 1 пацієнтки; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно–ободової кишки, єюноілеостомія – у 4 пацієнтів; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно–ободової кишки, єюноцекастомія – в 1 пацієнта; деєюноностомія, послідовна поперечна ентероластика, єюнотрансверзостомія – у 2 пацієнтів; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно–ободової кишки, послідовна поперечна ентероластика, єюноцекастомія – в 1 пацієнтки; закриття двохствольної ілеостоми – в 1 пацієнта; лапаротомія, вісцероліз, ревізія – в 1 пацієнта.

У 5 пацієнтів після оперативного лікування залишилась хронічна кишкова недостатність. У 4 з них рівень залежності від парентеральної нутритивної підтримки знизився.

Для проведення парентеральної підтримки цим 5 пацієнтам була імплантована порт-система для венозного доступу. Кожен з них отримує парентеральну нутритивну підтримку за індивідуальною програмою. Стан пацієнтів стабільний.

**Висновки.** Хірургічне лікування хворих з синдромом короткої кишки дозволяє вивільнити більше половини з них від парентеральної нутритивної підтримки, в інших – знизити рівень залежності від парентеральної нутритивної підтримки. Для проведення парентеральної підтримки доцільною є імплантація пацієнтам порт-системи для венозного доступу. Для кожного пацієнта потрібно розробляти індивідуальну програму лікування з розрахунком парентеральної нутритивної підтримки.

## Аналіз досвіду використання лапароскопічного доступу в хірургії товстої кишки

**О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, Я. Ю. Войтів, Р. І. Виноградов**

**Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України,  
Кафедра хірургії та трансплантології  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ**

Проаналізовано досвід застосування лапароскопічних втручань у 58 пацієнтів з злоякісними новоутвореннями товстої кишки, дивертикульозом сигмоподібної кишки, неспецифічним виразковим колітом. Відображено особливості виконання лапароскопічних колектомій в залежності від виду локалізації процесу. Наведено аналіз причин конверсій і виникнення післяопераційних ускладнень. Показано, що використання лапароскопічних технологій в колоректальній хірургії забезпечує виконання адекватної за обсягом лімфодисекції при хірургічних втручаннях.

Лапароскопічний доступ при виконанні колектомії застосований у 58 пацієнтів, що лікувались у відділі хірургії шлунково-кишкового тракту. ДУ «НІХТ ім. О.О. Шалімова» впродовж 2015–2017 рр. Чоловіків було 27 (26,2%), жінок – 31 (53,8%). Середній вік склав  $51 \pm 7,4$  року.

Більшість пацієнтів – 48 (90,2%) оперовані з приводу злоякісних новоутворень різних відділів товстої кишки (аденокарцинома товстої кишки G2,3). У 6 (7,7%) спостереженнях лапароскопічні втручання виконані у пацієнтів з дивертикулярною хворобою товстої кишки. Сегментарне ураження товстої кишки при неспецифічному виразковому коліті (НВК), резистентному до гормональної терапії, стало показанням до оперативного лікування у 4 (3,85%) пацієнтів.

У групі пацієнтів з колоректальним раком локалізація пухлини у правих відділах спостерігалась у 11 (22,9%) пацієнтів, у лівих – у 27 (56,3%), в прямій кишці – у 10 (20,8%).

При аденокарциномі сигмовидної кишки виконували лівобічну лапароскопічну геміколектомію (27 втручань). Операцію закінчували десцендоректоанастомозом «кінець-в-кінець», в 4 (17%) випадках – накладенням превентивної ілеостоми, в зв'язку з наявністю обтураційної товстокишкової непрохідності. Як правило, використовували 4 порти (2 – 10 мм, 1 – 12 мм і 1 – 5 мм). Проводилось високе кліпування та пересічення нижніх брижових судин та аорто-клубова лімфодисекція. В стандартному обсязі лімфодисекцію проводили з видаленням та дослідженням не менш як 12 епі-, пара- та

мезоколічних лімфовузлів (максимально – 21). Середня тривалість лапароскопічного етапу –  $125 \pm 22$  хв. Через поперечний розріз (Pfannenstiel) довжиною до 5 см видалявся препарат пухлини з мобілізованим сегментом кишки та проводилась фіксація головки циркулярного апарату (діаметром 28–31 мм) в проксимальному відділі кишки кисетним швом. Рану захищали використовуючи SurgiSleeve Wound Protector (Covidien) Medium (5–9 см). Далі накладали апаратний циркулярний степлерний десцендоректоанастомоз «кінець–в–кінець».

При локалізації пухлини в нижньо– та середньоампулярних відділах прямої кишки після неoad'ювантної хіміопроменевої терапії в 10 випадках виконувалась лапароскопічна передня резекція прямої кишки. Після високого кліпування і пересікання лімфоваскулярної ніжки проводили мобілізацію прямої кишки з парціальною мезоректумектомією з дотриманням принципів «футлярності» (за Heald). Препарат видаляли в єдиному фасціальній–футлярному блоці, з подальшим накладенням апаратного десцендоректоанастомозу. Середня кількість видалених лімфовузлів – 11–12. В 3–х випадках при виконанні низької передньої резекції накладалась превентивна ілеостома.

При виконанні лапароскопічної правосторонньої геміколектомії (11 випадків) використовували 4 або 5 портів (1 – 12 мм, 2–3 – 10 мм і 1 – 5 мм). Проводили мобілізацію правого відділу ободової кишки з кліпуванням та пересіченням лімфоваскулярних ніжок та видалення епі–, пара– та мезоколічних лімфовузлів (в кількості 12–20) вздовж клубово–ободової і правої ободової, правої гілки середньої ободової артерії, що відповідає стандарту лімфодисекції у об'ємі D2. Накладення екстракорпарального ілеотрансверзоанастомозу проводили через мінілапаротомний параректальний розріз справа (до 7 см). Рану захищали з використовуючи SurgiSleeve Wound Protector (Covidien) Medium, Large. З 2017 року накладали ілеотрансверзоанастомоз інтракорпорально (4 випадки), для формування задньої губи анастомозу використовували лінійні апарати EndoGia Universal, передню губу формували вручну з використанням шовного матеріалу V–Lock (Covidien). Середня тривалість лапароскопічного етапу склала  $125 \pm 25$  хвилин, відкритого етапу –  $56 \pm 14$  хвилин.

Конверсія виконана в 8 (14%) випадках. Проведення конверсії пов'язана з технічними труднощами, зумовленими: проростанням пухлини в навколишні органи і тканини (5), вираженим післяпроменевим параколітом та парапроктитом (2) і балоноподібним розширенням ободової кишки в зв'язку з хронічною obtураційною товстокишковою непрохідністю (1).

Післяопераційний період при лапароскопічних втручаннях протікав легше, ніж після аналогічних відкритих. На першу добу хворим дозволяли вставати. Відновлення кишкової перистальтики відбувалось на другу добу після операції. Наркотичні анальгетики в післяопераційний період не призначалися. Застосування ненаркотичних анальгетиків обмежувалося в середньому  $4 \pm 1,5$  дні. Середній післяопераційний ліжко–день для радикальних втручань з приводу колоректального раку склав  $9,6 \pm 2,0$ . Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих (3,4%). В одному випадку сформувався абсцес очеревинної порожнини, який був дренований під УЗ контролем, в іншому реактивний лівобічний плеврит. Летальних випадків після застосування лапароскопічних втручань не було.

Таким чином, використання лапароскопічних технологій в колоректальній хірургії дозволяє виконувати повноцінну ревізію органів черевної порожнини, проводити адекватну за обсягом лімфодисекцію, сприяє ранньому відновленню кишкової перистальтики, ранній активізації хворих та зменшує післяопераційний ліжко–день.

# 4

## ГЕПАТОБІЛІАРНА ХІРУРГІЯ



## Органозберігаючі лапароендоскопічні операції на жовчному міхурі

О. М. Бабій, Б. Ф. Шевченко, І. С. Коненко

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро, Україна

**Вступ.** В останні роки хірургія патології жовчного міхура (ЖМ), а саме, жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) і поліпоза, знову спостерігається в центрі уваги вчених. До теперішнього часу пацієнтам з ЖКХ і поліпами ЖМ виконується лапароскопічна холецистектомія, застосування якої до сих пір є "золотим стандартом" в лікуванні даної патології. З поглибленням понять розвитку ЖКХ, з ростом популярності лапароскопії та ендоскопії, удосконаленням мініінвазивної хірургії, набувають актуальності лапароендоскопічні операції на ЖМ.

**Мета:** вивчити ефективність органозберігаючих лапароендоскопічних операцій на ЖМ.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 98 хворих з патологією ЖМ, а саме – ЖКХ у 90 випадках, сполучення ЖКХ з поліпами ЖМ – у 8 випадках, які були оперовані у відділенні хірургії органів травлення. Чоловіків було 17 (17,3%), жінок – 81 (82,6%). Вік хворих складав від 21 до 74 років, у середньому ( $34,2 \pm 5,1$ ) роки. Критерій відбору включав пацієнтів з діагностованим неускладненим симптомним і безсимптомним холецистолітазом (за класифікацією ЖКХ від 2003 року – стадія 2 – сформовані конкременти в порожнині ЖМ). Основний критерій відбору – сонографічний, з визначенням розташування, розмірів, об'єму, акустичної структури, ехогенності вмісту, перегинів та перетяжок, ознак активного запалення та перипроцесу, моторно–евакуаторної функції ЖМ. Увагу приділяли визначенню причинно–наслідкового фактору розвитку холецистолітазу.

При лапароскопічній ендоскопічно асистованій операції застосовували метод встановлення трьох троакарів. Розтин стінки ЖМ під час лапароскопії здійснювали в ділянці дна, проводили забір жовчі і промивання порожнини ЖМ. Для ревізії порожнини ЖМ використовували гнучкий ендоскоп діаметром 5 мм. Літекстракцію виконували за допомогою корзинки Дорміа, при конкрементах діаметром ( $30,0 \pm 3,1$ ) см додатково застосовували затискач Беккокка. Для поліпектомії використовували ендопетлю, біопсійні щипці, коагуляційний електрод. Цілістність стінки ЖМ відновлювали безперервним швом абсорбуючим матеріалом. У післяопераційному періоді застосовували реабілітаційну програму, спрямовану на запобігання рецидиву холецистолітазу.

**Результати та їх обговорення.** Кількість видалених, під час холецистолітотомії, конкрементів складала від 1 до 5. Їх розмір дорівнював від 9 до 33 ( $18,7 \pm 3,5$ ) мм у діаметрі. У 16 випадках після літекстракції при ендоскопічній ревізії порожнини ЖМ діагностовано дрібні конкременти в складках слизової оболонки, які видалені додатковим промиванням. У 8 випадках, окрім літекстракції, видалено поліпи слизової оболонки ЖМ, розміром 3–6 мм. Хірургічне втручання складало 55–120 ( $85,36 \pm 20,03$ ) хв. Рецидив холецистолітазу в строки від 8 міс до 7 років діагностовано у 5 (6,3%) з 79 обстежених пацієнтів.

### Висновки:

1. Органозберігаючі лапароендоскопічні операції є оптимальним методом лікування неускладненого холецистолітазу та поліпозу ЖМ.
2. Ендоскопічна ревізія порожнини ЖМ дозволяє виконувати видалення конкрементів, не діагностованих за даними сонографії.

## Оцінка ефективності способу дренивання гепатикоєюноанастомозів

О. В. Білокий

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

**Вступ.** Втручання на позапечінкових жовчних шляхах залишаються серед найскладніших операцій у абдомінальній хірургії, не дивлячись на широке впровадження сучасних малоінвазивних методів втручань. Одним з найбільш складних і дискусійних питань при цьому є профілактика різних післяопераційних ускладнень, що виникають після накладання білідигестивних анастомозів, в першу чергу, після використання гепатикоєюностомій. Одним з основних засобів профілактики таких ускладнень є дренивання анастомозу.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність розробленого способу дренивання гепатикоєюноанастомозів.

**Об'єкт і методи досліджень.** Експериментальні дослідження проведені на 9 інбредних кролях. Тваринам під загальним внутрішньовенним знеболенням виконували серединну лапаротомію. Пересікали супрадуоденальну частину холедоха. Куксу відповідної ділянки перев'язували. Куксу привідної ділянки анастомозували в бік початкової частини тонкої кишки. В клінічних умовах метод використаний у 4-х пацієнтів. У двох з них було субопераційне пошкодження спільної печінкової протоки типу I-II за Bismuth-Strasberg. У одного хворого був синдром Mirizzi IV типу. У одному випадку була неспроможність швів попередньо накладеного холедоходуоденоанастомозу. У всіх пацієнтів виконана гепатикоєюностомія за типом Roux.

Для дренивання анастомозу за розробленою методикою під час операції в його просвіт заводили спеціальну дводіаметральну дренажну трубку. Діаметр робочої частини дренажу становить 5-7 мм, що залежить від індивідуальних потреб. Діаметр вільної частини становить 2-3 мм. Робочу частину трубки розташовували у просвіті анастомозу, а вільну частину проводили крізь просвіт кишки і виводили назовні через прокол передньої черевної стінки. На 14 добу трубку підтягували за вільний кінець до впирання робочої частини у стінку кишки, після чого відсікали. Залишена у просвіті кишки робоча частина трубки мігрувала назовні з каловими масами.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В експериментах відходження робочої частини трубки з каловими масами відмічали через 3 доби. Жодних ускладнень після операції не спостерігали. На розтині, проведеному через 3 місяці, у жодної тварини не виявили стенозу анастомозу. У пацієнтів видалення дренажних трубок проводили за відсутності явищ холангіту, через 12-15 діб, після виконання холангіографії. У кожному випадку виявлено вільне проходження контрасту у внутрішньопечінкові протоки і у кишку. У жодного хворого не виникло неспроможності швів чи явищ холангіту. Відходження частини трубки з калом зафіксували у 2 хворих через 4-5 діб після видалення. При спостереженні у віддалений термін (до 1 року) не виявлено ознак рубцевої стриктури анастомозу.

**Висновки.** Звичайно, невелика кількість спостережень не дає змоги робити чіткі висновки. Однак кількість таких хворих, загалом, невелика, а перші результати застосування дренажу свідчать про можливість подальшого широкого застосування. Він забезпечує ефективне відведення жовчі й декомпресію зони анастомозу, створює надійний каркасний ефект. Завдяки конструктивним особливостям дренажної трубки

попереджається виникнення кишкових норичь після видалення дренажної трубки, створюється можливість контролюваного перебування дренажу в зоні анастомозу.

## Жовчовитікання після резекцій печінки

В. В. Бойко, В. М. Лихман, І. В. Волченко, С. В. Ткач, Є. В. Ханько

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМНУ ім. В. Т. Зайцева»,  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

**Вступ.** До основних ускладнень резекцій печінки відносять інтраопераційну кровотрату з розвитком ДВЗ–синдрому, післяопераційну печінкову недостатність, жовчотечу та інфекційні ускладнення. Спостерігається пряма залежність частоти післяопераційних ускладнень від обсягу виконаної резекції печінки та величини злоякісного новоутворення. Будучи на першому місці в структурі хірургічних ускладнень біліарні ускладнення значно подовжують терміни госпіталізації та відновлення пацієнтів. Їх частота в останні роки практично не змінилася і становить 3–30%.

**Методи дослідження.** Всього було виконано 165 резекцій печінки з приводу різних об'ємних утворень. Обсяг операцій відрізнявся великою різноманітністю, проте в загальному вигляді їх можна розподілити на 2 головних типи – економні та великі резекції. У групу економних резекцій 104 (63,0%) ми включили сегментектомію, бісегментектомію, трисегментектомію, а також неанатомічні резекції печінки. До великих резекцій 61 (37,0%) відносили операції з видаленням чотирьох та більше сегментів печінки. Мали місце комбіновані операції на шлунку 23 (13,9%) і товстій кишці 31 (18,8%).

**Результати та їх обговорення.** Біліостаза після завершення дисекції контролювали прикладаючи марлеву серветку до зрізу печінки та прошиваючи виявлені ділянки підтікання жовчі. Потім проводили пробу (Whitetest) на герметичність (ліпофундин 5%). Емульсію (20,0–30,0 мл) вводили з вимірюванням тиску через куксу міхурової протоки або куксу пайової протоки. Виявлені ділянки підтікання емульсії додатково прошивали. В деяких випадках застосовували пластини «Тахокомб», які приклеювали тільки після досягнення остаточного біліостази. Зовнішнє дренажування жовчних проток виконано у 85 (51,5%) пацієнтів, черевну порожнину дренажували у всіх хворих незалежно від об'єму оперативного втручання.

До біліарних ускладнень зараховували скупчення або виділення жовчі по дренажу черевної порожнини, що трапилось у 32 (19,4%) випадках. Показник післяопераційної летальності склав 10 (6,1%).

**Висновки.** Основними причинами жовчовитікань після резекцій печінки є жовчна гіпертензія та позапечінкове ушкодження правої пайової протоки, що при виконанні правобічних «великих» резекцій печінки є незалежним фактором ризику біліарних ускладнень.

Модифікована проба на герметичність жовчних шляхів з використанням жирової емульсії дозволяє знизити частоту жовчотечі.

Хірургічна тактика при жовчовитіканнях повинна бути диференційованою і залежати від причин та їх тяжкості. При жовчовитіканнях легкої та середньої тяжкості доцільним є комплексне консервативне лікування, а при жовчовитіканнях тяжкого ступеня необхідне виконання ендоскопічного та хірургічного біліостази.



## Малоінвазивні хірургічні втручання в етапному лікуванні ускладнень жовчнокам'яної хвороби

В. В. Бойко, В. М. Лихман, Д. О. Мирошніченко, А. О. Меркулов,  
Р. Р. Османов

ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ»,  
Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Холангіогенні абсцеси (ХГА) залишаються одним з найважчих ускладнень в хірургії печінки. Однак для вибору правильної тактики лікування необхідно діагностувати причину абсцесу. Гострий холецистит є однією з найбільш частих причин утворення абсцесів печінки. В останні роки широке використання отримали малоінвазивні хірургічні методи, які оптимізували результати лікування хворих з ХГА печінки.

**Мета роботи:** покращення результатів лікування хворих з ХГА печінки шляхом використання етапних методів лікування із застосуванням малоінвазивних втручань.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено та виліковано 43 хворих з ХГА печінки у віці від 23 до 72 років, яким виконано 110 операцій. Основну групу склали 30 (48,4%) хворих яким виконували УЗ – контрольовані дренивання порожнин абсцесів (I етап) з подальшим видаленням джерела ХГА (II етап). Групу порівняння склали 32 (51,6%) хворих, яким виконували санацію і дренивання тільки з лапаротомного доступу. Для оцінки ефективності лікування проводили динамічний УЗ – контроль, чрездренажне контрастне дослідження, санацію піогенних абсцесів через зовнішні дренажі.

**Результати та їх обговорення.** Малоінвазивні методи хірургічного лікування включали УЗ – контрольоване дренивання з одночасною санацією порожнин абсцесу. Розміри порожнин в середньому склали  $150 \pm 23,3$  см<sup>3</sup>. У разі виявлення багатокammerних порожнин, для санації проток використовували антисептики широкої антимікробної дії. Для дренивання абсцесу печінки діаметром до 10,0 см використовували один дренаж. При діаметрі вогнищ більше 10,0 см дренивання проводили двома однопросвітними трубками з подальшим аспіраційно – проточним промиванням порожнини абсцесу. В післяопераційному періоді проводили загальне консервативне лікування. Терміни дренивання склали в середньому від 7 до 30 діб (в середньому 15,2). Запропонований метод лікування відрізняється малотравматичністю та можливістю контролю ефективності проведеного лікування, а найголовніше – позитивними результатами у 80% хворих. II етапом у 28 (93,3%) проводилася лапароскопічна холецистектомія. Тільки у 3 (9,9%) хворого була клініка жовчовитікання, що не вимагала повторних операцій. Летальних випадків не відмічено. Оптимальним терміном проведення II етапу вважали  $13 \pm 3$  дні після вилучення дренажу з порожнини абсцесу. У цей період проводили загальноозміцнювальну, симптоматичну терапію.

**Висновки.** Етапне лікування ХГА з санацією порожнини абсцесу дозволив зменшити число розвитку сепсису з 12,5 до 3,3%, знизити післяопераційну летальність у вкрай важких хворих до 1,6%, і розвиток ускладнень на 15,7%

## Комплексне малоінвазивне лікування хворих на портальну гіпертензію, яка ускладнена кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу

В. В. Бойко<sup>1,2</sup>, Д. О. Мирошніченко<sup>2</sup>, Д. О. Євтушенко<sup>2</sup>, О. М. Шевченко<sup>2</sup>,  
А. В. Москаленко<sup>1</sup>, В. О. Бабіч<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ»,

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет,

<sup>3</sup>Охтирська ЦРЛ, Сумська обл.

**Вступ.** Лікування хворих на портальну гіпертензію (ПГ) є однією з найскладніших проблем сучасної гепатології. Найбільш тяжким і важкопрогнозованим ускладненням захворювання є кровотеча з варикозно – розширених вени (ВРВ) стравоходу, летальність при якому становить 35 – 70%, рецидив виникає у 50 – 90% хворих. Хірургічне втручання пов'язані з високим ризиком розвитку печінкової недостатності та летальністю. При цьому одним з найважливіших напрямків в лікуванні даної категорії хворих є ендоскопічні та ендосвакулярні методи гемостазу, які раніше використовували в основному з діагностичною або допоміжною метою, в даний момент розглядається, як альтернатива хірургічного посібника.

**Мета.** Поліпшення результатів лікування хворих на ПГ, яка ускладнена кровотечею з ВРВ стравоходу шляхом розробки лікувально – діагностичних алгоритмів з використанням ендосвакулярних (ЕВ) і ендоскопічних методів (ЕС) гемостазу, а також визначення показань на поєднане їх застосування.

**Матеріали та методи.** Виконано ретроспективний аналіз історій хвороб та проспективне дослідження результатів обстеження і хірургічного лікування 110 пацієнтів, що знаходилися в клініці ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ» з діагнозом кровотеча з ВРВ стравоходу із синдромом ПГ різної етіології та ступеню тяжкості з 2015 року по 2018 рік. Групу порівняння склали 57 хворих, яким виконані невідкладні порожнинні оперативні втручання з метою зупинки кровотечі з ВРВ стравоходу. В основну групу увійшли 53 хворих, яким були виконані ЕВ і ЕС на «висоті кровотечі», та у відстроченому порядку після зупиненої кровотечі. Серед ЕС застосовувалася склеротерапія (екстра- та інтра-вазальним методом), а ЕВ включали емболізацію гілок черевного стовбура: селезінкової, печінкової та лівої шлункової артерій.

**Результати та їх обговорення.** В ході дослідження нами розроблена активна індивідуалізована тактика з урахуванням виконання ЕС і ЕВ. І етапом проводилася стабілізація показників гемодинаміки, корекція систем гомеостазу з подальшою підготовкою до мініінвазивних втручань та ЕВ. II етапом проводились ЕВ з урахуванням портального тиску. Стійкий гемостатичний ефект після ЕВ досягнутий у 50 (94,4%) хворих оперованих на висоті кровотечі. Рецидив кровотечі з ВРВ в ранньому післяопераційному періоді виник у 3 (5,6%) хворих з летальних результатом. Прогресування печінкової недостатності відзначено у 3 (5,6%) хворих, що стало причиною летального результату. Загальна летальність складала 10,2%. У групі порівняння летальність складала 10 (17,5%) хворих

**Висновки.** Виконання ЕС та ЕВ у хворих на ПГ, яка ускладнена кровотечею з ВРВ, є патогенетично обґрунтованими і доведеними інструментальними методами дослідження, а також безпечними хірургічними втручаннями у хворих з поза- і внутрішньопечінковою ПГ. Застосування сучасних ЕС та ЕВ в комплексі дозволило знизити ризик розвитку кровотеч, а також загальну летальність.

## Лапароскопічні втручання у лікуванні пацієнтів з новоутвореннями печінки

В. В.Бойко, Р. М.Смачило, О. М.Тищенко, О. В. Малоштан

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України»

**Вступ.** Останнім часом відзначено збільшення захворюваності на доброякісні та злоякісні новоутворення печінки. Для їх лікування застосовуються різноманітні підходи, у тому числі мініінвазивні. Однак найбільш надійним є повне видалення новоутворення у межах сегменту, секції чи частки печінки. Раніше таке видалення було можливим лише «відкритим» шляхом.

**Мета.** Оцінити можливості лапароскопічних технологій у лікуванні пацієнтів з новоутвореннями печінки.

**Об'єкт і методи дослідження.** З 2015 по 2017 роки в Інституті виконано 14 лапароскопічних резекцій печінки. Вік пацієнтів коливався від 24 до 56 років. Серед них було 9 пацієнтів жіночої статі і 5 – чоловічої. Показаннями до хірургічного лікування були: гемангіоми печінки – 7; ехінококова кіста печінки – 1; дизонтогенетична кіста печінки – 2; цистаденома печінки – 2; фіброзно-нодулярна гіперплазія печінки – 1; хронічний абсцес печінки – 1. Прийом Pringle застосовували селективно. Для дисекції тканини печінки застосували апарат “Ligasure”, ніжки секцій чи сегментів, а також ліву печінкову вену прошивали степлером “Eschelon”, решту судинних структур кліпували, резекційну поверхню обробляли монополярною коагуляцією в режимі спрей. Оцінювали характер втручання – анатомічна чи неанатомічна резекція; об'єм крововтрати; необхідність застосування прийому Pringle; тривалість втручання, необхідність конверсії, післяопераційні ускладнення та тривалість перебування у стаціонарі.

**Результати та їх обговорення.** Виконані за обсягом наступні лапароскопічні резекції печінки: лапароскопічна резекція лівої латеральної секції – 6; резекція 3 сегменту печінки – 2; резекція 6 сегменту печінки – 3; резекція 5 сегменту печінки – 2, в одному випадку з холецистектомією; резекція 7 сегменту – 1. Середня крововтрата становила  $128,8 \pm 36,6$  мл; тривалість оперативних втручань коливалась від 56 до 138 хвилин і в середньому склала  $92,6 \pm 26,7$  хвилин. Прийом Pringle використали у 8 пацієнтів. Анатомічні резекції виконані в 11 пацієнтів. Необхідність конверсії виникла в одному випадку, у зв'язку з розвитком кровотечі з гемангіоми печінки. Післяопераційні ускладнення спостерігались у 3 пацієнтів: жовчовитікання – 1 випадок (припинилось самостійно на 7 післяопераційну добу); правобічний плеврит – 2 пацієнта. Летальних випадків не було. Тривалість перебування у стаціонарі після операції склала  $5,8 \pm 2,4$  доби.

**Висновки.** Лапароскопічні резекції печінки можуть безпечно виконуватись при новоутвореннях печінки. Їх перевагами є швидкий реабілітаційний період, низька частота інтра- та післяопераційних ускладнень, зменшення тривалості перебування у стаціонарі та гарний косметичний ефект.

## Лечение поврежденных и послеоперационных стриктур холедоха: собственный опыт и современная тактика

В. В. Бойко, Р. М. Смачило, А. М. Тищенко, А. В. Малоштан

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМНУ»,  
Харьковский национальный медицинский университет

Целью работы явился анализ повторных операций на внепеченочных желчных путях, проведенных в Институте с 2007 по 2017 гг.

**Материалы и методы.** За указанный период накоплен опыт выполнения 160 операций. Открытая холецистэктомия в анамнезе была у 80 пациентов, лапароскопическая – у 70, у 10 больных стриктуры развились после других вмешательств на гепатопанкреатодуоденальной зоне (иссечение язвы, резекция желудка, резекция печени, травма живота). 36 больным до поступления в клинику были выполнены операции по коррекции осложнений наступивших в ходе первичного вмешательства, при чем у 8 в его ходе, у остальных в послеоперационном периоде. Так у 13 пациентов выполнена гепатикоеюностомия по Ру или на петле по Шалимову, 3 больным холедоходуоденоанастомоз, билиобилиарный анастомоз конец в конец – двум; десяти больным было выполнено дренирование брюшной полости по поводу желчного перитонита, 3 – наружное дренирование желчных протоков. Причиной конверсии при ЛХЭ у трех больных было интраоперационное кровотечение, причем у двух с повреждением магистральных сосудов – правой воротной вены и собственной печеночной артерии, у 6 – повреждение гепатикохоледоха. Соответственно у 3 – выполнен гемостаз путем прошивания сосудов, у 2 ушивание дефектов гепатикохоледоха, у 2 – наружное дренирование холедоха.

Повторные оперативные вмешательства носили следующий характер: холедоходуоденостомия – 3, ушивание (в том числе клипирование при релапароскопии) хода Люшка в области жога – 5, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия со стентированием – 1, дренирование абсцессов печени под УЗ-контролем с последующей реконструкцией бигепатикоеюноанастомоза – 1, реконструкция гепатикоеюноанастомозов в анастомоз по Ру – 20, удаление фрагмента дренажа, вскрытие абсцесса левой доли печени – 1, регепатикоеюноанастомоз по Ру – 15. Одной пациентке, которой во время первичной операции была перевязана правая воротная вена и правая печеночная артерия выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. Остальным пациентам выполнен гепатикоеюноанастомоз и бигепатикоеюноанастомоз по Ру – 92 и 14 соответственно.

При свежих повреждениях гепатикохоледоха нами выполнены следующие вмешательства: пластика протока – 5, билиобилиарный анастомоз на каркасном дренаже – 2, гепатикоеюноанастомоз по Ру – 8.

**Результаты.** Проанализированы ближайшие и доступные отдаленные результаты. Среди ранних послеоперационных осложнений наиболее часто встречались желчеистечения – 35, биломы – 12, абсцесс брюшной полости возник у 2 больных.

В раннем послеоперационном периоде умерли 4 пациента: 1 — после формирования гепатикоеюноанастомоза, 1 — после наружного дренирования долевых протоков. В обоих случаях причиной смерти была полиорганная недостаточность с преобладанием печеночной недостаточности на фоне механической желтухи и гнойного холангита. В отдаленном периоде стриктура сформированного гепатикоеюноанастомоза возникла у 12 больных, у 10 из них выполнена реконструкция билиодигестивного анастомоза по Ру, 2 — чрескожное чреспеченочное холангиодренирование с последующей дилатацией

и стентированием анастомоза. Возникновение стриктуры гепатикоеюноанастомоза в отдаленном периоде привело к развитию гнойного холангита и формированию холангитических абсцессов печени у 2 пациентов. Это стало причиной возникновения полиорганной недостаточности и смерти пациентов.

## Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите, осложненном перитонитом, у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей ишемической болезнью сердца

Р. В. Бондарев, А. И. Сопко, И. Л. Заря, Р. Н. Козубович, В. М. Иванцок

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

**Цель работы** – улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) острого холецистита (ОХ), осложненного перитонитом.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ лечения 228 больных в возрасте от 60 лет и старше с сопутствующей ИБС, которым проведена ЛХЭ по поводу ОХ, осложненного перитонитом. Мужчин было 55 (16,2%), женщин – 284 (83,8%). Местный серозный перитонит наблюдали у 18 (7,9%) больных, местный гнойный – у 183 (80,3%), диффузный гнойный – у 27 (11,8%). Сопутствующие по два и более заболеваний присутствовали у всех наблюдаемых больных.

В зависимости от применяемого saniрующего раствора больные были распределены на две группы. Группу сравнения (n=134) составили пациенты, которым после ЛХЭ проводили санацию очага воспаления физиологическим раствором и раствором 0,02% декаметоксина, основную группу (n=94) – пациенты, которым для орошения очага воспаления применяли физиологический раствор и лечебные бактериофаги (колипротейный, пиобактериофаг поливалентный (секстафаг), интестибактериофаг или смешанный бактериофаг в равных пропорциях).

По полу, возрасту, сопутствующей патологии, распространенности и характеру перитонеального экссудата наблюдаемые группы статистически не отличались (все  $p > 0,05$ ). Критериями оценки результатов в послеоперационном периоде были характер и частота гнойно-воспалительных осложнений и характер функциональных нарушений миокарда.

**Результаты и обсуждение.** Развитие послеоперационных внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений в основной группе наблюдали в 1,1% случаев, в группе сравнения – в 4,5%, раневых соответственно – 2,1% и 6,7%.

Уменьшение проявлений эндогенной интоксикации было более выражено у больных основной группы. Снижение показателей лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средней массы к нормальной величине в основной группе наблюдали на 2–3 суток быстрее, чем у больных в группе сравнения.

По данным холтеровского мониторинга количество эпизодов ишемии в основной группе было уменьшено на 88%, в то время как в группе сравнения отмечено снижение этого показателя на 64,2%. Уменьшение времени общей продолжительности ишемии за сутки также отмечено больше в основной группе – 92,2%, в группе сравнения – на 71,7%. В основной группе наблюдали значимое уменьшения частоты сердечных сокращений к 3–м суткам лечения (на 18,5%), чем в группе сравнения (на 10,2%).

Умер 1(0,7%) больно́й в групі порівняння. Причиною явилась внезапная сердечная смерть аритмического генеза.

#### **Выводы.**

Применение лечебных бактериофагов при лапароскопической холецистэктомии острого холецистита, осложненного перитонитом у больных пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца позволяет: снизить частоту развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с 11,2% до 3,2%; более быстрее купировать воспалительный процесс в брюшной полости, что уменьшает проявления эндогенной интоксикации, снижая степень нарушений реполяризации в миокарде и его гипоксического повреждения, что позитивно сказывается на условиях гемодинамики (в частности на снижении частоты сердечных сокращений) и, в свою очередь, приводит к уменьшению проявлений нарушений реполяризации миокарда.

## **Мініінвазивна корекція порушень прохідності дистального відділу жовчодука непухлинного генезу**

**В. Б. Борисенко, В. І. Біда, О. В. Сівцев**

**Харківська медична академія післядипломної освіти**

**Вступ.** Синдром порушення дистальної прохідності жовчодука з внутрішньопротоковою жовчною гіпертензією, що наростає, і розвитком механічної жовтяниці (МЖ) належить до числа актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. До найбільш частих непухлинних причин розвитку МЖ належать холедохолітаз, стеноз ВДС, стриктури жовчодука, а також дисфункція сфінктера Одді. Прогресування МЖ з приєднанням гострого холангіту (ГХ) призводить до розвитку у цих хворих холестатичного гепатиту і печінкової недостатності, що супроводжуються високою (до 50%) летальністю, а у випадках розвитку біліарного сепсису і поліорганної недостатності – до 80–90%. На даний час повсюдно при патології позапечінкових жовчних проток на зміну традиційним лапаротомним операціям приходять мініінвазивні втручання, які дозволяють, у разі необхідності, здійснювати етапну, а іноді і остаточну корекцію МЖ у цих хворих.

**Мета роботи** – вивчення клінічної ефективності мініінвазивних втручань при непухлинних захворюваннях жовчних проток.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 56 хворих з синдромом МЖ. Вік пацієнтів був від 28 до 88 років (середній вік –  $67 \pm 9,3$  років); жінок було 34 (60,7%), чоловіків – 22 (39,3%). Тривалість жовтяничного періоду складала від 1 до 28 діб (у середньому –  $12 \pm 3,4$  доби). Діагностична програма включала стандартну клініко-лабораторну діагностику, ультразвукове дослідження (УЗД), папілоскопію, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) і мікроскопію жовчі. Мініінвазивні способи корекції біліарної гіпертензії включали транспапілярні ендобіліарні втручання: ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), механічну літотріпсію та літоекстракцію, назобіліарне дренивання (НБД), стентування і черезшкірну черезпечінкову холангіостомію (ЧЧХС) під контролем УЗД.

**Результати та їх обговорення.** Показанням до проведення папілоскопії та ЕРХПГ було розширення, за даними УЗД, загальної жовчної протоки понад 6 мм в діаметрі. Дилатацію жовчодука виявлено у всіх 56 хворих. Його діаметр коливався від 7 до 25 мм (у середньому  $12 \pm 4,6$  мм). Холедохолітаз виявлено у 38 (67,8%), стеноз ВДС – у 9 (16,1%), стриктуру хо-

ледоха – у 2 (3,6%), синдром Міріззі – у 4 (7,1%) пацієнтів. У 8 (14,3%) пацієнтів з помірною дилатацією холедоха (до 10мм), без органічної патології, було встановлено дисфункцію сфінктера Одді. За даними папілоскопії і мікроскопії жовчі ГХ встановлений у 36 (64,3%) хворих. Катаральний холангіт діагностований у 24 (66,7%), фібринозно-гнійний – у 4 (11,1%), гнійний – у 8 (22,2%) пацієнтів. Малоінвазивні втручання проведені всім 56 хворим, яким виконано 92 лікувальні маніпуляцій. ЕПСТ виконано 52 (92,9%) хворим: типову папілотомію – 24 (46,2%), атипову – 16 (30,8%), комбіновану – 12 (23%) пацієнтам. Ендоскопічна холедохолітоекстракція була успішною і остаточною у 32 (57,1%) хворих, а у 4 (7,1%) спостереженнях – етапною. НБД виконано 24 (54,7%) пацієнтам з ГХ, а також при етапному лікуванні холедохолітазу і синдрому Міріззі. Стентування холедоха вдалося виконати 2 (3,6%) пацієнтам зі стриктурами холедоха. При неефективності транспапілярних втручань у 2 (3,6%) хворих під контролем УЗД було виконано етапну ЧЧХС. У 8 (14,3%) випадках, коли мініінвазивний етап не був остаточним, після ліквідації біліарної гіпертензії і явищ ГХ було виконано «відкриті» операції. Летальних випадків не було.

**Висновок.** 1. Мініінвазивні транспапілярні та черезшкірні втручання з декомпресією та санацією жовчних проток можуть використовуватися як етапні або як остаточні методи хірургічного лікування та дозволяють ліквідувати явища МЖ і попередити розвиток ГХ.

2. При неефективності малоінвазивних втручань операцією вибору після етапу мініінвазивної жовчної декомпресії є традиційні відкриті втручання з корекцією причини жовчної гіпертензії.

## Місце ALPPS в сучасній хірургії печінки

**О. В. Васильєв, В. І. Копецький, Д. О. Чевердюк, В. І. Дорожинський,  
О. О. Квасівка, С. С. Сікачов**

**Національний інститут раку**

**Вступ.** Існує декілька стратегій по модифікації перспективного залишку печінки перед резекцією. Найбільш вивчена портовонозна емболізація, яка може бути комбінована із двоетапною резекцією печінки, із наступним завершальним етапом через 3–4 тижня. Іншою популярною стратегією є ALPPS: розділення паренхіми у площині резекції комбіноване із лігуванням воротної вени із наступним етапом через 7–10 діб.

**Мета.** Дослідити безпосередні хірургічні результати ALPPS стратегії на прикладі одного центру.

**Матеріали та методи.** За результатами аналізу проспективної бази даних з червня 2015 по березень 2018 року було прооперовано 6 хворих у яких використано ALPPS стратегію. 5 хворих було прооперовано з приводу метастатичного колоректального раку, одного хворого з приводу солітарного метастазу недрібноклітинного раку легені. У одного хворого з 5 ALPPS виконана в рамках liver-first стратегії.

**Результати.** У двох хворих ALPPS виконувалась на фоні недостатньої гіпертрофії перспективного залишку після портовонозної емболізації. Білобарне ураження спостерігалось у 4 (66.6%) хворих. Другий етап втручання виконано у 5 (83.3%) хворих. Середній час між етапами склав 8.8 діб. Середній післяопераційний койко-день склав 17 діб. 30-денна летальність склала 17.7% (1 хворий). Важкі хірургічні ускладнення (Clavien–Dindo $\geq$ IIIb) розвинулись у 1 (17.3%) хворого. Пострезекційна печінкова недо-

статність розвинулась у 4 (66.6%) хворих: grade A – 1 (17.7%), grade B – 3 (50%). Жовчна нориця розвинулась у 3 (50%) пацієнтів: grade A – 2 (33.3%), grade B – 1 (17.3%).

Висновки. ALPPS стратегія дозволяє виконати резекцію у пацієнтів з білобарним ураженням печінки та низьким об'ємом або скомпрометованим перспективним залишком. Високі показники ускладнень та летальності спонукають до більш ретельного відбору хворих та концентрації таких хворих у спеціалізованих стаціонарах.

## Выбор оптимальной хирургической тактики при неопухолевой обтурационной желтухе

Дж. Н. Гаджиев, Э. Г. Тагиев, Р. Ю. Шихлинская

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

По данным литературы желчнокаменная болезнь в 8–20% случаев осложняется холедохолитиазом, который в свою очередь у 10–80% больных приводит к развитию обтурационной желтухи (ОЖ). Неудовлетворительные результаты хирургического лечения, требует пересмотреть подходы к разрешению ОЖ неопухолевого генеза.

Цель исследования. Разработка модели нечеткой логики для прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений и выбора индивидуальной оптимальной хирургической тактики при неопухолевой ОЖ.

**Материалы и методы:** Нами в начале определено наиболее прогностически значимые факторы, влияющие на риск развития послеоперационных осложнений, оценили их лингвистическими показателями. Учитывая, что лингвистические переменные и термы являются нечеткими множествами, соответствуя схеме вывода нечеткой логики, ниже определены терм множества риска для всех вводных переменных и выводного переменного: X1 – «Возраст больного» – {«средний» (до–60), «выше» (больше–60)}; X2 – «Продолжительность желтухи» – {«короткий период» (1–7 суток), «небольшой» (8–14 суток), «большой период» (15–21 суток), «очень большой период» (больше 21 суток)}; X3 – «Температура» – {«субфебрильное» (37,0–38,0 С°), «высокое» (38,1–39,0 С°), «очень высокое» (выше 39,0 С°)}; X4 – «Сопутствующие болезни» – {«компенсация» (0), «субкомпенсация» (0,5), «декомпенсация» (1,0)}; X5 – «Уровень дисфункции печени» – {общий билирубин до 50 (I°), 50–100 (II°), 100–200 (III°) и больше 200 мкмоль/мл (IV°)}; X6 – «CD4<sup>+</sup> в крови» – {«низкий» (выше 25%), «средний» (17,0–25,0%), «высокий» (меньше 16%)}; X7 – «IL–2 в сыворотке крови» – {«низкий» (выше 35,0 пкг/мл), «средний» (25,0–35,0 пкг/мл), «высокий» (меньше 25,0 пкг/мл)}; Y – «Уровень риска» {«низкий» (0,0–0,49), «сомнительный» (0,5), «высокий» (0,51–0,8), «очень высокий» (0,8–1,0)}. Затем соответствуя схеме вывода нечеткой логики конкретное значение каждого определенного терм множества для всех вводных переменных и выводного переменного вводится в модель и фаифурется в блоке «фаификатор». В итоге определяется уровень риска и осуществляется выбор хирургической тактики: 1) Риск отсутствует или низкий (A): Y=0–0,49 – одноэтапная радикальная операция; 2) Сомнительный риск: (B) Y=0,5 – если оценка риска в динамике после предоперационной терапии уменьшается, то тактика (A), если оценка не уменьшается или увеличивается, то тактика C; 3) Высокий риск: Y=0,5–0,8 и очень высокий риск – Y=0,81–1,0 (C) – однозначный выбор этапной тактики. Из 150 больных в соответствии уровнем риска, определенным этим нечетким модулем у 92 больных было применено одноэтапное, а 58 больных – двухэтапное вмешательство.



Результаты и обсуждения. Практическое применение разработанного нами нечеткой математической модели к дифференцированному выбору хирургической тактики способствовало уменьшению послеоперационных осложнений с 29,0% в контрольной группе, выбор метода лечения которых проводился до внедрения предложенной модели до 4,7% и летальности с 11,0% до 1,3%. Использование современных математических методов и информационных технологий в хирургии имеет важное практическое значение в выборе лечебной тактики у данной категории больных.

Использование разработанной дает возможности для конкретного больного дифференцированному выбору оптимальной хирургической тактики и тем самым значительно улучшить результаты лечения.

## Анализ интра- и послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии

Е. И. Гайдаржи<sup>1</sup>, А. А. Никоненко<sup>1</sup>, Н. Г. Головки<sup>1</sup>, В. А. Грушка<sup>1</sup>,  
Т. В. Гуров<sup>2</sup>, Г. И. Охрименко<sup>1</sup>, А. А. Ищук<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС

**Актуальность.** В настоящее время накоплен достаточно большой опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и, на первый взгляд, все вопросы ее применения решены, а интерес к данной теме, казалось бы, утрачен. В то же время, анализ результатов работы современных хирургических клиник свидетельствует, что это далеко не так. Несмотря на то, что частота развития серьезных интра- и послеоперационных осложнений при ЛХЭ невысока, однако их последствия, приводящие к инвалидизации и снижению физической трудоспособности, сохраняют свою актуальность. Эффективная профилактика и хирургическая коррекция этих осложнений невозможна без их подробного и глубокого анализа.

В связи с этим **целью нашей работы явился** анализ интра- и послеоперационных осложнений ЛХЭ по результатам собственного опыта.

**Материалы и методы.** За период с 1998 по 2017 гг. проанализированы результаты лечения 4400 больных, которым в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета была выполнена ЛХЭ по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений. Среди пациентов женщин было – 3644 (82,8%), мужчин – 756 (17,2%). Возраст больных варьировал от 19 до 89 лет. Показанием к операции были различные формы острого – у 1769 (40,2%) пациентов – и хронического – у 2631 (59,8%) больных – калькулезного холецистита.

### Результаты и обсуждение.

Осложнения ЛХЭ были диагностированы у 70 (1,6%) оперированных больных, при этом при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) – у 34 пациентов (1,3% от общего количества больных ХКХ) и при остром калькулезном холецистите (ОКХ) – у 36 (2,0% от общего количества больных ОКХ).

В группе пациентов с ОКХ распределение осложнений было следующим: повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) – 14 (0,8%) больных, кровотечение из ложа желчного пузыря с формированием подпеченочной гематомы – 13 (0,7%) пациентов, подтекание желчи из культы пузырного протока по причине миграции клипсы – 5

(0,3%), кровотечение из пузырной артерии – 4 (0,2%) пациентов. У 8 (0,5%) пациентов с ОКХ с целью коррекции осложнений потребовалась конверсия, у 23 (1,3%) больных осложнения были диагностированы в раннем послеоперационном периоде и потребовали выполнения лапаротомии.

В группе больных ХКХ наблюдались: кровотечение из ложа желчного пузыря с формированием подпеченочной гематомы – 13 (0,5%) больных, повреждение ВЖП – 11 (0,4%) пациентов, кровотечение из пузырной артерии – 5 (0,1%), подтекание желчи из ходов Люшка – 5 (0,1%) больных. Из них у 12 (0,5%) пациентов осложнения, диагностированные во время операции, послужили поводом к конверсии для хирургической коррекции. У 14 (0,5%) пациентов осложнения были диагностированы только в раннем послеоперационном периоде и были корригированы во время повторной операции из лапаротомного доступа.

#### **Выводы:**

1. Наиболее частыми осложнениями лапароскопической холецистэктомии на сегодняшний день остаются повреждения внепеченочных желчных протоков (0,6%) и внутрибрюшное кровотечение (0,8%).

2. Преобладание повреждений внепеченочных желчных протоков отмечается при остром калькулезном холецистите, внутрибрюшных кровотечений – при хроническом.

3. Своевременная конверсия во время операции или лапаротомия в послеоперационном периоде с целью коррекции осложнений лапароскопической холецистэктомии являются залогом успешного лечения желчнокаменной болезни и ее осложненных форм.

## **До питання синдрому Міріззі**

**М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк, Я. М. Кучірка**

Синдром Міріззі визначається, як механічна обструкція жовчевих протоків, яка включає широкий спектр анатомічних змін, починаючи від простого вклинення жовчевого каменю з біліарним стазом до повної ерозії їхньої стінки з послідовним утворенням холецисто – холедохеальної норичі.

Відомо, що захворюваність на синдром Міріззі у пацієнтів, яким проводиться холецистектомія, становить від 0,3% до 1,4%, і в 50% випадків діагностується під час операції.

Клінічна характеристика холецисто – біліарної норичі вперше була описана С. Puestov в 1942 році, а в 1950–х рр., деякі додаткові випадки були повідомлені Міріззі та іншими. Перша класифікація різних типів холецисто – біліарних норичей, на основі 24 спостережень були запропоновані В. Corlette, Н. Bismuth у 1975р. З появою ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) на початку 80–х років виникли нові уяви про анатомічні особливості синдрому Міріззі. У 1982 році Mc. Sherry та ін. запропонували нову класифікацію двох різних типів синдрому Міріззі на основі результатів ERCP. Тип I визначається, як просте зовнішнє стиснення печінкової або загальної жовчевої протоки жовчевим каменем, який розташований у міхуровій протоці або кишені Гартмана, тоді як жовчевий міхур і загальна печінкова протока залишаються вільними від будь-якого ураження. Тип II характеризується наявністю холецисто – біліарної норичі. Згодом Csendes та співавт. запропонували класифікацію за чотирима різними типами. Тип I визначається подібно до типу Mc. Sherry I, основний критерій – зовнішнє стиснення позапечінкових жовчевих шляхів жовчевим каменем. При типі II виявляють обмежений дефект до однієї третини окружності загальної жовчевої або печінкової протоків. Тип III

має дефект до двох третин окружності згаданих анатомічних утворів. При типі IV вся стінка протоків знищується з повним перекриттям позапечінкових жовчевих шляхів.

Ми підтримуємо думку Di Ciaula et all. (2018), Cotton P. B. et all. (2016), що пусковим моментом каменеутворення є функціональні біліарні розлади у вигляді дискінезії жовчевивідних шляхів по гіпокінетично – гіпотонічному типу. В цьому зв'язку, послідовність розвитку даного синдрому може виглядати наступним чином: утворення конкрементів, розвиток жовчево – кам'яної хвороби на фоні атонії жовчевого міхура (в шийці або в кишені Гартмана), розвиток хронічного запального процесу з наступним прогресуючим некрозом прилягаючих структур і утворенням нориці.

За останні 15 років у клініці було виконано 3050 холецистектомій з причини калькульозного холециститу і лише в 11 (0,4%) хворих виявлено синдром Міріззі.

На основі ретроспективних обстежень ми пропонуємо алгоритм доопераційних скрингінгових тестів у хворих із біліарною жовтяницею, який полягає в наступному: визначення рівня концентрації лужної фосфатази та білірубіну в сироватці крові, які були підвищені у 91% пацієнтів.

Другим моментом діагностики обструктивної жовтяниці є ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини. За нашими даними чутливість його складає 23 – 46%. Основними діагностичними критеріями є наявність каменю в кишені Гартмана або в міхуровій протоці, розширення внутрішньопечінкових протоків. Наступним кроком в доопераційній діагностиці синдрому Міріззі є КТ. Специфічність останнього становила 91,4%, чутливість 57%, позитивне прогностичне значення – 93%. Вважаємо обов'язковим з метою діагностики застосування ЕРХПГ.

Епізодичність виникнення синдрому Міріззі, його несподіване виявлення під час оперативного втручання не дають можливості однозначно встановити алгоритм хірургічної тактики, її стандартизацію і проведення рандомізованих досліджень.

Таким чином, першопричиною розвитку синдрому Міріззі є розвиток жовчекам'яної хвороби, етіопатогенетичним фактором якого є дискінезія позапечінкових жовчевих протоків по гіпотонічному типу.

Існуючі класифікації подібні між собою і відображають етапи міграції конкремента із жовчевого міхура в гепатіко–холедох.

## Наш досвід профілактики ускладнень лапароскопічної холецистектомії

М. М. Гресько

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

**Вступ.** Лапароскопічна холецистектомія є золотим стандартом при лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Однак, незважаючи на мініінвазивні переваги: менша травматизація передньої черевної стінки, скорочення тривалості лікування та непрацездатності, гарний косметичний ефект, особливої уваги заслуговують її специфічні ускладнення: пошкодження позапечінкових жовчних протоків, пошкодження міхурової артерії, внутрішньочеревна кровотеча з ложа жовчного міхура, жовчопідтікання з ходів Люшка та інші.

**Мета.** З цією метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією шляхом аналізу найпоширеніших її ускладнень та встановити критерії, які вимагають проведення конверсії.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідженні взяло участь 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит – у 2202 (43,22%), (гангренозний – у 176 хворих, флегмонозний – у 914 хворих, катаральний – у 1112 хворих).

**Результати та їх обговорення.** Особливу увагу було приділено аналіз лапароскопічних втручань у 99 хворих у яких була конверсія та ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів. Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. Причини конверсії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки – 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху – 19 хворих (синдром Міррізі у 13 хворих); пенетруюча виразка ДПК – 9 хворих; виникнення масивної кровотечі – 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих – з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці – 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки – 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки – 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми – 1 хвора.

Локалізація пошкоджень холедоху була наступною: загальна жовчна протока – у 8 хворих; загальна печінкова протока – у 6 хворих; холедох разом із біфуркацією – у 4; загальна жовчна протока з пошкодженням конфлюенс – у 1 хворого. У 5 хворих ятрогенні пошкодження жовчно вивідних шляхів виявлені субопераційно а у 14 хворих – у ранньому після операційному періоді. Це призводило до вирішення надзвичайно важких та складних проблем в подальшому.

#### **Висновки.**

1. При нестандартній ситуації своєчасна конверсія – надзвичайно важливий момент упередження пошкодження жовчно – вивідних шляхів.

2. Своєчасне відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки тоді, коли в операційну бригаду буде включений досвідчений фахівець, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій.

## **Эффективность малоинвазивных операций в лечении больных с циррозом печени осложненных кровотечением**

**Ю. В. Грубник, А. Н. Юзвак, В. А. Фоменко**

**Одесский национальный медицинский университет,  
Одесский центр желудочно-кишечных кровотечений. ГКБ № 11**

**Актуальность.** Лечение осложненной портальной гипертензии является одной из наиболее актуальных, сложных и нерешенных проблем хирургии.

**Целью** данной работы было проанализировать отдаленные результаты оперативного лечения больных с портальной гипертензией осложненной пищеводно-желудочными кровотечениями методами лапароскопической деваскуляризации пищевода и желудка и рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной и левой желудочной артерии в различные сроки после операций.

**Методы и материалы:** С 2012 по 2018 год под нашим наблюдением находилось 390 больных с циррозом печени. Из них, цирроз был обусловленный гепатитом у 170 боль-

них, а цирроз алкогольної і другої етіології був 220 пацієнтів. Из 276 больних, котрым проводился ендоскопический гемостаз, 158 больным проводилось эндоскопическое склерозирование, 78 больным – эндоскопическое клипирование и лигирование, стентирование и 40 больным – эндоскопическое пломбирование. После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 82 случаях для профилактики рецидивов кровотечений нами проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии по модифицированной нами методике. В 42 случаях с целью профилактики рецидивов кровотечений нами проводились лапароскопические операции, которые заключаются в коагуляции и лигировании коротких вен и артерий желудка по большой кривизне с применением высокочастотного коагулятора Liga Sure с функцией «заваривания» сосудов. Потом выполняли обязательное клипирование или лигирование левой желудочной артерии и вены. Видимые расширенные вены кардиоэзофагеального перехода прошивались и лигировались. Все больные получали курс гепатотропной и гемостатической терапии, которая включает (сандостатин, этамзилат, терлипесин, бета-блокаторы, нитраты, блокаторы протонной помпы, гепатопротекторы).

У 18 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен желудка ввиду неэффективности эндоскопического гемостаза произведена лапароскопическая вертикальная резекция тела и дна желудка.

**Результаты.** В 84 случаях после проведения консервативной терапии остановки кровотечения мы достигли в 50 (59%) случаев. Рецидив кровотечения мы наблюдали у 34 (41%) случаев, летальность была у 33 (19%) случаев.

Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 276 случаев. Эффективно остановить кровотечение нам удалось 224 (81%) случаев. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась в 52 (19%) больным.

Нами прослежены в 162 больным на протяжении 3 лет отдаленные результаты после только эндоскопического гемостаза, и эндоскопического гемостаза с последующим выполнением 42 лапароскопических и 82 рентгенэндоваскулярных операций. Результаты исследования показали, что наиболее эффективным методом профилактики кровотечения является лапароскопическая деваскуляризация желудка и пищевода.

**Выводы.** Эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а рентгенэндоваскулярные и лапароскопические операции позволяют кроме того еще и достоверно снизить возникновение рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

## Особливості хірургічного лікування хворих із синдромом Міріцці

Я. Р. Дутка, Т. М. Іванків, А. Т. Чикайло

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

### Вступ

Останнім часом зростає кількість ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), зокрема синдрому Міріцці (СМ), який представлений сформованою холецистохоледохеальною норицею. Це ускладнення трапляється у < 1% пацієнтів з ЖКХ у розвинених країнах та у 4,7% – 5,7% у країнах, що розвиваються з однаковою частотою у жінок та чоловіків у віці 40 – 70 рр. Хірургічна корекція СМ є складною внаслідок значних ана-

томо–топографічних змін в ділянці трикутника Calot, які створюють технічні труднощі при операційних втручаннях. Також недостатньо обґрунтовано раціональні методи хірургічної корекції захворювання.

**Мета роботи.** Метою роботи є покращення результатів лікування хворих з СМ, вибір оптимальної та безпечної хірургічної тактики.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 59 хворих з СМ. Жінок було 35 (59,3%), чоловіків – 24 (40,7%). Тривалість захворювання склала у середньому  $6,4 \pm 3,9$  років. З інструментальних методів обстеження для підтвердження діагнозу застосовано ультрасонографію (УСГ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ), спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) з контрастуванням, магнітно–резонансну холангіографію (МРХГ). Усім пацієнтам проведено хірургічні втручання.

**Результати й обговорення.** Першим етапом лікування у 37 (62,7%) хворих виконано ендоскопічну папілотомію з ревізією і санацією жовчних проток, яку у 7 з них для дренивання біліарного дерева завершили ендоскопічним стентуванням або назобіліарним дренажем.

Холецистектомію через зрости та запалення тканин виконано “від дна” або, при можливості диференціювати анатомічні структури в ділянці трикутника Calot – “від шийки”. Ревізію гепатикохоледоха проводили через окремий холедохотомний отвір або через куксу міхурової протоки при широкому ductus cysticus, після чого виконували холедохолітоекстракцію з інструментальною перевіркою прохідності папіли та правої і лівої печінкових проток.

У 55 (93,2%) хворих проведено холецистектомію з відновленням прохідності позапечінкових жовчних проток відкритим методом. Операцію завершили зовнішнім дрениванням біліарного дерева у 43 (78,2%) та гепатикохоледохоеюностомію на виключеній за Roux петлі тонкої кишки або холедоходуоденостомією – у 12 (21,8%) пацієнтів. У 4 (6,8%) хворих холецистектомію з зовнішнім дрениванням гепатикохоледоха здійснено лапароскопічним методом. У післяопераційному періоді на 6 – 8 добу пацієнтам із зовнішнім дренажем гепатикохоледоха проводили фістулохолангіографію, під час якої стверджено рівномірне заповнення і звуження діаметру жовчних проток та потрапляння контрасту у дванадцятипалу кишку.

Післяопераційні ускладнення виникли у 6 (10,2%) хворих. Помер один пацієнт від наростаючої дихальної недостатності.

#### **Висновки**

1. Відкриті втручання є безпечнішими, оскільки дозволяють використовувати пропріоцепцію при значних запальних змінах в ділянці трикутника Calot.
2. У пацієнтів з СМ можливе виконання операцій лапароскопічним методом з добримими результатами.
3. При добрій прохідності папіли, ствердженій при інтраопераційній ревізії, показано зовнішнє дренивання гепатикохоледоха, при сумнівній або відсутній прохідності папіли – накладання білідигестивного анастомозу, перевагу слід віддавати гепатикохоледохоеюностомії за Roux.

## Клінічний випадок жовнокам'яної хвороби в поєднанні з аномалією розвитку позапечинкових жовчновивідних шляхів

В. В. Задорожний, М. В. Трофімов, К. П. Балаш, В. В. Гетман, І. В. Гапонов

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР

**Вступ.** Важливою умовою вдалих хірургічних втручань на позапечинкових жовчних протоках (ПЖП) є попередження ушкодження стінок самих проток і інших елементів гепатодуоденальної зв'язки. Нетипова анатомічна будова ПЖП коливається в межах 17–30% і визначає її практичну значимість при хірургічних втручаннях. Сучасні методи дослідження дозволяють із достатньою точністю виявляти подібні аномалії на доопераційному етапі із прогнозуванням обсягу хірургічного втручання.

### Клінічний випадок.

Пацієнт К., 69 років, госпіталізований з діагнозом: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Анемія 2 ступеню.

Хворіє 1,5 місяця. Занедужав гостро з розвитком больового синдрому і явищ жовтяниці. В аналізах: ознаки анемії 2 ступеню, білірубінемія 201,5 мкмоль/л, пряма фракція – 159,1 мкмоль/л.

УЗД: Ознаки ЖКХ, холедохолітаза, аневризми черевного відділу аорти й лівої клубової артерії.

КТ: Ознаки гострого калькульозного холециститу.

МРТ ХГ: Ознаки ектазії внутрішньо- та позапечинкових жовчних проток, біліарної гіпертензії; конкременту термінального відділу холедоха (холедох діаметром 17 мм, звитий, містить конкремент 15 мм); аномального злиття жовчних проток (трифуркація); деформації жовчного міхура, його топічного зміщення, різкого ущільнення та деформації стінки, наявності перетяжки в ділянці шийки; міхурова протока чітко не визначається, звита, обтурована; ознаки аневризми черевного відділу аорти.

Інтраопераційна ревзія: має місце аномалія розвитку позапечинкових жовчних проток і жовчного міхура; частина кишені Гартмана щільно зрощена спайками зі стінкою холедоха, розташована позаду холедоха разом з міхуровою протокою, що впадає в задню стінку холедоха; виділити кишеню Гартмана не представляється можливим.

Через небезпеку ушкодження структур гепатодуоденальної зв'язки й неможливість виділити анатомічні структури трикутника Кало виконана атипова холецистектомія; резекція середньої третини холедоха; ревзія позапечинкових жовчних проток, літоекстракція; гепатикоєюностомія по Ру.

Клінічний діагноз: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. Аномалія розвитку позапечинкових жовчних проток. Холедохолітаз. Холангіт. Механічна жовтяниця. Печінкова недостатність. Велика інфраренальна веретеноподібна аневризма черевної аорти і лівої клубової артерії 3-го типу.

Післяопераційний період супроводжувався до 5-ї доби зовнішнім витіканням жовчі з поступовим зменшенням явищ жовтяниці.

### Висновок.

Досить висока зустрічальність аномалій анатомічної будови ПЖП жадає від хірургів готовності до виконання нетипових хірургічних втручань при ЖКХ.

## Інтеграція протоколу швидкого відновлення та електрозварювальних технологій в хірургії хронічного калькульозного холецистити

В. І. Зубаль, С. І. Саволук, В. М. Лисенко, М. Ю. Крестянов,  
Р. О. Балацький

Кафедра хірургії та судинної хірургії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

**Мета роботи** – покращити ранні та віддалені результати хірургічного лікування хворих з хронічним калькульозним холециститом, використовуючи інтеграцію факторів хірургії швидкого відновлення, лапароскопічні та електрозварювальні технології.

**Матеріали та методи.** До роботи включено 134 хворих з хронічним калькульозним холециститом, яким виконана лапароскопічна холецистектомія в контексті впровадження протоколу хірургії швидкого відновлення в роботу хірургічної клініки. Для обробки міхурового протока та міхурової артерії використовували метод зварювання живих тканин, що забезпечують надійне перекриття цих структур, виключає необхідність залучення додаткового інструментарію, виконання додаткових маніпуляцій та залишення в черевній порожнині сторонніх тіл (кліпси), тим самим, зменшуючи ризик розвитку спайкового процесу в зоні хірургічної агресії. Лапароскопічна холецистектомія виконувалась стандартно, перед введенням троакарів виконували превентивну аналгезію зони безпосередньої агресії розчином місцевого анестетика, що створює передумови до профілактики післяопераційного троакарного больового синдрому. Простір в черевній порожнині під час оперативного втручання в 18 хворих створювався за допомогою лапароліфтингових технологій. Після дисекції жовчного міхура проводили поверхневе дотичне зварювання ложа міхура, забезпечуючи надійний холестаз та гемостаз, що виключає встановлення та залишення в черевній порожнині додаткових дренажів, таким чином, створюючи передумови до перегляду показів до рутинного дренивання під печінкового простору після лапароскопічної холецистектомії. Видалення жовчного міхура з черевної порожнини проводили в субксіфодальній ділянці в місці введення троакару з наступним відновленням дефекту в очеревині шляхом електрозварювання, що сприяє профілактиці інфікування за рахунок бактерицидного електрозварювального впливу та профілактиці виникнення післяопераційних троакарних гриж в віддалені терміни спостереження.

**Результати та обговорення.** При застосуванні лапароліфтів (18) огляд зберігається на 360 градусів, обмеженості рухів маніпуляторами не було. Середня тривалість операцій була  $45 \pm 5$  хвилин. Дренування черевної порожнини не проводили. Летальних випадків не було. Середній ліжко-день склав  $1,5 \pm 0,5$  доби. У післяопераційному періоді інтраабдомінальних ускладнень не було. Рівень больових відчуттів за ВАШ в склав  $2,5 \pm 0,3$  бали за 10–бальною шкалою, задоволеність результатом лікування –  $4,6 \pm 0,2$  бали за 5–бальною шкалою. Антибактеріальна терапія хворим не проводилась.

**Висновки.** Запропонована програма імплементації протоколу швидкого відновлення в комплексі з електрозварюванням живих біологічних тканин на всіх етапах виконання лапароскопічної холецистектомії є безпечною лікувальною стратегією, що може стати альтернативою стандартним методикам лікування та реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит.



## Способи біліарної декомпресії при обтураційній жовтяниці у хворих різних вікових груп

О. Є. Каніковський, Я. В. Карий, Ю. В. Бабійчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Розвиток мініінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих з непрохідністю жовчних проток. Однак, на сьогодні залишається не вирішеним питання щодо оптимального способу біліарної декомпресії при обтураційній жовтяниці (ОЖ).

**Мета.** Вивчити ефективність мініінвазивних і відкритих способів біліарної декомпресії при лікуванні ОЖ у хворих різних вікових груп.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 200 хворих на ОЖ протягом 2002 – 2017 років. Хворих молодого віку було 15, середнього – 36, похилого – 86, старечого – 58, довгожителів – 5. Середній вік –  $62 \pm 6,0$  років. Причиною ОЖ непухлинного генезу були: холедохолітіаз – 86 пацієнтів, синдром Mirizzi – 11, стриктура холедоха – 6, стенозуючий папіліт (СП) – 18, хронічний фіброзний панкреатит – 10, кіста головки підшлункової залози (ПЗ) – 3, постхолецистектомічний синдром – 16. Пухлинний генез ОЖ зумовили: рак головки ПЗ – 27 хворих, рак великого сосочку дванадцятипалої кишки – 5, рак гепатикохоледоха – 9, рак жовчного міхура з проростанням у гепатодуоденальну зв'язку – 4, метастази раку в ворота печінки – 5.

**Результати, їх обговорення.** Двоетапні мініінвазивні втручання проведені в 80 хворих похилого й старечого віку з рівнем білірубіну понад 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ понад 14 днів, за наявності холангіту, біліарного панкреатиту і декомпенсованої супутньої патології. Першим етапом виконано ендоскопічну балонну дилатацію у 3 хворих за наявності конкрементів діаметром до 5 мм. Ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) проведено у 50 пацієнтів з холедохолітіазом. Самостійне відходження конкрементів до 10 мм відбулось у 23 хворих, літоекстракцію кошиком Dormia виконано у 15. Механічну літотрипсію здійснено у 12 хворих за наявності конкрементів 10 – 20 мм. З приводу СП проведено ЕПСТ у 18 пацієнтів. За наявності холангіту виконано ЕПСТ і назобілярне дренажування холедоха у 9 хворих. На другому етапі проведено лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ).

Одноетапні мініінвазивні втручання виконані у 30 хворих молодого та середнього віку з гіпербілірубінемією менше 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ не більше 14 днів, наявності компенсованих або субкомпенсованих супутніх захворювань, а також при відсутності холангіту і біліарного панкреатиту. ЛХЕ і літоекстракцію через міхурову протоку проведено у 6 пацієнтів за наявності конкрементів до 5 мм. ЛХЕ з зовнішнім дренажуванням холедоха виконано у 8 хворих з синдромом Mirizzi I типу. Ендобілярне ретроградне стентування проведено у 16 хворих з непрохідністю термінального відділу холедоха. Одноетапні відкриті операції на жовчних протоках виконані у 90 хворих різних вікових груп. Холедохолітотомію проведено у 14 пацієнтів. Сформовано антирефлюксний холедоходуоденоанастомоз у 32 хворих (холедохолітіаз в поєднанні з СП – 13, хронічний фіброзний панкреатит – 10, кіста головки ПЗ – 3, рак головки ПЗ – 5). Гепатикоєюностомію за Roux проведено у 21 хворого (стриктура холедоха – 3, синдром Mirizzi II типу – 3, рак гепатикохоледоха – 9, рак головки ПЗ – 5). Панкреатодуоденальну резекцію виконано у 3 хворих з раком головки ПЗ, антеградне стентування холедоха – у 6.

Ускладнення після мініінвазивних оперативних втручань виникли у 5 (4,5%) випадках, після відкритих – у 10 (11,1%) ( $p < 0,05$ ). Померло 2 (2,2%) хворих.

**Висновки.** Застосування мініінвазивних способів біліарної декомпресії при лікуванні ОЖ у хворих різних вікових груп дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 6,6% ( $p < 0,05$ ). Двоетапна хірургічна тактика при ОЖ у хворих похилого й старечого віку є пріоритетною. Одноетапну корекцію доцільно виконувати у хворих молодого та середнього віку з рівнем білірубину менше 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ не більше 14 днів, компенсованими або субкомпенсованими супутніми захворюваннями.

## Периопераційна антитромботична терапія у хворих на гострий калькульозний холецистит та супутню ішемічну хворобу серця

С. О. Кондратенко, В.Г. Мішалов, Л. Ю. Маркулан, А. О. Бурка

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

**Мета роботи** – оцінити ефективність удосконаленої периопераційної антитромботичної терапії у хворих, яким виконано лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого калькульозного холецистита (ГКХ) на тлі супутньої ІХС.

**Матеріали та методи** У дослідженні взяли участь 168 хворих з ГКХ та ІХС, які отримували до госпіталізації в хірургічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва антикоагуляційну терапію (АКТ) або антиагрегаційну терапію (ААТ).

У групу порівняння (Група П) увійшло 95 хворих, яким проводилася загальноприйнята периопераційна антитромботична терапія, в основну групу (група О) – 73 хворих, яким проводилася бриджинг-терапія за розробленими алгоритмами.

Групи хворих були репрезентативні за функціональним класом серцевої недостатності, класом стенокардії, тяжкістю та гістологічною формою ГКХ, питомою вагою варіантів АКТ та ААТ.

Цільовими точками дослідження були частота досягнення терапевтичного значення МНВ або часу кровотечі (ЧК) за Лі-Уайтом в передопераційному та ранньому післяопераційному періодах та частота геморагічних ускладнень.

Аналіз даних проводився з використанням пакетів статистичного аналізу IBM SPSS Statistics 22.

**Результати** Безпосередньо перед операцією у хворих групи О середні значення МНВ були більшими за таких в групі П:  $2,93 \pm 0,18$  проти  $1,96 \pm 0,18$ . Цільові (терапевтичні) значення МНВ  $> 2$  в групі О (з числа 20 хворих, що до госпіталізації отримували варфарин) були у 18 (90%); в групі П (21 хворий) – у 11 (52,4%),  $p = 0,008$ . Цільові (терапевтичними) значення ЧК  $> 12$  в групі О (з числа 53 хворих, що до госпіталізації отримували ААТ) цільові значення ЧК  $> 12$  хв були у 48 (90,6%); в групі П (74 хворих) – у 46 (62,2%),  $p = 0,001$ . Достовірні відмінності між групами щодо частки хворих з терапевтичними значеннями МНВ та ЧК спостерігалися відповідно перших трьох та чотирьох діб післяопераційного періоду відповідно.

Підвищена кровоточивість тканин (ложа жовчного міхура), при якій досягнення стабільного гемостазу потребувало більше 10 хвилин спостерігалась у 19 (26,0%) хворих групи О та у 20 (21,1%) в групі П,  $p = 0,449$ . Необхідність тампонади ложа жовчного міхура виникла, у 13 (17,8%), хворих групи О та у 11 (11,6%) групи П,  $p = 0,253$ ; у чотирьох хворих групи О та у 6 групи П відмічалось зниження гемоглобіну нижче 100 г/л, але не нижче 86 г/л., всі  $p > 0,05$ .

**Висновок.** Удосконалений алгоритм бриджин–терапії у хворих з ГКХ і супутньою ІХС дозволяє достовірно збільшити частку хворих з цільовими значеннями показників профілактики тромбоемболізму в периопераційному періоді (порівняно із конвенційним підходом) без значимих геморагічних ускладнень, як у разі прийому в анамнезі антикоагуляційних так і антиагрегаційних препаратів.

## Роль ендovasкулярних втручань на воротній вені в підготовці пацієнтів з вогнищевими захворюваннями печінки до радикального хірургічного лікування

В. А. Кондратюк

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

### Вступ

Єдиним методом, який дозволяє досягти достовірного збільшення виживання хворих із злоякісними вогнищевими захворюваннями печінки, є радикальна резекція печінки, але її широке використання обмежується малим об'ємом залишкової частини печінки, що призводить до післяопераційної печінкової недостатності. Перспективною малоінвазивною методикою, що дозволяє мінімізувати частоту і тяжкість післяопераційної печінкової недостатності у таких пацієнтів, є ендovasкулярна емболізація гілок воротної вени (ЕВВ). Застосування цієї методики в комплексі підготовки до розширеної резекції печінки дозволяє домогтися компенсаторною гіпертрофії здорової тканини печінки, покращуючи таким чином співвідношення здорова тканина / пухлина.

**Мета.** Вивчити результати ендovasкулярної оклюзії порталних гілок частини печінки, запланованої для видалення, у пацієнтів з вогнищевими захворюваннями печінки і малим запланованим печінковим залишком (ЗПЗ).

**Матеріали і методи.** За період з 2008 по 2017 рр ЕВВ виконана у 418 пацієнтів з вогнищевими злоякісними захворюваннями печінки. У всіх пацієнтів ЗПЗ становив менше 25% тканини печінки, що було підставою для включення цих пацієнтів до групи підвищеного ризику післяопераційної печінкової недостатності. Для емболізації використовували поліуретанові частки і емболізаційні спіралі. Зміна обсягу ЗПЗ визначали за даними 2 КТ–досліджень, виконаних до ЕВВ і перед відкритим хірургічним втручанням. Інтервал між дослідженнями склав  $22 \pm 4$  дні.

**Результати і їх обговорення.** Успішну ЕВВ виконали у всіх пацієнтів. Протягом доби після емболізації пацієнти відзначали незначний больовий синдром, субфебрилітет, помірні диспептичні розлади. В найближчий постпроцедурний період відзначали короткочасний підйом трансаміназ, достовірного підвищення рівня білірубіну не відзначено. Зміни показників загального білка, лужної фосфатази, протромбіну не були статистично достовірними. Обсяг печінкового залишку збільшився з  $21,4 \pm 4\%$  до  $38,2 \pm 9\%$ . Резекція печінки в терміни 20–36 діб після ПЕВВ виконана у 371 пацієнта (88,7%). Відмова від хірургічного втручання була пов'язана з прогресуванням пухлинного процесу і з погіршенням загального стану. 1-, 3- і 5- річна виживаність досліджена у 236 пацієнтів і складала відповідно 82%, 64% і 40%.

**Висновки.** ЕВВ у пацієнтів з розповсюдженими вогнищевими захворюваннями печінки дозволяє домогтися збільшення обсягу запланованого печінкового залишку і виключити більшість пацієнтів з групи підвищеного ризику радикальної резекції.

Застосування цієї методики дозволяє розширити діапазон резектабельності злоякісних новоутворень печінки і знизити відсоток післяопераційних ускладнень і летальності.

## Резекция воротной вены в лечении перихилярной холангиокарциномы

О. Г. Котенко, А. О. Попов, А. В. Гриненко, А. В. Гусев, А. А. Коршак,  
Д. А. Федоров, М. С. Григорян, А. А. Остапишен, А. А. Минич

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова, Киев, Украина

**Введение.** Перихилярная холангиокарцинома – редкий вид злокачественных новообразований и составляет 3–7 случаев на 100000 населения. Хирургический метод является единственным радикальным методом лечения, позволяющим улучшить отдаленные результаты выживаемости. Не смотря на относительно небольшие размеры перихилярных холангиокарцином, локализация и характер роста этих опухолей обуславливают значительные трудности их хирургического лечения. Одной из важных и характерных особенностей перихилярной холангиокарциномы является инвазия опухоли в область бифуркации воротной вены, которая встречается в 30 – 45% случаев. Опухолевая инвазия в сосуды портальных ворот до недавнего времени являлось основным причиной нерезектабельности осложненной перихилярной холангиокарциномы. Однако, в последние десятилетия прогресс хирургической техники позволили проводить резекцию и пластику пораженной воротной вены с приемлемыми показателями послеоперационных осложнений и летальностью.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение результатов хирургического лечения пациентов с перихилярной холангиокарциномой с инвазией в воротную вену.

**Материалы и методы.** С 2003 по 2017 г.г. в отделении трансплантации и хирургии печени НИХиТ АМН Украины им А.А. Шалимова произведены обширные и расширенные резекции печени 153 больным с перихилярной холангиокарциномой. В предоперационном периоде выполняли декомпрессию желчных протоков, с помощью их наружного дренирования под рентген или ультразвуковым контролем, либо проводили ретроградное эндобилиарное стентирование. В случаях, когда планируемый печеночный остаток был менее 35% от общего объема печени мы выполняли эмболизацию ветвей воротной вены. В исследуемую группу включены 66 (43%) пациента с перихилярной холангиокарциномой, у которых выявлена на опухолевая инвазия в конfluence воротной вены. Этим больным выполнили обширные резекции печени в сочетании с резекцией и пластикой воротной вены. Группу сравнения составили 87 (57%) пациентов с резекциями печени без сосудистой пластики.

**Результаты.** За период с 2003 по 2017 год в Национальном институте хирургии и трансплантологии выполнено 205 оперативных вмешательств по поводу перихилярной холангиокарциномы. Из них 153 больным выполнены радикальные оперативные вмешательства. У 52 больных произведена эксплоративная лапаротомия, во время которой выявлены отдаленные метастазы или канцероматоз. Резектабельность составила 74,6%. Гистологически опухоль в исследуемой группе в 15 (23%) случаях была высокодифференцированной, в 39 (59%) – умереннодифференцированной, в 12 (18%) – низкодифференцированной.

Послеоперационная летальність в досліджуваній групі склала 10 (15%), в групі порівняння 15 (17%) пацієнтів.

Общая 1, 3, 5 летняя виживаемость в исследованной группе составила 81,8%, 40,9%, 31,8% соответственно. В группе сравнения 1, 3, 5 летняя выживаемость составила 79,3%, 39,1%, 31% соответственно

**Выводы.** Агрессивная тактика хирургического лечения перихилярной холангиокарциномы обеспечивает максимальную радикальность, позволяет увеличить резектабельность при опухолевой инвазии воротной вены с приемлемой летальностью и отдаленной выживаемостью.

## Місце анатомічної лапароскопічної резекції в хірургії печінки: аналіз першого досвіду

О. Г. Котенко, Д. О. Федоров, О. М. Остапишен, К. О. Юзвик,  
Р. А. Зацаринний

Національний інститут хірургії та трансплантології ім.О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** За останнє десятиріччя розвиток хірургічних технологій призвів до значного росту кількості та складності втручань в гепатобіліарній зоні, що виконуються лапароскопічно. Мініінвазивний підхід до лікування новоутворень печінки пройшов шлях від крайових резекцій та енуклеацій до обширних анатомічних резекцій. На теперішній момент він за технічними можливостями лише незначно поступається відкритому доступу у обмеженій групі пацієнтів яким необхідна судинна реконструкція, проте має значну кількість переваг в загальній когорті пацієнтів з вогнищевою патологією печінки. Серед доведених переваг лапароскопічної резекції печінки є менша її травматичність, менший рівень крововтрати та швидша реабілітація порівняно із відкритими втручаннями. Враховуючи це у відділі хірургії та трансплантології НІХтаТ ім.О.О.Шалімова у рамках надання високоспеціалізованої допомоги третинної рівня було впроваджено в практику виконання анатомічних лапароскопічних резекцій пацієнтам з вогнищевою патологією печінки.

**Метою** даного дослідження є оцінка результатів виконання анатомічних лапароскопічних резекцій та визначення показів до їх виконання.

**Матеріали та методи.** В дослідження включено 12 пацієнтів (10 жінок, 2 чоловіків) віком від 25 до 65 років, яким було виконано різні види анатомічних лапароскопічних резекцій печінки за період 2016–2017 р. Показом до виконання резекції печінки у 4(33,3%) пацієнтів був гемангіоматоз, у 3(25%) – аденоми печінки, у 2(16,6%) – ехінококкоз печінки, у 1(8,3%) – проста киста печінки, у 1(8,3%) – гепатоцелюлярна карцинома на фоні цирозу та у 1 (8,3%) метастази раку молочної залози. Розмір новоутворення варіював від 5,3 до 9,4 см (середнє 7,2±3,4 см). У жодного з пацієнтів не відмічали інвазію в магістральні структури. Більшість пацієнтів не мали вираженої коморбідності. У 2(16,6%) пацієнтів було морбідне ожиріння 2 ст.

**Результати та їх обговорення.** 9(75%) пацієнтам була виконана лівобічна латеральна секціоектомія, 2(16,6%) анатомічна бісегментектомія сегментів 5–6, 1(8,3%) лівобічна гемігепатектомія. Середня тривалість операції становила 4,6 год. (276 ± 93 хв.). Крововтрата склала 416 ± 403 мл. Використовували 5 троакальний доступ, тиск карбоксиперітонеуму підтримували на рівні 12–15 мм.рт.ст. Прийом Прінгла використовували у 7(58,3%) хво-

рих інтервалами 15–5 хв. Середня тривалість перетискання печінкового притоку склала  $55,7 \pm 7,6$  хв. Трансекцію виконували шляхом краш–клампу затискачем типу «меріленд» із селективним кліпуванням виділених структур. Післяопераційний період перебігав без ускладнень у всіх 12 хворих. Помірно виражений больовий синдром спостерігали у 5(41%) хворих, що потребувало введення аналгетиків на 1–2 п/о добу. Всіх пацієнтів вели згідно протоколу ERAS, який включав ранню мобілізацію та раннє годування після активізації перистальтики. Середня тривалість п/о періоду склала 92 доби.

**Висновки.** Виконання анатомічних резекцій печінки лапароскопічним доступом дозволяє зменшити ризик ускладнень та пришвидшити реабілітацію пацієнтів з вогнищевою патологією печінки. Лапароскопічна резекція печінки є ефективною альтернативою відкритим втручанням при об'ємних ураженнях печінки без інвазії в магістральні структури.

## Оптимизация выбора хирургической коррекции механической желтухи на фоне холангита

М. С. Котовщикова, А. И. Ягнюк

Харьковский национальный медицинский университет. г. Харьков. Украина

**Вступление.** В последнее время актуальной остается проблема хирургической коррекции у больных механической желтухой, особенно сопровождающейся холангитом.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных механической желтухой осложненной холангитом.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 103 больных с механической желтухой осложненной холангитом в возрасте от 21 года до 96 лет. Мужчин было 30 (29,1%), женщин 73 (70,9%). Базисным методом диагностики механической желтухи было ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). Большинство больных составляли пациенты трудоспособного возраста.

Основными причинами механической желтухи были: холедохолитиаз (73 пациента), стеноз большого дуоденального сосочка (9 больных), папиллит (8 больных), рубцовые стриктуры БДС после ранее выполненной ЭПСТ – 13 случаев.

После предварительной консервативной терапии, которая в urgentных случаях представляла собой и предоперационную подготовку всем больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которую старались выполнять в максимально сжатые сроки от момента поступления.

**Результаты и обсуждение.** В зависимости от результатов после ЭПСТ у части больных потребовалось выполнение следующего этапа хирургического вмешательства. Вторым этапом после ЭПСТ была выполнена лапароскопическая холецистэктомия у 29 (28,2%) больных. У 32 (31,0%) больных ЭПСТ была малоэффективна и больным была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с холедохолитотомией, при этом дренирование холедоха выполнено у 23 больных, у 8 больных операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза.

В послеоперационном периоде осложнениями, развившимися непосредственно после ЭПСТ являлись: панкреатит у 3-х (2,9%) больных, в 3-х (2,9%) случаях – кровотечение из папиллотомной раны, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты

интенсивной терапии и повторного эндоскопического вмешательства. Умерла одна (0,9%) больная старческого возраста.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит – 3 (2,9%) случая, нагноение послеоперационной раны – 2 случая (1,9%), подпеченочный абсцесс 1 (0,9%) случай, пневмония – 2 случая (1,9%) у 1 (0,9%) больного сформировался наружный желчный свищ. Умерло 2 (1,9%) больных старческого возраста в следствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

## **Выводы.**

1. Оптимальной тактикой лечения механической желтухи осложненной холангитом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия в ближайшие 24–48 часов от момента поступления в клинику.

2. Профилактику острого панкреатита следует проводить с момента выполнения ЭПСТ продолжая в раннем послеоперационном периоде, с максимально возможной компенсацией состояния витальных систем организма.

## **Показання до однопортової холецистектомії у хворих з хронічним калькульозним холециститом**

**Б. С. Кравченко, В. М. Клименко**

**Запорізький державний медичний університет**

**Актуальність.** На сьогоднішній день лапароскопічна холецистектомія безумовно є «золотим стандартом» лікування хворих жовчнокам'яною хворобою. Зі збільшенням хірургічного досвіду ряд обмежень та протипоказань до виконання лапароскопічної операції були неодноразово переглянуті та зведені до мінімуму.

Незважаючи на успіхи лапароскопічних технологій, прагнення хірургів зменшити операційну травму при виконанні холецистектомії неухильно зростає.

Еволюція хірургічного доступу направлена на зменшення довжини розрізу, що узгоджується з принципами мінімально інвазивної хірургії. Зниження травматичності операційного доступу можливе за рахунок зменшення кількості портів, застосовуючи технології однопортового лапароскопічного доступу.

Деяка складність позиціонування інструментів в черевній порожнині з можливим утрудненням дотримуватись принципів триангуляції спонукає хірургів до визначення чітких критеріїв відбору пацієнтів, та встановлення показань до виконання однопортової холецистектомії у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом.

**Мета.** Визначити показання до виконання однопортової холецистектомії у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом.

**Матеріали та методи.** У проспективне дослідження включені 54 пацієнта за період 2016–2017 років, яким виконана однопортова лапароскопічна холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холецистититу

Усім хворим на доопераційному етапі проводилось ретельне ультразвукове дослідження (УЗД) з метою виявлення хронічного калькульозного холецистититу та деталізації розмірів, товщини стінок та синтопії жовчного міхура, наявності зрощень в зоні шийки жовчного міхура. Оцінювались терміни камненосійства, випадки жовчної кольки, наявність пупкової грижі; вимірювався індекс маси тіла.

**Результати.** В усіх хворих виконана трансумбілікальна однопортова холецистектомія без встановлення додаткових троакарів. Дренування черевної порожнини не проводилось. У пацієнтів з пупковою грижею одномоментно виконувалась герніопластика з використанням сітчастого трансплантату. Усім пацієнтам після операції на другу добу (перед випискою) виконували УЗД черевної порожнини та м'яких тканин (даних за зупинення рідини та іншої патології черевної порожнини не було).

**Висновки.** Однопортова лапароскопічна холецистектомія є безпечною операцією і виконується без будь-яких утруднень за умов встановлення чітких показань на доопераційному етапі, а саме: деталізація УЗ критерії хронічного запалення жовчного міхура без інтра- та естравезикальних ускладнень, період каменосійства не перевищує двох років, не більше одного випадку жовчної кольки в анамнезі, наявність пупкової грижі, ІМТ – до 35 кг/м<sup>2</sup>.

## Ефективність застосування безкліпсової методики при виконанні лапароскопічної холецистектомії

В. М. Лазько, С. В. Конончук

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
Волинська філія кафедри хірургії і ендоскопії ФПДО, Луцька ЦРЛ

**Вступ.** З часу виконання першої лапароскопічної холецистектомії тривають пошуки для подальшого її вдосконалення. Застосування нових технологій у модернізації лапароскопічної апаратури та інструментарію, використання однопортової лапароскопії, виконання операції за NOTES-технологією зробили значний крок до вдосконалення і одночасно в рази збільшили собівартість таких операцій. З урахуванням можливостей нашої медицини залишається актуальним, пошук нових методів та технологій, що дозволяють знизити фінансові затрати на лікування. Одним із таких є застосування безкліпсової методики при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на жовчнокам'яну хворобу.

**Мета роботи.** Проаналізувати результати лікування хворих із калькульозним холециститом, яким виконували лапароскопічну холецистектомію із застосуванням безкліпсової методики, для пошуку складових (факторів), які дозволяють покращити оперативне лікування даної патології.

**Матеріали і методи.** З грудня 2016 р. до лютого 2018 р. було виконано 100 лапароскопічних холецистектомій у хворих на жовчнокам'яну хворобу. Гострий калькульозний холецистит діагностували у 33 (33%) хворих, хронічний калькульозний – у 67 (67%). Жінок було 89 (89,9%), чоловіків – 11 (10,1%). Середній вік – 52 роки (±8,3). У всіх пацієнтів цієї групи перекриття міхурової протоки та артерії виконували за безкліпсовою методикою: з допомогою високочастотної дозованої коагуляції в автоматичному режимі «зварювання». Для цього використали вітчизняний високочастотний генератор ЕКВЗ-300 марки «Патонмед» з 5-міліметровими лапароскопічними інструментами: біполярним дисектором типу «Мериленд» та інструментом для електролігування «LigaSure™ Blunt Tip» фірми «Covidien».

**Результати і обговорення.** Всім хворим було виконано лапароскопічну холецистектомію. Для закриття просвіту артерії та протоки жовчного міхура у 65 пацієнтів застосували біполярний дисектор, решті 34 хворим використали інструмент для високочастотної хірургії «LigaSure».



Тривалість процесу зварювання та перетинання інструментом «LigaSure» однієї з трубчастих елементів жовчного міхура (артерії чи протоки) складала 6 – 8 с. При коагуляції міхурової артерії біполярним дисектором тривалість процедури збільшувалась вдвічі (12 – 16 с.). В свою чергу процес зварювання міхурової протоки займав від 12 до 30 с. і залежав від анатомічних змін її стінки. Так, у 12 пацієнтів з широкою протокою або вираженою інфільтрацією стінки, вдалося досягнути повного зварювання лише після 3 – 4 зварювальних циклів. Результат зварювання оцінювали інтраопераційно після пересічення коагульованих трубчастих елементів за повною відсутністю підтікання крові та жовчі з проксимальних кінців. У всіх оперованих до ложа міхура підводили трубку–дренаж типу «Редон», яку видаляли на другу–третю добу після операції.

В післяопераційному періоді в жодного хворого не було холе– та геморагії із трубчастих елементів, які зварювали. Всі хворі одужали. Середній термін спостереження і лікування становив 6 дів ( $\pm 2,2$ ).

## **Висновки.**

1. Безкліпсова методика, яка застосовується під час лапароскопічної холецистектомії не складна для виконання, відзначається відсутністю ускладнень, скорочує тривалість операції та потребує подальшого вивчення.

2. Безкліпсова методика лапароскопічної холецистектомії є економічно ефективною, її застосування дає можливість знизити фінансові витрати на оперативне лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою.

## **Аналіз причин виникнення рецидивного холедохолітазу у пацієнтів після ендоскопічних транспапілярних втручань**

**Б. Ф. Ліщук, В. І. Коломійцев, О. В. Лукавецький**

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,*

**Вступ.** За останні роки в усьому світі спостерігається неухильне зростання кількості пацієнтів з холелітазом та збільшення частоти ускладнень цього захворювання. Особливе місце займає проблема рецидивного холедохолітазу (РХЛ), що зустрічається у 15–30% пацієнтів первинно оперованих з приводу конкрементів жовчовивідних шляхів. Вказані дані свідчать про актуальність проблеми РХЛ, яка на сьогоднішній день є далекою від вирішення.

**Мета.** Провести аналіз результатів біохімічного дослідження жовчі у пацієнтів з РХЛ, яким проводилось ендоскопічне лікування з використанням транспапілярного доступу.

**Об'єкт та методи дослідження.** Проведено вивчення літогенних властивостей жовчі, отриманої при ендоскопічному транспапілярному втручанні у 23 пацієнтів з РХЛ у період 2016–2017 роки. Визначали вміст холестерину, холевої кислоти і фосфоліпідів. На підставі отриманих результатів розраховували холато–холестериновий коефіцієнт: відношення концентрації холевої кислоти до концентрації холестерину.

**Результати та їх обговорення.** У проведеному дослідженні у жовчі всіх пацієнтів з РХЛ виявлено підвищений вміст холестерину ( $2,57 \pm 0,16$  ммоль/л), зниження концентрації холевої кислоти ( $1,52 \pm 0,15$  ммоль/л) і фосфоліпідів ( $0,24 \pm 0,05$  ммоль/л); відповідно знижувався й важливий для підтримки у розчиненому вигляді жовчі холато–холестериновий коефіцієнт ( $0,60 \pm 0,02$ ).

Таким чином, при аналізі отриманих показників виявлено, що в обстеженій групі пацієнтів з рецидивом холедохолітіазу, яким проводилась лікувальна ЕРХПГ, жовч мала високі літогенні властивості, що, ймовірно, й було однією з основних умов повторного утворення конкрементів у жовчовивідних шляхах.

#### **Висновки.**

1. Підвищена літогенність жовчі є основною або однією з провідних причин формування конкрементів після проведених ендоскопічних транспапільярних втручань.

2. Хворі з рецидивом холедохолітіазу після ендоскопічної транспапільярної літоекстракції потребують опрацювання додаткових схем профілактики рецидиву захворювання після проведеного інтервенційного ендоскопічного лікування.

## **Перший досвід флюоресцентної холангіографії при лапароскопічній холецистектомії**

**А. В. Малиновський, М. М. Майоренко, А. С. Сергієва**

**Одеський національний медичний університет**

**Вступ.** Флюоресцентна лапароскопія з індоціаніном зеленим – нова технологія, що дозволяє візуалізувати позапечінкові жовчні протоки та є корисною при технічно складній лапароскопічній холецистектомії.

**Метою** дослідження був аналіз першого досвіду застосування флюоресцентної холангіографії при лапароскопічній холецистектомії.

**Об'єкт та методи дослідження.** Флюоресцентна холангіографія виконана 4 пацієнткам з калькульозним холециститом. В одній пацієнтки був гострий деструктивний холецистит з інтимною адгезією шийки жовчного міхура до гепатодуоденальної зв'язки. У другій пацієнтки була підозра на транзиторний холедохолітіаз. У двох пацієнток був тяжкий хронічний калькульозний холецистит з рубцевими зрощеннями в зоні трикутника Кало. Флюоресцентна лапароскопія виконана за допомогою спеціальної відеосистеми Karl Storz: освітлювач D–Light P, спеціальний світловода та оптика. Індоціанін зелений (Aurogreen, Augolab, Індія) вводився під час премедикації внутрішньовенно болюсно у дозі 0.25 мг/кг маси тіла. Таким чином, через 30–40 хвилин досягалася максимальна концентрація препарату у жовчних протоках. В процесі холецистектомії при препаруванні елементів трикутника Кало вмикався режим огляду у спектрі близькому до інфрачервоного.

**Результати та обговорення.** При цьому у всіх випадках були чітко візуалізовані міхурова протока, загальна печінкова протока та загальна жовчна протока. Це дозволило, особливо у випадку гострого холецистити з паравезикальним інфільтратом, швидко досягти «критичного вигляду безпеки» та виконати обробку трубчастих структур без ризику пошкодження позапечінкових жовчних проток. У випадку, де підозрювався транзиторний мікрохоледохолітіаз (холедох був діаметром 12 мм) методика дозволила довести повну прохідність жовчних проток за рахунок встановлення флюоресценції початкових відділів порожньої кишки. Останнє застосування флюоресцентної холангіографії для оцінки прохідності жовчних проток було застосовано нами вперше. Воно може бути у певних випадках альтернативою традиційній контрастній холангіографії, яка потребує додаткового обладнання та значно більшого часу. У всіх випадках технічних труднощів не виявлено, алергічних реакцій не було. У жодної пацієнтки не було післяопераційних ускладнень.

## Висновки.

1. Флюоресцентна холангіографія при лапароскопічній холецистектомії є зручною та безпечною методикою.
2. Флюоресцентна холангіографія дозволяє чітко візуалізувати позапечінкові жовчні протоки та швидко досягти «критичного вигляду безпеки».
3. Флюоресцентна холангіографія дозволяє оцінити прохідність позапечінкових жовчних проток у певних випадках, що потребує подальшого вивчення.

## Гепатобилиарная патология у беременных: хирургические аспекты

В. И. Мамчич, О. В. Голяновский, М. А. Чайка

НМАПО имени П.Л.Шурика, КОКБ, КОЦОЗМиР, Киев

**Актуальность.** Экстрагенитальные заболевания у беременных – одна из причин материнской и перинатальной смертности. В структуре этих заболеваний 3–6% связаны с заболеваниями печени и внепеченочных желчных протоков. Особый интерес представляет желтуха у беременных с необходимостью дифференцировать обтурационные формы, требующие эндоскопических и хирургических вмешательств.

**Цель исследования.** Выяснить особенность течения острого холецистита и обтурационных желтух у беременных с возможным ограничением инструментальных исследований, выработки оптимальной лечебной и хирургической тактики для сохранения жизни матери и плода.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении КОКБ в период с 2007 по 2017 г.г. оперировали 892 больных по поводу ОХ. В возрасте от 18 до 44 лет оперированы 693 больных (18,8%), из них женщин – 561 (81%), по поводу холедохолитиаза – 88 (12,7%).

Признаки билиарного сладжа и минихоледохолитиаза (до 0,2 мм) выявлены у 104 (15%). Оперированы 15 беременных по поводу ОКХ и в одном случае – HELLP-синдрома.

В клинике акушерства и гинекологии за этот же период проведено 26411 родов. Хронические заболевания печени и внепеченочных желчных протоков выявлены у 1479 беременных (5,6%), дискинезия желчного пузыря – у 203 (7,7%), ЖКБ, не потребовавшие хирургических вмешательства – у 33 (2,2%). Гипербилирубинемия диагностирована у 394 (1,49%), преимущественно над- и печеночные формы. Холестатическая (обтурационная) желтуха выявлена только у 6 (1,5%).

**Результаты исследования.** Диагностика ЖКБ и ОХ осложнена тем, что диспепсические явления характерны и для здоровых беременных. У 14% беременных билиарная патология маскируется ранним гестозом.

Методом выбора в диагностике билиарной патологии у беременных в I–II триместрах является УЗИ, в III – триместре возможности метода ограничены.

КТ у беременных не желательно до формирования органогенеза у плода (I–II триместр). При МРТ у беременных есть угроза нагревания околоплодных вод.

## Выводы.

Выявление хронической патологии гепатопанкреатобилиарной системы необходимо до наступления беременности, когда нет ограничений в инструментальной диагностике. Оценка степени риска для матери и плода при гепатобилиарной патологии и выбор оптимальной тактики диагностики и лечения решаются совместно акушером-гинекологом, хирургом, анестезиологом и специалистами в УЗИ, КТ и МРТ.

## Лапароскопічна холецистектомія з використанням інструментів зменшеного діаметру

М. А. Мендель, Ю. В. Павлович

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг»

**Вступ:** Незважаючи на те, що лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є стандартним методом лікування, останнім часом розроблені методи удосконалення технології холецистектомії з метою зменшення її травматичності та поліпшення косметичного результату. Це холецистектомія з єдиного доступу (однопортова) і холецистектомія через природні отвори тіла (NOTES). Проте ці технології мають певні недоліки, пов'язані як з технічною складністю виконання операції, так і з збільшенням вартості витратних матеріалів і обладнання. Також при вказаних методиках існують складнощі з досягненням стандартного безпечного варіанту дисекції – критичного погляду безпеки. Ці недоліки відсутні у ЛХЕ з використанням інструментів зменшеного діаметру (3 мм), при якій технологія операції суттєво не відрізняється від традиційної.

**Метою роботи** було оцінити особливості, безпечність і результати виконання лапароскопічної холецистектомії з використанням інструментів зменшеного діаметру.

**Об'єкт і методи дослідження:** Операцію виконували за допомогою інструментів діаметром 3 мм виробництва компанії «Karl Storz», Німеччина. Один 10 мм троакар встановлювали в пупковій зоні, через нього вводили 10 мм лапароскоп, кліпсодіатор і видаляли жовчний міхур з черевної порожнини в контейнері. Три 3 мм троакари встановлювали в типових точках. Після дисекції трикутника Кало і досягнення критичного погляду безпеки в 23 випадках через троакар в епігастральній ділянці вводили лапароскоп діаметром 3 мм і під його контролем через троакар в пупку 10 мм кліпсодіатором виконували кліпування міхурової артерії і протоки. Після пересічення вищевказаних структур змінювали оптику на 10 мм і завершували відділення жовчного міхура від ложа печінки. В 2 випадках виконували перев'язку міхурових артерії і протоки вікрилом через 3 мм троакари. 24 операції закінчено без дренивання черевної порожнини, в 1 випадку встановлено 3 мм дренаж, який видалений на наступну добу. 3 мм рани зашивали підшкірно вікрил–рапідом або накладали наклейки SteriStrip. Рану в пупку ушивали пошарово.

**Результати та їх обговорення:** В 2014–2017 рр в Медичному центрі «Оберіг» виконано 25 ЛХЕ з використанням інструментів зменшеного діаметру. Показаннями до операції були: хронічний калькульозний холецистит у 24 хворих і поліпи жовчного міхура розміром більше 10 мм у 1 хворої. Серед хворих було 24 жінки і 1 чоловік. Середній вік становив 37,76 років (від 23 до 54 років). Індекс маси тіла (ІМТ) був від 20 до 26 кг/кв.м. Середня тривалість операції становила 61,7 хв – від 35 до 95 хвилин. Середній ліжко-день – 1,28 днів (від 1 до 3 днів), з них у 20 хворих – 1 ліжко день. Причиною затримки хворих більше 1 дня було їх бажання.

Проведено оцінку критеріїв критичного погляду безпеки за D.E. Sanford, S.M. Strasberg (2014). В усіх випадках було досягнуто показника не менше 5 балів як для переднього так і для заднього вигляду остаточного варіанту дисекції трикутника Кало (в 20 випадках з 25 показник становив 12 балів з 12 можливих, в 4 випадках – 11 балів, і в одному випадку 10 балів).

Ускладнень та конверсій в традиційну ЛХЕ або відкриту холецистектомію не було. Всі хворі були задоволені косметичним результатом операції.

**Висновки:** Лапароскопічна холецистектомія з використанням інструментів зменшеного діаметру є операцією, яка не поступається безпечністю виконання стандартній ЛХЕ у хворих з нормальним показником ІМТ, маючи при цьому кращі косметичні результати.

## Безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою

**В. Г. Мішалов, О. В. Балабан, Р. В. Гонза, С. М. Гойда, Л. Ю. Маркулан**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

Поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та велика кількість ускладнень і незадовільних результатів хірургічного лікування привертають увагу хірургів до цієї проблеми. Незважаючи на широке впровадження сучасних неінвазивних та мініінвазивних методів діагностики біліарної патології частота ускладнених форм ЖКХ не знижується. Це пов'язано з несвоєчасним лікуванням ЖКХ, що зумовлено, насамперед, соціально-економічними факторами. До цього часу немає єдиної думки щодо доцільності застосування мініінвазивних втручань при лікуванні хворих з гострим деструктивним і ускладненим холециститом.

**Мета.** На основі аналізу безпосередніх та віддалених результатів оперативного лікування пацієнтів з ЖКХ визначити комплекс практичних рекомендацій щодо покращання результатів лікування.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз безпосередніх результатів оперативних втручань у 846 пацієнтів з ЖКХ, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні – клінічній базі кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, за період 2001–2017 рр. Крім того вивчені віддалені результати хірургічного лікування в 244 пацієнтів у термін від 1 до 4 років після перенесеної операції.

Вік хворих знаходився в межах від 17 до 91 року і в середньому склав  $53 \pm 4,6$  рік. Жінок було 724, що складало переважну більшість (85,6%), чоловіків – 122 (14,4%).

Пацієнти були поділені на чотири групи. Першу групу склали 582 (68,8%) хворих, яким проводилась лапароскопічна холецистектомія. У другій групі 114 (13,5%) пацієнтам лапароскопічну холецистектомію проведено після попередньої ЕРХПГ та ендоскопічної папілосфінктеротомії. У третій групі 68 (8%) хворим здійснено відкриту холецистектомію. 82 (9,7%) пацієнтам з ЖКХ проведено відкриту холецистектомію з втручаннями на позапечінкових протоках, які склали четверту групу.

**Результати та їх обговорення.** Наведено результати виконання традиційних, лапароскопічних і ендоскопічних транспапілярних оперативних втручань у пацієнтів з ЖКХ. Серед 846 пацієнтів, прооперованих з приводу даного захворювання лапароскопічну холецистектомію виконали у 696 (82,3%), відкриту холецистектомію в 150 (17,7%) випадках. У 114 (13,5%) пацієнтів з підозрою на патологію позапечінкових жовчних протоків до операції проведена панкреатикохолангіографія з транспапілярними втручаннями. В 82 (9,7%) хворих відкрита холецистектомія супроводжувалась втручаннями на позапечінкових жовчних протоках.

Незадовільні безпосередні результати лікування після лапароскопічних операцій спостерігали в 11 хворих, що склало 1,7%, після відкритих в 9 пацієнтів, що становило

7,6%. Серед віддалених результатів незадовільні відзначені відповідно в 3 (3,1%) та 5 (15%) випадках.

Середній термін перебування хворого в стаціонарі після лапароскопічних втручань становив  $5,6 \pm 1,7$  діб, після операцій з використанням традиційного доступу  $9,0 \pm 1,6$  доби. Післяопераційна летальність склала 0,7% (6 пацієнтів).

#### **Висновки.**

Переваги мініінвазивних втручань в пацієнтів з ЖКХ полягають в скороченні строків перебування пацієнтів у стаціонарі, зменшенні кількості ускладнень, покращанні безпосередніх та віддалених результатів лікування.

## **Етапне ендобіліарне стентування**

**І. Л. Насташенко**

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця**

**Вступлю** Забезпечення тривалого, довічного пасажу жовчі природним шляхом у хворих з неоперабельними формами ускладненої бластоматозної біліарної обструкції досягається ендоскопічним встановленням в жовчні протоки (ЖП) металевих стентів, що розправляються самостійно (МСС). Можливість більш тривалого функціонування МСС відносно пластикових стентів забезпечують їх більший (в 3–4 рази) діаметр та менша площа поверхні, що контактує з жовчею, – фактори, які зменшують схильність до інкрустації металевих стентів жовчними солями.

Водночас, одномоментна декомпресія ЖП (при встановленні МСС діаметром 8–10 мм) у пацієнтів з явищами печінкової недостатності (внаслідок тривалої за часом і високої за рівнем гіпербілірубінемії) в 4,4% випадків провокує розвиток синдрому “швидкої декомпресії” – фатального перебігу гепатаргії.

**Мета.** Покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією, ускладненою явищами печінкової недостатності, шляхом оптимізації тактики внутрішнього транспапілярного дренивання жовчних протоків.

**Об'єкт і методи дослідження.** На протязі 2012–2017 рр. на кафедрі загальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток ендоскопічні транспапілярні втручання проведені 5748 пацієнтам: ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) виконувалась в 2919(50,8%) випадках. Ендостентування ЖП застосоване у 379(7,7%) пацієнтів: в 296(78,1%) випадках з використанням пластикових стентів (паралельно встановлено два або більше стентів 23(6,1%) з них), та у 83(21,9%) випадках були встановлені металеві стенти, що розправляються самостійно (МСС).

При обстеженні останньої категорії пацієнтів за розробленими в клініці критеріями (тривалість жовтяниці більше 2–х місяців, рівень гіпербілірубінемії вище 500,0 мкмоль/л, вік пацієнтів понад 80 років, наявність декомпенсованих форм супутніх захворювань, ахолічна жовч, гнійний холангіт) була сформована група ризику розвитку післядекомпресійної гепатаргії — 32(38,6%) хворих. Відносно них розроблена етапна тактика ендобіліарного стентування. В якості першого етапу лікування у 19(22,9%) пацієнтів застосовані пункційні та у 13(15,75) – транспапілярні методи біліарної декомпресії. В строки від 2–х до 5–ти (в середньому 3,2) тижнів після первинного втручання, за нормалізації стану хворих, їм виконане довічне стентування МСС.

**Результати.** Внаслідок застосування запропонованої етапної тактики лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією тільки в 1(1,2%) випадку спостерігався розвиток синдрому “швидкої декомпресії” з летальним закінченням. У 2(2,4%) випадках розвинувся гострий холецистит внаслідок блокування покритим стентом устя міхурової протоки та в 1(1,2%) занадто довгий стент був встановлений в правий дільовий проток печінки і блокував лівий дільовий проток, що призвело до рецидиву гіпербілірубунемії та розвитку локального гнійного холангіту.

**Висновок.** Застосування етапної тактики декомпресії жовчних протоків із застосуванням малоінвазивних технологій дозволяє покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією і може бути рекомендованим як метод вибору при плануванні проведення довічного стентування у пацієнтів з суб- та декомпенсованими формами печінкової недостатності.

## Формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ–електрозварювання тканин в клінічній практиці

М. Ю. Ничитайло <sup>1</sup>, А. І. Гуцуляк <sup>2</sup>, С. М. Василюк <sup>2</sup>, І. І. Булик <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України,  
<sup>2</sup>Івано–Франківський національний медичний університет

**Вступ.** В поточній хірургічній практиці актуальною є проблема відновлення магістрального жовчовідтоку при обтураційній жовтяниці, стриктурах жовчних проток, тубулярному стенозі спільної жовчної протоки, пухлинах органів періампулярної зони. Формування білідигестивних анастомозів є основним методом лікування при пошкодженні жовчних проток, а також при неможливості за допомогою ендоскопічних методів усунути непрохідність жовчних проток на тлі їх непухлинного чи пухлинного ураження.

**Метою дослідження** є покращення результатів лікування хворих з приводу порушення прохідності позапечінкових жовчних проток шляхом розробки нових методик оперативного лікування з застосуванням сучасних ВЧ–електрозварювальних технологій.

**Об’єкт дослідження:** непрохідність позапечінкових жовчних проток.

**Методи дослідження:** загальноклінічні, лабораторні, УЗД, КТ, МРПХГ, фістулографія, ендоскопічна ультрасонографія, гістологічні.

**Результати та їх обговорення.** У 14 пацієнтів з порушенням прохідності позапечінкових жовчних проток, які потребували реконструктивних втручань проведено формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ–електрозварювання апаратом «Патонмед ЕКВ3–300». У 11-и випадках сформовано терміно–латеральні гепатикоєюноанастомози, ще у 3-х – латеро–латеральні холедохоеюноанастомози на виключеній за Ру петлі тонкої кишки.

Вік хворих коливався від 37 до 70 років, в середньому 59,1±2,7 роки, чоловіків було 7 (50%), жінок теж 7 (50%). У 8 пацієнтів було діагностовано злоякісні пухлини органів біліопанкреатодуоденальної зони, ще у 6 – доброякісні захворювання позапечінкових жовчних проток. З них у 3 хворих були стриктури, у 2 гострий гнійний холангіт та у однієї хворої жовчний перитоніт на 8-й день після ятрогенного пошкодження гепатикохоледоха II тип по Бісмуту.

Білідигестивні анастомози сформовані методом ВЧ–електрозварювання були герметичними та володіли достатньою міцністю, як відразу після формування, так і в подальшому післяопераційному періоді.

Для визначення адекватності жовчовідтоку через анастомоз проведено оцінку рівнів білірубину та трансаміназ. Рівень загального білірубину при поступленні в середньому становив  $134,2 \pm 18,8$  мкмоль/л, на 1–у добу після операції знижувався до  $100,6 \pm 22,5$  мкмоль/л, а на момент виписування з стаціонару становив  $40,4 \pm 6,2$  мкмоль/л. Рівні АЛАТ та АсАТ при поступленні становили  $165,1 \pm 33,3$  та  $129,0 \pm 23,0$  Од/л відповідно, на момент виписування знижувалися до  $63,3 \pm 9,4$  та  $44,6 \pm 5,4$  Од/л.

Добру прохідність та спроможність зварювальних анастомозів також підтверджено даними УЗД та МРПХГ. Часткова неспроможність анастомозу виникла в одного хворого (7,1%) і була усунута консервативними методами. Середній післяопераційний ліжкодень склав  $11,4 \pm 1,1$ .

#### **Висновки:**

1. Формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ–електрозварювання є безпечним та надійним.
2. Використання методу ВЧ–електрозварювання зменшує частоту виникнення неспроможності анастомозів і сприяє більш швидкій нормалізації рівнів білірубину та трансаміназ, що свідчить про добрий жовчовідтік і краще відновлення показників функціональної здатності печінки.
3. Метод ВЧ–електрозварювання дозволяє формувати надійні білідигестивні анастомози в умовах гострого холангіту та жовчного перитоніту.

## **Оцінка структурних особливостей підшлункової залози у віддалені терміни після операцій з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту**

**Д. В. Орловський, Н. Ю. Гравіровська, Н. Ю. Ошмянська, І. С. Коненко**

**ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро**

**Актуальність:** Хронічний панкреатит (ХП) – це активний процес запалення і фіброзу підшлункової залози (ПЗ), асоційований з деструкцією і прогресуючими незворотними структурними змінами паренхіми органу, та супроводжується змінами в екзо- і ендокринній функції тканини залози.

**Мета роботи:** Оцінка віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з ускладненим ХП шляхом вивчення структурних особливостей ПЗ.

**Матеріали та методи:** У відділлі хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з 2012 по 2018 рр. обстежено 107 пацієнтів з ускладненим ХП, з яких інтраопераційну біопсію з трьох різних зон ПЗ (головка, тіло, хвіст) проводили 48 пацієнтам. Їх середній вік становив  $48,5 \pm 14,7$  років. Пацієнти були розділені на 2 групи: 1 група – панкреато–дігестивні у 27 пацієнтів (57,44%), та 2 група – резекційно–дігестивні оперативні втручання у 21 пацієнта (43,75%). Морфологічну оцінку ступеня фіброзу ПЗ проводили за М. Stolte (1991). Зсувнохвильова еластометрія (SWE) виконана на апараті Radmir (Україна).

**Результати:** Нами встановлено, що процес фіброзування при ХП є дифузним, а ріст фіброзної тканини, залучення та руйнування ацинусів ПЗ протікає рівномірно по всій залозі. У I групі у 63% пацієнтів площа фіброзу склала  $36,25 \pm 4,11\%$ , що відповідало II ступеню фіброзу та 37% пацієнтів мали площу фіброзної тканини  $69,31 \pm 6,25\%$ , що було характерним для фіброзу III ступеню. У II групі у 27% оперованих пацієнтів площа фі-



бронної тканини становила  $41,25 \pm 4,11\%$  відповідно до II ступеню фіброзу,  $63\%$  пацієнтів  $63,41 \pm 5,05\%$  - до III ступеню і у  $10\%$  хворих  $89,31 \pm 6,25\%$ , що було характерним для IV ступеню фіброзу. За результатами SWE доопераційні показники жорсткості паренхіми в I групі розподілилися в залежності від фіброзу ПЗ II та III ступенів  $5,12 \pm 0,24$  кПа і  $6,45 \pm 0,76$  кПа відповідно; та в II групі при II, III, IV ступенях фіброзу показники SWE відповідали  $5,61 \pm 0,32$  кПа,  $6,85 \pm 0,12$  кПа,  $7,45 \pm 0,67$  кПа відповідно. Коефіцієнт кореляції в I групі між ступенем фіброзу, визначеним за допомогою морфологічного дослідження, та даними еластометрії відповідає ( $r=0,60$ ,  $p<0,05$ ), в групі II ( $r=0,71$ ,  $p<0,01$ ). Оцінка ферментативної та інкреторної функції ПЗ в обох групах показала збережену інкреторну функцію у  $47,9\%$  пацієнтів I групи та у  $29,1\%$  пацієнтів II групи, при цьому екскреторна функція характеризувалася гіперферментемією у  $21\%$ , нормоферментемією у  $31\%$  і гіпоферментемією у  $48\%$  пацієнтів. Через 2 роки за даними SWE у I групі фіброз II ступеню ПЗ встановлено у  $28\%$  пацієнтів, III ступеню - у  $72\%$  пацієнтів. У осіб II групи за даними SWE, показники фіброзу II ступеню картувалися зонами синьо-блакитного та блакитно-зеленого кольору у  $19\%$  хворих, у  $69\%$  пацієнтів з фіброзом III ступеню і у  $12\%$  хворих з фіброзом IV ступеню характеризувався зонами зелено-жовтого та жовто-червоного кольору. Через 5 років за даними SWE, тенденція поширення фіброзних процесів в ПЗ у пацієнтів I групи виражалася фіброзом III і IV ступеню у  $83\%$  і  $17\%$  хворих відповідно, що вірогідно відрізнялося, в порівнянні з часом виконання операції ( $p<0,05$ ), при цьому у хворих II групи вірогідного прогресування фіброзних процесів не встановлено, а фіброз II ступеню мав місце у  $10\%$  хворих, III ступеню - у  $72\%$  хворих, IV ступеню - у  $18\%$ . Порушення інкреторної функції ПЗ спостерігалось у  $60\%$  пацієнтів I групи та у  $32\%$  пацієнтів II групи, а ферментативна функція у пацієнтів I групи характеризувалася гіперферментемією у  $8\%$ , нормоферментемією у  $26\%$  та гіпоферментемією у  $63\%$ , а у II групі -  $13\%$ ,  $25\%$  і  $52\%$  пацієнтів відповідно.

**Висновки:** Перебіг патологічного процесу в ПЗ у віддалені терміни після операцій з приводу ускладнених форм ХП залежить від вибору методу хірургічного втручання, при цьому фіброзні процеси і порушення екзо- та ендокринної функції прогресують у пацієнтів після проведених панкреатодігестивних оперативних втручань.

## Аналіз причин та факторів ризику конверсії при лапароскопічній холецистектомії

М. І. Покидько, О. А. Ярмак, А. В. Фуніков, І. М. Вовчук, Б. М. Грицко

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**Вступ.** Лише постійний аналіз статистики використання малоінвазивних втручань в ряді центрів, виявлення при цьому значного числа ускладнень, а також діагностичних і тактичних прорахунків при використанні подібних процедур спонукали більш зважено оцінювати успіхи даного напрямку в біліарній хірургії. Немає об'єктивних даних щодо частоти конверсій, в різних авторів вони значно різняться, в зв'язку з індивідуальними досвідом виконання лапароскопічних втручань та технічними навиками. В останні роки, внаслідок розширення показів до виконання ЛХЕ і не завжди адекватних строків оперативного втручання з приводу гострого холециститу, вона складає від 1 до 27%, і є значно вищою при невідкладних втручаннях в порівнянні з плановими.

**Мета.** Проаналізувати частоту, причини та визначити фактори ризику конверсій при ЛХЕ у хворих на гострий та хронічний калькульозний холецистит.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз медичних карт 420 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні на клінічних базах ВНМУ ім. М.І. Пирогова з приводу гострого та хронічного калькульозного холециститу з 2015 по 2017 р. Усім пацієнтам виконувалась ЛХЕ в різні терміни від початку захворювання. За терміновими показами у 43, відстрочене втручання – у 282, планова ЛХЕ – у 95 пацієнтів. Середній вік хворих складав 58,4 роки (від 24 до 76 років). Статистичний аналіз здійснювався за допомогою програми STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc®, USA).

**Результати та їх обговорення.** Перехід на відкрите втручання був необхідним у 36 хворих, що склало 8,53%. Показами до конверсій в 27 випадках (6,43%) були рубцево-запальні зміни в зоні шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки, у 1 випадку (0,24%) – підтікання жовчі з печінкового ложа, в 2 (0,48%) – інтраопераційна кровотеча, в 6 (1,43%) – технічні труднощі, обумовлені спайковим процесом в черевній порожнині після раніше перенесеної лапаротомії. За результатами дослідження, в 75% випадків конверсій мали місце щільні інфільтративні або рубцево-спайкові зміни в гепатобіліарній зоні, обумовлені тривалістю або вираженим деструктивним характером процесу. Серед інтраопераційних ускладнень кровотеча виникла у 11 випадках (2,62%), проте, лише у 2 потребувала переходу на відкрите втручання. Підтікання жовчі з кукси міхурової протоки та з ложа жовчного міхура виникло у 5 (1,19%) хворих, серед них конверсія була необхідною в 1 випадку для додаткової обробки ложа. У 4 (0,95%) пацієнтів інтраопераційно виникла підшкірна емфізема, у 2 (0,48%) – пневмооментум, які не потребували додаткових хірургічних маніпуляцій для їх ліквідації і були зумовлені технічними труднощами при створенні карбоксиперитонеуму.

На основі багатофакторного регресійного аналізу встановлено, що пацієнти віком понад 65 років, хворі з тривалим анамнезом захворювання та часом від початку загоєння, зморщеним (нефункціонуючим) жовчним міхуром, **гострим гангренозним холециститом та лейкоцитозом понад  $14 \times 10^9/\text{л}$  незалежно мали підвищений ризик конверсій під час лапароскопічних втручань.**

**Висновки.** Різні форми холециститу пов'язані з різною частотою конверсій та ускладнень. Покази до виконання конверсійної холецистектомії можуть виникати як у хворих на гострий так і на хронічний холецистит. У випадку гострого холециститу лапароскопічна холецистектомія повинна бути виконана протягом 96 годин від початку захворювання. Предиктори конверсії можуть мати значення в стратегії ведення хворих на гострий та хронічний холецистит, зокрема при плануванні лапароскопічного доступу.

## Особливості передопераційної діагностики атипового холедохолітазу

І. Ф. Полулях–Чорновол

Дніпропетровська державна медична академія

**Вступ.** Виявлення конкрементів у жовчних протоках (як до-, так і під час операції) залишається актуальною проблемою біліарної хірургії. З впровадженням мініінвазивних та ендоскопічних технологій поширюються діагностичні можливості, але все-таки холедохолітаз (ХДЛ) часто не діагностується до холецистектомії. Відсутність однієї або

декількох типових ознак ХДЛ (больового синдрому, механічної жовтяниці, холангіту, а також ділятація діаметру гепатикохоледоха) розглядаються нами як атипів форми холедохолітазу (АФ ХДЛ).

Різноманітні діагностичні труднощі виникають при АФ ХДЛ, частота яких залишається досить високою (5,0–35,3%), у зв'язку з чим останні є джерелом резидуальних конкрементів. На теперішній час мало освітлені питання передопераційної діагностики АФ ХДЛ.

**Мета дослідження:** покращення результатів хірургічного лікування хворих на АФХДЛ шляхом застосування комплексної передопераційної діагностики.

**Об'єкт та методи дослідження.** В основу роботи покладено результати дослідження та лікування 2104 хворих на ЖКХ за період із 1996 по 2018 роки. З них у 564 (26,8%) виявлено конкременти гепатикохоледоха. В тому числі у 202 (35,8%) було діагностовано атипів перебіг, а 63 (31%) з них потребували повторних операцій з приводу рецидивного та резидуального холедохолітазу.

З метою передопераційної діагностики використовували дані анамнезу, результати біохімічних аналізів крові, поляризаційної спектроскопії та мікроскопії жовчі, інструментальні методи: ультразвукове (УЗД), магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ).

**Результати та обговорення.** У біохімічних аналізах крові при безбольовій жовтушній та псевдопухлинній формах були підвищені показники прямої фракції загального білірубину у 25 та 30,8 рази, загального холестерину у 1,8 та 1,9 рази,  $\gamma$ -глутамілтранспептидази (ГГТ) в 1,3 та 1,2 рази, лужної фосфатази (ЛФ) – у 3,9 і 4 рази, глутаматдегідрогенази (ГДГ) – у 1,2 та 1,3 рази.

Поляризаційна мікроскопія жовчі проведена у 86 хворих на АФ ХДЛ. Її результати були позитивними в усіх випадках. Так при кардіобіліарній формі переважали (81,3%) кристали холестерину (КХ), при безбольовій жовтушній (67,8%) – гранули білірубінату кальцію (ГБК) і при безжовтушній холангітичній (52,6%) – мікроліти карбонату кальцію (МКК).

Таким чином, АФ ХДЛ можна запідозрити на підставі маркерів літогенності жовчі:  $\uparrow$ холестерину,  $\downarrow$ холатохолестеринового коефіцієнту, наявності КХ, ГБК та МКК у жовчі,  $\uparrow$ рівня прямої фракції білірубину,  $\uparrow$ глутамілтранспептидази,  $\uparrow$ ГДГ,  $\uparrow$ ЛФ сироватки крові. Найбільшу чуттєвість мають ГГТП, ГДГ, ЛФ.

За даними УЗД АФ ХДЛ знайдено у 64,7% пацієнтів. Інформативність ЕРХПГ при АФ ХДЛ склала 96,43%. Інформативність МРХПГ при АФ ХДЛ склала 96,78%.

#### **Висновки:**

1. Атипів форми холедохолітазу зустрічаються за нашими даними, у 35,8% пацієнтів. Вони є основною причиною резидуального холедохолітазу.

2. Діагностика АФ ХДЛ базується на комплексному інструментальному дослідженні, визначенні маркерів літогенності жовчі, з урахуванням даних поляризаційної спектроскопії жовчі.

3. Найбільш інформативними передопераційними методами є УЗД в поєднанні з МРХПГ та ЕРХПГ.

4. Остаточне рішення приймається при проведенні комплексного інтраопераційного дослідження.

## Хірургічне лікування ускладнень холелітіазу

В. О. Сипливий, Д. В. Євтушенко, О. В. Євтушенко, В. В. Доценко

Харківський національний медичний університет

**Актуальність:** На холелітіаз у розвинених країнах страждає 10–15% чоловіків та 25% жінок. Холедохолітіаз як його ускладнення зустрічається в 20–30% випадків. Статусу самостійної проблеми набув гострий холангіт. Актуальною проблемою є лікування хворих при розвитку синдрому Мірізі.

**Мета роботи :** Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з ускладненнями холелітіазу.

**Матеріали та методи дослідження:** Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 184 хворих з ускладненнями холелітіазу. Чоловіків було 68 (37%), жінок – 116 (63%). Вік хворих коливався від 31 до 88 років і в середньому становив 64,1 + 1,0 рік. Виходячи із завдань дослідження, було проведено аналіз результатів лікування таких ускладнень холелітіазу: холедохолітіаз та обтураційна жовтяниця (перша група), гострий холангіт (друга група), синдром Мірізі (третя група). Для обстеження хворих використовували клініко–лабораторні, біохімічні, інструментальні, морфологічні методи дослідження. Для підтвердження діагнозу гострого холангіту та визначення тяжкості стану використовувалися критерії Tokyo Guidelines 2013. Використана класифікація синдрому Мірізі Beltran and Csendes (2008). Для аналізу і класифікації післяопераційних ускладнень використовувалася шкала Clavien–Dindo (2004). Статистична обробка даних – Statistica 10.0 for Windows.

**Результати та їх обговорення:** Основним методом відновлення жовчотоку у пацієнтів з холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею було ендоскопічне транспапілярне втручання – ЕПСТ з літекстракцією. Дане втручання проведено 105 хворим. У 89 (84,7%) пацієнтів ЕПСТ була одномоментним втручанням. У 9 (8,6%) пацієнтів унаслідок розвитку кровотечі із папілотомної рани ендоскопічне втручання було зупинено, а через 3–5 діб, після стабілізації стану хворих було проведено повторне успішне ендоскопічне втручання. У 98 (93,3%) пацієнтів було досягнуто видалення конкрементів, які викликали обструкцію, та відновлено прохідність жовчної протоки. У 7 (6,7%) пацієнтів ендоскопічна корекція жовчотоку була безуспішною і їм виконане відкрите оперативне втручання. Другим етапом лікування 30 пацієнтам виконана лапароскопічна холецистектомія на 3–4-ту добу після корекції жовчотоку та зниження загального білірубіну до рівня, нижчого за 1,5 ULN. У 3 пацієнтів холецистектомія була доповнена зовнішнім дренажем холедоха через куксу міхурової протоки. Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 16 (15,2%) пацієнтів: Grade 1–2 за Clavien – Dindo відзначені у 13 (12,38%) пацієнтів, Grade 3b – у 3(2,85%). Найбільш частим ускладненням післяопераційного періоду були гострий панкреатит і кровотеча із папілотомної рани (по 6 випадків).

Групу хворих з холангітом за критеріями Tokyo Guidelines 2013 склали 62 пацієнти. За шкалою Tokyo Guidelines 2013: тяжкий холангіт, що супроводжувався органомною дисфункцією, виявлено у 3 (4,8%) хворих. Середній ступінь тяжкості холангіту виявлено у 26 (41,9%) хворих, у решти 33 (53,3%) хворих – холангіт першого ступеня тяжкості. У пацієнтів з холангітом II–III ступеня тяжкості із жовчі було виділено *E. coli*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*. Усім хворим проведено оперативну корекцію жовчотоку. ЕПСТ з літекстракцією виконана 29 пацієнтам. ЕПСТ була успішною у 22 (75,9%) пацієнтів. У 7 пацієнтів досягти повного видалення конкрементів не вдалося. У 40 пацієнтів виконано відкриті

втручання з одномоментним відновленням жовчотоку. Ускладнення у післяопераційному періоді виникли у 12 (19,3%) хворих. У 3 із 12 хворих ускладнення потребували виконання лапаротомних операцій (Grade 3B), у 1 наступив летальний випадок (Grade V). Синдром Міріззі за класифікацією Beltran and Csendes (2008) було діагностовано у 34 хворих. Синдром Міріззі I діагностовано у 6 пацієнтів, Міріззі II – у 9, Міріззі III – у 4, Міріззі IV – у 5, Міріззі Va – у 8, Міріззі Vb – у 2. Аналіз показав, що 14 хворих із синдромом Міріззі надійшло з клінікою гострого холециститу, ускладненого формуванням підпечінкового або піддіафрагмального абсцесів у 5, абсцесу печінки – в 1 хворого. 18 хворих надійшло з клінікою обтураційної жовтяниці, холедохолітіазу на тлі гострого холециститу, 2 – з клінікою непрохідності тонкої кишки.

**Висновки:** Мініінвазивне лікування є ефективним у 93,2% пацієнтів з клінікою обтураційної жовтяниці при холедохолітіазі, у 8,5% супроводжується розвитком ускладнень, а у 6,4% є безуспішним. Гострий холангіт розвивається у 33,7% хворих на холедохолітіаз, з них першого ступеня – у 53,3%, другого – у 41,9%, третього (тяжкого) – у 4,8% з субкомпенсацією або декомпенсацією функції щонайменше однієї системи організму у 46,7% хворих. Хірургічна корекція патологічного процесу при синдромі Міріззі є індивідуалізованою і можлива шляхом видалення жовчного міхура або його субтотальної резекції з пластичним закриттям нориці гепатикохоледоха, зовнішнім дренажем жовчної протоки або формуванням гепатикоєюноанастомозу за Ру.

## Хірургічне лікування хворих на цироз печінки та його ускладнення

**В. О. Сипливий, О. Г. Петюнін, О. В. Євтушенко, А. Г. Гузь, В. І. Робак**

*Харківський національний медичний університет, кафедра загальної хірургії №2*

**Вступ.** Хірургічне лікування хворих на цироз печінки (ЦП) супроводжується доволі високим рівнем післяопераційних ускладнень та летальності, тому ця проблема і сьогодні залишається актуальною.

**Метою даного дослідження** було визначити частоту та структуру післяопераційних ускладнень, фактори, що сприяють їх виникненню, при хірургічному лікуванні хворих на ЦП.

**Об'єкт і методи дослідження.** Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 121 хворого на ЦП. Вік хворих коливався від 9 до 66 років. У 81 хворого було виконано операцію дистального спленоренального шунтування за Warren (ДСРШ), у 22 – екстраперитонізацію правої долі печінки (ЕПДП), у 18 хворих – роз'єднуючі операції на гастроезофагальних судинах (РО). Усім хворим проведено загальноклінічне (клінічні та біохімічні обстеження крові та сечі) та спеціальне інструментальне обстеження (ЕКГ, ФГДС, УЗД органів черевної порожнини з доплеровським дослідженням портального кровообігу, морфологічне та морфометричне дослідження інтраопераційних біопсій печінки). Отримані результати пройшли статистичну обробку.

**Результати та їх обговорення.** Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 58 (47,9%) хворих на ЦП. Найбільш частим ускладненням була “acute – on – chronic liver failure” (“гостра на тлі хронічної” печінкова недостатність, ACLF), що спостерігалася у 41 (33,9%) хворого, у 8 (6,7%) була поєднана з нирковою недостатністю. У 11 (9,1%) хворих ACLF носила ізольований характер, а у 30 (24,8%) супроводжувалася іншими

ускладненнями – тромбозом спленоренального анастомозу у 3 (2,5%) хворих, тромбозом вен портальної системи у 2 (1,65%), внутришньоочеревинною кровотечею у 3 (2,5%), спонтанним бактеріальним перитонітом у 3 (2,5%), гострими гастроудоденальними виразками – у 4 (3,3%), евертерацією у 3 (2,5%), пневмонією у 15 (12,4%) хворих. Асцит розвинувся у 10 (8,3%) хворих, з них у 3 (2,5%) він трансформувався у спонтанний бактеріальний перитоніт. Гематома спленоренального анастомозу виникла у 4 (3,3%) хворих, гематома післяопераційної рани – у 6 (4,9%), евертерация, як результат поєднання асциту та гематоми рани – у 3 (2,5%), гострий фібриноліз – у 3 (2,5%), пневмонія – у 24 (19,8%), післяопераційний панкреатит – у 3 (2,5%) хворих після ДСРШ. У 1 (0,8%) хворого виник гострий апендицит та ще у 1 (0,8%) – гострий деструктивний холецистит, що потребувало хірургічної корекції. З 58 хворих з післяопераційними ускладненнями померли 22 (18,2%), причому у 14 (63,6%) з них причиною була ACLF, у 3 (13,6%) – кровотеча з гострих гастроудоденальних виразок, у 3 (13,6%) – рецидив кровотечі з варикозних вен гастрозофагальної зони, у 1 (4,6%) – гострий фібриноліз, у 1 (4,6%) – гостре порушення мозкового кровообігу. Частота післяопераційних ускладнень та летальність залежали від виду оперативного втручання – після ДСРШ ускладнення виникли у 54 (66,7%) хворих, 19 (23,4%) з них померли, після ЕПДП ускладнення виникли у 2 (9,1%) хворих, 1 (4,5%) помер, після РО ускладнення виникли у 2 (11,1%) хворих, які померли. Нами виявлений зв'язок між виникненням післяопераційних ускладнень та морфологічного типу ЦП – у хворих з А-типом ускладнень не було, з В-типом – ускладнення виникли у 52,6%, з С типом – у 77,8%.

**Висновки:** 1. Ускладнення при хірургічному лікуванні хворих на ЦП розвиваються у 47,9%. Найбільш частим ускладненням є ACLF, що виникає у 33,9% та призводить до смерті у 63,4% випадків.

2. Частота післяопераційних ускладнень та післяопераційна летальність залежить від виду оперативного втручання – найбільша частота спостерігається після шунтуючих операцій.

3. Рівні післяопераційних ускладнень та летальності взаємозв'язані з характером морфологічних змін в печінці при цирозі.

## Профілактика пошкоджень жовчних проток при лапароскопічній холецистектомії

А. В. Скумс

НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є золотим стандартом лікування симптоматичного холелітіазу. Проте частота пошкоджень жовчних протоків при лапароскопічному доступі вища, ніж при відкритій холецистектомії, і складає 0,25–3%.

**Мета роботи:** проаналізувати фактори ризику пошкоджень жовчних проток при лапароскопічній холецистектомії та розробити методи їх профілактики.

**Матеріали та методи:** В основі роботи аналіз причин та механізмів пошкодження жовчних проток при лапароскопічній холецистектомії у 215 хворих, які знаходились на лікуванні в НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України за період з січня 1993 по січень 2017 рр.

**Результати:** Встановлені фактори ризику, причини та основні механізми виникнення пошкоджень жовчних проток при ЛХЕ. Розроблений комплекс профілактики пошкоджень при ЛХЕ представляє послідовну схему дій, здійснюваних як перед операцією в ході обстеження та відбору хворих, так і безпосередньо під час виконання оперативного втручання. Серед заходів передопераційної профілактики – диференційований відбір хворих, достатній досвід хірургічної бригади, справність обладнання та інструментів ендоскопічного комплексу. Інтраопераційна профілактика включає: дотримання загальних принципів безпечної техніки лапароскопічних втручань, правильну послідовність виконання етапів операції, запобігання термічних пошкоджень, своєчасний перехід на лапаротомію.

**Обговорення:** Профілактика пошкоджень жовчних проток заснована на суворому дотриманні принципів безпечної техніки виконання ендоскопічних втручань і правильної послідовності етапів лапароскопічної холецистектомії з урахуванням особливостей анатомії оперованої зони і патологічних змін, розумінням причин і механізмів розвитку ускладнень. Пошкодження жовчних проток при холецистектомії не є неминучими. Їх можливо уникнути навіть на етапі освоєння методики.

## Попереджувальні методи, направлені на селективну канюляцію загальної жовчної протоки під час проведення транспапільярних ендоскопічних втручань

М. М. Стець, І. М. Молнар, І. Л. Насташенко, Т. М. Шинкарик

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Київська міська клінічна лікарня №3

**Вступ.** Успішна канюляція загальної жовчної протоки (ЗЖП) є першочерговою для будь-якого траспапільярного втручання (ЕРХПГ, ЕПСТ). Вона має на меті не лише доступ до бажаної протоки, її виконання зводить до мінімуму післяопераційні ускладнення. До них відносять гострий панкреатит, ретродуоденальна перфорація, перфорація жовчної протоки або панкреатичного протоку. Багато факторів впливають на якість і швидкість канюляції ЗЖП. До них відносять: досвід оператора, морфологію великого дуоденального сочка (ВДС), варіанти анатомії, техніку виконання втручання та інструментарій, що використовується при даній маніпуляції.

**Мета роботи.** Покращити результати виконання транспапільярних ендоскопічних втручань, зменшити час успішної селективної канюляції загальної жовчної протокою та знизити кількість післяопераційних ускладнень.

**Матеріали та методи.** За період 2013–2017рр. на базі хірургічного відділення Київської міської клінічної лікарні №3 проведено 425 ендоскопічних траспапільярних втручань пацієнтам з різною патологією біліярного тракту. Використовувався дуоденоскоп фірми Olympus TJF-140R, набір інструментів для ЕРХПГ та ЕПСТ (канюлі, сфінктеротомі, гольчаті ножі, корзинки Дорміа, провідники з гідрофільним J-кінцем діаметром 0,035”). Пацієнтів поділено на дві групи. Контрольну групу склали 211 пацієнтів (49,6%), канюляція ЗЖП яким проводилась канюлею з одномоментним введенням контрасту (30% розчин «Тріомбрасу») без застосування провідника. Досліджувану групу склали 214 пацієнтів (50,4%), яким канюляція проводилась виключно із застосуванням провідника діаметром 0,035”, з чіткою рентгеновізуалізацією його в ЗЖП, а вже потім проводилось

введення контрасту в біліарне дерево. Нами досліджувались три моменти: швидкість проведення канюляції, її селективність, наявність ускладнень після транспапільярного втручання.

**Результати та обговорення.** Середня тривалість канюляції при транспапільярних ендоскопічних втручаннях в контрольній групі склала  $10 \pm 2$  хв, у досліджуваній –  $3 \pm 1$  хв. Серед пацієнтів контрольної групи контрастування протоку підшлункової залози (вірсунгографія) була відмічена у 42% (89 пацієнтів), у пацієнтів досліджуваної групи – жодного випадку. Щодо післяопераційних ускладнень, то у 41 пацієнтів (19,4%) контрольної групи спостерігався гострий панкреатит, що купований консервативними методами; у 1 пацієнта (0,47%) – мікроперфорація ЗЖП, що потребувало зовнішнього дренивання протоки. Післяопераційні ускладнення серед пацієнтів досліджуваної групи спостерігались лише у 3 випадках (1,4%), а саме у вигляді гострого панкреатиту легкого ступеню важкості, що купований консервативним шляхом. Будь-які інші ускладнення в даній групі ми не спостерігали.

**Висновки.** Таким чином, використання провідникового методу канюляції загальної жовчної протоки суттєво зменшує час канюляції останньої, призводить до контрастування лише тієї протоки, що потрібна для візуалізації та значно зменшує кількість післяопераційних ускладнень при виконанні транспапільярних ендоскопічних втручань.

## Особливості лапороскопічної холецистектомії та зовнішнього дренивання холедоха у хворих з ускладненим калькульозним холециститом

І. А. Сухін, О. М. Білиловець, О. М. Остапенко, І. В. Гончар,  
С. В. Сливка, О. О. Піскорський

Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 3

**Вступ.** На теперішній час досягнуто значних успіхів в лікуванні ускладненого калькульозного холециститу за допомогою малоінвазивних втручань. Але, виконання лапороскопічної холецистектомії за умов деструкції його стінки, наявності паравезикального інфільтрату, абсцесу та панкреонекрозу досі залишається складним питанням, та супроводжується великою частотою інтраопераційних ускладнень. Особливо актуальним стає питання лапороскопічних втручань, коли виникає необхідність проведення ревізії, санації та дренивання позапечінкових жовчних протоків.

**Об'єкт і методи дослідження.** В Київській клінічній лікарні на залізничному транспорті № 3, протягом 2016 – 17 років, лапороскопічно було прооперовано 43 хворих з ускладненим калькульозним холециститом. Всі хворі були госпіталізовані в екстреному порядку; з них до 24 годин з часу захворювання – 24 (55,8%), пізніше 24 годин – 19 (44,1%). Жінок було – 32 (74,4%), чоловіків – 11 (25,5%). Вік хворих коливався від 19 до 81 років. Більшість хворих (88,3%) мали супутню патологію. В усіх зазначених хворих були ті чи інші клінічні ознаки деструкції стінки жовчного міхура та механічної жовтяниці.

**Результати та обговорення.** Всім хворим виконувалась лапороскопічна холецистектомія. Враховуючи наявність, в усіх випадках, напруженого жовчного міхура виконувалась попередня його пункція та евакуація вмісту. При наявності інфільтрату в ділянці шийки міхура, з метою візуалізації елементів гепатодуоденальної зв'язки, виконували дисекцію ділянки трикутника Кало комбінованим інструментом, який поєднує в собі



іригатор–аспіратор та L–подібний гачок або лопатку, що значно зменшує час цього етапу втручання. Після виділення міхурової протоки формували вікно вздовж стінки жовчного міхура вгору в напрямку його ложа. Міхурову артерію разом з клітковиною обробляли коаптивними методами коагуляції без накладання кліпс або лігатур. Між міхуром та печінкою заводили латеральний затискач та виконували тракцію останнього вгору. Такий прийом дозволяє надійно фіксувати міхурову протоку та утримувати її під певним натягом. В подальшому передню стінку протоки розсікали в напрямку шийки жовчного міхура, в сформований отвір вводили дренаж відповідний до діаметру протоки, який фіксували шляхом пришивання лігатурою.

Всім хворим було виконано інтраопераційну холангіографію, водорозчинним контрастом, за результатами якої було діагностовано холедохолітаз у 21 (48,8%). Стріктура термінального відділу холедоха та стенозуючий папіліт у 6 (13,9%). Поеднання холедохолітазу та стріктури холедоха у 16 (37,2%) пацієнтів. Випадків конверсії та післяопераційної летальності не було.

**Висновки.** Використання запропонованих прийомів та відповідних технічних засобів дозволяє мінімізувати ризик інтраопераційних ускладнень, які характерні для лапороскопічної холецистектомії при ускладненому калькульозному холециститі. Виконання зовнішнього дренажу холедоха надає змогу ліквідувати жовчну гіпертензію з мінімальною операційною травмою. Проведення інтраопераційної холангіографії дозволяє діагностувати причини біліарної гіпертензії та ,за необхідності, виконати другий етап втручання в плановому порядку.

## Корекція біліарної гіпертензії при холедохолітазі та дивертикулах дванадцятипалої кишки

**В. О. Шапринський, Я. М. Пашинський, О. А. Камінський,  
В. Ф. Білощицький, В. В. Хотомцова**

**Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова**

**Вступ.** Розвиток ендоскопічних методів діагностики покращив виявлення дивертикулів дванадцятипалої кишки (ДДК), яке за останні роки збільшилось і становить за даними різних авторів від 9 до 40%. Встановлено, що пара- і перипапілярні дивертикули порушують евакуаторну функцію жовчних і панкреатичних шляхів внаслідок здавлювання термінального відділу холедоха (ГВХ) і панкреатичної протоки з формуванням стенозів, тим самим призводять до розвитку: холангіту, механічної жовтяниці, хронічного та гострого панкреатиту, білеодигестивних норичь. При локалізації великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) в порожнині дивертикула загальна жовчна протока проходить не в інтрамуральній частині ДПК, а позаочеревинно. При розсіченні місця впадіння загального жовчного протоку створюється високий ризик пошкодження стінки кишки.

При перипапілярних дивертикулах виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) канюляційним методом, намагаючись проводити папілотомний розріз в межах стінки дивертикула, паралельно повздовжній складці при довжині розрізу не більше 10–15 мм. При парапапілярних ДДК проводять дозовану папілотомію торцевим електродом, після чого контрастують біліарний тракт і вже канюляційним методом виконують адекватну для літоекстракції ЕПСТ.

**Метою роботи** є визначення особливостей ендоскопічних методів діагностики та лікування хворих з механічною жовтяницею, холедохолітіазом при наявності дивертикулів дванадцятипалої кишки.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період з 2015 по січень 2018 року на базі кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова – у відділенні абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова було прооперовано 384 пацієнтів із холедохолітіазом, з них 140 (36,5%) за допомогою інтервенційної ендоскопії. З них 112 жінок, решта 28 чоловіки. 65 пацієнтів мали ДДК, що становить 46,4% від загальної кількості.

**Результати та їх обговорення.** При перипапільярних ДДК можливість виконання ЕПСТ визначається візуалізацією ВСДПК в дивертикулі, що залежить від ширини устя та локалізації останнього. При парапапільярних дивертикулах потрібно завжди намагатись виконувати ЕПСТ канюляційним методом. Довжина папілотомного розрізу повинна відповідати протяжності стенозу. При наявності конкрементів в холедохи необхідно завершувати втручання літоекстракцією або стентуванням жовчних шляхів.

При наявності холедохолітіазу без ДДК було 75 осіб. З них 35 мали «складний» холедохолітіаз, тобто більше 3-х конкрементів, що складає 46,6%. Усім пацієнтам виконувались наступні оперативні втручання: ЕПСТ (РХПГ), ПСП, ЛТ – за показами ( конкремент більше 15 мм ) та ЛЕ. Кількість випадків інтервенційної ендоскопії (ІЕ) у одного хворого склали від 1 до 4, що залежало від кількості та розмірів конкрементів. Ліжко-день склав 1–10 днів, в середньому  $3,6 \pm 1,2$ . Ускладнення, які виникали після вищеписаних оперативних втручань: гострий панкреатит у 3 (2,1%), кровотечі у 1 (0,71%) пацієнта.

Натомість при відкритих оперативних втручаннях за даними ретроспективного аналізу за три роки кількість ускладнень склали: неспроможність анастомозу ( ХДА, ГДА, ХЕА за Ру ) 7 (2,91%) випадків, кровотечі в післяопераційному періоді 12 (5%), післяопераційний панкреатит 13(5,41%). Летальність у 5 (2,085%) пацієнтів, середній ліжко-день склав 8–21 день.

**Висновки.** Папілосфінктеротомія при холедохолітіазі і ДДК папілярної ділянки – це етіопатогенетичний метод лікування жовчної гіпертензії, у хворих із холедохолітіазом, холангітом, стриктурами ТВХ. Частота ускладнень не перевищує частоту ускладнень ЕПСТ в цілому і складає 1–2%.

## Обоснование выбора оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии

А. Х. Юлдашев<sup>1</sup>, Е. В. Цема<sup>1,2</sup>, Г. Г. Макаров<sup>1</sup>, А. И. Батюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный военно-медицинский клинический центр  
«Главный военный клинический госпиталь» МО Украины,

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени О. О. Богомольца, г. Киев

**Цель исследования** – провести научное обоснование выбора способа конверсии при проведении лапароскопической холецистэктомии.

**Материал и методы.** При выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%): в 17 случаях из 996 (1,7%) по поводу хронического холецистита и в 17 из 157 (10,8%) по поводу острого холецистита. При конверсии применяли косой доступ по Кохеру в 18 (52,94%) случаях, минилапаротомный в 11 (32,35%) случаях и верхне-срединная лапаротомия – в 5 (14,7%) случаях.

**Результаты и их обсуждение.** Миналапаротомный доступ считали целесообразным в ситуациях, когда были обработаны элементы треугольника Кало. В 3 (8,82%) случаях кровотечения из ложа желчного пузыря выполнена конверсия с помощью миналапаротомного доступа. В этих случаях сама холецистэктомия была, фактически, уже выполнена лапароскопически, поэтому миналапаротомного доступа было достаточно для окончательного гемостаза и извлечения желчного пузыря. При тяжелом интенсивном кровотечении – повреждении воротной вены – для экстренного доступа в брюшную полость, конверсия осуществлена срединным доступом в 1 (2,94%) случае. При кровотечении из пузырной артерии в 2 (5,88%) случаях конверсия была выполнена косым доступом. В 4 (11,76%) случаях выраженных воспалительных изменений в области операции и в 2 (5,88%) случаях рубцово-склеротических изменений этой зоны, когда после клипирования пузырного протока и артерии возникли технические трудности в выделении желчного пузыря, выполнена конверсия миналапаротомным доступом. В 7 (20,59%) случаях, когда воспалительные или рубцовые изменения не позволили обработать элементы треугольника Кало, выполнена конверсия доступом Кохера. При повреждении холедоха в 3 (8,82%) случаях осуществлен доступ Кохера для ушивания и его наружного дренирования, в одном (2,94%) – срединный доступ для выполнения реконструктивной операции. При подозрении на холедохолитиаз в 5 (11,76%) случаях и при необходимости дренирования холедоха при остром панкреатите в 1 (2,94%) случае, выполнена конверсия косым доступом Кохера. Для коррекции компартмент-синдрома в 2 (5,88%) случаях конверсию осуществляли миналапаротомным доступом (пузырный проток и артерия уже были обработаны). Нагноение операционной раны косоугольного доступа в правом подреберье отмечено в 2 (5,88%) случаях. Нагноения срединной лапаротомной раны не было, однако недостатком этого доступа является высокая вероятность образования в п/о периоде грыжевого дефекта, что наблюдали у 1 (2,94%) пациента. После использования миналапаротомного доступа наблюдали формирование абсцесса подпеченочного пространства у 1 (2,94%) больного. Нижнедолевая пневмония развилась в 2 (5,88%) случаях после разных видов лапаротомии. При кровотечении из ложа желчного пузыря в раннем п/о периоде в 1 (2,94%) случае выполнена релапаротомия после конверсии в соответствии с имеющейся раной – доступом Кохера. Летальных исходов после конверсии в ближайшем п/о периоде не было. Средняя продолжительность п/о периода после всех традиционных доступов составила  $8,6 \pm 1,6$  койко-дня. При этом, сроки п/о лечения пациентов после верхне-срединной лапаротомии и после доступа по Кохеру составили:  $8,7 \pm 0,5$  и  $8,3 \pm 1,4$  койко-дня ( $p > 0,05$ ), соответственно. Средняя продолжительность п/о периода при миналапаротомном доступе составила  $4,7 \pm 0,4$  койко-дня (достоверно меньше, чем при традиционных доступах,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Выбор способа выполнения конверсии зависит от конкретной ситуации: вида патологического процесса, тяжести резвившегося осложнения, планируемого объема продолжения операции, степени выполнения лапароскопической операции на момент принятия решения о конверсии.

## Лечение непаразитарных кист печени

В. Г. Ярешко, К. Н. Отарашвили, С. Г. Живица

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины

Благодаря высокоинформативным неинвазивным методам диагностики (УЗИ, КТ), значительно возросла частота выявления непаразитарных кист печени. Более точная оценка характера кист, их размера, локализации, количества, отношения к сосудам и протокам печени, открыла новые возможности дифференцированного выбора метода хирургического вмешательства, что позволило радикально изменить подходы к их лечению.

Проведен анализ лечения 146 больных с непаразитарными кистами печени, которым в Запорожском центре хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы с 2000 по 2017гг. использовались лапаротомные, лапароскопические и чрезкожно – пункционные методы операций. Преобладали лица женского пола 60 (74,0%). Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет (средний 56,2 года).

Размеры кист составили от 3,5 до 25 см. В 8 случаях кисты печени сочетались с кистозными поражениями почек, а у 1 больного диагностирована киста хвоста поджелудочной железы. Чаще всего кисты локализовались в левой доле – 65, в правой – 46, в обеих долях – 36 больных. В зависимости от использованных хирургических технологий лечения больные были распределены на 3 группы. В 1 – ю группу вошел 21 пациент, которым были выполнены лапаротомные операции: цистэктомия – 8, фенестрация кисты с обработкой оставшейся эпителиальной выстилки 96% этанолом – 10, левосторонняя гемигепатэктомия – 3. Вторую группу составили 70 больных в лечении которых применена лапароскопическая домэктомия или фенестрация кисты. В третью группу вошли 55 пациентов, которым выполнялись пункционно – дренажные методы под УЗ – контролем с последующей склерозирующей терапией. В этой же группе 18 больным использовались как интервенционная сонография, так и лапароскопические вмешательства. При подкапсульных и поверхностных интрапаренхиматозных кистах предпочтение отдавали лапароскопической фенестрации кисты с широким иссечением стенок и термической коагуляции. При глубоких интрапаренхиматозных кистах использовали пункции и дренирование под контролем УЗИ с последующей склеротерапией. У больных с множественными глубокими интрапаренхиматозными и подкапсульными кистами печени выполнялись комбинация методик лапароскопической фенестрации или домэктомии кисты с пункционно – аспирационным методом под УЗ – контролем и последующей склеротерапией.

В послеоперационном периоде у двух пациентов после лапароскопической цистэктомии отмечалось желчеистечение, которое в одном случае закрылось консервативно, а в другом – потребовало проведение ЭПСТ.

В отдалённом периоде рецидив кисты отмечен у 9 (6,0%) больных после интервенционной сонографии. Это потребовало повторных пункций шести больным, лапароскопической фенестрации одному больному, двум больным при лапаротомии произведена радикальная цистэктомия.

**Выводы.** Выбор между малоинвазивными методиками (интервенционными сонографическими и лапароскопическими) должен основываться на положительных и отрицательных сторонах каждого из них и зависеть от локализации и размера кистозных образований печени. В отдельных случаях возможно сочетание данных методик.

5

ХІРУРГІЯ  
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ



## Одномоментне білідигесте та гастродигестивне шунтування при паліативному хірургічному лікуванні хворих на рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею

Б. Г. Безродний, І. В. Колосович, В. П. Слободяник, М. С. Філатов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

**Вступ.** У зв'язку з пізньою діагностикою, тяжкою супутньою патологією близько 80% хворим на рак головки підшлункової залози (РГПЗ) виконують лише паліативне хірургічне лікування, спрямоване на усунення холестазу. Однак, до 30% таких пацієнтів, у строки 6–10 місяців після корекції механічної жовтяниці, розвивається обструкція ДПК пухлиною з прогресуванням кахексії, метаболічними порушеннями, що не дозволяє проводити повноцінне хіміотерапевтичне лікування, погіршує якість життя та вимагає виконання повторного, дренажного шлук втручання. Тому, актуальним є визначення показань до одномоментного з білідигестивним гастродигестивного шунтування, а також особливостей техніки подібних втручань.

**Мета дослідження.** Покращити результати паліативного хірургічного лікування хворих на РГПЗ, ускладнений механічною жовтяницею, шляхом виконання одномоментного з білідигестивним гастродигестивного шунтування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Шляхом рандомізації, сформували дві групи хворих: перша – 48, друга – 49 осіб. Пацієнтам першої групи з метою білідигестивного шунтування накладали холецистоентеро- або гепатикоентероанастомози. Хворим другої групи на переміщену позадодово, ізольовану по Ру петлю порожньої кишки, послідовно накладали гепатико- та гастроєюноанастомози (патент України на винахід №71046). Проведено порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування хворих обох підгруп. Об'єм обстежень до операції включав: загально клінічні і біохімічні аналізи крові, сечі; спеціальні методи обстеження – УЗД, дуплексне сканування вісцеральних артерій аорти, КТ із болюсним контрастуванням, ФГДС з оглядом великого сосочка дванадцятипалої кишки, рентгеноскопію шлунку та ДПК. Рівень гіпербілірубінемії у хворих першої групи складав  $214 \pm 19,3$ , другої –  $221 \pm 14,3$  мкмоль/л. За гістологічною будовою пухлина у всіх пацієнтів ідентифікувалась як аденокарцинома.

**Результати.** Питома вага післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні хворих першої групи склала 8,4% при летальності 2,08% , другої – 6,1% при летальності 2,04%. За період з 6 по 9 місяці, після хірургічної корекції жовтяниці, у 6 (12,5%) осіб першої групи перебіг хвороби ускладнився нудотою, блюванням, відчуттям важкості в епігастрії, прогресуючої кахексією. На підставі інструментальних методів обстеження (ФГДС, рентгеноскопія шлунку) було діагностовано стенозування ДПК пухлиною і цим пацієнтам були накладені гастроентероанастомози. Серед осіб другої групи за період з 6 по 9 місяць після паліативного втручання порушень евакуації шлункового вмісту до кишечника не було.

Аналіз клінічного матеріалу показав, що факторами прогнозу обструкції ДПК пухлиною є: локалізація ракового вузла у проекції латеральної частини головки ПЗ із розповсюдженням процесу у напрямку медіального контуру ДПК, низькодиференційований тип аденокарциноми, відсутність позитивного ефекту від хіміотерапевтичного лікування, що сприяло швидкому росту пухлини та обструкції просвіту ДПК.

**Висновки.** Хворим на нерезектабельний рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею, доцільно одномоментно з білідигестивним виконувати гастродигестивне шунтування, що не збільшує частоту післяопераційних ускладнень, летальність, поліпшує якість життя хворих та дозволяє дотримуватись протоколів хіміотерапевтичного лікування.

## Гострий панкреатит: до питання діагностики і тактики пізніх ускладнень

Д. М. Бідюк, А. І. Фуртак

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

**Вступ.** Тактика хірургічного лікування гострого панкреатиту змінилась в останнє десятиліття, передбачаючи відтермінування оперативних втручань до 15–28 дня після початку хвороби, що ґрунтується на демаркації вогнищ деструкції у підшлунковій залозі. У період перших 15–28 днів головну роль відіграє інтенсивна консервативна терапія. Однак, на фоні клінічного поліпшення та стабілізації стану, після виписки хворого з хірургічного відділення нерідко трапляються рецидивні та резидуальні ускладнення, які служили об'єктом досліджень.

**Мета.** Виявити проблеми виникнення пізніх ускладнень гострого панкреатиту та особливості хірургічної тактики.

**Об'єкт та методи.** До когорти дослідження ввійшло 76 пацієнтів, які лікувались у клініці загальної хірургії в період з 2000 до 2017 рр. з приводу ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту. У проаналізованих хворих ці ускладнення виникли в терміни понад місяць від визначеного первинного діагнозу, за межами стаціонару первинної госпіталізації. Усі хворі потребували хірургічного втручання при повторних госпіталізаціях.

**Результати та обговорення.** Сучасними підходами до хірургічного лікування гострого панкреатиту є відтермінування оперативного втручання до 2–4 тижнів від початку. На теперішній час показання до операційного лікування гострого панкреатиту окреслюються залежністю показань від результативності консервативної терапії і малоінвазивної хірургії при встановленому діагнозі захворювання, його форм і ускладнень. Розширення можливостей сучасної ініціальної консервативної терапії гострого панкреатиту служать на користь загально прийнятої тактики максимально відстроченого оперативного лікування з метою безпечної та радикальної санації вже демаркованих вогнищ. Результативність такої тактики є кращою. Однак, виявлено ускладнення панкреонекрозу, які розвиваються в терміни понад місяць від початку захворювання. До таких ускладнень були віднесені: абсцеди, псевдокісти – 18, симптоматичні псевдокісти резистентні до терапії – 16, нагноєні псевдокісти – 11, периспленальна псевдокіста + ішемічно-некротичні ураження селезінки – 6, розрив псевдокісти – 4, псевдокісти + дуоденальна непрохідність – 4, кровотеча з псевдокісти – 4, псевдокісти + хронізація панкреатиту та панкреатична гіпертензія – 3, абсцес головки підшлункової залози + дуоденальна нориця – 3, перфорація пептичної виразки + псевдокіста – 2, панкреатичні абсцеси з рецидивною септичною інтоксикацією – 2, кровотеча з пептичної виразки шлунка + псевдокіста – 1, гостра злукова кишкова непрохідність + панкреатичний абсцес – 1,

мієлофіброз, спленомегалія + кровотеча в псевдокісту – 1. Вони маніфестували після закінчення лікування гострого панкреатиту та виписки з хірургічного стаціонару на фоні попереднього задовільного стану пацієнтів. При повторних госпіталізаціях спостерігаються ускладнення, які потребують хірургічного лікування, характер та об'єм якого потребує спеціального наукового розпрацювання.

**Висновки.** Сучасні стандартизовані показання до оперативного втручання формулюються на 3–4 тиждень на фоні демаркованих вогнищ деструкції. Така тактика хірургічного лікування гострого деструктивного панкреатиту створює в клінічному перебігу «світлий проміжок» між первинним некротичним процесом і його ускладненнями. Після виписки зі стаціонару такі пацієнти мають перебувати під спостереженням, з акцентом на можливість рецидивних і резидуальних ускладнень. Підходи до оперативного лікування пізніх ускладнень гострого панкреатиту потребують подальшої оптимізації.

## Пути улучшения результатов панкреатодуоденальной резекции

Н. Н. Велигоцкий, С. Э. Арутюнов, Ю. В. Авдосьев, И. В. Тесленко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Введение.** Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) относится к числу наиболее сложных оперативных вмешательств, при этом количество периоперационных осложнений остается высоким. Для улучшения ближайших и отдаленных результатов после ПДР разработаны различные варианты билиарной декомпрессии и лимфодиссекции, однако некоторые вопросы, касающиеся сосудистых реконструкций при венозной или артериальной инвазии опухоли, а также проведения химиотерапии остаются дискуссионными.

**Цель исследования.** Определение показаний и выбор способа билиарной декомпрессии, сосудистой реконструкции, лимфодиссекции при выполнении ПДР R-0.

**Материал и методы исследования.** Выполнена ПДР 266 больным с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны. Возраст больных варьировал от 31 до 77 лет. Применены следующие инструментальные методы исследования: УЗИ, ЭРХПГ, мультidetекторная (64–срезовая) спиральная компьютерная томография (СКТ) с 3–Д реконструкцией, магнитно–резонансная томография (МРТ), ангиограф «Integris Allura 12C» фирмы Philips. Для дистальной неoadьювантной химиоэмболизации применялись микросферы из PVA диаметром до 150–250 микрон, нагруженные доксорубицином; для проксимальной эмболизации – спирали Гиантурко.

**Результаты и их обсуждение.** У 47 (17,7%) больных с длительной механической желтухой и высокими цифрами билирубина (выше 250 мкмоль/л) выполнение билиарной декомпрессии привело к нормализации уровня билирубина, белково–синтетической функции печени, показателей свертывающей системы, что позволило выполнить ПДР с минимальными послеоперационными осложнениями. Среди методик билиарной декомпрессии предпочтение отдавалось выполнению миниинвазивных методик: эндоскопическому стентированию и чрескожному чрепеченочному холангиодренированию (ЧЧХД). Эндоскопическое стентирование выполнено у 16 (34,0%), ЧЧХД – у 12 (25,5%) пациентов, различные варианты холецистостомии (чрескожная чрепеченочная, видеолапароскопическая) – у 8 (17,0%) больных.



Для улучшения отдаленных результатов при выполнении ПДР R-0 с наличием инвазии опухоли в магистральные сосуды у 14 (5,3%) больных произведены сосудистые реконструкции: венозные резекции – у 13 (4,9%), резекция верхнебрыжеечной артерии – у 1 (0,4%) больного. Выполнены следующие венозные резекции: линейная резекция верхнебрыжеечной вены выполнена у 3 (23,1%), линейная (тангенциальная) резекция воротной вены – у 8 (61,5%), циркулярная резекция воротной вены – у 2 (15,4%) больного. При оценке послеоперационных осложнений у данной группы больных не отмечено статистически значимых отличий от группы больных, где не выполнялись сосудистые реконструкции.

После проведения ЧЧХД и снижения уровня билирубина до 40 мкмоль/л у 7 (2,6%) больных выполнена неоадьювантная химиоэмболизация, показанием для проведения которой являлись местнораспространенные условно-резектабельные опухоли ПДЗ, что позволило после выполнения процедуры выполнить ПДР со стандартным объемом лимфодиссекции. Всем больным в послеоперационном периоде после ПДР проводилась адьювантная химиотерапия с применением современных схем химиотерапии.

**Выводы.** 1. Применение методик билиарной декомпрессии на первом этапе лечения у больных с опухолями ПДЗ позволяет на втором этапе выполнить ПДР со сниженным периоперационным риском и хорошими отдаленными результатами.

2. Сосудистые реконструкции, лимфодиссекция при ПДР позволяют выполнить резекцию R-0 при опухолях головки поджелудочной железы с инвазией в магистральные сосуды и улучшить отдаленные результаты в данной группе больных.

## До питання хірургічної тактики при гострому панкреатиті

М. Г. Гончар, А. Є. Богуш

Івано-Франківський національний медичний університет,  
Центральна міська клінічна лікарня

**Вступ.** Летальність при гострому панкреатиті за даними різних авторів коливається в межах від 5 до 74%, а при гнійних ускладненнях досягає 80%. В цьому зв'язку хворі з гострим панкреатитом складають найбільш складну і тяжку категорію пацієнтів у невідкладній абдомінальній хірургії. Поряд з цим, багаточисельні наукові розробки і публікації до цього часу не дали чіткої відповіді на питання тактики і лікування гострого панкреатиту і кожен з авторів має свій погляд на ці питання, що породжує дискусійну полеміку серед науковців.

**Мета:** Удосконалити покази до вибору способу і об'єму хірургічного лікування гострого панкреатиту.

**Матеріал і методи дослідження.** Проаналізовані результати 382 пацієнтів з гострим панкреатитом, які знаходилися на лікування в хірургічному відділі ЦМКЛ в період з 2015 по 2017 роки включно. Чоловіків було 241 (63.3%), жінок – 141 (36.7%). Вік пацієнтів коливався від 17 до 91 року. Всі хворі поступили через 24 години і пізніше від початку захворювання. При аналізі цих демографічних показників звернуло нашу увагу динамічне зростання кількості хворих на гострий панкреатит жіночої статі. Так, в 2013 році відсоток жінок з гострим панкреатитом становив 31.7% по відношенню до всіх пацієнтів з цією патологією, в 2014 – 32.5%, 2015 – 36.36%, 2016 – 41.55% і в 2017 – 43.07%. На

нашу думку, така ситуація пояснюється зростанням кількості хворих на калькульозний холецистит, особливо серед жінок.

При поступленні в стаціонар всім хворим виконували загальноклінічні і біохімічні аналізи, ультрасонографічне обстеження (при необхідності КТ), фіброгастродуоденоскопію.

**Результати дослідження і їх обговорення.** Причиною розвитку гострого панкреатиту є, в першу чергу, вживання алкоголю і його сурогатів (51.3%), порушення дієти (25.2%).

Консервативне лікування застосовано в 250 пацієнтів (65.7%), оперативне – в 132 випадках (34.3%). Загальна летальність склала 2.09%, післяопераційна – 6.06%.

Всім хворим з набряковою формою гострого панкреатиту застосовували консервативну терапію. Наявність рідини в чепцевій сумці, черевній порожнині і малому тазу не було показом для оперативного лікування. Лапароскопічні втручання виконували при появі перитонеальних явищ. У 8 випадках при важкому панкреонекрозі, значному заочеревинному скупченні рідини і загальному гнійному перитоніті вимушені були виконувати конверсії.

При лапароскопії проводили санацію черевної порожнини (відсмоктування серозного або геморагічного вмісту, промивання черевної порожнини декасаном), її дренажування, дренажування сальникової сумки через Вінслівів отвір і шлунково-ободову зв'язку. При значних заочеревинних скупченнях рідини паралельно проводили одно- або двобічну люмботомію. Післяопераційний період вели на перидуральній анестезії (перші 2–3 доби до появи перистальтики).

Середній ліжко/день для хворих які лікувалися консервативно склав 10.05, а для оперованих – 16.11.

**Висновки.** Таким чином, вважаємо, що по перше, показом до операції являється не рідина в черевній порожнині, а явища перитоніту. По друге, лапароскопічні втручання є найбільш оптимальним методом операції при гострому панкреатиті.

## Оптимізація комплексного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит із застосуванням екстракорпоральних методів детоксикації та імунокорекції

Н. І. Гриньків

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

**Вступ.** За даними літератури хворі на гострий панкреатит складають 5–16% від загальної кількості пацієнтів на гостру хірургічну абдомінальну патологію. Актуальність проблеми гострого панкреатиту зумовлена важкістю перебігу, значним переважанням деструктивних форм, грізними ускладненнями. Летальність при важких деструктивних формах гострого панкреатиту сягає 78–80%.

**Мета роботи:** покращити ефективність лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит шляхом використання в комплексному лікуванні екстракорпоральних методів детоксикації та імунокорекції.

**Об'єкт та методи дослідження.** За останні 5 років нами обстежено 131 хворого на гострий панкреатит різного ступеня тяжкості. Обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи: з набряковою формою гострого панкреатиту– 23 хворих; з гострим деструктивним панкреатитом– 108 пацієнтів. Групу пацієнтів з гострим деструктивним

панкреатитом розподілено на три групи: першу групу склали 16 пацієнтів, в яких проводилася стандартна консервативна терапія в лікуванні даної патології; в другу групу ввійшло 53 пацієнти, де в лікуванні гострого панкреатиту застосовувалися стандартна консервативна терапія та імунокорекція; третю групу обстежених склали 39 пацієнтів, де в лікуванні крім стандартної консервативної терапії та імунокорекції застосовувалися екстракорпоральні методи детоксикації.

У 30 хворих було виконано мембранний плазмаферез, у 9 – гемосорбцію. Для оцінки ефективності методів екстракорпоральної детоксикації проводили визначення циркулюючих імунних комплексів та молекул середньої маси.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Лікування усіх хворих на гострий деструктивний панкреатит проводилося згідно загальноприйнятих стандартів та протоколів. Усім хворим призначали інтенсивну інфузійну терапію для зменшення інтоксикаційного синдрому, корекції водно-електролітних порушень, проводилось адекватне знеболення. Використовували блокатори  $H_2$ -рецепторів, статини, антибіотикотерапію. Хірургічне лікування застосовували у хворих з інфікованим панкреонекрозом, при біліарному панкреатиті. В основній групі хворих на ГДП, де крім стандартної консервативної терапії та імунокорекції використовувались екстракорпоральні методи детоксикації було проведено 23 оперативних втручання різного типу складності, що становить 21,3% усіх пролікованих хворих даної групи. В основній групі хворих на ГДП, де проводилася стандартна консервативна терапія та в групі, де використовувалася імунокорекція проведено 46 оперативних втручань, що складає 42,6% усіх пацієнтів даної категорії. Екстракорпоральна детоксикація проводилася, як у фазі ферментної токсемії, так і при сепсисі. Мембранний плазмаферез проведено за допомогою апарата «Гемофенікс» з використанням плазмofільтра ПМФ-01ТТ «Роса». В основній групі, де крім стандартної консервативної терапії та імунокорекції використовувались екстракорпоральні методи детоксикації померло 3 хворих (7,6%), в групі, де екстракорпоральна детоксикація не використовувалася померло 9 пацієнтів (13,1%). Летальність пов'язана з гнійно-септичними ускладненнями, розвитком поліорганної недостатності та сепсису.

## **Висновки.**

1. Гострий деструктивний панкреатит супроводжується підвищенням рівня ендогенної інтоксикації, який визначається збільшеною концентрацією молекул середньої маси.
2. Застосування екстракорпоральної детоксикації в комплексному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту сприяє зниженню ендогенної інтоксикації, що позитивно впливає на перебіг захворювання та результат його лікування.
3. Раннє включення еферентної терапії в схему лікування хворого зменшує кількість гнійно-септичних ускладнень та летальних наслідків.

## **Імунний дефіцит, як предиктор ускладненого перебігу гострого панкреатиту**

**В. І. Десятерик, М. С. Крикун, Д. В. Мальцев, В. В. Шаповалюк**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця**

**Актуальність.** Важливість теми гострого панкреатиту на сьогодні сумнівів не викликає через зростання захворюваності, ураження людей переважно працездатного

віку. Зв'язок змін в імунній системі з тими змінами, що відбуваються при гострому панкреатиті не завжди лінійний, але тим більше потребує прискіпливого дослідження. Дефіцити субкласів IgG є одними із найпоширеніших в людській популяції імунними дисфункціями, які призводять до формування інфекційних, автоімунних, алергічних, імунозапальних та онкологічних ускладнень через порушення антигенного гомеостазу та імунної регуляції [1, 2]. З іншого боку гіперпродукція певних субкласів IgG може опосередковувати розвиток аналогічної автоімунної, алергічної та імунозапальної патології, що розвинулася поза зв'язком з первинним дефіцитом цих імунних чинників [3]. Наразі вивчення субкласового складу IgG сироватки крові використовується для диференційної діагностики автоімунного панкреатиту [3], однак значення цих показників при гострому запаленні підшлункової залози іншого походження залишається не уточненим.

**Мета роботи.** Визначити динаміку рівня IgG за умов перебігу гострого панкреатиту.

**Матеріали і методи.** В умовах міського спеціалізованого відділення по лікуванню гострого панкреатиту “Міська клінічна лікарня №8” ДОР м. Кривого Рогу, який є клінічною базою кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО ДЗ “Дніпропетровська медична академія” було обстежено 30 пацієнтів. Група контролю – госпіталізовані для проведення планового оперативного втручання в задовільному стані (n=10).

Лабораторні та імунологічні дослідження проводили тричі: 1 дослідження – при надходженні; 2 дослідження – на 7-му добу; 3 дослідження – перед випискою.

Проведено імуноферментний аналіз субкласів IgG (G1, G2, G3, G4) в основній групі дослідження. Вимірювання сироваткової концентрації субкласів IgG здійснювали за допомогою твердофазного імуноферментного аналізу (виробник реактивів Thermo Fisher Scientific Inc., США). Аналіз на однорідність основної групи та контрольної групи показав, що при розподілі хворих по групах залежно від віку та статі істотних відмінностей не виявлено ( $p>0,05$ ), що вказує на їх коректу співставність та можливість порівняння для виявлення розбіжностей за іншими параметрами.

**Результати.** З загальної кількості обстежених основної групи у третини (9 осіб) виявлено дефіцит імуноглобулінів G, оскільки при усіх 3-х обстеженнях у них спостерігалися показники нижче нормативних значень. Найбільш часто спостерігався дефіцит IgG4 (5 хворих, 55,56%), далі в порядку зменшення – IgG1 (3 пацієнта, 33,33%) та IgG2 (1 пацієнт, 33,33%). Пацієнти з імунодефіцитом це переважно хворі у тяжкому стані (77,78%) з деструктивною формою захворювання (77,78%) з формуванням інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини (88,89%), яким проводили оперативне втручання (66,67%). Концентрація усіх субкласів IgG у жінок вища порівняно з чоловіками, що є загальновідомою тенденцією.

**Висновки.** Перебіг гострого панкреатиту в третині випадків супроводжується імунодефіцитом, що впливає на тяжкість захворювання, сприяє розвитку місцевих його ускладнень та потребує відповідної корекції лікувальної тактики.

## Ранні методи діагностики і прогнозування гострого панкреатиту

І. Я. Дзюбановський, А. І. Банадига

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України

**Вступ.** Як в Україні, так і за кордоном багато питань щодо консервативного та хірургічного лікування гострого панкреатиту (ГП) і його ускладнень залишається відкритим.

У літературі часто можна знайти суперечливі повідомлення. Все ще ведуться активні дискусії щодо прогнозування, термінів операційних втручань. Проблематика неінвазивної діагностики гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГНП) залишається актуальною. Діагностична цінність визначення рівня прокальцитоніну в крові – біохімічного маркера ранньої діагностики сепсису при хірургічній панкреатології, ще недостатньо вивчена.

**Мета:** знайти нові рішення для ранньої діагностики та прогнозування ГП.

**Об'єкт та методи.** У 41 пацієнта з ГП проведений комплекс клінічних, загальних лабораторних обстежень та спеціальних, зокрема визначення рівня прокальцитоніну імунохроматографічним методом, інструментальні методи обстеження, програмний аналіз отриманих даних в програмі Statistica Soft 13.0.

**Результати дослідження.** І групу склали хворі із ГП середньої важкості в кількості 19 (46,34%), II – з важким і критичним ГП, яких було 15 (36,58%) і 7 (17,03%) хворих відповідно. Ступені важкості визначені згідно Консенсусу 2012 року (перегляд Атланти 1996). Середній вік пацієнтів склав  $43,2 \pm 1,39$  у першій дослідницькій групі та  $48,40 \pm 1,51$  у другій групі. Ми вибрали 7 найбільш статистично достовірних показників ( $P < 0,05$ ): амілаза, AST, ALT, білірубін, білок, глюкоза крові, діастаза сечі. Ми також проаналізували прокальцитонін як маркер інфікованого запалення. Високий рівень маркерів ( $> 2,0$  нг / мл) був у 8 пацієнтів (36,36%) II групи, коли у I групі лише у 3-х хворих (15,78%). Інфіковане запалення було критерієм вибору операційного втручання. Ультрасонографія у хворих I групи виявила інформативні зміни підшлункової залози для ГП у 12 пацієнтів (63,15%) та у 15 пацієнтів II групи (68,18%). Комп'ютерна томографія (КТ) у пацієнтів з важким та критичним ГП була цінна у 77,27% (17 хворих). Була створена кореляційна матриця між усіма показниками. Так у перший день захворювання кореляційні зв'язки між амілазою та діастазою були:  $r = 0,78$  в I групі та  $r = 0,76$  в II групі. На третій день захворювання:  $r = 0,77$  і  $r = 0,74$  в I і II групах відповідно.

**Обговорення:** Рання діагностика ГП повинна включати комплексні клініко – лабораторні та інструментальні обстеження, які мають оцінюватись у взаємозв'язках, зокрема за допомогою комплексного кореляційного аналізу. Потрібно також вивчати це питання в контексті побудови комп'ютерних моделей прогнозування, складовими яких можуть бути кореляційні матриці.

**Висновки.** У нашому дослідженні було встановлено, що у 17% (89,47%) і 19 (86,36%) випадків у I та II групах підтверджений ГП за рівнями прокальцитоніну, амілази, глюкози крові та діастази сечі, даних ультрасонографії і КТ. Сильні кореляційні зв'язки між амілазою крові і діастазою сечі в усіх групах визначають діагностичну цінність цих показників, а дані інструментальних обстежень примножують ефективність ранньої діагностики. Наявність високого рівня прокальцитоніну свідчить про інфіковане запалення підшлункової залози і визначає лікувальну тактику.

## Ендовідеоскопічні технології лікування гострого інфікованого некротичного панкреатиту

О. І. Дронов, І. А. Ковальська, А. І. Горлач, К. С. Бурміч, К. О. Задорожня

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Київський центр хірургії захворювання печінки, підшлункової залози  
та жовчних протоків імені В. С. Земскова

На сучасному етапі лікування гострого некротичного панкреатиту та його інфекційних ускладнень широко застосовуються ендовідеоскопічні технології. У 2010 році були опубліковані результати мультицентрового рандомізованого дослідження (PANTER study), де було продемонстровано переваги покровокого міні-інвазивного підходу перед відкритою некректомією у контексті достовірного зменшення відсотка післяопераційних ускладнень, розвитку екзо- та ендокринної панкреатичної недостатності.

**Мета дослідження:** Покращити результати хірургічного лікування хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит за рахунок застосування ендовідеоскопічних технологій.

**Матеріали та методи:** З 1989 р. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків має досвід лікування 3076 хворих на гострий некротичний панкреатит, з яких інфікування некротичних спостерігалось у 34,8%. Застосування пункційно-дренуючих методів допомогло уникнути оперативного втручання у 4,1% пацієнтів. Інфекційні ускладнення у 934 пацієнтів потребували некрсеквестректомії: у 67,4% одноетапних, у 35,3% багатоетапних. З 2008 року з метою санації гнійно-некротичного вогнища застосовувалися ендовідеоскопічні технології. Діапазон відеоскопічних втручань полягав у використанні лапароскопічних некрсеквестректомії, ретроперитонеоскопічних асистованих некрсеквестректомії та їхніх комбінацій.

**Результати та обговорення:** Вибір способу оперативного втручання робили на основі комп'ютерної візуалізації розповсюдження некротичних вогнищ в підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині. При використанні ендовідеоскопічних технологій – середня тривалість ендовідеоскопічної некрсеквестректомії була  $150,18 \pm 15,7$  хвилин; середній рівень больового синдрому (оцінювання за цифровою шкалою NRS 11 від 0 до 10) склав  $3,17 \pm 1,08$  у перший день післяопераційного періоду з регресією до  $1,2 \pm 0,76$  на п'ятий день; в ранньому післяопераційному періоді не спостерігалось зниження систолічного артеріального тиску нижче за 70 мм рт ст, що розцінювалось як відсутність проявів кардіоваскулярної недостатності у пацієнтів з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, що мали сепсис індуковану поліорганну недостатність до операції ( $4 \pm 1,8$  за Marshal). Термін госпіталізації після операції склав  $18,15 \pm 0,99$  ліжко-день.

**Висновки:** Мінімальний больовий синдром, відсутність проявів ендотоксичного шока, можливість ранньої активізації пацієнтів, низька частота ранових ускладнень є незаперечною перевагою ендовідеоскопічних некрсеквестректомій. Комбінація лапароскопічних і ретроперитонеоскопічних методів забезпечує адекватну некректомію та санацію гнійного вогнища. Протипоказанням до ендовідеоскопічних некрсеквестректомій є тотальне некротичне ураження заочеревинної клітковини із розповсюдженням процесу на корінь брижі кишківника.

## Обґрунтування вибору типу оперативного втручання у хворих на хронічний панкреатит, ускладнений панкреатичною гіпертензією

О. Є. Каніковський, І. В. Павлик, І. В. Олійник

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Загальноновизнаною причиною зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) є зміна способу життя – вживання алкоголю та куріння. Пацієнти, як правило, поступають з клінікою кінцевої форми розвитку ХП, і потребують хірургічного лікування – корекції панкреатичної гіпертензії.

**Мета роботи.** Визначення ступеня фіброзу підшлункової залози (ПЗ), як критерію вибору способу та об'єму резекції ПЗ.

**Об'єкт та методи дослідження.** Об'єктом дослідження став аналіз результатів хірургічного лікування 181 хворих на ХП, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. За етіологічними чинниками згідно класифікації TIGAR-O в 162 (90%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, також у 172 (95%) – відмічався токсичний вплив алкоголю. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну – 34, запальну – 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні і псевдокісти у 112. У 37 хворих під час проведення оперативного втручання проводили визначення внутрішньопротокового тиску за допомогою манометра, а також визначення тканинного тиску опору за допомогою апарату Stryker pressure monitor. У 148 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії. З 37 пацієнтів, резекцію ПЗ за Фреєм виконано у 6, Фрей-Ізбіцким – 26, панкреатодуоденальна резекція у 5 хворих.

**Результати дослідження.** Показники тканинного тиску спротиву (ТТС) залежали від ступеню фіброзу ПЗ. Так, в випадку обструктивної форми ХП у хворих з наявністю стріктури в ділянці головки ТТС був найвищим в ділянці стріктури (>200 мм.рт.ст), тоді як в інших ділянках ПЗ зменшувався до 100 і нижче. У всіх пацієнтів в місці стріктури гістологічно підтверджувалась 4 стадія фіброзу ПЗ і відмічалася достовірна кореляція між показником ТТС та стадією фіброзу ПЗ. Найбільш виражений фіброз відмічався в ділянці так званого пейс-мейкера ХП. ТТС був >200 мм.рт.ст в головці ПЗ тільки у 30 (81,1%) пацієнтів. Хоча, головка ПЗ не завжди була даним пейс-мейкером. Так у 7 хворих на обструктивну форму ХП стриктура розташовувалася в ділянці переходу головки в тіло ПЗ, і ТТС в даній зоні >200 мм.рт.ст підтверджував наявність фіброзу. У хворих на кальцифікуючу форму ХП (головка – 6, тотальний – 8) та в випадку множинних стриктур панкреатичної протоки (8 пацієнтів) ТТС був високим (>200 мм.рт.ст) у всіх відділах ПЗ, вказуючи на тотальний фіброз ПЗ. Внутрішньопротоковий тиск був збільшений тільки у 22 (59,5%) хворих.

**Обговорення результатів дослідження.** Таким чином, алгоритм вибору способу та об'єму локальної резекції ПЗ залежав від показників інтраопераційних досліджень (патент на винахід №111873 від 24.06.16). Показом до виконання: – локальної резекції головки ПЗ за Frey – при наявності запального інфільтрату в області головки з ТТС >200 мм.рт.ст, а в інших відділах ПЗ 100 мм.рт.ст та >, з ↑ або нормальним протоковим тиском; – операція Izbicki – наявність запального інфільтрату у всіх відділах ПЗ, конкрементів ПЗ та ↑ТТС > 200 мм.рт.ст, та склерозованою панкреатичною протокою; – запропонована методика операції Frey – Izbicki (патент на винахід 103273 від 25.09.13) наявність мно-

жинних стриктур, конкрементів в паренхімі ПЗ, підвищення ТТС 200 та ↑ мм.рт.ст у всіх відділах ПЗ та ↑ протоковим тиском – висічення паренхіми ПЗ на всьому протязі в зв'язку з оклюзією протоків другого та третього порядків.

**Висновки.** Пейсмейкером ХП слід вважати зону максимального фіброзу, яка не завжди локалізується в головці ПЗ. Хірургічна корекція повинна бути направлена не тільки на виконання локальної резекції та зниження внутрішньопротокового тиску ПЗ але на широке висічення стриктури з розкриттям протоків другого та третього порядків. Резекція повинна виконуватися в місці максимального ТТС (>200 мм.рт.ст), в інших зонах (100 мм.рт.ст та >) достатньо простої дренажної процедури.

## Лечебные лапароскопические вмешательства у пострадавших с травматическим панкреонекрозом

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Травматические повреждения поджелудочной железы составляют от 2,7 до 5,3% от всех абдоминальных повреждений при закрытой травме живота. Одним из частых и грозных осложнений травмы поджелудочной железы является панкреонекроз, составляющий 36,6–64,9% случаев.

Цель исследования: определить роль лечебных лапароскопических вмешательств у пострадавших с травматическим панкреатитом.

**Объект и методы исследования.** Из 40 пациентов с закрытой травмой живота и подозрением на абдоминальные повреждения, после диагностических лапароскопических вмешательств (ДЛСВ), у 25 (60,5%) пострадавших определили стерильный травматический панкреонекроз и выполнили лечебные лапароскопические вмешательства (ЛЛСВ). Мужчин было 20 (80%), женщин – 5 (20%) в возрасте от 15 до 85 лет. Криминальная травма была у 13 (52%) пациентов, бытовая – у 6 (24%), ДТП – у 3 (12%), кататравма – у 1 (4%), факт травмы скрыт – у 2 (8%). В остром алкогольном отравлении находились 5 (20%) лиц, шоке – 4 (16%), их сочетания – 3 (12%). В течение 1 часа после травмы СМП транспортирован 1 (4%) пациент, 2–6 часов – 5 (20%), 6–12 часов – 4 (16%), 12–24 часа – 4 (16%) и 1–10 суток – 11 (44%). Изолированная травма имела место у 13 (52%) пострадавших, множественная – у 2 (8%) и сочетанная – у 10 (40%). Ранее оперировали 7 (28%) пациентов. Все обследованы.

**Результаты и их обсуждение.** ДЛСВ и ЛЛСВ осуществлены аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Они выполнены в течение 1 часа после госпитализации у 12 (48%) пострадавших, 1–2 часов – у 4 (16%), 3–5 часов – у 1 (4%), 6–12 часов – у 5 (20%), 12–24 часа – у 2 (8%), на 7 суток – у 1 (4%). Диагностировали стерильный травматический панкреонекроз (геморрагический–14, жировой–11). Перитонит был у 18 (72%) пациентов.

ЛЛСВ носили разносторонний характер. Перитонеальный экссудат аспирировали у 18 (72%) пострадавших. Блокада круглой связки печени (Патент Украины 28854 А) осуществлена у 15 (60%) пациентов (каниюлирована круглая связка печени–4) и блокада круглой связки печени (Патент Украины 32236 А) – у 3 (12%), блокада мезоколон – у 4 (16%), блокада круглой связки печени и мезоколон – у 3 (12%), холецистостомия – у 1 (4%). Брюшная полость и малый таз дренировали. Продолжена многокомпонентная



интенсивная консервативная терапия согласно клиническим протоколам оказания медицинской помощи (Киев, 2013 год).

В послеоперационном периоде у 23 (92%) пострадавших патологический процесс принял абортивное развитие. Оперировали 2 (8%) пациентов. Показанием у 1 (50%) пострадавшего было поступление крови по дренажу из брюшной полости через 1,5 часа после ЛЛСВ и у 1 (50%) – не контролируемая динамической кишечной непроходимости в течение 12 часов. Ушит разрыв брыжейки илеоцекальной зоны, вскрыта гематома мезоколон (1), осуществлена назо–интестинальная интубация тонкого кишечника, канюлирование правой желудочно–сальниковой артерии, блокада брыжейки кишечника (1). Течение гладкое. Все пациенты выписаны.

## **Выводы:**

1. Из всех пострадавших с закрытой травмой поджелудочной железы после лапароскопии у 60,5% пациентов стерильным травматическим панкреонекрозом выполнены ЛЛСВ.

2. Компонентами ЛЛСВ были разнообразны парапанкреатические блокады, аспирация перитонеального экссудата, холецистостомия, направленное дренирование брюшной полости и малого таза.

3. Консервативная терапия придала патологическому процессу абортивное течение у 92% пациентов, оперировали 8% пострадавших без летальных исходов.

## **Малоінвазивні хірургічні втручання – етап в лікуванні важких форм некротичного панкреатиту**

**А. Б. Кебкало, З. З. Парацій, Б. Г. Бондарчук, В. В. Тисельський**

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупіка, Київ,  
Київська обласна клінічна лікарня (**

**Актуальність теми:** актуальність досліджень, присвячених проблемі діагностики та лікування важких форм некротичного панкреатиту (НП) обумовлена великою частотою захворюваності та високими відсотками летальності.

**Мета:** оцінити роль черезшкірного пункційного дренивання (ЧПД) під контролем УЗ в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит.

**Матеріали та методи:** Проаналізовані результати лікування 187 пацієнтів з важкими формами НП з 2012 по 2017рр. Вік пацієнтів становив від 22 років до 76 років, чоловіків 124 (66,8%), жінок 63 (33,2%). Середній вік пацієнтів становив 46 років. За етіологічними чинниками, що призвели до розвитку некротичного панкреатиту був наступний розподіл: аліментарний НП (алкогольний) – 143 (76,0%), біліарний НП – 21 (11,4%), ідіопатичний 16 (8,0%), після проведення ендоскопічної паліосфінктеромії (ЕПСТ) – 7 (3,7%). Важкість перебігу НП оцінювали за шкалою APACHE II – в середньому 11 балів (від 8 до 15 балів). Середня важкість перебігу НП була 87 пацієнтів (45,7%), тоді як важка форма перебігу НП була відмічена в 101 пацієнта (54,3%).

Всі пацієнти були розділені на 2 групи: до першої групи (контрольної) було включено 74 пацієнта (37%) прооперованих без проведення попередніх малоінвазивних втручань; до другої групи (основної) було включено 113 пацієнтів (63,0%) яким на першому (передопераційному) етапі було проведено малоінвазивні дрениуючі втручання (1–3 маніпуляції). По важкості перебігу НП, розповсюженості парапанкреатичних ускладнень обидві групи є репрезентативними.

Показання для проведення ЧПД були: можливість проведення дренирування за даними УЗД та КТ, наявність рідинного компонента в зоні некрозу. ЧПД проводилось з метою усунення компресії на оточуючі органи та тканини, зменшення інтоксикації, прискорення демаркації зони панкреонекрозу та підготовки до «відкритої», при необхідності лапаротомної дренируючої операції.

**Результати:** 113 хворих основної групи в 64 хворих (57,0%) після проведеного ЧПД відмічався абортивний перебіг некротичного панкреатиту, пригнічення запального процесу, зниження інтоксикації, гіпертемії, лейкоцитозу та гострофазових білків (прокальцитонін та С пептид), у 17 (26,4%) з них діагностований стерильний панкреонекроз (за даним бактеріологічного дослідження пунктату). Серед найчастіших ускладнень ЧПД відмічали його неефективність через наявність великих секвестрів або густого гною, що слугувало показаннями для передренирування дренажами з більшим діаметром чи проведення оперативного втручання (з мінідоступу чи лапаротомії). Найкращі результати після ЧПД відмічалися при оментобурситах і значно гірші при «бокових» парапанкреатитах (параколіт, паранефрит), і найгірші результати при флегмонах заочеревинного простору. Показаннями для оперативного втручання були – неефективність ЧПД на протязі 3–5 діб, поява міхурців повітря в рідинних скопиченнях за даними КТ; наявність великих секвестрів та затікання контрастної речовини в заочеревинну клітковину при проведенні фістулографії; флегмона заочеревинного простору. Перевагу віддавали мінідоступам (поперековий право – чи лівобічний люмботомії, оментобурсостомії). Такі операції проведено у 89 (56,0%) хворих, летальність в цій групі 12,3%. 71 (44%) пацієнту були проведені розширені лапаротомні операції, летальність в цій групі складала 27 (37%).

Загальна летальність в першій групі пацієнтів становила 15 (20,25%) чоловік, в другій групі 13 (11,4%).

**Висновки:** ЧПД під контролем УЗ в хворих на некротичний панкреатит може застосовуватися як самостійний метод лікування, так і як перший етап передопераційної підготовки хворого до відкритої лапаротомної операції. Застосування даної методики знижує загальну летальність до 11,4% з 20,25%.

## Тенденції хірургічного лікування хворих на хронічний панкреатит з перспективою створення нового консенсусу

В. М. Клименко, А. В. Клименко, А. О. Стешенко, А. О. Никоненко

Запорізький державний медичний університет

**Актуальність.** Дискусійність стосовно конкретики хірургічного та консервативного лікування хронічного панкреатиту (ХП) утруднює збалансованість і послідовність використання кожного з цих методів. Така невизначеність відносно консервативного лікування призводить до тенденцій призначення мегадоз ферментних препаратів з повним спустошенням власного функціонального резерву підшлункової залози (ПЗ), подальшим орієнтуванням на аутотрансплантацію острівцевих клітин ПЗ.

**Мета.** Покращити результати хірургічного лікування хворих на ХП шляхом більш ранніх оперативних втручань паренхімозберігаючого типу на основі єдиних патогенетичних підходів.

**Матеріали та методи.** У дослідження включені 139 пацієнтів, яким з приводу ХП з панкреатичною протоковою гіпертензією на протигагу резекційним втручанням була

виконана паренхімозберігаюча операція: поздовжня тотальна панкреатівірсунгодуоденопапілотомія з ізольованим (58) та на короткій петлі за Ру (81) поздовжнім панкреатікоєюнодуоденоанастомозом. Жінок було 32, чоловіків — 107. У 108 (77,6%) хворих спостерігався алкогольний генез ХП. Віддалені результати простежені упродовж 5 років.

**Результати.** В усіх хворих припинився больовий синдром. Функціональні результати повністю залежали від ступеня функціональної (екзокринна та ендокринна) недостатності ПЗ на момент операції. Більш ранні оперативні втручання у 53 (38,1%) хворих на ХП, завдяки моніторингу больового синдрому і контрольованому спостереженню (сумісно з гастроентерологом) за розвитком панкреатичної протокової гіпертензії та екзокринної недостатності, сприяли збереженню доопераційного функціонального резерву ПЗ та відновленню якості життя, що прирівнювалась до здорових людей.

**Висновки.** Сумісний з гастроентерологом моніторинг больового синдрому і контрольоване спостереження за розвитком панкреатичної протокової гіпертензії у хворих на ХП за умов виконання пропонованої паренхімозберігаючої операції сприяє збереженню функціонального резерву ПЗ з якістю життя здорових людей.

## Комплексне лікування гострого поширеного гнійного перитоніту

П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова

Донецький національний медичний університет (Краматорськ)

**Вступ.** Лікування пацієнтів з гострим поширеним гнійним перитонітом (ГПП), як і раніше, залишається актуальною і не до кінця вирішеною проблемою.

**Мета дослідження:** удосконалити підходи до лікування пацієнтів з ГПП.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 214 пацієнтів, оперованих з приводу ГПП. Чоловіків було 119 (55,6%), жінок – 95 (44,4%). У віці до 60 років було 106 (49,5%) пацієнтів. Супутня патологія, частіше серця, судин, легенів, виявлена у 117 (54,7%) хворих. Давність захворювання менше 3 діб відзначена у 107 (50%) пацієнтів, 4–6 діб – у 51 (23,8%), а більше 6 діб – у 56 (26,2%). 1-й ступінь Мангеймського індексу перитоніту виявлено у 31 (14,5%) пацієнта, 2-я – у 132 (61,7%), 3-тя – у 51 (23,8%). Абдомінальний сепсис виявлено у 182 (85,1%) пацієнтів, а поліорганна недостатність – у 49 (22,9%).

Всі пацієнти були розділені на 2 групи. У 1-у групу включено 105 пацієнтів, у яких хірургічне втручання виконувалося за загальноприйнятою методикою, а черевна порожнина зашивалася наглухо. При розвитку ускладнень виконували релапаротомію «за вимогою». У 2-у групу включено 109 пацієнтів, в лікуванні яких застосовувалася часткова лапаростомія, програмовані санації черевної порожнини, карбапенеми, методика «експозиційної санації» черевної порожнини, пролонгована епідуральна анестезія. Тактика ведення післяопераційного періоду, в т.ч. і терміни зашивання черевної порожнини, залежали від показників внутрішньочеревного тиску (ВЧТ).

**Результати та обговорення.** У 1-й групі післяопераційні ускладнення розвинулися у 22 (21%) пацієнтів: неспроможність швів – у 8 (7,6%), абсцеси черевної порожнини – 7 (6,7%), евентрація – 3 (2,9%), нагноєння післяопераційної рани – у 2 (1,9%), флегмона заочеревинної клітковини – 1 (0,95%), перфорація гострих виразок тонкої кишки – 1 (0,95%). Померли 53 (50,5%) пацієнта.

У 2-й групі післяопераційні ускладнення розвинулися у 8 (7,3%) пацієнтів: нагноєння післяопераційної рани – у 4 (3,7%), неспроможність швів – 1 (1,3%), перфорація гострих виразок тонкої кишки – 1 (0,9%), евентрація – 2 (1,8%). Померли 27 (24,8%) пацієнтів. У 73 (66,9%) пацієнтів для лікування ГППП треба було виконати одну програмну санацію черевної порожнини, у 26 (23,9%) – дві, у 6 (5,5%) – три, у 4 (3,7%) – чотири.

В обох групах практично у всіх пацієнтів причиною смерті був не купований перитоніт.

**Висновки.** Застосування вдосконаленої хірургічної тактики комплексного лікування пацієнтів з ГППП дозволило домогтися зниження числа післяопераційних ускладнень з 21% до 7,3%, а летальності з 50,5% до 23,9%. Лише нагноєння післяопераційної рани у 2-й групі спостерігалось дещо частіше, ніж в 1-й.

У пацієнтів з ГППП хірургічне втручання слід завершувати накладенням часткової лапаростоми із подальшим виконанням програмованих санацій черевної порожнини, інтервал між якими в середньому становить 48 год. Контроль ВЧТ повинен здійснюватися всім без винятку пацієнтам з ГППП, як під час операції, так і в ранньому післяопераційному періоді до нормалізації його показників. Декомпресію кишечника необхідно виконувати у всіх пацієнтів з ГППП незалежно від ступеня дилатації петель кишок під час першої операції. Для цього можуть бути використані як закритий інтестинальний шлях введення зонда (через ніс), так і відкритий (через гастростому та еюностому).

## Хірургічне лікування нефункціонуючих нейроендокринних пухлин підшлункової залози

**В. М. Копчак, М. Ю. Ничитайло, В. П. Шкарбан**

**Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України**

Нейроендокринні пухлини (НЕП) підшлункової залози (ПЗ) складають від 2 до 4% від загальної кількості всіх пухлин ПЗ. За останнє десятиріччя спостерігають збільшення до 55–60% частки нефункціонуючих пухлин серед усіх нейроендокринних пухлин ПЗ.

**Матеріали та методи.** В Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова з 2004 по 2017 роки прооперовано 147 пацієнтів з нефункціонуючими нейроендокринними пухлинами підшлункової залози, що склали 63,8% від загальної кількості пацієнтів з НЕП ПЗ.

Доопераційна діагностика нефункціонуючих нейроендокринних пухлин підшлункової залози останнім часом значно покращилась, завдяки використанню специфічних лабораторних (Хромогранін А) та інструментальних досліджень (сцинтиграфія рецепторів соматостатину та позитронно-емісійна томографія зі специфічними трейсерами), розробки специфічних рентгенологічних ознак даних пухлин та активне впровадження ендоскопічної ультрасонографії з пункційною біопсією.

**Результати.** Доопераційну верифікацію діагнозу провели у 30,6% пацієнтів. Всі пацієнти з НЕП ПЗ були прооперовані, класичні резекції підшлункової залози виконані у 96 (65,3%) пацієнтів, панкреатодуоденальна резекція у 39 (26,5%) пацієнтів, у 8 (5,4%) з них з резекцією та пластикою судин, дистальна резекція підшлункової залози у 57 (38,8%) пацієнтів. У 16 (10,9%) з них виконали лапароскопічну дистальну резекцію ПЗ.

У 23 (15,6%) пацієнтів з НЕП ПЗ виконали органозберігаючі оперативні втручання на ПЗ, енуклеацію пухлини у 6 (4,1%) пацієнтів, у 7 (4,8%) хворих – локальну резекцію ПЗ, у 10 (6,8%) – центральну резекцію ПЗ, у 3 з них в лапароскопічному варіанті.

У 11 (7,5%) пацієнтів були виконані мультівісцеральні резекції, що було обумовлено інвазією пухлини в сусідні органи та/або наявністю синхронних метастазів в печінку. У 9 (6,1%) хворих виконані паліативні та експлоративні оперативні втручання. У 8 (5,4%) пацієнтів – резекції печінки з приводу метастазів нейроендокринних пухлин ПЗ в печінку.

Розрахункова медіана виживаємості у пацієнтів з нефункціонуючими НЕП ПЗ склала 76 місяців, загальна 3–річна виживаємість – 67,7%, 5–річна виживаємість – 56,5%. При нейроендокринних пухлинах G1, 3–річна виживаємість склала 94,6%, 5–річна – 89,2%, при НЕП G2 – 78,4% та 66,7% та при нейроендокринних карциномах G3 – 38,9% та 22,2% відповідно.

## **Висновки.**

Лікування пацієнтів з нейроендокринними пухлинами підшлункової залози в спеціалізованих центрах, дозволяє майже у третини з них провести доопераційну верифікацію діагнозу, що обумовлює оптимальний вибір хірургічного лікування, з можливістю використання лапароскопічних методик, виконання органозберігаючих операцій, а також розширити покази до хірургічного лікування у пацієнтів з місцеворозповсюдженими та метастатичними формами захворювання.

Найгірший прогноз серед НЕП ПЗ мають нейроендокринні карциноми G3, віддалені результати яких співставні з протоковою аденокарциномою ПЗ, що обумовлює необхідність виконання резекцій ПЗ за онкологічними принципами та проведення подальшої специфічної хіміотерапії у таких пацієнтів.

## **Розширені резекції в лікуванні хворих з місцеворозповсюдженими пухлинами підшлункової залози**

**В. М. Копчак, Л. О. Перерва, І. В. Хомяк, О. В. Дувалко, В. В. Ханенко,  
Г. Г. Шевколенко, Н. Г. Давиденко, С. В. Андронік.**

**Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України**

**Мета.** Визначити місце розширених резекцій підшлункової залози (ПЗ) у лікуванні хворих з місцеворозповсюдженими пухлинами підшлункової залози та визначити фактори ризику виникнення післяопераційних ускладнень і летальності.

**Матеріали та методи.** За період 2010–2017 рр. ми виконали 618 резекцій у пацієнтів з аденокарциномою ПЗ: дистальна резекція виконана у 139 (22,5%) хворих, панкреатодуоденальна резекція – у 462 (74,8%), тотальна панкреатектомія – у 17 (2,7%). Розширені резекції ПЗ виконані у 142 (23%) хворих: панкреатодуоденальна резекція – у 77 (54,2%), в тому числі з резекцією артеріальних судин – у 5 пацієнтів, з резекцією венозних судин – у 57, з резекцією суміжних органів – у 15. Розширені дистальні резекції ПЗ виконані у 54 (38,0%) хворих: з резекціями артеріальних судин – у 5 хворих, з венозними резекціями – у 25, у 24 хворих виконані дистальні резекції підшлункової залози з комбінованою резекцією вражених органів. Розширена тотальна панкреатектомія виконана у 11 (7,8%) хворих: з комбінованою артеріально–венозною резекцією – у 1 хворого, з венозними резекціями – у 8 пацієнтів, з резекцією суміжних органів – у 2. Ми провели порівняння методик стандартних та розширених резекцій ПЗ. Критеріями порівняння були: кількість ускладнень, тривалість оперативного втручання (хв), крововтрата (мл), тривалість стаціонарного лікування, летальність, медіана виживаності, 5–річна виживаність. Ми вивчили вплив саркопенії на виникнення післяопераційних усклад-

нень та летальність після резекційних оперативних втручань на підшлунковій залозі у пацієнтів із злоякісними пухлинами ПЗ. Саркопенія розраховувалась за допомогою передопераційної комп'ютерної томографії, використовуючи два підходи – Total Psoas Index (TPI) – сумарний індекс об'єму поясничних м'язів та Hounsfield Units Average Calculation (HUAC) середнє обчислення одиниць Хаунсфілда поясничних м'язів на рівні третього поясничного хребця.

**Результати.** Ускладнення спостерігали у 182 (38,2%) пацієнтів при стандартних резекціях та у 58 (40,8%) хворих у групі з розширеними резекціями ( $\chi^2 = 0,3$ ,  $p = 0,57$ ). Летальність складала 2,3% (14 пацієнтів): 5 (3,5%) – після розширених резекцій та 9 (1,9%) – після стандартних резекцій ПЗ ( $\chi^2 = 1,3$ ,  $p = 0,25$ ). Медіана виживаності та 5-річна загальна виживаність були недостовірно нижчі у пацієнтів після розширених резекцій ніж після стандартних (21 місяць і 26% та 28 місяців і 29% відповідно,  $\chi^2 = 0,15$ ,  $p = 0,69$ ). Розрахунок HUAC перед оперативним втручанням був виконаний у 72 пацієнтів, а TPI – у 71. Застосовуючи показник HUAC, із 72 хворих у 31 (61,3%) була діагностована саркопенія, післяопераційні ускладнення виникли у 19 (61,3%) хворих, в групі хворих без саркопенії післяопераційні ускладнення виникли у 13 (31,7%), різниця була достовірною ( $\chi^2 = 6,2$ ,  $p = 0,01$ ). Летальність в групі хворих з саркопенією складала 2 (6,4%), в групі хворих без саркопенії – 1 (2,4%), різниця була недостовірною ( $\chi^2 = 0,7$ ,  $p = 0,39$ ). Застосовуючи показник TPI, саркопенія діагностована у 37 (52,1%) хворих із 71, ускладнення виникли у 23 (62,2%) хворих з саркопенією, померло 2 (5,4%). В групі хворих без саркопенії ускладнення виникли у 8 (23,5%) хворих, летальність складала 1 (2,9%). Визначено, що п/о ускладнення достовірно вищі в групі хворих з саркопенією ( $\chi^2 = 10,7$ ,  $p = 0,001$ ), летальність в обох групах достовірно не відрізнялась ( $\chi^2 = 0,26$ ,  $p = 0,6$ ).

**Висновки.** Розширені резекції ПЗ можуть збільшити кількість радикально прооперованих хворих. Летальність, рівень післяопераційних ускладнень, віддалені результати лікування після розширених резекцій ПЗ співставні зі стандартними резекціями. Саркопенія, яка визначена за допомогою HUAC та TPI при передопераційному виконанні КТ, є значимим показником хірургічного результату і достовірно впливає на рівень післяопераційних ускладнень та може бути використана для покращення селекції пацієнтів.

## Сучасне індивідуалізоване покрокове хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту

В. М. Копчак, І. В. Хомяк, О. В. Ротар, О. В. Кіт, О. В. Дувалко,  
Л. О. Перерва, С. В. Андронік, А. І. Хомяк, А. В. Малик

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

**Вступ.** Стратегія, вибір тактики, хірургічні підходи, широке застосування відеоендоскопічних мініінвазивних втручань надзвичайно актуальні в лікуванні помірно тяжкого та тяжкого гострого панкреатиту (ГП). Незважаючи на прогрес, досягнутий панкреатологами світу в останні роки, летальність та ускладнення в лікуванні гострої патології підшлункової залози залишаються високими.

**Мета.** Покращення результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП) шляхом впровадження індивідуалізованої патогенетично обґрунтованої тактики ведення хворих в залежності від фази та варіантів перебігу захворювання, застосування покрокових втручань, розробки та удосконалення методик оперативних втручань.

**Об'єкт і методи дослідження.** В дослідженні проаналізовані результати лікування 993 хворих з приводу ГНП в період з 1997 по 2017 рр. До основної групи увійшли 811 хворих, які лікувались з дотриманням розробленого нами алгоритму за період з 2002 по 2017 рр. Вік хворих коливався від 10 до 79 років, при цьому жінок було 230 (23,16%), а чоловіків 763 (76,84%). Здебільшого переважали хворі вікової групи від 41 до 50 років. Асептичні форми некротичного панкреатиту в основній групі відзначали у 512 (63,13%) хворих, у контрольній – у 107 (58,79%). Гнійно-септичні ускладнення спостерігали у 299 (36,87%) хворих основної групи і у 75 (41,21%) хворих контрольної групи. В 16-ти випадках у хворих на ГНП-, ускладнений заочеревинним скупченням рідини (4), псевдокістами з наявністю секвестрів (8), гострим відмежованим некрозом тканин підшлункової залози (3) дифузним некрозом підшлункової залози (1), нами вперше в Україні застосована селективна транслюмбальна позаочеревинна санація патологічного вогнища за допомогою нефроскопа.

**Результати, їх обговорення.** Тактику лікування вибирали індивідуально відповідно фазам і особливостям перебігу захворювання. Починали його з консервативних заходів. Застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів дало змогу в 304 (37,48%) випадках досягти одужання хворих основної групи без будь-яких втручань, у тому числі й діапевтичних. Черезшкірні втручання під контролем ультрасонографії виконано у 327 (40,32%) хворих основної групи, у 92 хворих пункція та санація патологічного вогнища виконана під контролем ендосонографії. У 26 (3,21%) хворих основної групи з обмеженими локалізованими вогнищевими ураженнями підшлункової залози і парапанкреатичного простору виконано селективні мінілапаротомні та мінілюмботомічні втручання. Застосування у 16 хворих відеоконтрольованої позаочеревинної санації вогнищ панкреонекроза за допомогою нефроскопа дозволило виконати адекватну некректомію, санацію та дренування з мінімальною травмою для пацієнта. Лапаротомія виконана у 215 (26,51%) хворих основної групи. У зв'язку з прогресуванням гнійно-некротичного процесу і поширенням його на парапанкреатичну та заочеревинну клітковину, виникненням ускладнень, в 7,64% виконували повторні оперативні втручання. Застосування покровових оперативних втручань відповідно фаз захворювання дозволило зменшити ускладнення та летальність. Летальність в основній групі хворих склала 5,18%.

**Висновки.** Індивідуальний диференційований підхід, етапність в лікуванні відповідно до варіантів перебігу і фаз захворювання, широке застосування покровових мініінвазивних відеоендоскопічних втручань, селективних малотравматичних лапаро- та люмботомій, виконання за показами у відстрочені терміни широкої лапаротомії дозволяють суттєво покращити результати хірургічного лікування ГНП.

## Лапароскопічні оперативні втручання при пухлинах підшлункової залози

К. В. Копчак, О. О. Квасівка, А. А. Шудрак, С. С. Сікачшов, Д. О. Чевердюк

Національний інститут раку

**Вступ.** Лапароскопічна хірургія в наш час активно розвивається та отримує все нові сфери застосування. Також активно розвивається лапароскопічна хірургія підшлункової залози.

**Матеріали і методи.** В цій роботі представлено досвід виконання резекційних операцій на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу, виконаних в Національному

інституті раку в 2017 році. Нами виконано 5 дистальних резекцій підшлункової залози з лапароскопічного доступу та 4 панкреатодуоденальні резекції у пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози. Чоловіків було 5 (57,1%), жінок – 4 (42,9%). Середній вік пацієнтів склав  $48,7 \pm 10,7$  років (від 34 до 62 років). Критеріями включення були доброякісні та злоякісні пухлини підшлункової залози. Відносним протипоказанням до виконання лапароскопічного оперативного втручання були злоякісні резектабельні пухлини підшлункової залози, що мали щільний контакт з магістральними артеріальними та венозними судинами, а також виражена лімфаденопатія.

**Результати.** Остаточна морфологічна верифікація новоутворень у пацієнтів даної групи була наступна: 2 (22,2%) нейроендокринні пухлини, 2 (22,2%) муцинозні кістозні пухлини та 5 (55,6%) аденокарциноми – 2 голівки підшлункової залози і 1 тіла. Конверсій не було. В 1 випадку (20,0%) проведено дистальну резекцією зі збереженням селезінки та селезінкових судин за Kimura. При периампулярних новоутвореннях в обох випадках виконували пілорус–зберігаючу методику ПДР з виконанням реконструктивного етапу з мінідоступа на одній петлі за Child та виконанням панкреатоентероанастомозу на зовнішньому дренажі головної панкреатичної протоки. В одному випадку ПДР виконано з крайовою резекцією верхньої брижової вени з мінідоступа. У 2 пацієнтів (1 при виконанні дистальної резекції та 1 при виконанні ПДР) оперативне втручання виконували після раніше виконаного великого оперативного втручання на верхньому поверсі черевної порожнини (правобічна геміколектомія та лапаротомна апендектомія з приводу розлитого перитоніту)

Тривалість оперативного втручання коливалася від 90 до 210 хвилин (середня –  $174,0 \pm 48,0$  хвилин) при виконанні дистальної резекції, крововтрата коливалася від 30 до 100 мл (середнє значення  $76,0 \pm 30,0$  мл). Панкреатодуоденальні резекції тривали по 420 хвилин, крововтрата склала 100 та 500 мл.

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнтів після дистальних резекцій (40,0%) та у 1 після ПДР; з боку кукси підшлункової залози – у 2 пацієнтів після дистальних резекцій. Летальних випадків в даній групі не було.

Тривалість перебування у стаціонарі після операції у пацієнтів з лапароскопічними резекціями підшлункової залози коливалася від 5 до 14 діб. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції склала  $7,4 \pm 2,9$  діб.

**Висновки.** Резекційні операції на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу є перспективним методом, який має ряд переваг, проте потребує розробки чітких показів до операції та оптимальної техніки її виконання. Перевагою лапароскопічного оперативного втручання є швидка реабілітація пацієнтів.

## Сучасні технології ендоскопічного лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози

І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, Л. О. Перерва, С. А. Андрєєщев

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** В останні десятиріччя кількість хворих ускладненими псевдокістами підшлункової залози неуклінно зростає. Незалежно від наявності у арсеналі хірургів широкого спектру оперативних втручань, все ж виникає велика кількість таких ускладнень, як перфорації псевдокіст, кровотечі з арозивних судин підшлункової залози, нагноєння



вмісту псевдокіст, летальність при яких може досягати до 60%. Завдяки розробці та впровадженню у клінічну практику різноманітних мініінвазивних втручань, діапазон методів хірургічного лікування псевдокіст значно поширився.

**Мета дослідження:** покращення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози.

**Об'єкт дослідження:** ускладнені псевдокісти підшлункової залози.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовані результати лікування 168 хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози за період з 2006 по 2017 рр. Серед них чоловіків було 132 (78%), жінок – 36 (22%), середній вік яких склав  $43,0 \pm 1,2$  років. Компресія суміжних органів виявлена у 59 (35,1%) пацієнтів, з них компресія загальної жовчної протоки з розвитком механічної жовтяниці у 32, компресія шлунка – у 13 і дванадцятипалої кишки (ДПК) – у 14 хворих. Нагноєння псевдокіст діагностовано у 50 (29,8%) хворих, кровотеча у порожнину псевдокіст – у 41 (24,4%), перфорація – у 14 (8,3%), цистоплевральні нориці виникли у 4 (2,4%) пацієнтів. У 3 хворих діагностовані комбіновані ускладнення: у 1 пацієнта – нагноєння псевдокіст з компресією ДПК і ворітної вени, у 2 х – нагноєння псевдокіст зі здавленням загальної жовчної протоки. У якості скринінг-методу використовували ультразвукове дослідження (УЗД). У якості загального методу використовували комп'ютерну томографію (КТ) з внутрішньовенним контрастуванням. За показанням виконували рентгенографію, ендосонографію, магнітнорезонансну томографію, ангіографію, а також інвазивні діагностичні методи: пункції псевдокіст з наступним бактеріологічним, цитологічним, біохімічним дослідженням пунктату.

**Результати та їх обговорення.** Лікувальні мініінвазивні втручання при ускладнених псевдокістах підшлункової залози виконані у 105 (62,5%) хворих. Рентгенваскулярна оклюзія виконана у 25 пацієнтів, в 1 випадку кровотеча зупинена за допомогою стентграфту. Пункції псевдокіст під контролем УЗД виконані у 22 хворих, зовнішнє дренивання псевдокіст під контролем УЗД – у 11, пункції псевдокіст під контролем ендосонографії – у 20, внутрішнє дренивання псевдокіст під контролем ендосонографії – у 6, зовнішньо-внутрішнє дренивання – у 4, лапароскопічне зовнішнє дренивання псевдокіст – у 4, лапароскопічне формування цистогastro- та єюноанастомозів – у 9, дренивання плевральної порожнини під контролем УЗД – у 4 хворих.

У 71,3% спостережень мініінвазивні втручання дозволили не тількивилікувати ускладнення, але й ліквідувати саму псевдокісту підшлункової залози. У 28,7% випадках втручання носили етапний характер, дозволяючи в якості першого етапу лікування ліквідувати ускладнення, а після стабілізації стану хворого, виконати оперативне втручання на підшлунковій залозі.

**Висновки.** При лікуванні ускладнених псевдокіст підшлункової залози необхідно використовувати диференційований індивідуалізований підхід, з переважним застосуванням мініінвазивних методів оперативних втручань. Відкриті і мініінвазивні методики необхідно розглядати як взаємодоповнюючі способи лікування ускладнених панкреатичних псевдокіст.

## Тактичні питання лікування хворих на панкреонекроз

І. А. Криворучко, Є. В. Мушенко, Ю. В. Іванова, О. М. Тищенко

Харківський національний медичний університет,  
Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків

**Вступ.** Гострий панкреатит як раніше займає одне з провідних місць в структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини. Розробка нових та модифікація існуючих методів лікування даної категорії хворих хоча і призвела до поліпшення результатів хворим у першій фазі захворювання, однак летальність і кількість ускладнень до сих пір залишаються надзвичайно високими.

**Метою** роботи була оптимізація тактики лікування хворих панкреонекрозом.

**Об'єкт і методи дослідження.** Аналізу піддані результати лікування 195 пацієнтів з некротичним панкреатитом, що перебували на лікуванні з 2011 по 2017 рр. Хворих було розподілено відповідно до класифікації Атланта, яка була переглянута Робочою групою у 2012 р. В діагностиці та лікуванні хворих використовувалася тактика «step up approach». Обстеження були стандартними та включали в себе виконання загальноклінічних, коагулологічних, біохімічних і імунологічних аналізів. Серед інструментальних методів діагностики скринінговим вважали ультразвукове дослідження. Комп'ютерна томографія (КТ) з болюсним контрастним посиленням виконана 87,6% пацієнтам. Діагностика панкреатичної інфекції у 22 хворих (17,5%) була заснована на результатах тонкоіголкової пункції–аспірації вмісту патологічних вогнищ, в 67 спостереженнях (53,2%) – на результатах прокальцітонінового тесту і в 37 випадках (29,3%) – на клініко–лабораторних та інтраопераційних даних.

**Результати та їх обговорення.** Істотних статевих відмінностей серед пацієнтів виявлено не було: жінок було 98, чоловіків – 97. Середній вік пацієнтів склав  $48 \pm 2,5$  років. Переважали пацієнти з аліментарним і алкагольним генезом захворювання, а також з біліарної етіологією деструктивного панкреатиту.

Рання КТ в терміни 1–2 діб. від початку захворювання виконана пацієнтам з швидким накопиченням ексудату в сальникові сумці, черевній порожнині і заочеревинному просторі при підозрі на розвиток синдрому роз'єднаної панкреатичної протоки (31 хворий). В інших випадках КТ виконувалося в терміни 7–10 діб. від початку захворювання, а також при плануванні повторних хірургічних санацій.

Консервативне лікування було достатнім у 41 хворого (21%). Решта пацієнтів були оперовані. У ранні терміни (до 14 тижнів) прооперовано 28 хворих (18,2%). Показаннями до цих операцій служили: глибокий поперечний некроз залози з пошкодженням протокової системи і наявністю внутрішньої панкреатичної нориці, ферментативний перитоніт, прогресуюча рання поліорганна недостатність, резистентна до інтенсивної терапії. У всіх випадках застосовані методи черезшкірного пункційного дренивання. Інші хворі були оперовані при підтвердженні інфікування вогнищ некротичної деструкції. Хірургічна тактика була заснована на принципі етапного підходу лікування «step up approach». При наявності гострих некротичних скупчень (54 випадки) і відокремленого некрозу (49 спостережень) перевага віддавалася некрсеквестректомії і дренивання вогнищ некротичної деструкції з локальних мінідоступу з формуванням локальних стом. При панкреатичних псевдокістах (23 хворих) зовнішнє дренивання при їх ускладненому перебігу виконана у 5 пацієнтів з використанням мінімально інвазивних технологій, тампонада порожнини кісти відкритим способом – у 2 випадках. У решти хворих був

сформований цістоеюноанастомоз по Ру в відстрочені терміни після формування її капсули. Ускладнення відзначені у 82 хворих (42%). Загальна летальність склала 18,5% (29 хворих).

**Висновки.** Диференційований підхід до хірургічного лікування хворих некротическим панкреатитом з використанням тактики «step up approach» з виявленням групи пацієнтів, яким необхідно раннє дренування, а також використання етапного хірургічного лікування при інфікуванні вогнищ некротичної деструкції, дозволяє домогтися кращих результатів лікування цієї категорії хворих.

## Опыт выполнения панкреатодуоденальных резекций и их результаты

А. Б. Кутовой, К. О. Денисова, А. В. Снисарь, Д. В. Балык

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова,  
Днепропетровская медицинская академии МОЗ Украины

Заболееваемость раком поджелудочной железы неуклонно растет и составляет около 9,5–11 на 100 тыс. населения в год. Одной из наиболее радикальных операций для лечения рака головки поджелудочной железы и преампулярной зоны является панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

**Цель работы:** анализ особенностей выполнения ПДР, их осложнений и отдаленных результатов.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов 83 ПДР, выполненных за период с 2008 по 2018 годы в клинике хирургии № 2 на базе Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова. Среди больных было 46 (55,4%) мужчин и 37 (44,6%) женщин в возрасте от 24 до 81 лет. Средний возраст пациентов составил  $58,5 \pm 7,9$  лет. В гистологической структуре опухолей аденокарцинома головки поджелудочной железы составила 74,6%, псевдотуморозный панкреатит – 12,0%, аденома поджелудочной железы – 3,6%, скirroзный рак – 3,6%, нейроэндокринные опухоли – 2,4%, ГИСТ – 1,2%, ацинарный паренхиматозный рак – 1,2%, протоковый рак – 1,2%. При этом в 74 (89,1%) случаях опухоль исходила из головки поджелудочной железы, в 5 (6%) – из большого дуоденального сосочка, в 4 (4,8%) – из холедоха. Выделение и удаление органокомплекса проводили стандартным путем у 46 (55,4%) пациентов, с учетом “no-touch” технологи – у 37 (44,6%). Пилоросохраняющая ПДР выполнена в 10 (12,0%) случаях. Восстановительный этап ПДР осуществлялся по способу Whipple. Выбор метода панкреатоеюноанастомоза зависел от поперечных размеров перешейка и тела поджелудочной железы, диаметра Вирсунгова протока. В 16 (19%) случаев произведена вирсунгоеюностомия, в 12 (14%) анастомоз по типу «конец–в–бок», в 55 (66,2%) – анастомоз по типу «конец–в–конец», в том числе в собственной модификации. Для сравнения отдаленных результатов операции использовали группу из 120 больных, сопоставимых по основным критериям, лечившихся в клинике с 2007 по 2010 г. У всех пациентов паллиативной группы имела тяжелая степень механической желтухи. Наружное дренирование желчных протоков и желчного пузыря выполнено в 42 (35%) случаев, различные варианты билеодигестивных анастомозов – в 78 (65%).

**Результаты.** Среди ранних осложнений ПДР наблюдали: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза 14 (16,8%), гастростаз 6 (7,2%), желудочнокишечные кровотечения

– 3 (4,6%), несостоятельность гепатикоєюноанастомоза 3 (4,6%), некроз культи піджелудочної залози 3 (3,6%), тромбоз артеріального аллопротеза 1 (1,3%), внутрібрюшное кровотечення 1 (1,2%), остра рання спаечна непроходимость 1 (1,2%). Поздніе осложнения представлены послеоперационными вентральными грыжами 18 (21,9%), пептической язвой гастроэнтероанастомоза 1 (1,3%). Умерло 7 больных, послеоперационная летальность составила 8,4%.

Анализ выживаемости пациентов перенесших радикальное и паллиативное лечение выполнен по критерию Каплана–Меера. При этом 1–летняя выживаемость пациентов перенесших ПДР составила 62,5%, в группе контроля – 40,0%; 3х–летняя выживаемость – 22,7% и 13,3% соответственно; 5–ти летняя выживаемость – 17,8% и 9,1%. Медиана выживаемости составила 1г 1мес и 10,5 мес соответственно.

**Выводы.** Сокращение общего числа осложнений и летальности после панкреато-дуоденальной резекции сопряжено с оптимальным выбором хирургической тактики и совершенствованием техники выполнения операции, а также накоплением опыта работы клиники. Анализ выживаемости больных перенесших радикальное хирургическое лечение по поводу злокачественных новообразований в сравнении с больными, перенесшими паллиативные операции, позволяет говорить о достоверной эффективности ПДР.

## Віддалені наслідки хірургічного лікування гострого некротизуючого панкреатиту

Ю. С. Лисюк, Д. М. Бідюк, А. І. Фуртак, В. М. Коваль

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Актуальність.** Віддалені результати хірургічного лікування гострого некротизуючого панкреатиту (ГНП) вивчені недостатньо внаслідок труднощів їх повноцінного обліку.

**Мета.** Вивчити клінічні аспекти віддалених наслідків хірургічного лікування ГНП.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано спектр хірургічних ускладнень у віддаленому періоді у 34 пацієнтів із ГНП, які були прооперовані у клініці загальної хірургії за період з 2002 по 2016 роки. До спектру ускладнень, які потенційно підлягають лікуванню, віднесено: післяопераційні грижі, постнекротичні псевдокісти і нориці підшлункової залози, дигестивні нориці.

**Результати.** Всі пацієнти були оперовані з приводу гнійних ускладнень ГНП. Вік хворих на момент операційного втручання був у межах від 25 до 74 років, чоловіків було 25 (73,5%), жінок – 9 (26,5%). Тривалість спостереження за пацієнтами становила від 1 до 12 років. За етіологічним чинником ГНП був етанольного генезу в 23 (67,6%) пацієнтів, біліарного – у 9 (26,5%), аліментарного – у 2 (5,9%). Розвиток визначеного спектру ускладнень після операційного лікування відмічено у 26 (76,4%) пацієнтів, в тому числі у половині випадків (n=14; 53,8%) було поєднання декількох ускладнень. У післяопераційному періоді та протягом першого року спостереження відмічено виникнення нориць травного тракту у 8 (23,5%) пацієнтів. Зокрема, нориці підшлункової залози були у 6 пацієнтів: зовнішні нориці (5) та внутрішня панкреатодуоденальна нориця (1). Більшість зовнішніх нориць (4) підшлункової залози закрилися самостійно, в одному випадку виконано висічення нориці із повздожньою панкреатоеюностомією. У випадку шлункової нориці консервативне лікування було ефективним, у випадку товстокишкової нориці виконано операційне втручання із виключенням сегменту поперечної кишки із

пасажу накладенням асцендостоми із позитивним результатом. У віддалені терміни після операції у структурі ускладнень домінували післяопераційні грижі, які сформувалися у 21 (61,8%) пацієнта в проекції операційних доступів: підреберних (12), серединного (8), люмботомії (1). Планові хірургічні втручання з приводу післяопераційних гриж виконано 8 (38,1%) пацієнтам: алогерніопластика (7) і пластика місцевими тканинами люмбальної грижі (1). Спайкова кишкова непрохідність розвинулася в 1 (2,9%) пацієнта із перенесеною серединною лапаротомією. Цукровий діабет діагностовано у 9 (26,4%) пацієнтів, причому у більшості (5) ускладнення розвинулося у перші два роки після операції. Постнекротичні псевдокісти без вираженої клінічної маніфестації сформувалися у 4 (11,8%) пацієнтів: тіла (2), голівки і тіла (1) та хвоста залози (1). У 9 хворих із біліарним генезом панкреатиту 5 пацієнтам у віддаленому періоді виконано планову відкриту холецистектомію, в одному випадку – невідкладну холецистектомію з приводу obturaційного калькульозного холециститу. Окрім того, новий приступ ГНП протягом першого року після операції розвинувся у 1 (2,9%) пацієнтки, при обстеженні виявлено холедохоцеле і виконано папілосфінктеротомію, в подальшому рецидивів панкреатиту не було.

**Висновки.** У різні терміни після хірургічного лікування ГНП в 76,4% пацієнтів відмічено виникнення ускладнень. Післяопераційні грижі сформувалися у 61,6% пацієнтів, цукровий діабет розвинувся у 26,4% пацієнтів. Утворення норичь травного тракту відмічено у 23,5% пацієнтів, причому зовнішні норичі підшлункової залози в перший рік після операції добре піддаються консервативному лікуванню. Постнекротичні псевдокісти підшлункової залози сформувалися у 11,8% пацієнтів і мали неманіфестативний перебіг. Повторний приступ важкого панкреатиту відмічено в одному (2,9%) випадку внаслідок первино недиагностованої патології біліарного тракту.

## Корекція патології жовчних шляхів при хронічному біліарному панкреатиті

О. М. Литвиненко, П. В. Огородник, І. І. Лукеча, О. Д. Момот

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова

**Вступ.** Важливим аспектом лікування хронічного біліарного панкреатиту /ХБП/ є корекція змін біліарної системи. За даними літератури холедохолітіаз у 43– 72% випадків призводить до розвитку цієї патології. Більш широке впровадження сучасних малоінвазивних технологій робить актуальним питання визначення хірургічної тактики.

**Мета роботи.** Покращення результатів лікування хворих на ХБП.

Об'єкт дослідження – ХБП при холедохолітіазі. Предмет дослідження – методи хірургічного лікування з використанням мініінвазивних технологій.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено аналіз лікування 582 хворих на холедохолітіаз, ХБП. Підвищення рівня білірубину крові визначено у 72%. В діагностиці використовували УЗД, КТ, МРПХГ, ЕРПХГ. Всі пацієнти прооперовані. Їх розділили на три групи. В першій (293 пацієнти) була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) ізольовано або в поєднанні з відкритою чи лапароскопічною холецистектомією, доповненою в ряді випадків зовнішнім дренажуванням загальної жовчевої протоки (ЗД ЗЖП) або її стентуванням. Другу групу склали 175 хворих. У них були виконані ЕПСТ та холедохолітотомія (ХЛТ) в поєднанні з лапароскопічною чи відкритою холецистек-

томією, зовнішнім дрениванням та стентуванням ЗЖП з ендоскопічного чи з лапароскопічного доступу, біліодигестивними анастомозами. Третя група – 114 пацієнтів, яким була виконана ХЛТ, в тому числі у 83 – з лапароскопічного доступу, в поєднанні з лапароскопічною холецистектомією, зовнішнім дрениванням чи стентуванням ЗЖП, біліодигестивними анастомозами.

**Результати та їх обговорення.** Проведено аналіз післяопераційних ускладнень – рецидивуючу чи стійку обтураційну жовтяницю, холангіт, формування жовчної нориці. Їх було виявлено у 17,4% хворих першої групи. Вони виникли внаслідок неадекватної оцінки стану інтрапанкреатичної частини (ІПЧ) ЗЖП. Лише ЗД ЗЖП при її звуження до 2 мм призвело до формування стійкої зовнішньої жовчної нориці. При аналогічній патології використання тимчасового стентування ІПЧ ЗЖП виконане чи то ендоскопічно, чи лапароскопічно, не викликало ускладнень. У 12,3% хворих виконання лише ЕПСТ викликало розвиток цих ускладнень.

Поєднання ЕПСТ та ХЛТ у хворих другої групи було викликано трьома основними причинами – неможливістю ендоскопічного видалення каменів ЗЖП внаслідок тубулярного стенозу ЗЖП, залишковий ХЛ, поєднання крупних каменів ЗЖП, які неможливо видалити ендоскопічно, з папілостенозом. Причини, які призвели до формування третьої групи – неможливість ендоскопічного видалення каменів ЗЖП, виявлення ХЛ лише інтраопераційно. Більшість специфічних ускладнень серед хворих другої та третьої груп були пов'язані з виконанням біліодигестивних анастомозів. Основне із них – рецидивуючий холангіт, що мав місце в віддаленому післяопераційному періоді у 35,7% хворих, яким було виконано холедоходуоденостомію. На відміну від цього холедоходуоденостомія по Ру не супроводжувалась цим ускладненням. У хворих при розширенні ЗЖП більше 20 мм, коли біліодигестивний анастомоз не формували, в 54,5% випадків через 1–3 роки був рецидив холедохолітазу.

Післяопераційний ліжко–день після виконання мініінвазивних втручань склав у середньому  $3,2 \pm 1,4$  дні, після «відкритих» операцій –  $9,4 \pm 3,7$  дні.

#### **Висновки.**

1. Важливим чинником покращення результатів лікування ХБП, що виник внаслідок холедохолітазу, є визначення оптимального способу завершення операції на жовчних шляхах в залежності від діаметру ЗЖП.

2. Виконання мініінвазивних хірургічних втручань значно зменшує тривалість госпіталізації хворих на ХБП та скорочує їх трудову реабілітацію.

3. Весь спектр мініінвазивних операцій на жовчовивідних протоках необхідно виконувати в спеціалізованих медичних закладах з необхідним технічним забезпеченням відповідно підготованими фахівцями.

## **Новые данные о роли сосудистого фактора в развитии острого панкреатита**

**В. И. Лупальцов**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Вступление.** Настойчивые попытки проникновения во многие еще не раскрытые тайны возникновения и развития острого панкреатита (ОП) составляют одну из важнейших задач панкреатологии на современном этапе.

Это относится прежде всего к более углубленному изучению сторон его патогенеза. Почему в его течении отмечается стадийность патологического процесса, стадия стерильного некроза и гнойных осложнений, склонность к некротическому поражению парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. На все и другие вопросы в его течении не могут дать ответ современные познания его патогенеза и методы исследований которыми обогатилась панкреатология.

**Цель исследования.** Цель исследования – оценка сосудистых и гемореологических расстройств в развитии острого панкреатита.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ обследования и лечения 91 пациента острым панкреатитом в возрасте до 78 лет. Подавляющее число больных (73,2%) были лицами трудоспособного возраста. Характеристику клинического материала проводили согласно классификации острого панкреатита принятую в Атланте (1992). С интерстициальным (отечным) панкреатитом было 37 больных, с деструктивными формами – 54 пациента.

Базисными методами верификации ОП считали ультразвуковое исследование (УЗИ), определение амилазы и её метаболитов в трех биологических средах: крови, моче, экссудате брюшной полости. О состоянии микроциркуляции судили по изменениям сосудистого русла бульбарной конъюнктивы и морфологических исследованиях сосудов микроциркуляторного русла (поджелудочной железы) по биопсиям оперированных больных. О реологических изменениях судили по степени агрегации эритроцитов, кажущейся вязкости крови, концентрации фибриногена. Продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивались по содержанию в исследуемом материале диеновых конъюгатов. Антиоксидантная система представлена изучением каталазы и супероксиддисмутазы.

**Результаты и обсуждение.** Результаты проведенных исследований позволили прийти к заключению, что острый панкреатит возникает вследствие ишемии тканей поджелудочной железы, обусловленной гемодинамическими и сосудистыми расстройствами с нарушениями тканевого кровотока. Ишемия ведет к нарушению оксигенации и гипоксии. Последняя в свою очередь, приводит к функциональным и структурным изменениям клеточных мембран и нарушению энерготрансформирующего потенциала клеток, в том числе печеночных, поджелудочной железы, сосудистого эндотелия. В ацинарных клетках ПЖ происходят функциональные и структурные изменения клеточных мембран, что проявляется увеличением продуктов ПОЛ. Асептическое воспаление возникает как защитный механизм, направленный на удаление в начале омертвевших тканей, а затем и инфекции из патологического очага. Этот процесс сопровождается освобождением большого количества вазодилататоров воспаления, которые объединены под общим названием «цитокины», среди них наибольшее значение имеют фактор некроза опухоли (TNF) и интерлейкины (IL-1, IL-6, IL-8), которые индуцируют воспалительный процесс, обуславливая внутриклеточные и биохимические нарушения с одной стороны органические нарушения и повреждения с другой.

### **Выводы.**

Выявленные изменения гемореологии и микроциркуляции в ПЖ, подтверждаемые периферической вазоконстрикцией с уменьшением капиллярной перфузии во многом могут определять ишемию тканей ПЖ, приводя к функциональным и структурным изменениям в ее паренхиме, способствуя развитию ОП.

## Прогнозування перебігу гострого панкреатиту

В. В. Максим'юк

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Незважаючи на більш ніж двадцятилітню історію існування інтегральних систем оцінки тяжкості стану хворого та постійне зростання їх кількості, проблема вірогідного прогнозування перебігу гострого панкреатиту та розвитку його ускладнень залишається далекою від свого остаточного вирішення. Зумовлено це тим, що існуючі на сьогодні прогностичні шкали характеризуються цілим рядом суттєвих недоліків: низька дискримінаційна здатність прогнозування летального висліду захворювання для конкретного хворого при відносно точному прогнозі летальності для групи пацієнтів, низька прогностична чутливість при достатньо високій специфічності, що дозволяє передбачати вірогідність смерті хворого, проте, не дозволяє вірогідно виявляти пацієнтів, які повинні одужати.

**Мета дослідження.** Напрацювати нові способи прогнозування перебігу гострого панкреатиту, які, окрім найбільш характерних клінічних та лабораторно-інструментальних проявів захворювання, передбачали б оцінку впливу на його розвиток генетично детермінованих чинників.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження стали 88 осіб з різними формами гострого панкреатиту, у яких, окрім загально-клінічних показників, визначали R122H-поліморфізм гена PRSS1 та N34S-поліморфізм гена SPINK1. З метою прогнозування важкості клінічного перебігу гострого панкреатиту нами проведено статистичний аналіз 17 найбільш інформативних його лабораторно-інструментальних критеріїв. Виявлені відмінності склали основу для проведення кластерного аналізу, який здійснювали двома методами – методом k-середніх з обчисленням Евклідової метрики та обчислюючи відстані між класами методом середнього зв'язку з використанням метрики Вороніна. При цьому, при застосуванні обох методів одержано однакові результати.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В якості основних прогностичних маркерів панкреонекрозу нами було розглянуто 17 показників. Найбільш вірогідними з них виявилися: час до госпіталізації, ліпаза крові, амілаза сечі. Відповідно до наведених критеріїв хворих розділяли на два кластери. Основну групу склали  $n_1=20$  осіб зі сприятливим генотипом та  $n_2=50$  осіб з мутаційним генотипом. У групу контролю увійшло 8 осіб з RR-, NN- та N34S-генотипом та 10 осіб з RH-, NH- та SS-генотипом. Похибки прийняли рівними  $\alpha=0,01$  та  $\beta=0,01$ .

За результатами кластерного розподілу хворих основної групи за ліпазою крові та амілазою сечі виявлено, що 1 з 20 хворих зі здоровим генотипом був розподілений до 2-го кластеру, а 4 з 50 хворих з мутаційним генотипом були віднесені до 1-го кластеру, при цьому, зауважимо, що 3 з них були геометрично розташовані серед точок 1-го кластеру. Рівняння прямої, що відокремлює два кластери:  $y = -0,9856x + 223,87$ . При перевірці одержаного результату на групі контролю виявлено, 1 хворий з нормальним генотипом був розподілений до 2-го кластеру, а 2 хворих з мутаційним генотипом були віднесені до 1-го кластеру. Тобто, ризик гіподіагностики склав 12,5%, а ризик гіпердіагностики – 20%.

При кластерному розподілі хворих основної групи за часом до госпіталізації та ліпазою крові виявлено, що 1 особу зі сприятливим генотипом було розподілено до 2-го кластеру, а 1 особа з мутаційним генотипом до 1-го кластеру. Рівняння прямої, що



відокремлює кластери має вигляд:  $y = 0,450x + 41,218$ . Для групи контролю групи ризик гіподіагностики склав 12,5%, гіпердіагностики 10%.

У результаті кластерного розподілу хворих основної групи за амілазою сечі та часом до госпіталізації встановлено, що 1 хворий зі сприятливим генотипом був невірною розподілений до 2-го кластеру, а всі хворі з мутаційним генотипом були правильно розподілені до 2-го кластеру. Рівняння прямої, що відокремлює кластери має вигляд:  $y = 0,457x + 45,121$ . У контрольній групі випадків гіподіагностики не було, а ризик гіпердіагностики склав 10%.

**Висновки.** Узагальнюючи одержані результати досліджень можна зробити висновок, що запропоновані нами підходи до прогнозування перебігу гострого панкреатиту дають можливість здійснювати інтегрований аналіз його клінічних, лабораторних та інструментальних ознак з оцінкою ймовірного впливу на характер розвитку захворювання R122H–поліморфізму гена PRSS1 та N34S–поліморфізму гена SPINK1. Це дозволяє підвищити вірогідність прогнозування важкості перебігу ГП до 90%, а розвитку панкреонекрозу – до 96,6%.

## Результати лікування гострого некротичного панкреатиту в ранній фазі із застосуванням різних методик плазмаферезу

Р. М. Матвеев, Л. Ю. Маркулан, Р. В. Гонза, О. В. Кузьменко

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

**Мета.** Метою роботи було порівняти результати комплексного лікування середньої тяжкості та тяжкого гострого некротизуючого панкреатиту (ГНП) у ранній фазі захворювання в групах із застосуванням стандартної та модифікованої методик апаратного мембранного плазмаферезу.

**Матеріал та методи.** До дослідження увійшло 165 хворих на гострий панкреатит середньої тяжкості та тяжким згідно класифікації Атланта 2012 р., які проходили лікування на базах кафедри хірургії №4 НМУ імені О.О.Богомольця: чоловіків було 103 (62,4%), жінок – 62 (37,6%). Всі хворі мали ГП середнього ступеню тяжкості, що характеризувався транзиторною органною недостатністю, (більше 2 балів за шкалою Marshall в одній або більше з трьох систем, яка зберігається не більше 48 год.) та / або локальними, або системними ускладнення гострого панкреатиту без персистуючої органної недостатності. Пацієнти в ранній фазі захворювання отримували сеанси апаратного мембранного плазмаферезу. В групі П плазмаферез (ПФ) проводили за стандартною методикою, а В групі О – за розробленою методикою. Хворі зазначених груп не відрізнялися за тяжкістю ГНП по шкалі Ренсон. На 7–8 добу оцінювали: частоту: ферментативного перитоніту, шлуково–кишкових кровотеч, ексудативного плевриту, цитратних реакцій, скупчень рідини: у сальниковій сумці, парапанкреатичній клітковині, заочеревинному просторі та летальність.

**Результати та обговорення.** В кінці ранньої фази у пацієнтів груп П та О частіше відмічали наявність таких ускладнень, відповідно: ферментативний перитоніт – у 25 (52,1%) та 53 (45,3%) хворих, ексудативний плеврит – у 30 (62,5%) та 63 (53,8%) хворих, динамічна кишкова непрохідність – у 27 (56,3%) та 56 (47,9%) хворих. Гострі накопичення рідини (ГНР) виявлені у всіх хворих, з них ГНР переважно локалізувалися: у сальниковій сумці у

групі П у 26 (54,2%) та 55 (47%) хворих групи О і позаочеревинно у 26 (54,2%) та 54 (46,2%) хворих, відповідно, причому у 25 (52,1%) та 37 (31,6%) хворих вони виникали в кількох ділянках. Померли в ранню фазу 6 (12,5%) хворих групи П та 8 (6,8%) хворих групи О.

В групі О пункція ГНР знадобилася у 34,2% хворих, що було достовірно менше ніж в групі П – 58,3%,  $p = 0,004$ .

В ранньому періоді ГНП відсоток померлих в групі П був вищим – 12,5% порівняно з групою О – 6,8%, але не достовірно,  $p=0,329$ . В той же час, відсоток хворих з регресом захворювання в групі П був нижчим – 11 (22,9%) хворих проти 37 (31,6%) хворих в групі О, але також не достовірно,  $p=0,263$ .

**Висновок.** У хворих, яким проводився ПФ за розробленою методикою достовірно меншими були тривалість динамічної кишкової непрохідності ( $3,15 \pm 0,11$  діб проти  $3,95 \pm 0,18$  діб), тривалість парентерального харчування ( $4,22 \pm 0,10$  діб проти  $5,00 \pm 0,16$  діб), частота ерозивних шлунково–кишкових кровотеч (0,9% проти 8,3%), цитратних реакцій (2,6% проти 22,9%), ГНР що розташовані парапанкреатично та позаочеревинно (9,4% проти 20,8%), та кількістю вогнищ ГНР. Проведення комплексного лікування з використанням розробленої методики ПФ також асоціювалось з меншою летальністю порівняно з групою П, але дані не були достовірні.

## Предиктори важкості гострого некротичного аліментарного панкреатиту

Т. О. Мельник, С. І. Саволук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

**Вступ.** Розв'язання проблеми комплексного лікування гострого некротичного аліментарного панкреатиту (ГНАП) знаходиться в площині постійного вдосконалення методів прогнозування його перебігу та розвитку органних та гнійно–некротичних ускладнень, модифікуючи динамічну агресивну тактику (організаційно–діагностичний та лікувальний компоненти з пріоритетом на відтермінованих малоінвазивних хірургічних втручань та суровій етапності їх виконання) та оптимізуючи засоби багатовекторної, патогенетично спрямованої, превентивної інтенсивної терапії. З цих позицій увагу привертають вивчення механізмів ініціації, розвитку та прогресування анемічного синдрому при ГНАП, навіть за умови неускладненого перебігу.

**Мета:** оцінка діагностичних та прогностичних можливостей системи еритрону та обміну заліза при ГНАП в залежності від морфологічних змін та наявності органних (в ранню фазу) і гнійно–некротичних (в пізню фазу) ускладнень.

**Матеріали та методи дослідження.** В роботі аналізуються результати комплексного лікування 126 хворих на ГНАП. Верифікація діагнозу здійснювалася в межах протоколу (клінічні, лабораторні, інструментальні критерії), поширеність некротичних змін в ПЗ, залучення в процес заочеревинної клітковини, діагностика рідинних утворів та гнійно–некротичних ускладнень з боку черевної порожнини та заочеревинного простору визначалась за результатами динамічної УСГ та СКТ: відокремлений ГНЕП 54 (42,8%) (до 30% некрозу паренхіми ПЗ), розповсюджений ГНЕП 42 (33,3%) (30–50% некрозу), субтотально–тотальний ГНЕП 30 (23,9%) (більше 50% некрозу).

Оцінка показників еритрону включала: кількість еритроцитів (Er) (RBC), гемоглобіну (HGB) та гематокриту (HCT), середній об'єм Er (MCV), середній вміст HGB в 1 Er

(МСН), середню концентрацію HGB в Ер (МСНС), ширину розподілення Ер (RDW), вміст HGB в ретикулоцитах (СНг), ступінь проникності мембран Ер (СЗЕ), оцінювали форму Ер – здатність до деформації (ступінь деформованості) (індекс подовження на стрес) та здатність до агрегації (індекс агрегації). Оцінка обміну Fe: сироватковий вміст Fe, феритину (Фр) (оцінка вмісту Fe в депо), трансферину (Тр) та ступінь його насичення Fe (НТЗ), розчинних рецепторів до Тр та відношення їх концентрації до  $\log$  Фр.

**Результати.** Порівняння показників хворих з ГНАП та з набряковим ГАП констатувало ознаки функціонального Fe–дефіцитного стану: мікроцитоз ( $MCV < 80$  мкм<sup>3</sup>), гіпохромії (МСН  $< 27$  пг) та значенням Фр в межах 100–300 мкг/л на тлі зниження НТЗ  $< 20\%$ . Це свідчить про фіксацію заліза в ретикулоендотеліальній системі, його достатній кількості в депо.

Виникнення некрозу паренхіми ПЗ різної площини супроводжується ознаками абсолютного Fe–дефіцитного стану. Відокремлений ГНАП характеризується ознаками Fe–дефіцитної анемії: зниження Фр ( $< 100$  мкг/л), НТЗ  $< 20\%$  (18%), сироваткового Fe, підвищення Тр та кількості розчинних рецепторів до Тр, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до  $\log$  Фр  $> 2$  (високе). При розповсюдженому ГНЕП прояви Fe–дефіцитної анемії прогресують внаслідок імунного дистрес–синдрому: підвищення Фр, зниження насичення Тр Fe (НТЗ) та сироваткового Fe, Тр та кількість розчинних рецепторів до Тр перебувають в межах норми, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до  $\log$  Фр  $< 1$  (низьке). При субтотально–тотальному ГНАП абсолютний Fe–дефіцит поглиблюється через цитокинову агресію: значення Фр є в межах показників порівняння та контролю, показник НТЗ, Тр та Fe знижені, кількість розчинних рецепторів до Тр збільшується, а їх відношення до  $\log$  Фр  $> 2$  (високе).

**Висновки.** Перебіг ГНАП супроводжується змінами в системі еритроноу та обміну заліза, причому ступінь цих змін знаходиться в прямій залежності від площини морфологічного субстрату, що дозволяє їх використання в якості критеріїв важкості, прогнозування перебігу та розвитку гнійно–некротичних та органних ускладнень в ранню та пізню фази захворювання, змінюючи тактичну парадигму та визначаючи покази до малоінвазивної хірургічної інтервенції.

## Лапароскопічна поздовжня панкреатоеюностомія при хронічному панкреатиті. Перший досвід виконання

Ю. О. Міхеев

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Незважаючи на розвиток сучасних ендоскопічних транспілярних технологій, оперативне лікування є більш ефективним варіантом для полегшення болю при хронічному панкреатиті. Обґрунтованим є виконання ранньої операції при хронічному панкреатиті. Саме у цих пацієнтів без збільшення головки підшлункової залози та дилатацією головної панкреатичної протоки лапароскопічна продольна панкреатоеюностомія може дати добрі довгострокові результати. Ми представляємо наш власний досвід за минулий рік.

**Матеріали та методи.** Три спроби лапароскопічної поздовжньої панкреатоеюностомії було зроблено у пацієнтів з раннім хронічним панкреатитом без збільшення головки підшлункової залози. Серед них було дві жінки та одна чоловік, середній вік становив 42,6 роки. Показаннями для хірургічного втручання у всіх пацієнтів були абдомінальний

біль та ділатація головної панкреатичної протоки (середній діаметр 12,8 мм) без збільшення головки підшлункової залози та ознак біліарної гіпертензії. Використовували чотирипортову техніку. Після відкриття оментальної бурси пунктували та виконували розтин головної панкреатичної протоки за допомогою ультразвукового диссектора Sonicision з виділенням конкрементів. Потім за допомогою двох лінійних степлерів Endo-Gia 60 формували ізольовану кишкову петлю за Roux-en-Y. Після проведення петлі Roux-en-Y через мезоколон формували поздовжній панкреатоеюноанстомоз безперервним однорядним швом за допомогою особливого шовного матеріалу V-Loc 2-0.

**Результати та їх обговорення.** Ми мали одну конверсію до відкритої операції через неможливість знайти головну панкреатичну протоку та розвиток кровотечи з паренхіми підшлункової залози. Середній час операцій становив 207 хвилин. Післяопераційне перебування становило в середньому 9 діб, а середній строк follow-up спостереження – 12 місяців. У одного хворого спостерігалось підтікання жовчі до 4 діб (усім хорим також виконувалась холецистектомія). Летальних випадків не було. Всі пацієнти у віддаленому періоді мали зникнення болю та збільшення ваги.

Однак широкому впровадженню лапароскопічних операцій при хронічному панкреатиті заважає низька інформованість гастроентерологів про необхідність ранніх операцій при хронічному панкреатиті, що робить важкою селекцію хворих до даних втручань.

**Висновки.** Лапароскопічна поздовжня панкреатоеюностомія є безпечною, ефективною та доцільною операцією, особливо при «ранньому хронічному панкреатиті» без збільшення головки підшлункової залози.

## Мініінвазивне лікування хронічного панкреатиту з транспапілярного доступу

П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Н. А. Єрмак

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Актуальність.** Виражений больовий синдром та структурні зміни в протоковій системі підшлункової залози є основними напрямками інтервенційної терапії при хронічному панкреатиті (ХП). Сучасні підходи при ендоскопічному лікуванні ХП включають: папіловірсутотомію, дилатацію стриктур головної панкреатичної протоки (ГПП), механічну літотрипсію, вірсунголітоекстракцію та ендопанкреатичне стентування.

**Мета:** покращити результати хірургічного лікування хронічного панкреатиту шляхом раціонального застосування мініінвазивних ендоскопічних технологій.

**Матеріали та методи.** Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 47 пацієнтів з хронічним панкреатитом та його ускладненнями, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2007 по 2018 роки. Серед досліджуваних хворих було 35 (74,5%) чоловіків та 12 (25,5%) жінок. Середній вік пацієнтів склав  $53,7 \pm 7,7$  років. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою відеодуоденоскопів JF-1T 40, TJF-145VR, TJF-150 VR Olympus, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція).

**Результати.** Досліджувані хворі були розділені нами на 3 групи: 1) ХП + стриктура ГПП + вірсунгоектазія (n=14); 2) ХП + стриктура ГПП + вірсунголітіаз (n=15); 3) ХП + тубулярний стеноз загальної жовчної протоки (n=18); Пацієнтам першої групи виконували папілотомію, вірсунготомію, балонну дилатацію стриктур ГПП з подаль-

шим встановленням ендопанкреатичного стенту. В другу групу (вірсунголітіаз) – були включені пацієнти з розмірами конкрементів ГПП до 1 см. Всім пацієнтам виконували папілотомію, вірсунготомію, дилатацію стриктури протоки з подальшим видаленням конкрементів кошиком Дорміа та ендопанкреатичним стентуванням. Заміну стенту проводили кожні 3–4 місяці на протязі року, далі в більшості випадків стентування припиняли. Критерієм завершеного лікування вважали відсутність або значну регресію стриктури за даними панкреатикографії, легке проходження катетера Фогарті 6F через зону стенозу ГПП та швидку евакуацію контрастної речовини з ГПП, а головним критерієм успішності лікування був задовільний стан пацієнтів та регресія больового синдрому. Віддалені результати лікування перших двох груп вдалось відслідкувати у 22 випадках (період спостереження 2–8 років). Хороші результати лікування (відсутність больового синдрому, набір ваги тіла) – відмічено у 13 (59%) пацієнтів. Задовільні результати (полегшення больового синдрому, зменшення прийому анальгетиків) відмітили у 5 (23%) хворих. Незадовільні результати (рецидив стриктури ГПП та вірсунголітіаз) мали місце у 4 (18%) випадках, у 2 з них виконано операцію Фрея. Пацієнтам третьої групи (тубулярний стеноз холедоха) виконували папілосфінктеротомію, дилатацію стриктури загальної жовчної протоки та ендобіліарне стентування. Тривалість лікування в даній групі сягала 12–16 місяців, з періодичними замінами пластикових стентів кожні 3–4 місяці. Віддалені результати лікування прослідковані у 14 пацієнтів. Рецидив тубулярного стенозу спостерігали у 4 (29%) хворих, яким виконана гепатикоєюностомія на петлі кишківника по Ру. Ускладнення ЕТПВ виникли у 8 (17%) хворих.

**Висновки.** Ендоскопічні транспапілярні втручання при хронічному панкреатиті є безпечною та ефективною альтернативою традиційним хірургічним операціям, що дозволяють в більшості випадків ліквідувати явища протокової гіпертензії та зменшити больовий синдром у даної категорії хворих. Застосування ендоскопічних технологій вірсунголітоекстракції та дренивання головної панкреатичної протоки дозволяє покращити результати лікування, мінімізувати інвазивність втручань, а також значно скоротити строки стаціонарного лікування пацієнтів. У випадках нефективності ендоскопічних втручань з транспапілярного доступу показане виконання хірургічних декомпресивних операцій.

### Оцінка структурних особливостей підшлункової залози у віддалені терміни після операцій з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту

Д. В Орловський., Н. Ю. Гравіровська, Н. Ю. Ошмянська, І. С. Коненко

Інститут гастроентерології НАМН України, м. Дніпро

**Актуальність:** Хронічний панкреатит (ХП) – це активний процес запалення і фіброзу підшлункової залози (ПЗ), асоційований з деструкцією і прогресуючими незворотними структурними змінами паренхіми органу, та супроводжується змінами в екзо- і ендокринній функції тканини залози.

**Мета роботи:** Оцінка віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з ускладненим ХП шляхом вивчення структурних особливостей ПЗ.

**Матеріали та методи:** У відділі хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з 2012 по 2018 рр. обстежено 107 пацієнтів з ускладненим ХП,

з яких інтраопераційну біопсію з трьох різних зон ПЗ (головка, тіло, хвіст) проводили 48 пацієнтам. Їх середній вік становив  $48,5 \pm 14,7$  років. Пацієнти були розділені на 2 групи: 1 група - панкреато-дігестивні у 27 пацієнтів (57,44%), та 2 група - резекційно-дігестивні оперативні втручання у 21 пацієнта (43,75%). Морфологічну оцінку ступеня фіброзу ПЗ проводили за М. Stolte (1991). Зсувнохвильова еластометрія (SWE) виконана на апараті Radmir (Україна).

**Результати:** Нами встановлено, що процес фіброзування при ХП є дифузним, а ріст фіброзної тканини, залучення та руйнування ацинусів ПЗ протікає рівномірно по всій залозі. У I групі у 63% пацієнтів площа фіброзу складала  $36,25 \pm 4,11\%$ , що відповідало II ступеню фіброзу та 37% пацієнтів мали площу фіброзної тканини  $69,31 \pm 6,25\%$ , що було характерним для фіброзу III ступеню. У II групі у 27% оперованих пацієнтів площа фіброзної тканини становила  $41,25 \pm 4,11\%$  відповідно до II ступеню фіброзу, 63% пацієнтів  $63,41 \pm 5,05\%$  - до III ступеню і у 10% хворих  $89,31 \pm 6,25\%$ , що було характерним для IV ступеню фіброзу. За результатами SWE доопераційні показники жорсткості паренхіми в I групі розподілилися в залежності від фіброзу ПЗ II та III ступенів  $5,12 \pm 0,24$  кПа і  $6,45 \pm 0,76$  кПа відповідно; та в II групі при II, III, IV ступенях фіброзу показники SWE відповідали  $5,61 \pm 0,32$  кПа,  $6,85 \pm 0,12$  кПа,  $7,45 \pm 0,67$  кПа відповідно. Коефіцієнт кореляції в I групі між ступенем фіброзу, визначеним за допомогою морфологічного дослідження, та даними еластометрії відповідає ( $r=0,60$ ,  $p<0,05$ ), в групі II ( $r=0,71$ ,  $p<0,01$ ). Оцінка ферментативної та інкреторної функції ПЗ в обох групах показала збережену інкреторну функцію у 47,9% пацієнтів I групи та у 29,1% пацієнтів II групи, при цьому екскреторна функція характеризувалася гіперферментемією у 21%, нормоферментемією у 31% і гіпоферментемією у 48% пацієнтів. Через 2 роки за даними SWE у I групі фіброз II ступеню ПЗ встановлено у 28% пацієнтів, III ступеню - у 72% пацієнтів. У осіб II групи за даними SWE, показники фіброзу II ступеню картувалися зонами синьо-блакитного та блакитно-зеленого кольору у 19% хворих, у 69% пацієнтів з фіброзом III ступеню і у 12% хворих з фіброзом IV ступеню характеризувався зонами зелено-жовтого та жовто-червоного кольору. Через 5 років за даними SWE, тенденція поширення фіброзних процесів в ПЗ у пацієнтів I групи виражалася фіброзом III і IV ступеню у 83% і 17% хворих відповідно, що вірогідно відрізнялося, в порівнянні з часом виконання операції ( $p<0,05$ ), при цьому у хворих II групи вірогідного прогресування фіброзних процесів не встановлено, а фіброз II ступеню мав місце у 10% хворих, III ступеню - у 72% хворих, IV ступеню - у 18%. Порушення інкреторної функції ПЗ спостерігалось у 60% пацієнтів I групи та у 32% пацієнтів II групи, а ферментативна функція у пацієнтів I групи характеризувалася гіперферментемією у 8%, нормоферментемією у 26% та гіпоферментемією у 63%, а у II групі - 13%, 25% і 52% пацієнтів відповідно.

**Висновки:** Перебіг патологічного процесу в ПЗ у віддалені терміни після операцій з приводу ускладнених форм ХП залежить від вибору методу хірургічного втручання, при цьому фіброзні процеси і порушення екзо- та ендокринної функції прогресують у пацієнтів після проведених панкреатодігестивних оперативних втручань.

## Прогнозування важкості фіброзу підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит в залежності від типу больового синдрому

І. В. Павлик

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Основним клінічним проявом хронічного панкреатиту (ХП) є больовий синдром. Виділяють больовий синдром типу А — епізодичний сильний біль з наявними періодами безбольового синдрому; та тип В — постійний біль з епізодами сильного больового синдрому, що потребує госпіталізації пацієнта.

**Мета роботи.** Оцінити взаємозв'язок між типом больового синдрому та важкістю фіброзу підшлункової залози.

**Об'єкт та методи дослідження.** Об'єктом дослідження став аналіз результатів хірургічного лікування 181 хворих на ХП, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. За етіологічними чинниками згідно класифікації TIGAR-O в 162 (90%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, також у 172 (95%) – відмічався токсичний вплив алкоголю. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну – 34, запальну – 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні і псевдокісти у 112. У 37 хворих під час проведення оперативного втручання проводили визначення внутрішньопроктокового тиску за допомогою манометра, а також визначення тканинного тиску опору за допомогою апарату Stryker pressure monitor. У 148 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії. З 37 пацієнтів, резекцію ПЗ за Фреєм виконано у 6, Фрей-Ізбіцким – 26, панкреатодуоденальна резекція у 5 хворих.

**Результати та їх обговорення.** Епізоди важкого больового синдрому у хворих на ХП потребують госпіталізації таких пацієнтів. Залежність між типом больового синдрому та важкістю ХП була визначена у 62 хворих. Пацієнти з калькульозним ХП (5), множинними стриктурами головної панкреатичної протоки (ГПП)(7), великі (12) та інфіковані (5) кісти ПЗ відмічали больовий синдром типу В на момент госпіталізації в стаціонар. Пацієнти з одиночною стриктурою в області головки ПЗ (4), кістами ПЗ малого та середнього (26) розмірів відмічали больовий синдром типу А. Один пацієнт з фіброзом ПЗ мав тип В та один – тип А больового синдрому. І один пацієнт з одиночною стриктурою головного панкреатичного протоку відмічав тип В больового синдрому.

Пацієнти з калькульозним ХП (5), обструктивними формами ХП (множинні стриктури ГПП – 7) мали тканинний тиск спротиву (ТТС) >200 мм.рт.ст. у всіх відділах ПЗ вказуючи на її тотальний фіброз. В пацієнтів з одиночною стриктурою головки ПЗ ТТС мали найбільший показник (>200 мм.рт.ст.) в місці стриктури, а в інших частитнах ПЗ ТТС знижувався до 120 мм.рт.ст. Внутрішньопроктоковий тиск був підвищений тільки в 22 пацієнтів. Всі пацієнти гістологічно мали четвертий тип фіброзу ПЗ в місці стриктури, і відмічалась чітка кореляційна залежність між ТТС гістологічним ступенем фіброзу.

**Висновки.** Природа типу А больового синдрому у хворих на ХП полягає в виникненні гіпертонічного кризу в середині ГПП (чи кісти) з фіброзом паренхіми середнього ступеню. Тип В больового синдрому асоціюється з гіпертонічним кризом ГПП (чи кісти) з важким ступенем фіброзу паренхіми ПЗ.

## Динаміка показників системи антиоксидантного захисту при різних формах гострого панкреатиту

В. В. Петрушенко, О. В. Столярчук, Д. І. Гребенюк, Н. А. Ляховченко,  
К. М. Паньків, В. І. Стойка, В. С. Собко

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Гострий панкреатит (ГП) залишається актуальною проблемою як хірургії, так і інтенсивної медицини. В Україні захворюваність на ГП за різними даними складає 5,2–6,7 випадків на 10 тис населення, причому у близько 25% хворих захворювання має важкий та дуже важкий перебіг.

Порушення вільнорадикального окислення являється раннім та універсальним неспецифічним показником наявності пошкоджень і є досить характерним для багатьох патологічних процесів.

**Метою дослідження** було дослідити показники системи антиоксидантного захисту при різних формах гострого панкреатиту.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження був гострий панкреатит. Предмет дослідження – показники системи антиоксидантного захисту.

У дослідження було включено 49 хворих із підтвердженим діагнозом гострого панкреатиту, які проходили лікування в клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. У досліджуваному контингенті 21 пацієнт мав набряковий панкреатит (НабП) та 26 – некротичний панкреатит (НекрП).

Крім рутинних клініко–лабораторних та інструментальних досліджень, для оцінки активності оксидативного стресу додатково проводилось дослідження: глутатіонпероксидази, глутатіонредуктази, малонового діальдегіду, супероксиддисмутази, вміст карбонільних груп білків.

**Результати та їх обговорення.** На момент поступлення хворих у стаціонар рівень глутатіонпероксидази був вищим у хворих із НекрП та складав  $27,4 \pm 0,75$  мкмоль НАДФН<sub>2</sub> год/мг білка, що у 2,32 разу більше за показник при НабрП ( $11,78 \pm 0,34$ ). Аналогічно, при НекрП були вищими рівні глутатіонредуктази у 1,28 рази ( $8,57 \pm 0,22$  та  $6,69 \pm 0,26$  мкмоль НАДФН<sub>2</sub> год/мг білка, відповідно), карбонільних груп білків у 1,8 рази ( $2,51 \pm 0,13$  та  $1,39 \pm 0,08$  мкмоль/г білка, відповідно), малонового діальдегіду у 2,05 рази ( $9,86 \pm 0,42$  та  $4,82 \pm 0,22$  мкмоль/л).

Супероксиддисмутаза була вищою у групі НабрП та склала  $49,21 \pm 1,47\%$  гальм/окисл/кврт, що у 1,61 рази вище за аналогічний показник у групі НекрП ( $30,54 \pm 1,63$ ).

На 4 добу перебування у стаціонарі рівень глутатіонпероксидази був вищим у хворих із НекрП та складав  $16,63 \pm 0,95$  мкмоль НАДФН<sub>2</sub> год/мг білка, що у 2,07 разу більше за показник при НабрП ( $8,02 \pm 0,42$ ). Аналогічно, при НекрП були вищими рівні глутатіонредуктази у 1,37 рази ( $7,62 \pm 0,23$  та  $5,56 \pm 0,3$  мкмоль НАДФН<sub>2</sub> год/мг білка, відповідно), карбонільних груп білків у 1,83 рази ( $2,02 \pm 0,11$  та  $1,1 \pm 0,07$  мкмоль/г білка, відповідно), малонового діальдегіду у 2,18 рази ( $8,07 \pm 0,35$  та  $3,7 \pm 0,16$  мкмоль/л).

Супероксиддисмутаза була вищою у групі НабрП та склала  $56,32 \pm 1,67\%$  гальм/окисл/кврт, що у 1,8 рази вище за аналогічний показник у групі НекрП ( $31,29 \pm 2,22$ ).

### Висновки.

Компоненти глутатіонової системи захисту – глутатіонпероксидаза та глутатіонредуктаза, відображають реакцію організму на оксидативний стрес при гострому панкреатиті



та можуть бути використані для оцінки рівня недостатності антиоксидантного захисту, диференціації набрякової та некротичної форм гострого панкреатиту, а також для контролю ефективності лікування.

## Хірургічна корекція біліарної гіпертензії у хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту

В. І. Пилипчук, В. М. Галюк

Івано-Франківський Національний медичний університет»

**Вступ.** Захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) складає у світі – 3,1–8 випадків на 100 тис. населення, в країнах Європи – 4–8 випадків на 100 тис. населення. З них, хірургічної допомоги потребують від 4 до 9%.

**Мета.** Напрацювати алгоритм хірургічної корекції біліарної гіпертензії (БГ) у хворих на ускладнені форми ХП шляхом підвищення точності доопераційної та інтраопераційної діагностики з використанням сучасних методів обстеження хворого.

**Об'єкт та методи дослідження.** Проаналізовано лікування 170 хворих на ускладнені форми ХП. В 75 (44,1%) хворих ХП супроводжувався порушенням функції сусідніх органів: біліарною гіпертензією (БГ) у 60 (35,3%) хворих, хронічною дуоденальною непрохідністю у 10 (5,9%) хворих, венозною гіпертензією судин панкреатобіліарної зони у 5 (2,8%) хворих. У 8 хворих (4,7%) мали місце поєднання ускладнень. Для діагностики БГ в доопераційному періоді застосували ультразвукове дослідження (УЗД), магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) та комп'ютерну томографію (КТ). Інтраопераційно застосовували розроблений нами метод інтраопераційного моніторингу біліарного тиску (ІОМ БТ).

**Результати, їх обговорення.** Операції резекційного типу виконували при наявності виражених фіброзно-дегенеративних змін в ділянці головки ПЗ. Операції дренажного типу проводили пацієнтам з кістами ПЗ та з панкреатичною гіпертензією без виражених фіброзно-дегенеративних змін в ділянці головки ПЗ. Паліативні операції застосували у пацієнтів у тяжкому стані, коли ризик виконання резекційного оперативного втручання був високим. З метою біліарної декомпресії нами розроблено та застосовано у 13 хворих метод оперативного втручання який полягає в накладанні панкреато-дуодено-ентеро анастомозу на ізольованій петлі тонкої кишки та гепатикоентеро анастомозу на окремії петлі за Ру.

### Висновки.

Найвищою чутливістю щодо верифікації БГ при ХП володіють МРХПГ (95%), ЕРХПГ (93,7%) та КТ(92,5%). ЕРХПГ супроводжувався післяопераційними ускладненнями у 14,6% хворих.

Застосування методу ІОМ БТ дозволило діагностувати БГ у 97,3%, вибрати спосіб оперативного втручання, що достовірно знизило її рецидив у віддаленому післяопераційному періоді на 15,1% ( $\chi^2=4,22$ ,  $p=0,04$ ).

Прямі резекційні та резекційно-дренуючі оперативні втручання на ПЗ дозволили усунути БГ у 59,5% пацієнтів. У 40,5% хворих ці операції доповнені втручаннями на жовчовивідних протоках, найефективнішим з яких була гепатикоентеростомія на петлі за Ру. Ендоскопічні втручання дозволили усунути БГ у 77,7% хворих, а у 28,6% були етапом

підготовки до відкритих операцій. БГ, за умови її адекватної корекції, не була фактором ризику та достовірно не впливла на частоту ранніх післяопераційних ускладнень ( $\chi^2=0,57$ ,  $p=0,44$ ) і післяопераційної летальності ( $\chi^2=1,8$ ,  $p=0,18$ ). Запропонований комплексний діагностично–лікувальний підхід з використанням методу інтраопераційного моніторингу біліарного тиску дозволив отримати добрі віддалені результати у 89,2% пацієнтів при відсутності у них рецидиву БГ.

## Лечение свищей поджелудочной железы

А. П. Радзиховский

НМАПО имени П. Л. Шупика

(Статья посвящена благодарной памяти выдающему хирургу, моему учителю – академику А. А. Шалимову, внесшему неоценимый вклад в развитие панкреатологии)

**Вступление.** Свищ поджелудочной железы – это патологическое сообщение между протоковой системой или постнекротической полостью железы и другими органами, либо наружной поверхностью тела. Они являются осложнением острого панкреатита или травмы железы.

**Объект и методы исследования.** Нами был обобщен и систематизирован десятилетний опыт (с 1976 по 1986г.г.) лечения 217 больных с наружными и внутренними свищами поджелудочной железы, находящихся в клинике Киевского НИИ клинической и экспериментальной хирургии и фактически явившимися на то время крупнейшим из наиболее представительным в мировой литературе. Нами по поводу наружных панкреатических свищей оперированы 136 больных. У 122 больных панкреатические свищи сформировались после неадекватных дренирующих операций по поводу панкреонекроза, у 21 – после наружного дренирования ложной кисты поджелудочной железы.

**Результаты и их обсуждение.** В результате применения комплексной терапии панкреатические свищи были излечены у 49 (22,5%) больных. Показания к консервативному лечению больных с панкреатическим свищами считаем: а) свищи со сроком существования от 4 недель до 5 мес. б) свищи, развивающиеся после радикальных вмешательств на поджелудочной железе по поводу панкреонекроза, опухолевых поражений ее, панкреатите и травм, в) свищи, возникшие после дренирования кист поджелудочной железы, не сообщающиеся с панкреатическим протоком.

В зависимости от этиопатогенетических механизмов развития свища, степени выраженности деструктивных процессов в паренхиме железы, забрюшинной клетчатке, инфицированности свищевого хода и его связи с панкреатическим протоком выполняли различные виды вмешательств.

Резекцию поджелудочной железы выполнили 31 больному, причем у 17 из них удаление части органа сочеталось с наложением панкреатодигестивных анастомозов, а у 6 – с окклюзией протока культи клеєм КЛ–3. Из 21 больного, оперированных по поводу внутренних панкреатических свищей в п/о периоде умерли 3 больных. Хорошие и удовлетворительные результаты от хирургического лечения отмечены у 92,6%, общая летальность составила 7,2%. Трудовая реабилитация достигнута у 89,4% лиц трудоспособного возраста.

Показаниями к резекции поджелудочной железы были: панкреонекроз, гнойный панкреатит, сочетание свища с нагноившейся кистой, атрофические изменения паренхимы поджелудочной железы.

## Выводи.

Оптимальним вариантом лечения считаем рациональное сочетание консервативного и оперативного методов лечения. Консервативному лечению подлежат неполные неосложненные панкреатические свищи, возникшие после травмы поджелудочной железы, и некоторые виды неполных свищей после закончившегося воспалительного процесса при деструктивном панкреатите. Наиболее радикальным способом устранения панкреатического свища является его иссечение с резекцией поджелудочной железы. При этом надежно ликвидируется некротический очаг, вызвавший формирование свища.

## Мультиmodalна програма прискороного відновлення при панкреатодуоденальній резекції

А. В. Скумс, А. П. Мазур, Р. О. Шеламова, В.О. Ганжа

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** За останнє десятиріччя відзначається зменшення летальності після панкреатодуоденальної резекції (ПДР) з 25% до 1–3%. Однак кількість ранніх післяопераційних ускладнень залишається на стабільно високому рівні і досягає 29,5% – 70%. Тому очевидна необхідність пошуку нових шляхів і технологій периопераційного ведення пацієнтів при ПДР з метою покращення найближчих результатів.

**Мета дослідження.** Поліпшити найближчі результати панкреатодуоденальної резекції шляхом використання концепції мультиmodalної програми прискороного відновлення.

**Матеріали та методи.** Для оцінки ефективності схем периопераційної терапії проведено проспективно–ретроспективне дослідження результатів ПДР 78 хворих з захворюваннями голівки підшлункової залози та периампулярної зони за період з 2003 по 2017 рр. З метою порівняльного аналізу хворих розділили на 2 групи: у I групу ввійшли 39 хворих за період з січня 2015 по грудень 2017 рр., периопераційне лікування яких проводили відповідно до програми прискороного відновлення, у II групу – 39 хворих за період з січня 2003 по грудень 2014 рр., яких вели за традиційним методом. Вивчали терміни відновлення перорального харчування, частоту та характер післяопераційних ускладнень, термін стаціонарного лікування.

**Результати.** Летальних випадків у групах хворих зафіксовано не було. Загальна частота ускладнень за класифікацією Clavien–Dindo у хворих I групи була меншою порівняно з II (10 (25,6%) проти 18 (46,1%),  $p = 0,029$ ). У хворих I групи відзначили меншу частоту виникнення гастростазу порівняно з II (15,4% (6 хворих) проти 35,9% (14 хворих),  $p = 0,009$ ). Гастростаз ступеню А виник у 2 (33,3%) хворих I групи проти 7 (50,0%) хворих II, ступеню В у 3 (50,0%) I групи проти 3 (24,4%) II, ступеню С у 1 (16,7%) проти 4 (28,6%) хворих відповідно. Частота формування панкреатичної фістули (ПФ) у хворих I і II груп істотно не відрізнялася – 10,2% (4 хворих) і 12,8% (5 хворих) відповідно ( $p = 0,36$ ). Панкреатична фістула ступеню В виникла у 3 (75,0%) хворих I групи і у 4 (80,0%) II, ступеню С– у 1 (25,0%) I групи проти 1 (20,0%) II. Зареєстрували зменшення частоти виникнення інфекційних ускладнень у хворих I групи в порівнянні з II ((5,1% (2 хворих) проти 17,9% (7 хворих), ( $p = 0,031$ )). Середня тривалість стаціонарного перебування хворих I групи була достовірно меншою в порівнянні з хворими II групи (14 днів 95% ДІ: [13, 17] проти 18 днів 95% ДІ: [16, 18],  $p = 0,012$ ).

**Висновки.** Застосування програми прискороного відновлення при ПДР дозволяє

достовірно зменшити кількість післяопераційних ускладнень і скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі.

## Хірургічні аспекти мультимодального підходу до лікування хворих з поєднаною хірургічною патологією

В. В. Солдусова, М. М. Милиця, М. Д. Постоленко, І. М. Ангеловський

ЗМАПО МОЗ України

**Актуальність.** За даними ВООЗ поєднана хірургічна патологія є у 20–30% пацієнтів хірургічного профілю. В даний час симультанні операції виконуються частіше як випадкові, а рішення про їх виконання часто приймається інтраопераційно. Ведення хворих з поєднаною хірургічною патологією, вибір оптимальної тактики і вирішення технічних і організаційних питань є актуальною науково–практичною задачею.

**Мета дослідження** – обґрунтувати необхідність застосування симультанних операцій при захворюваннях органів черевної порожнини та малого тазу.

**Матеріали та методи.** Дослідженню підлягали хворі госпіталізовані до клініки у плановому порядку з діагнозом жовчно кам'яна хвороба (ЖКХ) (хронічна форма) та рак товстої кишки без ознак кишкової непрохідності. Для виконання поставленої мети пацієнтів поділено на дві групи: I група – вивченню підлягали історії хвороби 423 пацієнтів, які проходили лікування в період з 2010 по 2013 рр. Хірургічна корекція проводилася відповідно з первинним діагнозом. Виконання симультанних операцій було обумовлено інтраопераційною знахідкою.

II група – 510 хворих, яким проведені симультанні операції в період з 2014 по 2017 рр., на підставі виявленої супутньої патології у передопераційному періоді.

Симультанні операції виконувалися з використанням різних методик: відкритим методом (лапаротомія), лапароскопічно або в комбінації з мінідоступами.

**Результати та їх обговорення.** Наявність супутньої патології діагностовано у 157 (37,1%) хворих I групи, та у 244 (47,8%) пацієнтів II групи.

Найбільш частіше зустрічались поєднання ЖКХ з гінекологічною патологією (I група – 80 (71,4%), II група – 121 (75,6%)), з післяопераційною (I група – 17 (15,2%), II група – 18 (11,3%)) та з параумбілікальною грижами (I група – 15 (13,4%), II група – 21 (13,1%)).

При первинному діагнозі рак товстої кишки, відмічали поєднання з гінекологічною патологією у 25 хворих (55,6%) I групи та у 54 (64,3%) пацієнтів II групи; ЖКХ діагностовано у 16 (35,6%) випадках I групи та у 23 (27,4%) II групи; післяопераційну вентральну грижу у 4 (8,9%) пацієнтів I групи та у 7 (8,3%) відповідно. З 157 хворих I групи, які мали діагностовану поєднану патологію, симультанні операції виконано у 108 випадках, що склало 68,8%. На відміну від пацієнтів I групи, із 244 хворих II групи з поєднаною патологією, симультанні операції виконані у 100% випадках. Застосування принципів fast-track хірургії та розроблених лапароскопічних доступів дозволило зменшити кількість відкритих методів у II групі до 25,4% (I група 55,6%), збільшити кількість мініінвазивних (41,4% – II група, 15,7% – I група) та комбінованих методів (33,2% – II група, 28,7% – I група) оперативного лікування хворих із поєднаною хірургічною патологією.

### Висновки:

1. Плановий, методологічний підхід на передопераційному етапі, дозволяє провести хірургічну корекцію поєднаної патології у 100% випадках, що попереджає повторну госпіталізацію та вторинне оперативне лікування.

2. Виконання симультанних операцій має високий клініко–економічний ефект, знижує витрати держави і хворих на лікування в порівнянні з методологією послідовного виконання операцій такого ж обсягу.

## Оцінка ефективності нових методів місцевого підведення лікарських середників при гострому некротичному панкреатиті

**В. В. Тарабанчук, В. В. Максим'юк, Ф. І. Баранецький**

**Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівецька обласна клінічна лікарня»**

**Вступ.** Одними з провідних механізмів прогресування гострого некротичного панкреатиту, окрім аутоактивації панкреатичних ферментів, є зростання активності процесів протеолізу, фібринолізу та пероксидації у тканинах підшлункової залози, а також розвиток ранньої системної генералізації панкреатогенних альтераційних чинників лімфатичним та венозним порталним шляхом. Це склало основу для напрацювання нових патогенетично обґрунтованих методів місцевого тканинного та регіонарного впливу.

Мета дослідження. Оцінити в експерименті ефективність запропонованих способів місцевого підведення лікарських середників при гострому некротичному панкреатиті.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом експериментальних досліджень стали 50 статевозрілих кролів породи «Сірий велетень», яких розділяли на 5 груп – по 10 тварин у кожній групі. Перша група тварин слугувала контролем. У другій групі тварин використовували напрацьований спосіб ретроперитонеального підведення до ПЗ катетеру, через який здійснювали пролонговану інфузію конрикалу у дозі 10000 Од на добу (патент на корисну модель № 66673 UA). Третю групу утворили тварини, у яких виконували пролонговану ендопортальну інфузію контрикалу у дозі 10000 Од на добу через катетер, який вводили у крайову вену великого сальника (патент на корисну модель № 62346 UA). У четвертій групі тварини застосовували розроблений спосіб комбінованої ендолімфатичної терапії ГП, шляхом пролонгованої інфузії контрикалу у дозі 10000 Од на добу у парієтальні та вісцеральні колектори, через які відтікає лімфа з ПЗ та навколишніх тканин (патент на корисну модель № 95814 UA). П'яту групу склали тварини, у яких проводилось комплексне застосування напрацьованих методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При вивченні активності процесів протеолізу та фібринолізу у тканинах підшлункової залози встановлено, що на 48 год. розвитку гострого некротичного панкреатиту у тварин 5–ої групи, при порівнянні з контрольною групою, відмічалось істотне зниження протеолітичної активності панкреатичної паренхіми за азоальбуміном на 28,4%, азоказеїном – на 13,4%, азоколагеном – на 28,5%. При цьому, активність протеолізу тканин підшлункової залози за азоальбуміном та азоколагеном у тварин 5–ої групи була істотно нижчою, ніж у 3–ій та 4–ій групах. Паралельно з цим, через 48 год. з часу моделювання панкреатитів показники СФА, ФФА та НФА у тварин 5–ої групи, при порівнянні з контролем, вірогідно знижувались на 17,2%, 16,0% та 18,2% відповідно і були істотно нижчими за аналогічні параметри у 3–ій та 4–ій групах. Також, окремо слід зазначити, що рівень трипсину у перитонеальному ексудаті у тварин 5–ої групи був істотно нижчий за такий у 1–ій, 3–ій та 4–ій групах на 50,9%, 49,4% та 55,1% відповідно.

При порівнянні 5-ої групи з контролем виявлено, що за умов комплексного застосування напрацьованих методів уже впродовж перших 12 год. інфузії інгібіторів протеолізу відмічалось істотне зниження активності трипсину та ліпази у крові всіх венозних русел. Протягом наступних 24 год. тенденція до зниження рівня ферментемії зберігалась. Зокрема, рівень трипсину та ліпази у портальній вені істотно знижувався на 35,4% та 59,3%, у верхній порожнистій вені – на 19,3% та 57,0%, а у стеговій вені – на 43,2% та 60,8% відповідно. При цьому, абсолютні величини наведених показників були суттєво нижчими, ніж у 2-ій, 3-ій та 4-ій групах тварин. Окрім того, через 48 год. з часу моделювання ГНП у 5-ій групі тварин, на відміну від інших груп, показники рівня трипсину та ліпази у центральному та периферичному венозному руслі істотно не відрізнялись від вихідних величин, або були близькими до них. Наведені результати свідчать про те, що комплексне застосування напрацьованих методів лікування ГНП дозволяє ефективно попереджувати генералізацію панкреатичних ферментів лімфатичним та венозним портальним шляхом.

**Висновки.** Узагальнюючи результати досліджень можна зробити висновок, що комплексне застосування напрацьованих методів місцевого та регіонарного впливу при гострому панкреатиті дає змогу ефективно пригнічувати вираженість автокаталітичного ураження тканин підшлункової залози, попереджувати системну генералізацію панкреатичних ферментів венозним і лімфатичним шляхом та запобігати реалізації їх ушкоджуючої дії на дистантні органи. Це засвідчує ефективність запропонованих методик та доцільність їх клінічного застосування.

## Ендоскопічні ехо-контрольовані втручання при лікуванні кістозної дуоденальної дистрофії

І. С. Терешкевич

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** Дуоденальна дистрофія (ДД) – хронічне запалення тканини підшлункової залози (ПЗ), що ектопована в стінку дванадцятипалої кишки (ДПК). Це визначення було вперше використано французькими авторами Potet F., Duclert N., 1970., в англomовній літературі нерідко використовується термін «groove pancreatitis». Ектопією ПЗ полягає в розташуванні панкреатичної тканини з власним кровопостачанням і протоковою системою без анатомічного контакту із ортотопічною ПЗ. Ектопічна ПЗ нерідко розташовується в органах черевної та грудної порожнини, найчастіше в шлунку (до 60%) і ДПК (до 35%). ДД частіше зустрічається в молодому віці, проявляючись фіброзним потовщенням стінки ДПК і утворенням кіст в її м'язовому і (або) підслизовому шарі. Захворювання може бути самостійним або супроводжуватися обструктивним панкреатитом в ортотопічній залозі. Значно полегшує діагностику ДД ендоскопічна ультрасонографія (ЕУС). До теперішнього часу запропоновано кілька підходів до лікування ДД. Незважаючи на обнадійливі повідомлення про успіхи консервативної терапії, основою методом залишається хірургічне лікування, хоча з цього приводу є розбіжності. Лікувальна тактика далека від вирішення і коливається від консервативного лікування і ендоскопічних втручань до панкреатодуоденальної резекції.

**Мета роботи.** Оцінити можливості ендосонографії в діагностиці та лікуванні кістозної дуоденальної дистрофії.

**Матеріали та методи.** В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України проведено аналіз лікування 44 хворих з ДД з 2012 по 2018рр. Чоловіків було 39, жінок 5. Середній вік пацієнтів склав  $32 \pm 2,35$  роки. Всім пацієнтам проведено доопераційне обстеження: лабораторні аналізи, УЗД, МРТ і КТ органів черевної порожнини, дуоденографію, ЕУС. Використовували наступне ендоскопічне обладнання: еховідеоендоскоп Olympus UCT-140, ультразвуковий центр Olympus EU-M1, пункційні голки Boston Scientific і Cook 19G, цистотом G-Flex, пластикові стенти типу «свинячий хвіст» 8,5–10F.

**Результати.** Диференційний діагноз при даній патології проводили з пухлинами, запальними захворюваннями і вродженими аномаліями ДПК та ПЗ. Найчастішими клінічними ознаками ускладнень ДД були: біль в животі, нудота, блювання, мелена, анемія і втрата ваги. Ендоскопічно з боку ДПК відзначалось стенозування просвіту верхньої третини нисхідної частини ДПК, часто з виразкою чи ерозіями слизової, що клінічно проявлялось блюванням і кровотечами. При біопсії слизової ДПК отримували ознаки дуоденіту. Найбільш інформативною в діагностиці ДД виявилась ЕУС, яка дозволила точно визначити рідинні утворення в стінці ДПК, а також її товщину, що впливало на вибір малоінвазивної методики. Пацієнтам проведені наступні втручання під контролем ЕУС: пункція кісти стінки ДПК – 27 хворим, ендоскопічна цистодуоденостомія без стентування (кіста стінки ДПК) – 12 хворих та ендоскопічна цистодуоденостомія з стентуванням (кіста між стінкою ДПК і головкою підшлункової залози) – 5 хворим. Ускладнень не відмічалось. В 4 випадках дане лікування було безуспішним, їм проведено хірургічне лікування – панкреатодуоденальну резекцію.

**Висновки.** Кистозно–запальна трансформація стінки ДПК є актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Хірургічне лікування при ДД повинно проводитись при неуспішності ендоскопічних втручань.

## Результати лікування хворих на рак головки підшлункової залози після виконання панкреатодуоденальної резекції зі стандартною лімфодисекцією

О. М. Тищенко <sup>1</sup>, Р. М. Смачило <sup>2</sup>, Є. В. Мушенко <sup>1</sup>, М. С. Черняєв <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева» НАМНУ,

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Панкреатодуоденальна резекція (ПДР) є стандартом в радикальному лікуванні пацієнтів з операбельним раком головки підшлункової залози. Лімфодисекція є обов'язковим етапом оперативного втручання та достовірно покращує результати лікування даної категорії пацієнтів.

**Мета дослідження** – дослідити результати лікування пацієнтів з раком головки підшлункової залози, яким була виконана ПДР зі стандартною лімфодисекцією.

**Об'єкт дослідження** – хворі на рак головки підшлункової залози, яким виконувалась ПДР.

**Методи дослідження.** Наведено результати лікування пацієнтів з раком головки підшлункової залози, оперованих в клініці Інституту загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМНУ за період з 2013 по 2017 роки, яким були виконані панкреатодуоденальні резекції (ПДР). Всього було виконано 114 ПДР. Найбільш часто операція

виконувалася в осіб у віці 50–60 років (57,4%). В діагностиці та лікуванні пацієнтів з раком головки підшлункової залози ми дотримуємося рекомендацій ESMO (European Society for Medical Oncology) та NCCN (National Comprehensive Cancer Network). СКТ органів черевної порожнини з болюсним внутрішньовенним контрастуванням ми вважаємо найбільш точним, оскільки він дозволяє оцінити межі пухлини, її взаємини з сусідніми органами і судинами.

**Результати та їх обговорення.** 103 пацієнта надійшли в клініку з синдромом механічної жовтяниці. Як передопераційний метод декомпресії жовчних шляхів у 76 випадках було виконано чрезпечінкове холангіодренування, у 5 пацієнтів – холецистостомія під контролем УЗД. 15 пацієнтам в якості 1 етапу хірургічного лікування була виконана холецистектомія, гепатикоєюностомія за Ру, після чого через 2–3 тижні виконувалася ПДР. Вважали за можливе виконання ПДР при зниженні рівня загального білірубіну  $\leq 100$  мкмоль / л. Усім пацієнтам виконана стандартна за обсягом лімфодисекція. У 8 пацієнтів з інвазією в верхню брижову або ворітну вени виконували їх крайову резекцію з наступною пластикою аутовенозною латкою, в двох спостереженнях виконували резекцію мезентерико–портального конфлюенса (1 пацієнт) або сегмента ворітної вени (1 хворий) з наступною пластикою аутовеною або РТФЕ–графтом. В 1 випадку виконали резекцію верхньої брижової артерії з подальшою її реконструкцією анастомозом кінець–в–кінець. Відновлювальний етап в 32 випадках виконували за Whipple, у 82 пацієнтів – за Ру. 56 пацієнтам також виконували стентування панкреатикоєюноанастомозу. Після хірургічного лікування 97 (85,1%) пацієнтам була проведена ад'ювантна багатокурсова хіміотерапія гемцитабіном, фторурацилом або капецитабіном. Ускладнення в післяопераційному періоді розвинулися у 42 (36,8%) хворих. Структура ускладнень: неспроможність панкреатоентероанастомозу (15 випадків), жовчовитікання з формуванням жовчної нориці (6 пацієнтів), лімфорей (6 хворих), гастростаз (5 пацієнтів), нагноєння післяопераційної рани (5 пацієнтів), рання спайкова кишкова непрохідність (2 пацієнтів), ТЕЛА (2 пацієнта), вірсунгоррагія (1 пацієнт). Метастази в регіонарних лімфовузлах після виконаної лімфодисекції при гістологічному дослідженні були виявлені у 98 (85,9%) випадках. Загальна летальність після ПДР склала 15,2%. У віддалені терміни простежена доля 34 (29,8%) хворих. 5–річна виживаність склала 4,5%.

**Висновки.** Виконання стандартної лімфодисекції при ПДР дозволяє збільшити статус резекції (R) та покращити віддалені результати лікування пацієнтів, хворих на рак підшлункової залози. В структурі ускладнень після ПДР превалює неспроможність панкреатоентероанастомозу та жовчовитікання з формуванням жовчної нориці. Інвазія пухлини в ворітну, верхньобрижову вену є показанням до виконання ПДР з резекцією та реконструкцією вен.

## Сучасні можливості профілактики ускладненого перебігу гострого панкреатиту біліарної етіології у хворих з цукровим діабетом

Я. В. Томашевський, С. І. Саволюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

**Вступ.** Актуальність проблеми хірургічного лікування гострого панкреатиту біліарної етіології (ГПБЕ) у хворих з цукровим діабетом (ЦД) підкреслюється збільшенням захворюваності та зростанням частоти розвитку ускладнень поєданого характеру (ор-



ганні дисфункції, гнійно-запальні та постнекротичні ускладнення з боку підшлункової залози, позапечінкових жовчних протоків).

**Мета:** оцінка ефективності ліпосомного транспорту та адресної доставки медикаментозних чинників в комплексі лікування ГПБЕ у хворих із ЦД.

**Матеріали та методи дослідження.** В роботі аналізуються результати комплексного лікування 122 хворих із ГПБЕ, що виник на тлі ЦД, в основній (64) та ретроспективній (58) групах. Для визначення особливостей перебігу ГПБЕ у хворих із ЦД створена група контролю (40 ГПБЕ без ЦД) та група порівняння (30 донорів). Основна група 64 (середній вік  $62,1 \pm 10,15$ ): жінок 30 (46,9%) ( $64,2 \pm 9,17$ ), чоловіків 34 (53,1%) ( $60,3 \pm 10,86$ ). ЦД I типу – 14 (21,9%), ЦД II типу – 50 (78,1%), ЦД легкої форми 4% (3), середньої 41% (26), важкої – 55% (35), в стадії компенсації 2 (3,2%), субкомпенсації (60,8% – 39), декомпенсації (36,0% – 23), в 10,9% (7) – кетоацидоз. Ретроспективна група 58 ( $61,2 \pm 10,72$ ): жінок 28 (48,3%) ( $63,1 \pm 9,93$ ), чоловіків 30 (51,7%) ( $59,1 \pm 11,45$ ). ЦД I типу – 14 (23,8%) та ЦД II типу – 44 (76,2%), ЦД легкої форми 5% (4), середньої 37% (21), важкої – 57% (33), в стадії компенсації 3 (5,1%), субкомпенсації (60,1% – 35), декомпенсації (34,8% – 20), в 8,6% (5) – кетоацидоз. В основній групі базова терапія доповнена методом захищеного транспорту шляхом системного та регіонарного впливу ліпосом для створення високих регіонарних концентрацій з метою профілактики біліарної транслокації, холангіту та проявів печінкової дисфункції. Метод заснований на використанні властивостей фосфатидилхоліну (ліпін), що є субстратом підтримки діяльності гепатоцитів, до транспорту в гепатобіліарну зону антибіотиків, досягаючи подвійного ефекту. Консервативна гепатопротекція доповнена впливом на метаболічні засади морфофункціонального стану печінки та проєкційним регіонарним фізіотерапевтичним впливом.

Лабораторний моніторинг включав аналіз динаміки цитопатичної гіпоксії, ендогенної токсемії, перекисного окислення ліпідів, печінкової дисфункції; оцінку ефективності регіонарних лікувально-санаційних заходів здійснювали за загальною мікробною забрудненістю жовчі, рівнем IgA та рН жовчі.

**Результати.** В хворих на ГПБЕ за умови ЦД відмічається менша інтенсивність болювого синдрому, що пов'язується з діабетичними полінейропатіями (основна група 78,3%, ретроспективна 82,4%). Інтенсивність гострої диспепсії (нудота та блювання), що супроводжують перебіг ГПБЕ і визначають його важкість, у хворих з ЦД були розцінені як ознаки декомпенсації ЦД та кетоацидозу, що відтермінувало діагностику хірургічної патології (до 24 годин 37%, 14%; 24–48 годин – 25%, 16%; 48–72 години – 18%, 33%; після 72 годин – 20%, 37%), нівелюючи можливості ранньої ініціальної протективної терапії в межах концепції обриву панкреонекрозу.

Аналіз результатів консервативного та періопераційного моніторингу за хворими на ГПБЕ констатував, що в групах хворих з ЦД (26 (21,31%)) кількість плевропульмональних ускладнень достовірно більша (5 (12,5%)).

**Висновки.** Перебіг ГПБЕ у хворих із ЦД має свої клініко-діагностичні (больовий синдром, гостра диспепсія) особливості та відмінну структуру ускладнень (легеневі), що утруднюють оцінку вихідної важкості та вимагають принципово нових лікувальних підходів (цілеспрямована медикаментозна доставка на основі підготовлених ліпосом, що виконують функцію адресного антибактеріального транспорту та гепатопротекція), ефективність якої підтверджується достовірною динамікою маркерів цитопатичної гіпоксії, зокрема аденозиндезамінази, аргініну, продуктів метаболізму АТФ (ксантин, гіпоксантин) та відповідальних за їх розщеплення ферментів, та печінкової дисфункції і ендогенної токсемії.

## Панкреатичні нориці: проблеми та їх вирішення

О. Ю. Усенко, А. І. Суходоля, С. А. Суходоля, О. О. Підмурняк,  
В. П. Мосійчук

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України,  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,  
Хмельницька обласна лікарня

**Вступ.** Панкреатичні нориці (ПН) є досить частим ускладненням хронічного панкреатиту (ХП) або ж інших захворювань підшлункової залози (ПЗ). ПН виникають як після гострого, так і ХП, при ракових захворюваннях ПЗ, травми ПЗ, а також є ускладненням після дренуючих або ж радикальних резекційних оперативних втручаннях. Внутрішня нориця ПЗ, може поширитися у черевну порожнину, заочеревинний простір, плевральну порожнину, також відома як панкреатичний асцит (ПА), яка досить часто призводить до перитоніту з послідуочим сепсисом, що закінчується летальним наслідком. Зовнішня нориця ПЗ, в залежності від її дебіту, небезпечна виснаженням для пацієнта, розвитком синдрому мальдигестії та мальабсорбції, гіпопротеїнемії.

**Мета.** Визначити найоптимальніший підхід до ліквідації панкреатичних нориць.

**Об'єкт та методи дослідження.** Протягом останніх шести років прооперовано 185 пацієнтів із ускладненими формами ХП. З них у 39 (21%) пацієнтів спостерігались зовнішні та внутрішні ПН. Причиною нориць у 12 (32%) хворих був гострий панкреатит, панкреонекроз, у 26 (66,5%) хворих – ХП, у одного хворого – травма. Переважно зовнішні ПН виникали після зовнішнього дронування несформованих або інфікованих кіст ПЗ. Усім пацієнтам з ПН лікування розпочинали з консервативної терапії, що включала: санацію норицевого ходу, інгібіторів шлункової та панкреатичної секреції, дієту. Нориці, що виникли у 12 (30%) пацієнтів, із дебітом до 100 мл, з часом, під впливом медикаментозної терапії ліквідувались. У 27 (68%) хворих виконано оперативне втручання з приводу середніх та великих ПН та панкреато–плевральних норицях (ППН). Перед операцією ми виконували наступний діагностичний скринінг: у хворих із зовнішніми норицями – виконували фістулографію, ЕРХПГ, УЗД та КТ. При підозрі на внутрішню ПН, ПА та ППН виконували ЕРХПГ, плевральну та черевну пункцію з визначенням діастази рідини.

**Результати та їх обговорення.** Операції при ПА та плевриті виконані у 11 (52%) пацієнтів. З них у 5 (45,5%) була діагностована ППН. У 3 (60%) пацієнтів норицевий хід сполучався із правою плевальною порожниною, що є досить рідкісним явищем. Трьом пацієнтів сформовано панкреатоентероанастомоз на Ру петлі, для відновлення вільного пасажу соку по ШКТ, з одночасною ліквідацією (роз'єднанням) ППН. Рецидивів не спостерігали. У двох пацієнтів з правобічною ППН та тотальним гідротораксом, але без протокової гіпертензії, візуалізовано норицевий хід та пересічено його. Панкреатоентероанастомоз не накладався. При цьому обом пацієнтам роздреновано з позитивним ефектом плевральні порожнини по Бюлау. У післяопераційному періоді, у них сформувалася середня зовнішня ПН з дебітом 200–400 мл. на добу. У одного пацієнта внаслідок тупої травми живота, ПЗ була пошкоджена навпіл, виконано формуванням інвагінаційного панкреатоентероанастомозу із хвостом ПЗ на Ру–петлі та заглушкою проксимальної частини ПЗ. У 9 (43%) пацієнтів, що раніше оперувалися з приводу гострого панкреатиту, а також загострення ХП, панкреонекрозу, сформувалася зовнішня ПН. Усі ці хворі були прооперовані. У післяопераційному періоді у одного (11%) пацієнта

ента сформувалась часткова неспроможність панкреатоентероанастомозу з незначним підтіканням соку ПЗ. Нориця ліквідувалась самостійно.

## Висновки.

1. Несвоечасне хірургічне лікування ускладнених форм ХП, як правило, призводить до формування внутрішніх та зовнішніх ПН.
2. Пацієнти із ХП повинні перебувати під постійним спостереженням та контролем, так як хвороба є рецидивуючою, а оперативні втручання етапними та прогнозованими.

## Перебіг респіраторних ускладнень при тяжкому гострому панкреатиті

М. Б. Федорків, І. В. Бойчук, А. О. Вацеба, І. М. Галіпчак, О. Л. Дирів,  
І. М. Збіррак, А. З. Попов, Р. С. Осташ, А. Д. Хруник, В. Р. Яновський

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Респіраторні ускладнення, включаючи плевральний випіт, пневмонію та ателектази реєструються у 22% хворих на гострий панкреатит (ГП), а 29% потребують кисневої терапії. Доведено, що інтраабдомінальний тиск (ІАТ) підвищується в 30–78% хворих ГП. Абдомінальний компартмент-синдром (АКС) виникає у 10–36% хворих на ГП і є ключовою ланкою у розвитку органної дисфункції, в першу чергу легеневої недостатності (ЛН).

**Мета** – покращити результати лікування хворих на тяжкий гострий панкреатит (ТГП) з легеневиими ускладненнями шляхом удосконалення хірургічної тактики та медикаментозного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Хворих ( $n = 64$ ) на ТГП було розподілено на групи залежно від характеру операційного втручання: ІА –  $n=18$  – хворі, яким виконувались лапароскопічне дренивання черевної порожнини (ДЧП); ІБ –  $n=5$  – хворі, яким виконувались черезшкірні дренивання ГПСР та ДЧП; ІВ –  $n=3$  – хворі, яким впроведено лапаротомію в перші 14 діб захворювання; ІА –  $n=13$  – хворі, яким виконувались лапароскопічні ДЧП; ІБ –  $n=14$  – хворі, яким виконувались черезшкірні дренивання ГПСР та ДЧП. В перші 4 доби перебування у стаціонарі прооперовано 53 хворих (82,8%). Середній ліжко-день до операції становив  $5,6 \pm 2,6$  та  $3,2 \pm 2,4$  доби в І та ІІ групі. Моніторинг ІАТ, функції зовнішнього дихання та газового складу крові проводили через 48 год після операційного втручання.

**Результати та їх обговорення.** У хворих на ТГП в І групі АКС виявлено у 61,1%, у ІІ групі – у 41,7%. При аналізі спірометричних порушень встановлено, що у 33,3% хворих групи ІА та у 38,5% хворих ( $n=5$ ) ІА групи в післяопераційному періоді діагностовано наростання ЛН до ІІІ та ІV ступеня. Операційні втручання під загальним знеболенням з штучною вентиляцією легень у хворих на ТГП, ускладнений АКС, призвели до зниження функціональної життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) на 39,8% та 36,9% ( $p < 0,001$ ) у хворих групи ІА та ІА відповідно. Зниження ФЖЄЛ у хворих на ТГП відбувалось за рахунок резервного об'єму вдиху і видиху і знаходилось в кореляційній залежності ( $r=0,84$ ,  $p < 0,001$ ) з об'ємом інфільтрації перипанкреатичної та/або заочеревинної клітковини.

Нами опрацьовано численні літературні дані та консенсуси по ГП – Dutch Pancreatitis Study Group (2011) та Italian Association for the Study of the Pancreas (2015), на основі яких визначено групу ризику хворих на ГП щодо виникнення легневих ускладнень, до

якої входять пацієнти, у яких наявний підвищений ІАТ (>16 mm Hg) та “діагностично значущі” (понад 400 см<sup>3</sup>) ГПРС у перші 48 годин розвитку захворювання.

У пацієнтів ІБ та ІІБ груп відмічено покращення біомеханіки зовнішнього дихання в післяопераційному періоді у 2 рази відносно даних при госпіталізації за рахунок зменшення ІАТ в черевній порожнині після мініінвазивних черезшкірних УЗ–контрольованих пункцій або дренажів асцити чи ГПРС (із застосуванням місцевого знеболення) і, як наслідок, регрес ЛН. У хворих ІБ групи між ІАТ та РаО<sub>2</sub> виявлено значний зворотній кореляційний зв'язок ( $r = -0,59$ ,  $p < 0,05$ ), що вказує на позитивний вплив зниження ІАТ на газовий склад крові хворих на ТГП.

При аналізі летальності хворих на ТГП залежно від характеру операційного втручання в фазу асептичного запалення летальність становила 23,1% у ІА групі, 20,0% – в ІБ групі та 66,7% – в ІВ групі, 21,4% – у ІІА групі та 14,3% – в ІІБ групі. Наведені дані дозволяють зробити висновок про позитивний вплив ранньої евакуації ГПРС мініінвазивних шляхом у хворих ІІБ підгрупи на прогноз відносно життя.

#### **Висновки.**

1. Для прогнозування перебігу ГП рекомендується моніторинг ІАТ у хворих в перші 48 годин розвитку захворювання, межовим значенням якого є 16 mm Hg, що свідчить про розвиток легеневих ускладнень.

2. Для зниження ІАТ та зменшення кількості легеневих ускладнень рекомендується рання санація та ліквідація “діагностично значущих” (понад 400 см<sup>3</sup>) ГПРС у поєднанні з використанням в багатокомпонентній інфузійній терапії метаболічного препарату широкого спектру дії (“Цитофлавін”).

## **Інтраопераційні морфологічні ознаки ураження різних сегментів підшлункової залози при гострому біліарному панкреатиті**

**В. М. Федорченко, С. М. Василюк, В. В. Іваніна, А. Г. Шевчук, В. І. Гудивок**

**Івано–Франківський національний медичний університет**

**Мета.** Оцінити особливості інтраопераційних морфологічних змін при ураженні різних сегментів підшлункової залози у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом.

**Матеріали і методи.** Прооперовано 65 хворих на гострий біліарний панкреатит, у яких спостерігався ізольований холецистолітіаз. Серед них у 42 був діагностований гострий калькульозний холецистит, у 23 – хронічний калькульозний холецистит. У всіх пацієнтів була виконана лапароскопія, яка включала діагностичний та лікувальний етапи. На діагностичному етапі лапароскопії вирішували ряд наступних завдань: оцінювали характерні морфологічні ознаки гострого біліарного панкреатиту; визначали тяжкість і поширеність уражень підшлункової залози і заочеревинної клітковини; оцінювали колір, об'єм, та місця скопичення панкреатичного ексудату; характеризували панкреатогенні зміни з боку інших органів та очеревини. Лікувальний етап лапароскопії включав в себе проведення холецистектомії, евакуацію випоту з черевної порожнини та її дренажування трубчастими випускниками з чотирьох контрапертур.

**Результати, їх обговорення.** При лапароскопії у 41.5% спостережень у черевній порожнині виявлявся геморагічний ексудат, який розцінювали як панкреатичний. Серозний ексудат у черевній порожнині виявляли тільки у 6.2% спостережень. У 7 па-

цієнтів (10.8%) в черевній порожнині спостерігали мутний випіт з пластівцями фібрину. Часто він нашаровувався на дванадцятипалій кишці та гепатодуоденальній зв'язці. Інфільтративні зміни в ділянці підшлункової залози візуалізували у 23.1% випадків. У 33 пацієнтів (50.8%) інфільтрат поширювався на великий чепець.

При аналізі залежності появи різних інтраопераційних ознак гострого біліарного панкреатиту, в залежності від переважання ураження певних анатомічних сегментів підшлункової залози, нами було встановлено наступне. При переважному ураженні запальним процесом голівки підшлункової залози, клінічно важливими ознаками були геморагічний ексудат (OR 0.54;  $p > 0.05$ ), склоподібний набряк гепатодуоденальної зв'язки, що поширювався на жовчний міхур (OR 0.65;  $p > 0.05$ ), збільшений жовчний міхур (OR 0.65;  $p > 0.05$ ). Деструктивна форма гострого холециститу з високою ймовірністю була специфічною ознакою ураження голівки підшлункової залози (OR 1.0;  $p > 0.05$ ). Поряд з цим, поява серозного (OR 0.10;  $p > 0.05$ ) чи фібринозного (OR 0.06;  $p < 0.05$ ) ексудату, плям стеатонекрозу (OR 0.08;  $p > 0.05$ ), набряку кореня брижі поперечнообвідної кишки (OR 0.02;  $p < 0.001$ ), інфільтрату в ділянці підшлункової залози (OR 0.02;  $p < 0.001$ ) та інфільтративних змін великого сальника (OR 0,16;  $p < 0.001$ ) вказували на відсутність виражених запальних чи деструктивних змін голівки залози.

Про переважну локалізацію ураження в тілі залози свідчили серозний характер ексудату (OR 1.0;  $p > 0.05$ ), плями стеатонекрозу на очеревині чи великому сальнику (OR 1.0;  $p > 0.05$ ) та поява інфільтрату в ділянці підшлункової залози (OR 0.75;  $p > 0.05$ ). Фібринозний (OR 0.40;  $p > 0.05$ ) чи геморагічний (OR 0.20;  $p < 0.001$ ) ексудат в черевній порожнині, набряк кореня брижі поперечно обвідної кишки (OR 0.20;  $p > 0.05$ ), інфільтрація великого (OR 0.27;  $p < 0.01$ ) чи малого (OR 0.17;  $p < 0.001$ ) сальника не дозволяли з високою ймовірністю вказувати на локалізацію запалення саме в цьому сегменті підшлункової залози, а збільшення (OR 0.08;  $p < 0.001$ ) чи деструктивні зміни жовчного міхура (OR 0.07;  $p < 0.05$ ) були нетиповими ознаками.

Інтраопераційними ознаками, що з високою ймовірністю вказували на ураження хвоста підшлункової залози був фібринозний ексудат в черевній порожнині (OR 0.54;  $p > 0.05$ ). Всі інші ознаки були нетиповими.

**Висновок.** При проведенні діагностичного етапу лапароскопії у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом є специфічні морфологічні ознаки, які вказують на ураження певного сегменту підшлункової залози.

## Хірургічне лікування позапечінкової порталльної гіпертензії у хворих хронічним панкреатитом

С. С. Філіп, К. Є. Румянцев, О. О. Болдіжар, А. В. Русин

Ужгородський національний університет

За останні десятиліття відмічено значне збільшення числа хворих хронічним панкреатитом (ХП). Поширеність захворювання складає від 0,04 до 5%. ХП стає одним із найпоширеніших як гастроентерологічних, так і хірургічних захворювань кінця минулого і початку нинішнього століття. У третини хворих ХП розвиваються ускладнення, які приводять до інвалідизації в 16% випадків і летальністю, яка досягає 5–10%.

Для ХП характерно ряд ускладнень, при цьому, одним із найбільш грізних і важких є позапечінкова портална гіпертензія (ППГ). Це ускладнення виникає внаслідок

здавлювання вен ворітної системи в ділянці, яка прилягає до підшлункової залози, що приводить до зниження швидкості кровотоку і підвищення тиску у венах портальної системи. За даними літератури, у 13% –31% хворих ХП з часом розвивається тромбоз селезінкової або верхньої брижової вен, який приводить до формування варикозно розширених вен у 80% хворих, а у 10% пацієнтів є ризик виникнення кровотеч. Ці дані свідчать про необхідність пошуку дієвих хірургічних способів профілактики і лікування ВПГ у хворих хронічним панкреатитом.

**Мета дослідження.** Покращити результати хірургічного лікування хворих ХП ускладненим позапечінковою портальною гіпертензією.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз результатів лікування 48 хворих ХП ускладненим кістами хвоста підшлункової залози (ПЗ) та ППГ, які перебували на лікуванні у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака, м. Ужгород. Функціональний і морфологічний стан ПЗ оцінювали за результатами загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, сонографічних (УСГ) методів дослідження, фіб्रोєзофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС), комп'ютерної томографії (КТ). Стан головної панкреатичної протоки (ГПП) досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії. Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УСГ, за допомогою якого верифікували псевдо- та інтрапанкреатичні кісти в ПЗ, структуру тканини ПЗ, ширину ГПП та наявність в ній конкрементів. УСГ доповнювали дуплексним скануванням судин для якісної і кількісної оцінки змін портальної гемодинаміки. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенним рентгенконтрасним підсиленням. За допомогою ФЕГДС виявляли варикозно розширені вени стравоходу та шлунку.

Хворі були розділені на 2 групи залежно від стану ворітної системи: I група – 25 хворих у яких було діагностовано сегментарний тромбоз селезінкової вени і II група – 23 хворих, у яких прохідність вен ворітної системи збережена.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У I групі хворим було виконано дистальну резекцію ПЗ з спленектомією. У II групі: у 11 пацієнтів виконано пункційні черезшкірні сануючі і склерозуючі методики з приводу сформованої кісти ПЗ, у 8 – ендоскопічне дренування кісти, а у 4 хворих – дистальна резекція із збереженням селезінки.

У хворих, після дистальної резекції ПЗ і спленектомії, велика імовірність розвитку післяспленектомічної інфекції, що ми і спостерігали у 3 випадках (лівобічний ексудативний плеврит (2), піддіафрагмальний абсцес). Ці ускладнення потребували додаткових лікувальних заходів.

**Висновки.** Порушення портальної гемодинаміки вимагають хірургічної корекції навіть при відсутності клінічних проявів позапечінкової портальної гіпертензії. За допомогою малоінвазивних методик є можливість надійно ліквідувати екстравазальну компресію вен.

При відсутності ознак тромбозу селезінкової вени дистальні резекції підшлункової залози слід виконувати із збереженням селезінки.

## Оцінка тяжкості стану, прогнозування та рання діагностика ускладнень у хворих на гострий некротичний панкреатит

І. В. Хомяк<sup>1</sup>, О. В. Ротар<sup>2</sup>, В. І. Ротар<sup>2</sup>, А. І. Хомяк<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України,

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** За останні роки значно збільшилася кількість хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП) з ускладненими формами, летальність при яких досягає 17–40%. Своєчасна оцінка тяжкості стану та прогнозування ускладнень мають вирішальне значення для вибору оптимальної хірургічної тактики у хворих на ГНП.

**Мета.** Провести оцінку застосування шкали BISAP при госпіталізації для визначення тяжкості стану, прогнозування перебігу захворювання та визначити ефективність біологічних маркерів запалення для ранньої діагностики ускладнень у хворих на ГНП.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 150 хворих на ГНП. При госпіталізації визначали тяжкість стану за органомною недостатністю, шкалами APACHE II та BISAP, виконували бактеріологічні дослідження, у плазмі крові визначали пресепсин, прокальцитонін, інтерлейкін–6 та С–реактивний протеїн.

**Результати.** Розрахунок за шкалою BISAP у межах перших 6 годин після госпіталізації показав, що ризик розвитку постійної органомною недостатності був у чотири рази вищий для пацієнтів, які мали 3 і більше балів, ніж в осіб, у яких кількість балів була менше 3–х ( $p < 0,02$ ). За результатами розрахунку статистично вірогідно прогнозувався розвиток постійної органомною недостатності в 60 (40%) із 150 хворих на ГНП.

Розвиток гнійно–септичних ускладнень супроводжувалася значним і вірогідним ( $p < 0,01$ ) підвищенням рівня пресепсину до  $1244 \pm 168$  пг/мл (496 – 5004 пг/мл), прокальцитоніну – до  $4,47 \pm 0,67$  нг/мл (2,13 – 14,44 нг/мл), інтерлейкіну–6 до  $376 \pm 86$  пг/мл (205 – 1284 нг/мл), що в три – чотири рази вище показників пацієнтів без інфекції, концентрація С–реактивного протеїну збільшувалася на 61,5% ( $p > 0,05$ ). Поряд із цим, на початкових стадіях системної інфекції, поки вона мала локальний характер, тільки зростання вмісту пресепсину вище 632 пг/мл було достовірним ( $p < 0,01$ ) специфічним діагностичним критерієм розвитку гнійно–септичних ускладнень ГНП. Спостерігалася чітка залежність концентрації пресепсину від активності і тяжкості інфекційних ускладнень: у пацієнтів з локальними гнійними процесами рівень ПСП підвищувався до  $677 \pm 30$  пг/мл, при сепсисі до  $988 \pm 47$  пг/мл і при тяжкому сепсисі – до  $2668 \pm 583$  пг/мл.

**Висновки.** Бальна шкала BISAP дає можливість прогнозувати ризик розвитку органомною недостатності і летальність при госпіталізації хворих на ГНП (AUC ROC становить  $0,893 \pm 0,011$ ,  $p < 0,0001$ , чутливість – 81%, специфічність – 84%). Визначення пресепсину в плазмі крові дозволяє вірогідно підтвердити наявність як локальних, так і системних гнійно–септичних ускладнень ГНП (AUC ROC становить  $0,956 \pm 0,007$ ,  $p < 0,0001$ , чутливість 92,11%, специфічність 92,86%).

## Хірургічні підходи до лікування хронічного панкреатиту

А. Д. Хруник, І. М. Шевчук

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Частота хронічного панкреатиту (ХП) становить 5–10 випадків на 100 000 населення, і в 4 рази збільшилась за останні 30 років, хоча це можна пов'язати з поліпшенням діагностики. Ризик виникнення цукрового діабету (ЦД) у хворих на ХП становить приблизно 25–75%. Різні види операційних втручань мають свій діапазон можливостей і вимагають детального аналізу результатів обстеження, визначення показань і протипоказань. Протягом багатьох років в хірургічному підході до хворих на ХП зі збільшеною головкою підшлункової залози (ПЗ) переважала широка резекція (операція Whipple) або потрійне шунтування. Тільки нещодавно операції, що направлені на збереження органу, отримали широке визнання.

**Мета** – вивчити вплив різних способів операційних втручань на якість життя та ендокринну функцію ПЗ у хворих на ХП.

**Матеріал і методи.** В дослідження включено 105 хворих, які були оперовані в ОКЛ м. Івано-Франківська з приводу ХП. Хворих розподілено на групи: I група – n=14 – резекційні операції (класична процедура Kausch–Whipple) та дистальна резекція; II група – n=48 – локальна резекція головки ПЗ (операція Фрея); III група – n=44 – дренуючі, при яких не видаляли паренхіму ПЗ (процедура Partington–Rochelle, цистоеюностомія та цистопанкреатоеюностомія). Оцінювали ступінь вираженості болю по візуальній аналоговій шкалі (ВАШ або VAS), якість життя (ЯЖ) по шкалі SF–36, ендокринну функцію по рівню глюкози та толерантності до глюкози.

**Результати та обговорення.** В передопераційному періоді по шкалі ВАШ показник склав  $8,3 \pm 0,4$  бали, 71,4% хворих мали рецидив безперервного болю, у 21,4% були часті напади болю і 7,1% мали випадкові болі. В післяопераційному періоді відмічено зменшення болю до  $2,3 \pm 0,2$  бали: 57% хворих мали 100% полегшення больового синдрому через 6 місяців.

При аналізі показників ЯЖ у хворих на ХП в передопераційному періоді виявлено чітку тенденцію до зниження фізичного та психічного компонентів здоров'я. Показник фізичного функціонування (PF) у хворих на ХП був нижчий на 51,3% ( $62,5 \pm 16,3$  балів) відносно здорових осіб ( $p=0,0001$ ). Після проведеного операційного втручання виявлено суттєве підвищення показників: роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності (RP) до  $42,5 \pm 27,3$  ( $p=0,0001$ ) балів, інтенсивність болю (BP) – до  $62,8 \pm 19,9$  ( $p=0,0001$ ) балів та роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності (RE) – до  $57,3 \pm 28,6$  ( $p=0,008$ ) балів, тобто на 325,0%, 78,9% та 39,1% відносно показників до операції. Зіставивши показники ЯЖ хворих на ХП після операції, найвищі показники по всіх шкалах відмічено у хворих II групи, а найнижчі – у III групі.

Передопераційна ендокринна недостатність (ЕН) була у 27,6% пацієнтів (n=29) проти 42,9% (n=45) після операції: з них порушення толерантності до глюкози виявлено у 55,2% хворих проти 66,7%, ЦД у 44,8% проти 33,3%. Частка хворих з ЕН до операції в I групі становила 21,4% проти 42,9% після операції, в II групі – 35,4% проти 50,0%, в III групі – 22,7% проти 35,2%.

Найбільш швидке збільшення частки післяопераційної ЕН виявлено у пацієнтів I групи – вдвічі, в той час як локальна резекція головки ПЗ – в 1,4 рази та дренуючі операційні втручання – в 1,6 разів. Зменшення проявів передопераційної ЕН можна



розцінювати як наслідок операційного втручання, що досягалося за рахунок зниження доз інсуліну, адекватної корекції ЦД. Переходу від інсуліну до пероральних антидіабетичних середників не було.

Відмічено, що хворі II і III групи, у яких “щадяще” відносились до тканини ПЗ, мали менший негативний вплив на ендокринну функцію ПЗ, ніж пацієнти I групи, в яких був найвищий ріст ЕН, особливо у хворих, яким проведена дистальна резекція ПЗ.

## Висновки

1. ЯЖ у хворих на ХП низька через прогресування захворювання за рахунок наростання больового синдрому та недостатності функції ПЗ і потребує індивідуалізованого вибору операційного втручання для кожного пацієнта.

2. Доцільність більш широкого використання паренхімозберігаючих операцій у хворих на ХП доведена зменшенням проявів ЕН та покращенням ЯЖ у II та III групах відносно I групи.

## Застосування протеолітичних ферментів у комплексному лікуванні гнійних скупчень при гострому панкреонекрозі

Р. О. Чукла, М. М. Посівнич, Г. Р. Лопушанська, Р. Р. Зубачик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Незважаючи на прогрес у консервативному та хірургічному лікуванні інфікованого панкреонекрозу, актуальним залишається питання ведення хворих після некрсеквестрэктомій, санацій та дренувань черевної порожнини та заочеревинного простору з приводу абсцесів сальникової сумки, нагноєних парапанкреатичних скупчень та флегмон заочеревинного простору. Адже наявність некротичних мас є однією з умов для приєднання інфекції та підтримування інфікування.

У зв'язку з цим велике значення має не тільки вибір ефективних та безпечних антисептичних розчинів для місцевого застосування, а і застосування препаратів, які впливали б на зони некрозу та посилювали дію попередніх, від чого у більшості випадків залежить не тільки тривалість захворювання, а і виникнення ускладнень. Проведені численні дослідження, присвячені бактеріологічній оцінці ефективності застосування різних антисептиків для санації порожнин, проте даних про застосування протеолітичних ферментів при гнійних панкреонекрозах ні в зарубіжній, ні у вітчизняній літературі не має.

**Мета роботи:** дослідити ефективність застосування протеолітичних ферментів (трипсину) в післяопераційному періоді у хворих з гнійними ускладненнями з приводу гострого панкреонекрозу, яким була виконана лапаротомія, некрсеквестрэктомія, санація та дренування абсцесів сальникової сумки, нагноєних парапанкреатичних скупчень та флегмон заочеревинного простору.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано результати лікування 33 хворих з гнійними утвореннями черевної порожнини та заочеревинного простору (21 — з абсцесами сальникової сумки та нагноєними парапанкреатичними скупченнями, 12 — з флегмонами заочеревинного простору) після лапаротомії, некрсеквестрэктомії, санація та дренування даних утворень з промиванням гнійних порожнин антисептичними розчинами та наступним введенням розчину трипсину через дренажну трубку та виповнюванням порожнини на  $\frac{1}{4}$  розчином. Вік пацієнтів – від 25 до 62 років. Більшість склали чоловіки

з панкреатитом аліментарного характеру. У контрольній групі знаходилось 30 пацієнтів, у яких для промивання гнійних вогнищ використовували антисептичні розчини без застосування протеолітичних ферментів. Динаміку лікування контролювали за допомогою як фістулографії обмежених утворень, яку проводили рентген апаратом Siemens, так і УСГ апаратом УЗД Siemens.

**Результати та обговорення.** Усі пацієнти знаходились на лікуванні в 2-му хірургічне відділення ЛОКЛ у терміни від 12 до 72 годин після початку захворювання. Пізні поступлення хворих зумовлене транспортуванням хворих з інших медичних установ області. Важкість перебігу захворювання визначали за шкалою Ranson та Glasgow. Хворим обох груп проводилась як інтенсивна консервативна передопераційна так і післяопераційна терапія із застосуванням антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості виявлених мікроорганізмів до антибіотиків. Усі пацієнти були оперовані на 16–18 день після початку захворювання. Умовами для виконання оперативних втручань були наростання інтоксикації, ознак поліорганної дисфункції, зростання рівня С-реактивного протеїну, фебрильна та гектична температура, наявність скупчень розрідження за даними УСГ та КТ. Оперативне втручання завершувалось дренажуванням гнійних порожнин двома дренажними трубками розмірами 10мм, які виводились через окрему конрапертуру. На другу добу після операції після промивання порожнини антисептичними розчинами вводили розчин трипсину, що сприяло лізису секвестрів та полегшувало санацію гнійних порожнин. У жодного пацієнта не відмічено розвитку арозивної кровотечі. Використання розчину трипсину сприяло скороченню терміну перебування хворих у стаціонарі в середньому на 14 днів.

**Висновки.** Застосування протеолітичних ферментів у комплексному лікуванні гнійних скупчень при гострому панкреонекрозі призводить до лізису секвестрів, що полегшує санацію порожнин та скорочує термін перебування хворих в стаціонарі.

## Транспапілярні втручання в лікуванні захворювань підшлункової залози

І. В. Шкварковський, О. П. Москалюк, І. А. Бриндак

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Вступ.** Проблема ефективного лікування захворювань підшлункової залози залишається актуальним питанням абдомінальної хірургії, що з одного боку пояснюється удосконаленням діагностичних засобів, а з іншого поширеністю даного захворювання. Оперативна ендоскопія впевнено посідає провідне місце в лікуванні гострого біліарного панкреатиту, кіст підшлункової залози, вірсунголітіазу та стриктур головної панкреатичної протоки (ГПП).

**Мета роботи** – дослідити ефективність транспапілярних ендоскопічних втручань в лікуванні захворювань підшлункової залози.

**Об'єкт і методи досліджень.** В роботі наводяться перші результати лікування 25 хворих, які впродовж 2016–2017 рр. знаходились на лікуванні в Центрі ендоскопічної хірургії з клінікою гострого біліарного та ускладненого хронічного панкреатиту. Середній вік становив  $54,3 \pm 5,67$  роки. Чоловіків було 12 (48%), жінок 13 (52%). Цим хворим було виконано ендоскопічні транспапілярні втручання, показаннями до яких був гострий біліарний панкреатит з вираженим больовим синдромом в перші 72 години від початку

захворювання у 16 (64%) хворих, псевдокісти за умови наявності сполучення з Вірсунговою протокою та вірсунголітіаз стали причиною оперативного втручання у 9 (36%). У 17 (68%) перебіг захворювання ускладнився механічною жовтяницею.

**Результати досліджень.** В 21 (84%) випадку операція була виконана в 1 етап, у 4 (16%) через складність канюляції бажаної протоки на першому етапі виконувалась голкова папілосфінктеротомія і другим етапом проводилась канюляція. 14 хворим, з встановленим діагнозом гострого біліарного панкреатиту, виконувалась типова канюляція холедоха з наступною папілосфінктеротомією та балонною літоекстракцією. В 2-х випадках через наявність вираженого папілостенозу доступ до бажаної протоки вдалося отримати за допомогою супрапапілярної холедоходуоденостомії. Виконання даного втручання в перші години від початку захворювання дозволило зупинити розвиток патоморфологічних змін в паренхімі підшлункової залози, які обумовлені порушенням вільного відтоку її секрету конкрементами холедоха. У цих пацієнтів на фоні проведення адекватної інфузійної терапії ми спостерігали швидкий регрес клінічних проявів захворювання.

**Обговорення результатів досліджень.** Основним завданням ендоскопічного лікування стриктур головної панкреатичної протоки та панкреатичних нориць є встановлення пластикових панкреатичних стентів вище ділянки звуження або дефекту стінки ГПП. В нашому дослідженні у 9 хворих з доброякісними ураженнями головної панкреатичної протоки, що виникли внаслідок хронічного панкреатиту виконано стентування ГПП. З метою полегшення доступу до бажаної протоки всім хворим проводилась ЕПСТ. Вірсунголітіаз мав місце у 1 хворого, якому проведено успішну літоекстракцію. У 1 пацієнта мала місце функціонуюча панкреатична нориця, як результат перенесеного панкреонекрозу, у зв'язку з неефективним консервативним лікуванням спрямованим на її закриття нами виконано стентування головної панкреатичної протоки через стриктуру, що створило умови до закриття нориці. В 7-ти випадках проведено стентування ГПП з приводу псевдокіст підшлункової залози різної локалізації.

**Висновки.** Сучасний стан розвитку ендоскопічної хірургічної техніки та обладнання сприяє зростанню числа органозберігаючих оперативних втручань в лікуванні доброякісних захворювань підшлункової залози. Отримані результати довели, що ендоскопічні транспапілярні втручання при кістах підшлункової залози та стриктурах головної панкреатичної протоки дозволяють не тільки діагностувати зазначені зміни, але і ліквідувати явища протокової гіпертензії з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку або жовчі, виконати ефективно внутрішнє дренивання псевдокісти.

## Вірсунгектомія при хронічному панкреатиті

В. Г. Ярешко, Ю. О. Міхеєв

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Сучасні методи лікування ускладнень хронічного панкреатиту включають різноманітні види хірургічних втручань від ендоскопічних транспапілярних до навіть панкреатектомії з аутотранспланацією островкових клітин. Найбільш поширеними в хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту є різноманітні варіанти дуоденумзбергіючих резекцій підшлункової залози, але у разі панкреатичної гіпертензії без збільшення головки підшлункової залози найчастіше виконують поздовжній панкреатоеюноанастомоз. Однак при наявності кальцинатів та стриктур панкреатичних проток меншого порядку

виконання даної операції не завжди дозволяє ліквідувати панкреатичну гіпертензію за межами головної панкреатичної протоки. Окрім цього, більш половини хворих, що перенесли поздовжню панкреатоєюностомію, через 3–5 років після операції відмічають рецидив больового синдрому та прогресування ускладнень хронічного панкреатиту. Це свідчить про необхідність усувати не тільки центральну протокову гіпертензію, а і периферичну. Запропонована О.В. Воробей циліндрична лазерна вірсунгектомія дозволяє ліквідувати периферичну панкреатичну гіпертензію, однак потребує дорогого устаткування.

**Мета роботи.** Покращення результатів хірургічного лікування хворих на ХП без збільшення головки підшлункової залози шляхом розробки та впровадження вірсунгектомії з визначенням показань до її виконання.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 256 хворих з ХП, що перебували у клініці з 2003 по 2018 роки. З них чоловіків було 208 (81,25%), жінок – 48 (18,75%). Вік хворих складав від 18 до 83 років, у середньому  $42,8 \pm 1,8$ . Хворих без збільшення головки підшлункової залози та кістозно-дегенеративних змін хвоста підшлункової залози, яким виконано продольна панкреатоєюностомія було 28, з них вірсунгектомія виконана 5 хворим. Запропонований спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту здійснюється шляхом проведення продольного розтину підшлункової залози з видаленням стінки головної панкреатичної протоки та видаленням конкрементів з проток другого порядку з подальшим формуванням поздовжнього панкреатоєюноанастомозу (патент на корисну модель № 113114).

**Результати та обговорення.** Обґрунтуванням виконання вірсунгектомії при хронічному панкреатиті є те, що у ряду хворих конкременти розташовані не лише у головної панкреатичної протоці, а і безпосередньо під її стінкою. Завдяки даному способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту усувається не лише центральна панкреатична протокова гіпертензія, а і непрохідність панкреатичних проток менших порядків, що забезпечує найкращі віддалені результати. Післяопераційних ускладнень при виконанні вірсунгектомії не відмічалось. На даний момент строки спостереження (follow up) складають від 6 місяців до 2 років. За даними міжнародних опитувальників SF-36 та EORTC – PAN 28 виявлено достовірне збільшення показників функціональних шкал.

**Висновки.** Виконання вірсунгектомії у хворих на хронічний панкреатит без збільшення головки підшлункової залози та з наявністю кальцинатів під стінкою головної панкреатичної протоки усуває не лише центральну панкреатичну протокову гіпертензію, а і непрохідність панкреатичних проток менших порядків, що забезпечує найкращі результати в найближчому та віддаленому післяопераційному періодах.

# 6

**ПРОБЛЕМИ ПЕРИТОНІТУ,  
СЕПСИСУ ТА ІНФЕКЦІЙ,  
ПОВ'ЯЗАНИХ  
З ЛІКУВАННЯМ**

## Можливості ранньої діагностики післяопераційного перитоніту

В. В. Андрієць

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Проблема прогнозування перебігу післяопераційного періоду та ранньої діагностики післяопераційного перитоніту (ПОП) є надзвичайно актуальною. Від своєчасної діагностики та якомога раннього цілеспрямованого лікування останнього багато в чому залежить кінцевий результат цього ускладнення.

**Мета.** Розробити вірогідні критерії ранньої діагностики розвитку післяопераційного перитоніту.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз суб'єктивних даних (больовий синдром, напруга м'язів черевної стінки, відновлення функції кишечника, температура тіла, пульс, тиск) та зміни лабораторних показників (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, іонограма, коагулограма, активності деяких ферментних систем печінки), показників загальної токсичності (лейкоцитарний індекс інтоксикації, парамеційний тест, рівень молекул середньої маси та величина питомої електропровідності сироватки венозної крові) в післяопераційному періоді у двох групах хворих, Перша група – 40 хворих з неускладненим перебігом післяопераційного періоду. Друга група – 32 хворих з розвитком в післяопераційному періоді перитоніту.

**Результати, їх обговорення.** Проведені дослідження свідчать про певну можливість прогнозування перебігу післяопераційного періоду вже з перших днів після операції шляхом клініко–лабораторного моніторингу за такими хворими.

Про несприятливий перебіг післяопераційного періоду з можливим розвитком ПОП свідчать:

- з клінічних даних: стійке зберігання болей в животі, стійка гіпертермія, тахікардія, порушення функціональної активності кишечника та тривала напруга м'язів передньої черевної стінки;

- серед лабораторних даних: зростання відносної і, особливо, абсолютної кількості паличкоядерних нейтрофілів, абсолютної кількості сегментоядерних нейтрофілів, зростання швидкості осідання еритроцитів та зростання активності аспартатамінотрансферази;

- серед показників загальної токсичності: зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації, скорочення парамеційного тесту і, особливо, зменшення величини питомої електропровідності сироватки венозної крові.

**Висновки.** Найбільш інформативними для діагностики наявності ПОП, за нашими даними, окрім клінічних симптомів, є: різке зростання абсолютної кількості паличко– та сегментоядерних нейтрофілів, зменшення абсолютної кількості лімфоцитів, зростання швидкості осідання еритроцитів, підвищення активності аланінамінотрансферази, лактатдегідрогенази та аспартатамінотрансферази, скорочення парамеційного тесту, зростання рівня молекул середньої маси, зменшення величини питомої електропровідності сироватки венозної крові.

Разом з тим, вважаємо за необхідне підкреслити, що кожен з цих показників, окремо взятий, не може бути єдиним діагностичним критерієм розвитку післяопераційного перитоніту. Тільки динамічна їх оцінка в комплексі з клінічними та інструментальними методами досліджень складають основу діагностики післяопераційного перитоніту.

## Гострий гнійний поширений перитоніт: концептуальні аспекти сучасної хірургічної тактики

В. П. Андрищенко, Д. В. Андрищенко, С. Т. Федоренко, О. М. Дворчин

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Гострий гнійний поширений перитоніт (ГППП) являє собою одну із актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії, оскільки є основним чинником незадовільних результатів лікування даних категорій пацієнтів.

**Мета.** Акцентувати увагу на концептуальних аспектах хірургічного лікування хворих на ГППП.

**Об'єкт і методи дослідження.** В клініці загальної хірургії проліковано 371 хворого на ГППП у віці від 18 до 87 років; чоловіків – 207 (56%), жінок – 164 (44%). У структурі чинників виникнення перитоніту домінували гострий деструктивний апендицит (23%), проривна виразка пілородуоденального відділу шлунка (21%), гострий панкреатит/гнійно-некротичний панкреонекроз (18%), гострий деструктивний холецистит (14%), перфорації тонкої та товстої кишки зляккісного та доброякісного генезу. (11%).

**Результати.** Аналіз хірургічного лікування пацієнтів з реалізацією як загальноновизначених компонентів втручання, так і опрацьованих складових, надав підстави визначити наступні концептуальні аспекти проблеми.

1. Доцільність застосування єдиної кваліфікації поширеності запального процесу очеревини з наявним гнійно-фібринозним ексудатом за трьохступневою градацією і термінологічним визначенням його за О. О. Шалімовим (1971) як місцевий/локальний – одна ділянка черевної порожнини, дифузно-розлитий – декілька (але не всі) топографо-анатомічних зон живота і загальний – всі відділи вільної черевної порожнини. Це забезпечить єдине розуміння сутності ГППП та однозначність підходу до об'єму та характеру субопераційних санаційних заходів.

2. В контексті інтеграції у світову хірургічну спільноту і згідно рекомендацій Всесвітнього товариства невідкладної хірургії (World Society of Emergency Surgery – WSES, 2016) ГППП слід трактувати як “інтраабдомінальну ускладнену інфекцію” (IAVI), що вимагає оцінювання клінічного стану хворого з констатацією наявності/відсутності поліорганної недостатності, локалізації інфекційно-запального процесу, характеристики бактерійних патогенів та фактору ризику їх резистентності.

3. Проведеними бакдослідженнями встановлено, що IAVI представлена мікрофлорою з домінуванням аеробних бактерій у вигляді монокультури (37%) та аеробно-анаеробних асоціацій (39%) з грам-негативною ознакою (56%), видовий склад якої включає переважно ентеробактерії й анаеробні неклостридіальні мікроби. Антибіотикотерапія в до- та післяопераційному періодах індукує високий ступінь полірезистентності флори, що обґрунтовує необхідність призначення антибактерійних препаратів за етіотропним принципом.

4. ГППП супроводжується виникненням та прогресуванням інтраабдомінальних синдромів – компартмент-синдрому, ентеральної/кишкової недостатності та надлишкової контамінації проксимальних відділів дигестивного тракту товсто-кишковою мікрофлорою. Корекція та нівелювання зазначених синдромів має складати обов'язкову складову лікувальної програми.

5. Важливим компонентом адекватного хірургічного контролю джерела інфекції/операційного втручання є додаткові заходи у вигляді тривалої тюбажної анте-ретроградної

декомпресії тонкої кишки шляхом її інтубації (переважно проксимальних відділів) з наступною череззондовою лікувальною програмою у вигляді фракційного лаважу, медикаментозної деконтамінації, ентеросорбції, стимуляції перистальтики та раннього ентерального харчування.

6. Резекцію сегмента тонкої кишки при тяжкому перебігу ГППП, у зв'язку з небезпечною неспроможністю швів анастомозу, доцільно завершувати формуванням тимчасової штучної зовнішньої нориці, ліквідацію якої відносити на другий етап хірургічного лікування – після одужання пацієнта.

7. Релапаротомія (РЛТ) є ефективним лікувальним інструментом при ГППП за розпрацьованими чіткими показами до її виконання та виокремленням різних видів РЛТ.

8. Оцінка тяжкості ГППП на основі Мангеймського індексу перитоніту не є в повній мірі достовірною, оскільки проведений аналіз засвідчив, що прогнозуемий показник летальності (за підрахунком балів) складав 22%, а реальний становив 27%.

## Шляхи усунення внутрішньочеревної гіпертензії у хворих на хірургічну патологію органів черевної порожнини на фоні морбідного ожиріння

Б. Г. Безродний, В. В. Теплий, А. І. Колосович

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

Стійке підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) у хворих на хірургічну патологію органів черевної порожнини веде до серйозних розладів в системах і органах організму, що може спричинювати виникнення синдрому черевної порожнини (СЧП), який супроводжується досить високою летальністю (до 60%). Серед пацієнтів, які входять до групи ризику розвитку СЧП, особливе місце складають хворі на морбідне ожиріння (МО). Для корекції внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) запропоновано чимало методик. У хворих на МО одним з найбільш ефективних способів корекції ВЧГ є лапароліфтинг (ЛЛ). Однак усі відомі способи ЛЛ застосовуються з використанням ендоліфта, що потребує спеціальних умов (стерильність, наявність анестезіолога тощо).

**Мета дослідження** – покращання результатів лікування ВЧГ.

**Матеріали та методи.** Нами запропоновано спосіб корекції ВЧГ шляхом застосування екзоліфта, який представляє собою спеціальний поліетиленовий рукав шириною 15 см (товщина 50 мкм), обгорнутий навколо тулуба хворого на рівні пупкової зони. Під рукав вводять поліетиленову трубку, з'єднану з електричним аспіратором, простір між рукавом та шкірою герметизують за допомогою адгезивних стрічок, після створення негативного тиску між шкірою та рукавом на рівні 1,15–0,20 атм., за допомогою двох піднімаючих тросів, фіксованих одним кінцем до рукава на передньо–бокових поверхнях живота, а з іншого боку до утримуючого механізму ліжка, проводять тракцію рукава, а з ним і передньої черевної стінки до нормалізації ВЧТ. Здійснювали тривалий моніторинг ВЧТ шляхом його вимірювання у сечовому міхурі за удосконаленою нами методикою. За період з 2014 по 2017 рр. в клініці кафедри хірургії № 2 НМУ запропонований спосіб було застосовано у 23 хворих з хірургічною патологією органів черевної порожнини на фоні МО. Чоловіків було 13 осіб (56,5%), жінок – 10 (43,5%). Середній вік пацієнтів складав 52,3±1,2 років.

**Результати дослідження.** Використання запропонованого способу корекції ВЧТ шляхом ЛЛ у складі консервативних заходів боротьби з ВЧГ у хворих на хірургічну пато-



логію органів черевної порожнини дозволило зменшити частоту розвитку системних ускладнень на 37,1% ( $p < 0,001$ ), місцевих ускладнень – на 19,3% ( $p < 0,001$ ), а загальної летальності – на 9,8% ( $p < 0,05$ ).

## Висновки.

1. Застосування запропонованого способу корекції ВЧГ шляхом ЛЛ дозволяє ефективно знизити ВЧТ у хворих на хірургічну патологію органів черевної порожнини та уникнути розвитку СЧП. 2. Спосіб є неінвазивним, зручним, досить простим та швидким у використанні, може здійснюватись в палаті, де перебуває хворий, що дає можливість широкого застосовувати його у медичній практиці.

## Анализ результатов лечения больных с перфорацией пищевода, осложненной медиастинитом

А. В. Белов

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

Перфорации пищевода (ПП) не являются часто встречающейся патологией (0,36% больных торакального отделения). До 80% этой патологии составляют ятрогенные перфорации. Высокая летальность (18,2–27,7%) при данной патологии обусловлена поздней диагностикой и развитием острого медиастинита в первые часы после перфорации. У 45% всех больных диагноз ставится более чем через 24 часа.

**Цель работы:** проанализировать результаты диагностики и лечения больных с перфорацией пищевода, осложненной острым медиастинитом.

**Материалы и методы.** В областном торакальном отделении КУ «ДГКБ № 16» ДООС» г. Днепра за период с 2009 по 2017 года проходило лечение 25 больных с ПП. Непосредственными причинами перфораций были спонтанный разрыв пищевода (СРП) в 10 (40%) случаях, ятрогенные повреждения при ФЭГДС и бужировании – 10 (40%), инородные тела пищевода – 4 (16%), химический ожог пищевода – 1 (4%). Уровень повреждения пищевода находился в 3 случаях в шейном отделе (12%), в 10 (40%) случаях в среднегрудном отделе и в 12 (48%) случаях в наддиафрагмальном отделе пищевода.

Всем больным выполнялась эзофагография, которая была эффективна в 96% случаев, при ФЭГДС в 3 случаях (12%) ПП установлена не была.

Из 25 случаев ПП 17 (68%) сопровождалась развитием острого гнойного медиастинита. В 6-и случаях СРП наблюдалась только эмпиема плевры. В двух случаях гнойные осложнения удалось предотвратить.

**Результаты и обсуждение.** При установлении диагноза острого медиастинита проводилось хирургическое лечение. В случаях ПП в шейном отделе применялся доступ по Разумовскому (17,6%), в остальных случаях производилась правосторонняя либо левосторонняя торакотомия в зависимости от уровня повреждения пищевода (76,4%). При обнаружении места перфорации производилось ушивание дефекта стенки пищевода, что позволяло создать резерв времени для проведения активной санации очага, несмотря на большую вероятность развития несостоятельности швов пищевода.

Выключение пищевода из питания при повреждении в верхних отделах происходило путем постановки назогастрального зонда. При ПП в нижних отделах всегда выполнялась гастростомия по Штамм–Кадеру с проведением зонда для питания за привратник. Средостение дренировалось трубчатými ПХВ дренажами, в верхних и нижних точках,

в случае торакотомии двумя дренажами дренировалась плевральная полость. Несмотря на ушивание перфоративного отверстия у 53,8% больных, в период 4–6 суток развилась несостоятельность швов пищевода, что подтверждалось проведением эзофагографии. Больным проводилась деэскалационная антибактериальная терапия. Для санации полостей применялся декасан и активное дренирование.

В 4-х случаях ввиду крайне тяжелого состояния больных с выраженной полиорганной недостаточностью хирургические мероприятия были ограничены дренированием плевральных полостей, через которые дренировалось средостение. Средний койко-день у больных с ушиванием пищевода составил  $36,3 \pm 9,1$  дня, у больных без ушивания  $47,3 \pm 12,8$  дня.

После проведенного лечения в 12 (70,6%) случаях наступило полное выздоровление. В одном случае (5,8%) состояние больного стабилизировалось, однако сохранился пищеводноплевроторакальный свищ.

Летальность среди больных с перфорацией пищевода, осложненной медиастинитом составила 23,5% (4 больных) вследствие развития полиорганной недостаточности.

#### **Выводы.**

1. Благоприятный прогноз лечения больных с перфорацией пищевода зависит от ранней диагностики патологии и скорейшего начала адекватного хирургического лечения в специализированном отделении.

2. Герметизация дефекта пищеводной стенки – необходимый этап хирургического лечения, позволяющий сократить сроки и улучшить прогноз лечения больных с перфорацией пищевода.

## **Визначення ендотоксикозу при гострому жовчному перитоніті**

**О. В. Білокий**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Одне з провідних місць у діагностиці гострої хірургічної патології та оцінці тяжкості стану хворих займає інформація про ступінь вираженості ендотоксикозу. У щоденній практиці лікарів одне важливим є визначення показників лейкограми периферичної крові, особливо вивчення вираженості нейтрофільного зсуву та лейкоцитозу. Лейкограма не завжди відображає тяжкість інтоксикації, тому для більш чіткого визначення тяжкості ендотоксикозу запропоновано різні формули, що ґрунтуються на показниках білої крові, які, на думку авторів, дозволяють більш точно визначати ступінь ендотоксикозу при перитоніті. Серед них найбільш поширеним методом є лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) Я. Я. Кальф–Каліфа. Водночас має даний показник має ряд недоліків, серед яких те, що він не може служити тестом для визначення тяжкості інтоксикації та є малоінформативним.

**Мета дослідження.** Порівняльна оцінка різних методів визначення ендотоксикозу при інфікованому та неінфікованому жовчному перитоніті для вибору найбільш інформативних з них.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано 100 спостережень розповсюдженого гострого жовчного перитоніту (чол. – 46,9%, жін. – 53,1%) віком від 23 до 76 років. З розлитим перитонітом було 70 випадків (І група), з дифузним перитонітом – 30 випадків

( II група). Пацієнтам проведені загальноприйняті клінічно–лабораторні обстеження. Лейкоцитарний індекс інтоксикації визначався за формулою Кальф–Каліфа; молекули середньої маси (МСМ) – за методом М.І.Габрієляна, В.І.Ліпатова.

**Результати та їх обговорення.** Всі хворі, що були включені у дане дослідження відносилися до групи тяжких, з явищами вираженого ендотоксикозу, внаслідок розповсюдженості гнійного процесу. При вивченні лейкограми нами було відмічено: у хворих I групи лейкоцитоз  $11,1 \pm 0,65$   $10^9$ /л ( $M \pm m$ ), паличкоядерні нейтрофіли  $23,2 \pm 1,95$ ;  $p < 0,01$ ; сегментоядерні нейтрофіли  $57,4 \pm 1,92$ , лейкоцитарний індекс інтоксикації  $6,81 \pm 0,883$ . У хворих II групи – лейкоцитоз  $12,1 \pm 0,85$ ;  $p < 0,01$ ), паличкоядерні нейтрофіли  $18,0 \pm 1,78$ ; сегментоядерні нейтрофіли  $62,9 \pm 1,98$ ; лейкоцитарний індекс інтоксикації  $4,83 \pm 0,68$ . Отже, з даних лейкограми випливає, що в більшості випадків лейкоцитоз, нейтрофіліоз, ЛШ об'єктивно відображають стан тяжкості ендотоксикозу при перитоніті. Все це пояснюється неадекватністю реакції імунної системи на інтенсивну інтоксикацію, що має місце при розповсюдженому жовчному перитоніті, і, як наслідок, можливі помилки в діагностиці, оцінці тяжкості патологічного процесу. Тому нами проведено також визначення ендотоксикозу за молекулами середньої маси. Показники рівня МСМ дорівнювали відповідно  $0,440$ – $0,610$  ум.од. – при дифузному і  $0,640$ – $0,780$  ум.од. – при розлитому перитоніті (норма МСМ –  $0,220$ – $0,260$  ум.од.).

**Висновки.** Аналіз лейкограми, включаючи лейкоцитарний індекс інтоксикації, може служити методом оцінки ендотоксикозу при розповсюдженому жовчному перитоніті, у той же час не завжди достовірно. При обстеженні хворих на перитоніт або з підозрою на нього поряд із загальноприйнятими методами обстеження, лейкограмою, раціональним є застосування визначення рівня молекул середньої маси.

## Досвід застосування VАС–терапії у хворих на гострий вторинний перитоніт

Л. С. Білянський, А. Д. Кальченко, Р. О. Тишко, Є. М. Дубенко

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,  
Міська клінічна лікарня № 18, м. Київ

Розповсюджений гострий вторинний перитоніт є ускладненням гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і у 20–60% випадків асоціюється з високими показниками системних та місцевих ускладнень. Санація черевної порожнини, шляхом формування лапаростоми, стала одним з вагоміших хірургічних досягнень ХХ століття, завдяки зниженню показників летальності більш, ніж на 50%. Проте, досвід застосування лапаростомії виявив низку недоліків – розвиток неконтрольованого злукового процесу, утворення ентеро–атмосферних норниць, гігантських гриж. Однією з найскладніших є проблеми тимчасового закриття черевної порожнини та фактора внутрішньочеревної гіпертензії. Сучасний етап лікування гострого розлитого перитоніту характеризується втіленням методик вакуум–асистованої терапії (ВАТ).

Мета роботи – покращення результатів лікування розповсюдженого гострого вторинно перитоніту, шляхом вибору та вдосконалення оптимального методу лапаростомії.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз лікування 23 хворих на розповсюджений вторинний перитоніт з показниками Мангеймського індексу перитоніту понад 29 та високим рівнем внутрішньочеревного тиску (від 15 до 25 мм рт.ст) на клінічній базі

кафедри хірургії №1, у яких застосовувалась лапаростомія, за період 2014 – 2017 років. Причинами перитоніту були: фульмінантний коліт, синдром токсичної дилатації товстої кишки – 6, неспроможність ілеоректального анастомозу – 5, занедбана перфорація дивертикулів товстої кишки – 2, неспроможність товстокишкового анастомозу – 2, неспроможність дуодено–ентероанастомозу – 1, розповсюджений перитоніт апендикулярного генезу, – 2, перфорація тонкої кишки, внаслідок хвороби Крона – 3, перфорація товстої кишки пухлинного генезу – 2. Хворих було розподілено на дві репрезентативні групи, в залежності від методики лапаростомії та тимчасового закриття черевної порожнини. У 13 хворих 1 групи застосовувалась лапаростомія з запланованими санаціями черевної порожнини, з інтервалами санації через 24 – 36 – 48 годин, в залежності від ступеня розвитку перитоніту, за потребою. поверхня органів черевної порожнини покривалась поліетиленовою перфорованою плівкою, операційна зашивалась без натягу. У 10 хворих 2 групи застосовувалась методика вакуум–асистованого закриття черевної порожнини з рівнем від'ємного тиску від 40 до 100 мм рт. ст. в безперервному чи переривчастому режимі з заміною пов'язки через 72 години. В обох групах оцінювались показники швидкості закриття черевної порожнини, частота повторних санацій черевної порожнини та наявність ускладнень (прогресування або персистуючий характер перитоніту, утворення нориць), бактеріологічні дослідження ексудату, ліжко–день в умовах реанімаційного відділення та летальність.

**Результати.** Кількість планових санацій черевної порожнини в 1 групі склала від 4 до 16, у другій – 1 – 4. У 4 хворих 1 групи розвинулась внутрішньочерева гіпертензія, яка виключала можливість зведення країв операційної рани. В 2 групі не спостерігалось жодного випадку внутрішньочеревної гіпертензії. У 2 хворих 1 групи утворились ентеро–атмосферні нориці, у 2 групі – у 1 хворого. Ліжко–день в умовах реанімаційного відділення в 1 групі коливався від 12 до 37 днів, в середньому – 21,7 днів, а в 2 – від 4 до 16 днів, в середньому – 12,6 дні. У 100% хворих 1 групи утворились вентральні грижі великих розмірів, у хворих 2 групи у 4 – великих розмірів, 3 – середніх і у 2 – малі грижі. В 1 групі померло 2 хворих, від масивних втрат з нориць, в 2 – 1 хворий від поліорганної недостатності.

**Висновки.** Досвід застосування VAC–терапії у хворих на гострий вторинний перитоніт показав переваги в порівнянні з традиційними методами тимчасового закриття черевної порожнини

## Полірезистентна інфекція в хірургічній практиці

В. В. Ващук, Т. П. Кирик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Згідно останніх рекомендацій Європейського центру профілактики та контролю захворюваності та Центру по контролю і профілактиці захворювань США – до MDR (multidrug– resistance – резистентність до багатьох антибіотиків) збудників відносять патогени, що володіють набутою несприйнятливістю по відношенню до якнайменше одного антибіотика в трьох або більше групах; XDR (extensive drug resistance – розширена резистентність) бактерії характеризуються відсутністю чутливості до щонайменше одного антибіотика у всіх, окрім двох або менше груп антибіотиків; PDR (pandrug resistant – полімедикаментозна резистентність) – це відсутність чутливості до всіх препаратів у всіх групах. Серед бактерій, які найшвидше набувають антибіотикорезистентних властивостей

відносять *Acinetobacter*, *Pseudomonas*, різні види сімейства *Enterobacteriaceae*. Ці збудники володіють високою стійкістю до більшості сучасних антибіотиків, включаючи останні покоління карбапенемів і цефалоспоринов. Основною причиною появи та швидкого наростання числа видів резистентної флори є нераціональна антибіотикотерапія – рушійний фактор еволюції полірезистентних бактерій. Одним з найпоширеніших представників цієї групи мікроорганізмів є грамнегативна бактерія *Pseudomonas aeruginosa*, яку розглядають в якості основного збудника внутрішньохірургічної раневої інфекції, в тому числі, й у пацієнтів з венозними трофічними виразками нижніх кінцівок. Перспективним напрямком подолання проблеми може бути впровадження нових методик регіонального антибактеріального впливу, зокрема, місцеве застосування фаголізатів бактерій *Pseudomonas aeruginosa* (бактеріофагів) в комбінації з сріблосодержачими плівковими матеріалами (Патент на корисну модель № 119780, Опубл. 10.10.2017; Бюл.№19).

**Мета роботи:** апробація зазначеної методики місцевої терапії синьогнійної інфекції.

**Об'єкт і методи дослідження.** Відкрите проспективне дослідження було проведене в клініці кафедри загальної хірургії на базі клінічної лікарні Львівської залізничної впродовж 2017 року. В дослідження було залучено 56 осіб з трофічним інфікованими виразками нижніх кінцівок на фоні ускладненого варикозу підшкірних вен нижніх кінцівок та поодиноких випадків тромбозу глибоких вен. Всі хворі отримували стандартну флоротропну фармакотерапію, доповнену системною антибіотикотерапією.

**Результати і обговорення.** Із загальної групи досліджуваних пацієнтів було виокремлено 4 особи з клінічними виявами синьогнійної інфекції. При мікробіологічному обстеженні мазки з рани у вказаних пацієнтів виявили *Pseudomonas aeruginosa*. Ідентифікований збудник раневої інфекції характеризувався високим ступенем антибіотикорезистентності до класичного переліку антибіотиків із збереженням обмеженої чутливості до амікацину та меропенему, що було підставою для корекції системної антибіотикотерапії. Місцеве лікування включало щоденні аплікації бактеріофагів *Pseudomonas aeruginosa* в комбінації з сріблосодержачими плівками у відповідності до розпрацьованої методики, тривалістю 10–25 днів. Контрольне мікробіологічне дослідження (на 10 і 15 добу) не виявило ознак росту *Pseudomonas aeruginosa* у всіх пацієнтів. Прояви раневої інфекції були еліміновані починаючи з 15 доби спостереження з повним або частковим (понад 75% площі) загоєнням виразки на 25 добу лікування.

**Висновки.** Запропонована локальна антибіотикотерапія полірезистентної раневої інфекції показала високий рівень ефективності та достатній профіль безпечності і може бути впроваджена в загальну хірургічну практику.

## Пізнні післяопераційні ускладнення у хворих із грижами стравохідного отвору діафрагми. Методи хірургічного лікування та профілактики

Я. І. Гавриш, О. В. Лукавецький, О. Д. Плахтін

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львівська обласна клінічна лікарня

**Вступ.** За останнє десятиріччя значно зросла кількість пацієнтів, яким проведено операції з приводу грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). Це пояснюється зростанням кількості хворих на дану патологію та покращенням методів діагностики. Проте надалі залишається сталим відсоток післяопераційних ускладнень, який за

даними різних авторів, коливається в межах від 4 до 30% і залежить від особливостей проведення операції.

**Мета.** Провести огляд та аналіз прооперованих у клініці пацієнтів з пізніми ускладненнями після відкритих та лапароскопічних операцій з приводу ГСОД: стійкий стеноз стравоходу та рецидивами грижі.

**Об'єкт.** За період з 2006 по 2018 роки у клініку звернулося: а) 26 хворих, у яких було встановлено рецидив ГСОД у різний термін після первинної операції; б) 3 хворих, яким було проведено попередньо 2 операції з приводу ГСОД та його рецидиву; в) одна хвора із стенозом дистального відділу стравоходу після попередніх двох операцій з приводу ГСОД та рецидиву ГСОД.

**Методи.** Із 26 хворих із рецидивом ГСОД згодилися на повторну операцію 16 пацієнтів. Серед них первинна операція виконана відкритим методом у 3 хворих та лапароскопічним у 23, у 4 хворих проведено фундоплікацію за методом Туппе, у 22 – Ніссеном.

В групі із 16 пацієнтів оперованих з приводу рецидиву ГСОД у клініці, після первинної відкритої операції було 2 хворих, після фундоплікації за Ніссеном – 14 хворих. Всім пацієнтам проведено операцію лапароскопічним методом, розділено зрости в зоні операції, накладено вузлові шви на ніжки діафрагми позаду стравоходу у 13 хворих, попереду стравоходу у 3 пацієнтів, укріплено стравохідний отвір діафрагми поліпропіленовим сітковим протезом, створено фундоплікацію за Ніссеном у 11 хворих, за Туппе – в 2 хворого, за Дорром у 2 хворих, фіксовано дно шлунка до діафрагми в 1 хворого.

У двох хворих, які попередньо перенесли по 2 операції з приводу ГСОД та повторні операції з приводу рецидиву ГСОД із встановленням поліпропіленового сіткового протезу, через 2–3 міс після повторної операції було виявлено стійкі болі у верхньому поверсі черевної порожнини. Під час обстежень встановлено, зміщену попереково–обвідну кишку в сторону діафрагми та підвищену пневматизацію кишків. Під час третьої операції, яку як і попередні проведено лапароскопічним доступом, виявлено: у першій хворій – зміщену та фіксовану зростами попереково–обвідну кишку до сіткового протезу на діафрагмі попереду стравоходу з утворенням кишкою гострого кута. Зрости було розділено та звільнено кишку; у другого хворого – зміщену та фіксовану зростами попереково–обвідну кишку до діафрагми латеральніше верхнього полюса селезінки. Зрости було розділено та звільнено кишку.

У хворій із післяопераційним стенозом стравоходу попередньо була проведена лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном – Розетті з приводу гігантської ГСОД із транслокацією 1/3 шлунка в грудну клітку. На третю післяопераційну добу було виконано релапароскопію з приводу рецидиву грижі та встановлено поліпропіленову сітку. На протязі наступних 6 міс хвора відмічала затруднене ковтання. Під час обстежень виявлено стеноз дистального відділу стравоходу на протязі 5–6 см, який розцінено як ахалазія стравоходу. Проведена на протязі 6 міс консервативна терапія із бужуванням стравоходу та ін'єкціями ботулотоксину була безрезультатна. В клініці проведено релапароскопію, зняття манжети, видалення поліпропіленової сітки, накладеної навколо стравохідного отвору діафрагми, фундоплікація за Туппе.

**Результати:** у групі із 16 хворих із рецидивом ГСОД повторної (третьої) операції вимагало 2 хворих з причини фіксації попереково–ободової кишки до сіткового протезу та діафрагми. У всіх прооперованих в клініці хворих із пізніми післяопераційними ускладненнями ГСОД результат задовільний.

**Висновок.** В роботі показані найчастіші віддалені післяопераційні ускладнення ГСОД, причини виникнення та способи хірургічної корекції лапароскопічним доступом.

## Сучасні імунологічні аспекти комплексного лікування гострого перитоніту

М. М. Гресько

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Гострий перитоніт складає один з актуальних і остаточно не пов'язаних розділів невідкладної абдомінальної хірургії. За останні роки кількість хворих на гострий перитоніт в структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини не має стійкої тенденції до зменшення а несвоєчасна діагностика та виконання запізнілих оперативних втручань сприяють високій післяопераційній летальності.

**Мета.** Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт з ознаками абдомінального сепсису шляхом оцінки ступеня тяжкості за допомогою комплексних бальних систем.

**Об'єкт і методи дослідження.** Вивчена оцінка тяжкості загального стану та проаналізовано результати комплексного лікування у 68 хворих на гострий перитоніт з ознаками абдомінального сепсису у клініці Обласної клінічної лікарні міста Чернівці у період з 2011 по 2016 роки. Вік хворих коливався від 23 до 77 років (чоловіків–57, жінок–11). У 61% хворих гострий перитоніт був розлитим, а у 39% випадків – дифузним. Летальність складала 14,7% (10 хворих).

За ступенем тяжкості перебігу 9 хворих було з II ступенем тяжкості; 26 хворих – III А ступенем і 33 хворих – III Б ступенем, за класифікацією (Б.О.Мільков та співавт., 2003). Тяжкість перитоніту оцінювали за Мангеймським перитонітним індексом (МПП) (М.М.Linderetal et al., 1987).

Для оцінки порушень імунної системи використовували універсальний метод оцінки імунних розладів – формулу імунних розладів (ФРІС) (А.М. Земсков, 1996). Оцінку імунного статусу проводили за загальноприйнятими методиками. Так вивчення титру специфічних антитіл проти ешеріхій, клебсієл, псевдомонад, стафілококу, бактероїдів, пептококів визначалось шляхом постановки розгорнутої реакції аглютинації за методикою (М. О. Біргер, 1982). Лікування усіх хворих проводили згідно клінічних протоколів, затверджених МОЗ України.

**Результати та їх обговорення.** Пацієнти розподілені на дві групи, залежно від розповсюдженості та тяжкості перебігу перитоніту. У I групу (n=35) увійшли хворі на дифузний перитоніт (МПП<20). Перебіг післяопераційного періоду характеризується I ступенем імунних розладів та супроводжується активацією імунокомпетентних клітин з формуванням адекватної ефективної клітинної та гуморальної імунної відповіді.

У II групу (n=33) увійшли хворі на розлитий перитоніт (МПП 21–30). Виявлено ознаки комбінованого вторинного імунодефіциту (II–III ступінь імунних розладів). Друга група включала наступні підгрупи: II А (n=13) – застосовувався імуномодулятор імунофан; II В (n=20) – застосовувалась пасивна імунотерапія, так як були ознаки виснаження захисних механізмів, а проведення стимуляції вважали недоцільним. На підставі проведених нами досліджень у 26 донорів – реконвалесцентів проведено забір крові із якої виготовлена суха плазма. Остання використана в комплексному лікуванні 12 хворих з III – Б, IV ступенем тяжкості перитоніту. Контролем була група хворих (n=8) на гострий перитоніт яким переливалась плазма від здорових донорів. Як правило, уже через добу після переливання гіперімунної плазми у хворих знижувалась температура тіла, покращувався загальний стан та лабораторні показники. Летальність складала 25% (у контрольній групі – 41,6%)

**Висновки.**

1. Згідно оцінки загального стану хворих на гострий перитоніт та оцінки ступеня тяжкості за допомогою комплексних бальних систем, вторинний імунodefіцит (II–III ступінь імунних розладів) найчастіше розвивається у осіб похилого віку та у хворих з супфутніми системними захворюваннями.

2. В умовах виснаження функціональної здатності захисних механізмів та вторинного імунodefіциту, що спостерігається у хворих з III – Б, IV ступенем тяжкості перитоніту, проведення імуностимуляції є недоцільним. У таких випадках в комплексне лікування включають плазму донорів – реконвалесцентів, що перехворіли на гострий перитоніт.

## Метод діагностики поширеності гострого перитоніту

А. Ф. Гринчук

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Діагностика поширеності гострого перитоніту заснована на суб'єктивній візуальній оцінці змін очеревини. Водночас дискусійним залишається питання про кількість поширених форм, яка за даними різних дослідників коливається від 1 до 3.

**Мета дослідження.** Розробка способу об'єктивної оцінки поширеності перитоніту.

**Об'єкт і методи дослідження.** 20 білих нелінійних щурів. У 1 групі моделювали асептичний перитоніт шляхом інтраперитонеального уведення стерильної жовчі, у 2 групі вводили 20% суміш автокалу. Перед моделюванням перитоніту, через 6 і 12 годин після його ініціації визначали ширину зони розсіювання лазерного променя на парієтальній очеревині. Вимірювання проводили роздільно у передніх та задніх квадрантах черевної стінки, шматки очеревини забирали для гістологічного дослідження.

В клініці обстежено 28 хворих. За клінічними даними місцевий перитоніт виявлений у 12 випадках, дифузний – у 9, розлитий – у 7. Серозний ексудат виявлений у 7 хворих, гнійний – у 9, у решти – змішаний.

Для визначення ширини зони розсіювання використовували монохроматичний лазерний промінь з довжиною хвилі випромінювання 0,63 мкм.

**Результати та їх обговорення.** В експерименті при контрольних вимірюваннях ширина зони розсіювання в різних ділянках очеревини суттєво не відрізнялась, проте характеризувалась індивідуальною і локальною мінливістю. Через 6 год з часу моделювання перитоніту у обох дослідних групах ширина зони розсіювання статистично істотно перевищувала контрольну. Параметри показників у 2 групі, де при гістологічному дослідженні очеревини виявлене гнійне запалення очеревини, значуще переважали. У тварин 1 групи відмічені ознаки серозного запалення.

Через 12 год у 1 групі ширина зон розсіювання статистично істотно зростала, а у 2 групі суттєво не змінилася. Значних відмінностей між дослідними групами не було. При гістологічному дослідженні в цей період у тварин обох груп спостерігались ознаки гнійно-фібринозного запалення.

Отже, ширина зони розсіювання лазерного променя парієтальною очеревиною суттєво відрізняється у здорових тварин, за умов розвитку асептичного і септичного перитоніту. Застосування такого показника в клініці унеможливорюється видовою й індивідуальною мінливістю. Тому для стандартизації даних ми застосували відносний критерій – співвідношення параметрів абсолютних показників.



В клінічних умовах абсолютні показники суттєво відрізнялись. Параметри показника були найменшими на незмінній очеревині. За наявності гнійного запального процесу зона розсіювання була найбільшою. Відносні показники відрізнялися з характерними закономірностями, залежними від наявності запалення очеревини. Найвищі значення спостерігалися при гнійному перитоніті. Отож даний показник можна використовувати для об'єктивної діагностики поширеності перитоніту.

## **Висновки.**

1. Зростання ширини зони розсіювання лазерного променя, джерелом якого є монохроматичний лазер з довжиною випромінювання 0,63 мкм, на ураженій ділянці очеревини, порівняно зі здоровою, у 1,5 – 2 рази вказує на наявність асептичного перитоніту.

2. Зростання ширини зони розсіювання більше, як вдвічі, свідчить про розвиток септичного перитоніту.

3. Даний відносний показник можна застосувати для діагностики поширеності перитоніту в клінічних умовах.

## **Прогнозування розвитку післяопераційних ускладнень гострого перитоніту**

**А. Ф. Гринчук**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Вірогідне прогнозування післяопераційних ускладнень (ПУ) є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Жоден з відомих методів не знайшов достатнього визнання. Це зумовлено низкою причин, серед яких – потреба у використанні значної кількості оціночних показників, необхідністю застосування складних, вартісних методів обстеження тощо. Водночас, простіші шкали, засновані на невеликій кількості критеріїв, мають значно меншу прогностичну точність. Для прогнозування наслідків лікування пропонується використання шкал APACHE, SAPS, SOFA та ін., які дозволяють оцінити тяжкість стану хворих, можливість їхньої смерті. В багатьох країнах світу визнаний Мангаймський перитонітний індекс. Однак за його допомогою визначають лише тяжкість перитоніту. Важливо, що переважна більшість прогностичних шкал дозволяє визначати ризик виникнення ускладнень лише після операції. Отож дана проблема потребує дослідження.

**Мета дослідження.** Розробка ефективного методу прогнозування післяопераційних ускладнень.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 169 хворих на різні форми перитоніту віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок – 71. Серед них був 51 випадок гострого апендициту, 26 – гострої кишкової не пухлинної непрохідності, 23 – перфораційних гастродуоденальних виразок, 16 – защемленої грижі, по 13 – гострого холециститу і раку ободової кишки, ускладненого кишковою непрохідністю, 4 – акушерсько-гінекологічної патології, по 3 – перфорації і травми тонкої кишки, по 2 – гострого панкреатиту і післяопераційного перитоніту та 2 випадки іншої патології. Місцевий перитоніт діагностований у 45 хворих, дифузний – у 53, розлитий – у 57, загальний – у 13 хворих.

Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), класу коморбідності (КК), вік. Для обробки даних використали дисперсійний аналіз.

**Результати та їх обговорення.** Прогнозування післяопераційних ускладнень проводиться в два етапи. До операції проводиться оцінка попереднього ризику з урахуванням характеру основного захворювання, клінічних проявів перитоніту, класу коморбідності. У хворих зі збільшеним ризиком це дозволяє застосовувати профілактичні заходи вже на етапі передопераційної підготовки.

Остаточна оцінка проводиться інтраопераційно з урахуванням характеру основного захворювання, визначених показників Мангаймського перитонітного індексу, класу коморбідності, уточнених лабораторних показників. За сумою показників хворих відносять до груп звичайного (менше 18), збільшеного (18–25), середнього (26–34) і високого (більше 35) ризику розвитку ускладнень. У хворих групи середнього і високого ризику використовуються необхідні субопераційні заходи.

#### **Висновки.**

1. Запропонований метод дозволяє виділяти групи звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень у хворих на гострий перитоніт.
2. Двоетапне прогнозування дозволяє диференційовано застосовувати профілактичні заходи впродовж всього періоду лікування, вже з етапу передопераційної підготовки.
3. Мала кількість застосованих показників дозволяє використовувати метод у стаціонарах будь-якого рівня.

## **Гострий перитоніт у хворих з коморбідними станами – механізми розвитку і обґрунтована лікувальна тактика**

**Ф. В. Гринчук**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Згідно з даними літератури, результати лікування гострого перитоніту вельми строкаті. Вагомою причиною розбіжностей (частота ускладнень, летальність – 5–70%) є некоректні порівняння, без урахування впливу на його перебіг супутніх захворювань, котрі виявляються у більшості пацієнтів, що змінює стан захисних механізмів і, відповідно, наслідки. Окрім генерування суто статистичних недовладностей, неоднозначні погляди на такий вплив суттєво знижують ефективність запропонованих авторами підходів до лікування. У низці досліджень для оцінки такого поєднання використовують шкали, серед яких Charlson Comorbidity Index, Index of Coexistent Diseases, Cumulative Illness Rating Scale тощо. Проте переважна їх більшість розроблена для інших галузей медицини, що практично унеможлиблює застосування за умови гострого перитоніту, отож окремі автори пропонують власні оціночні системи. Водночас патогенетичні особливості гострого перитоніту в умовах коморбідної патології залишаються не вивченими.

Мета дослідження. Обґрунтування тактики лікування хворих на гострий перитоніт з коморбідними станами.

**Об'єкт і методи дослідження.** 420 білих щурів з моделями гострого перитоніту, цукрового діабету, патології печінки, нирок. 726 хворих на гостру хірургічну патологію у 497 з яких діагностували супутні захворювання. У 150 пацієнтів діагностували різні форми гострого перитоніту. Досліджували показники імунної, протеолітичної, цитокінової, окисно-відновної систем, гемостазу, біохімічні, мікробіологічні, морфологічні зміни. При виконанні роботи дотримувались положень Гельсінської декларації з прав

людини, Ванкуверської конвенції про біомедичні дослідження (1979,1994) та інших законодавчих актів, що діють на території України.

**Результати та їх обговорення.** Порівняльні експериментальні і клінічні дослідження засвідчили, що патогенетичним підґрунтям коморбідних станів, незалежно від їх характеру, є синдром взаємного обтяження, основу якого становлять 3 механізми: взаємне потенціювання односпрямованих пошкоджень, поєднання різноспрямованих пошкоджень і виділена нами вперше регуляційна дисфункція. За нашими даними синдром розвивається у 3 стадії – компенсації, субкомпенсації, декомпенсації. Отримані дані дозволили виявити конкретні механізми розвитку низки відомих клінічних відмінностей коморбідної патології, зокрема, стертої симптоматики, тривалого регресу запального процесу, зростання частоти ускладнень.

З урахуванням вказаного нами розроблена шкала, яка передбачає виділення чотирьох класів коморбідності і враховує характеристики основної, супутньої патології і вік, яким відповідає певна кількість пунктів. Класи розмежовуються за наступними критеріями: клас 0 – кількість пунктів до 6; клас 1 – кількість пунктів від 6 до 10; клас 2 – кількість пунктів від 11 до 15; клас 3 – кількість пунктів понад 15. Оцінка прогностичного ефекту шкали засвідчила статистично істотну залежність розподілу показників тяжкості післяопераційних ускладнень від класу.

Віднесення хворого до певного класу стало основою для вибору тактики лікування. Основними її положеннями є використання інформативних методів діагностики, модифіковане, з урахуванням патогенетичних особливостей, консервативне періопераційне лікування, розширення показань до передопераційного підготування, пролонгованої санації очеревинної порожнини, застосування методів об'єктивної оцінки життєздатності тканин і їх захисту, активні заходи з профілактики місцевих і системних післяопераційних ускладнень. Використання напрацьованих підходів дозволило уникнути розвитку ускладнень і летальності у хворих I класу, а у пацієнтів II, III класів – знизити летальність на 24,4%, частоту ранових ускладнень на 16,6%.

## **Висновки.**

1. Коморбідність є окремим патологічним станом, основу якого становить синдром взаємного обтяження, що розвивається у 3 стадії: компенсації, субкомпенсації та декомпенсації.

2. Застосування розробленої лікувальної тактики, заснованої на запропонованій оціночній шкалі, яка виділяє чотири класи коморбідності, дозволяє істотно покращити результати лікування хворих на гострий перитоніт.

## **Прогнозування розвитку ранніх післяопераційних запально-деструктивних ускладнень в абдомінальній хірургії**

**Ф. В. Гринчук, В. В. Преутесей, М. А. Іванчук**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Прогнозування розвитку післяопераційних ускладнень (ПОУ) залишається проблемним питанням. Для цього запропоновані численні методики, проте жодна з них не знайшла широкого визнання. Це пов'язано з низкою причин, серед яких громіздкість, зумовлена значною кількістю оціночних показників, необхідністю застосування склад-

них, вартісних методів обстеження тощо. Водночас частина простих шкал, заснованих на невеликій кількості критеріїв, не відрізняються прогностичною точністю. Отож дана проблема потребує розв'язання.

**Мета дослідження.** Напрацювати просту, інформативну шкалу для прогнозування розвитку раних післяопераційних ускладнень.

**Об'єкт і методи дослідження.** 67 хворих, прооперованих з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини. Приводом до операції були: гострий апендицит – 5 випадків, гострий холецистит – 10, гостра кишкова непрохідність – 14, защемлена грижа – 10, перфорація виразки – 7, хвороба Крона – 3, мезентеріальний тромбоз – 4, пухлина підшлункової залози 4 випадки, по 2 випадки кровоточивої виразки та травми органів черевної порожнини та інше. У 47 пацієнтів виникли ускладнення: 9 випадків нагноєння рани, 5 – евентрації, 12 – абсцесів черевної порожнини, 16 – неспроможності кишкових швів, 5 випадків післяопераційного перитоніту. Контролем слугували дані 20-ти пацієнтів, у яких ПОУ не було.

Досліджували наступні параметри: вік, вага, стать, характер основного захворювання, Мангаймський перитонітний індекс (МПІ), клас коморбідної патології (ККП), група крові та резус фактор, загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограму.

Для визначення інформативності показників використовували інформативну міру Кульбака. Для створення прогностичних таблиць застосовували послідовний метод Вальда. Для побудови експертної системи прогнозування наявності ускладнень використовували метод розділення опуклих оболонок гіперплощиною.

**Результати та їх обговорення.** Найбільш інформативними виявилися параметри наступних показників: час рекальцифікації плазми (ЧРП), величина МПІ, гематокрит (ГТ), ККП, гемоглобін, сечовина, загальна кількість лейкоцитів, загальний білірубін, показники яких становили, відповідно: 4,458, 4,14, 3,24, 2,91, 1,67, 1,41, 1,31, 1,11. До цих критеріїв була складена прогностична шкала, згідно з якою при сумі балів більше 13 можна прогнозувати розвиток ПОУ, при сумі балів менше –13, прогнозуємо відсутність ПОУ. При застосуванні шкали до початкових даних майже у 78% хворих з ПОУ відповідь була вірна. У хворих без ПОУ правильна відповідь була у 70% випадків.

При використанні алгоритму розділення опуклих оболонок гіперплощиною найбільш інформативними ознаками були ЧР, Гт, МПІ, ККП. При проведенні обчислень одержали наступну діагностичну шкалу, за якою прогнозування ПОУ проводиться за правилом:  $114,8 \times \text{ЧР} + \text{МПІ} - 346,0 \times \text{ГТ} + 1363,2 \times \text{ККП} - 13531,6$ . Якщо отриманий результат  $> 0$  – слід прогнозувати виникнення ПОУ, а якщо  $< 0$  – слід прогнозувати сприятливий перебіг післяопераційного періоду.

При перевірці результатів перевірили на контрольній вибірці було одержано 96,4% вірних результатів. Це вказує, що за допомогою наведеної діагностичної шкали можна з високим ступенем вірогідності прогнозувати виникнення ПОУ. Для автоматизації розрахунків зручно використовувати електронні таблиці Microsoft® Office Excel з уведеною формулою, що дає змогу отримувати миттєвий результат.

Відмітимо, що порівняльна простота наведених методів і невелика кількість застосованих показників свідчить про перспективність їх впровадження у практику.

#### **Висновки.**

1. Напрацьована шкала оцінки ризику виникнення післяопераційних ускладнень, заснована на малій кількості показників, дозволяє з високою точністю спрогнозувати можливість їх розвитку.

2. Внаслідок простоти і застосування рутинних клінічних і лабораторних показників, шкала може бути широко впроваджена в практику.

## Локалізація, стадія непрохідності, ожиріння, перитоніт та гіпопротеїнемія – найгрізніші фактори ризику неспроможності колоректальних анастомозів

С. Й. Гриценко, С. О. Грабчак, М. В. Горман, Г. О. Бойко

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ:** Неспроможність швів анастомозу являється фатальним післяопераційним ускладненням обтураційної товстокишкової непрохідності, зустрічається у 3 – 68% випадках із летальністю 14,1–80%. Неспроможність швів анастомозу (НША) частіше виникає після виконання передньої резекції прямої кишки ніж при резекції ободової кишки. Частота виникнення неспроможності швів анастомозу має поліетіологічну природу та залежить від рівня та умов його накладання.

**Мета:** провести аналіз найбільш вагомих факторів ризику неспроможності анастомозу та визначити співвідношення їх значимості

**Об'єкт і методи дослідження:** В основу даної роботи покладені результати клінічно-го обстеження та лікування 155 хворих на рак проксимальних відділів прямої кишки, ректосигмоїдного кута та сигмовидної кишки, ускладнених обтураційною кишковою непрохідністю. Середній вік –  $(65,5 \pm 10,8)$  років.

**Результати та їх обговорення.** На основі вибірки зі 155 пацієнтів ми проаналізували кожний фактор неспроможності швів анастомозу. Із 155 (100%) хворих неспроможність анастомозу виникла у 9 (5,8%) хворих. Всім 150 хворим проведено радикальні оперативні втручання з накладанням первинного або первинно-нефункціонуючого анастомозу. При аналізі факторів ризику неспроможності нами враховані: вік, стать, індекс маси тіла, стадія та рівень непрохідності, наявність перитоніту, місцево-розповсюджені форми пухлини, наявність метастазів, супутні захворювання, гіпопротеїнемія, технічна важкість виконання операції, інтраопераційна декомпресія, злуковий процес та куріння. Внаслідок проведеного статистичного аналізу ми виявили ймовірність НША у пацієнтів з ІМТ понад 36 у нашій вибірці в 16 разів вища, ніж ймовірність НША серед людей з ІМТ менше 36. Чим нижчий ступінь декомпенсації непрохідності, тим вищий ступінь ускладнень. Ймовірність НША серед осіб із декомпенсованою обтураційною непрохідністю товстої кишки (ОНТК) у нашій вибірці в 1,2 рази більша, ніж для осіб із субкомпенсованою ОНТК. Ймовірність НША у нашій вибірці серед людей із перитонітом у 2,5 рази вища, ніж серед пацієнтів, у яких немає перитоніту. Чим дистальніша локалізація, тим частіше розвивається неспроможність швів анастомозу. Згідно статистичного аналізу у нашій вибірці встановлено такі результати: найнижчим є ризик при розміщенні пухлини у сигмовидній кишці, трохи вищим – при розміщенні у ректосигмоїдному куті, ще вищим – при розміщенні у верхньоампулярному відділі прямої кишки і найвищим – при розміщенні у середньоампулярному відділі прямої кишки. Ймовірність НША у нашій вибірці серед людей із рівнем загального білка менше 45 г/л у понад 5 разів вища, ніж серед людей із рівнем загального білка більше 45 г/л.

**Висновки.** Найбільш вагомими факторами котрі впливають на неспроможність швів анастомозу є: індекс маси тіла, стадія непрохідності (чим нижчий ступінь декомпенсації непрохідності, тим вищий ступінь ускладнень), перитоніт (у 2,5 рази вища ймовірність розвитку неспроможності за наявності перитоніту), локалізація пухлини (чим дистальніша локалізація, тим частіше розвивається неспроможність), гіпопротеїнемія (при рівні загального білка менше за 45 г/л ймовірність неспроможності у понад 5 разів вища).

## Застосування раціональної антибіотикотерапії в лікуванні вторинного розповсюдженого перитоніту

Б. В. Гузенко

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро

**Вступ.** Лікування хворих з гострою абдомінальною патологією, ускладненою вторинним розповсюдженим перитонітом (ВРП) залишається досить актуальною проблемою в ургентній хірургії. Причиною цього є відсутність чіткої тенденції до суттєвого покращення показників лікування цього ускладнення. Залишається високим рівень летальності при ВРП, який досягає за даними різних дослідників від 20–30% до 50–70%. Згідно з даними вітчизняної та зарубіжної літератури, ВРП викликається полівалентною аеробно–анаеробною мікрофлорою кишкового походження. Тому, в комплексному лікуванні перитоніту, одним із провідних напрямків є проведення повноцінної антибактеріальної терапії з урахуванням патогенної мікрофлори.

**Мета.** Визначення результатів застосування комплексної антибактеріальної терапії в лікуванні гострої абдомінальної патології, ускладненої ВРП.

**Об'єкт і методи дослідження.** Ретроспективно вивчено результати лікування 179 пацієнтів з гострою абдомінальною патологією, ускладненою ВРП, віком від 20 до 75 років, які перебували на лікуванні в КЗ «ДКОШМД ДОР» м. Дніпра в 2015–2016 рр. Чоловіків було 112 (62,5%), жінок – 67 (37,5%). Серед них діагностовано захворювання: шлунку та 12–палої кишки – 88 випадків, тонкої кишки – 24, деструктивних форм гострого апендициту – 32, захворювання товстої кишки – 37 випадків. Проводилися клінічні, лабораторні та мікробіологічні дослідження.

**Результати та їх обговорення.** З першої доби лікування, з урахуванням клінічного діагнозу та стадії перитоніту, всім пацієнтам призначався стандартний набір антибактеріальних препаратів з наступних груп: цефалоспорины, фторхінолони, аміноглікозиди, метронідазол в кількості трьох препаратів з різних груп, сумісних по своїй дії між собою. Серед виявленої мікрофлори на початку лікування провідну роль відігравали грамнегативні збудники (*E.coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*) і неспороутворюючі анаероби (*B. Fragilis*) та їх асоціації. На протязі післяопераційного періоду у хворих з тяжким та вкрай тяжким перебігом захворювання поступово збільшувалась кількість нозокоміальних штамів *E.coli*, *Paeruginosa*, *Enterobacter spp.* та інші з високою резистентністю до більшості антибактеріальних препаратів. На 3–4 добу антибактеріальна терапія коректувалася з урахуванням динаміки стану хворого та результатів бактеріальних досліджень черевної порожнини. Препаратами резерву були антибіотики групи карбапенемів, які частіше застосовувалися у пацієнтів з ураженням товстої кишки, ускладненої ВРП.

Летальність серед хворих з ураженнями верхніх відділів шлунково–кишкового тракту склала – 12%, а при гострій хірургічній патології товстої кишки, ускладненій ВРП – 47%.

### Висновки.

1. На теперішній час при гострій хірургічній патології, ускладненій вторинним розповсюдженим перитонітом, залишається досить високий відсоток летальних випадків, особливо при ураженні товстої кишки. 2. Стартова антибактеріальна терапія з комбінації антибіотиків декількох груп носить емпіричний характер і можлива на початковому етапі комплексного лікування.

3. В подальшому лікуванні при тяжкому та вкрай тяжкому перебігу захворювання необхідно проводити індивідуальний підбір антибактеріальних препаратів з урахуванням чутливості виявленої мікрофлори.

4. Є доцільним подальше дослідження та обґрунтування нових методик підбору та застосування антибактеріальних препаратів в лікуванні вторинного розповсюдженого перитоніту.

## Оментектомія – в комплексному лікуванні хворих на абдомінальний сепсис

В. І. Десятерик, В. В. Шаповалюк

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро

**Вступ.** Лікування пацієнтів на абдомінальний сепсис (АС) залишається складною та ще далекою від остаточного вирішення проблемою сучасної абдомінальної хірургії. На це вказує, як високий відсоток летальних випадків, так і значна частота післяопераційних ускладнень. Ліквідація первинного вогнища запалення та подальший перитонеальний діаліз дозволяє механічно видалити частку бактерій та їх токсини. Але реінфікування черевної порожнини не завжди обумовлене мікробною транслокацією, тому як джерело слід розглядати і гнійні зміни великого сальника. Останній, як лімфатичний колектор, може відігравати роль вторинного вогнища інфекції. Отже, гнійно-некротичні зміни великого сальника особливо при декомпенсації синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) поглиблюють патологічні зміни, які і можуть призводити до прогресування АС. Тому, дані зміни сальника при АС обґрунтовують покази до оментектомії при виконанні хірургічного втручання.

**Мета роботи** – покращити результати комплексного лікування хворих на АС за рахунок патогенетично обґрунтованої оментектомії при виконанні оперативного втручання.

**Об'єкт та методи дослідження.** Обстежено та проліковано 265 хворих на АС із декомпенсованим ССЗР, визначеним за загальноприйнятими критеріями. Серед пацієнтів переважали чоловіки – 196 (74%), середній вік хворих складав  $48,8 \pm 2,5$  роки. У переважної більшості 86,8% пацієнтів причиною АС був гострий деструктивний панкреатит, як відображення специфіки клінічної бази, ( $P < 0,01$ ). Усі хворі прямим методом були розподілені на I – 138 (52,1%) та II – 127 (47,9%) групи, за об'ємом оперативного втручання. В II групі виконували оментектомію, за запропонованим способом (патент на корисну модель). Статистичний аналіз результатів лікування за групами хворих дозволив оцінити ефективність запропонованої оперативного об'єму втручання за показниками частоти ускладнень, рівню летальності, кількості виконаних релапаротомій.

**Результати та обговорення.** В II групі хворих при гістологічному дослідженні видаленого великого сальника у 95 (74,8%) хворих визначали фіброзно-гнійні, а у 32 (25,2%) гнійно-некротичні його зміни. При цьому визначався сильний прямий кореляційний зв'язок між ступенем ССЗВ та гістологічними змінами сальника ( $r = 0,85$ , при  $p < 0,05$ ). В II групі вже після оментектомії визначали більш швидке та суттєве покращення клініко-лабораторних показників, що відображало і ступінь компенсації ССЗВ. Частота летальних випадків була на 10,2% вищою в I групі – 39 (28,3%) хворих, проти 23 (18,1%) в II групі, ( $P < 0,01$ ). Це відбивалося і на кількості післяопераційних ускладнень, що виникали майже на 14,5% частіше в I групі хворих (47,6% проти 33,1%), саме це на відповідний відсоток збільшувало і кількість виконаних повторних оперативних втручань ( $P < 0,05$ ). Таким чином, патогенетично обґрунтоване виконання оментектомії в II групі хворих на АС дозволяло покращити результати комплексного лікування за показника-

ми частоти летальності, кількості післяопераційних ускладнень та зниженню кількості релапаротомій, «за потребою». Усе це у свою чергу суттєво зменшувало (на  $10,4 \pm 2,1$  доби) середній термін госпіталізації хворих в II групі та відповідно значно скоротило матеріальні витрати в лікуванні цього складного контингенту хворих.

**Висновки.** При декомпенсованому синдромі системної запальної відповіді у хворих на абдомінальний сепсис в 74,8% випадків визначаються фіброзно-гнійні, а в 25,2% гнійно-некротичні зміни великого сальника, що патогенитично обґрунтовує виконання оментектомії. Виконання оментектомії при даній патології дозволяє зменшити на 10,2% частоту летальних випадків, на 14,5% кількість ускладнень та повторних операцій, що покращує безпосередні результати лікування хворих на абдомінальний сепсис.

## Особливості лікування хворих на післяопераційний перитоніт

М. М. Дроняк

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Найчастішими із внутрішньоочеревинних ускладнень, які вимагають релапаротомії (РЛ), залишаються гнійно-септичні, передовсім – післяопераційний перитоніт (ПП). Останніми роками у зв'язку зі збільшенням числа операційних втручань на органах черевної порожнини помітно зросла і частота розвитку ПП.

**Мета** – покращити результати хірургічного лікування хворих на післяопераційний перитоніт, ускладнений абдомінальним сепсисом шляхом покращення своєчасної діагностики та впровадження оптимальної хірургічної тактики.

**Об'єкт і методи дослідження.** За 2010–2017 рр внутрішньоочеревинні ускладнення, які вимагали повторних операційних втручань діагностовані у 220 (2,4%) із 8986 хворих, прооперованих у клініці з приводу гострих і хронічних захворювань органів черевної порожнини. У 144 (65,5%) хворих був обмежений ПП у вигляді абсцесів черевної порожнини, у 76 (44,5%) – розповсюджений ПП. Мініінвазивні технології (лапароскопічна санация з дрениванням гнійників і черевної порожнини та дренивання гнійників стилет-катетером під контролем УЗД) були ефективними у 131 (59,5%) хворих. Релапаротомію (РЛ) виконали у 89 (40,5%) хворих, з них при розповсюдженому ПП – у 70 (92%) із 76, при обмеженому ПП – у 19 (13,2%) із 144 хворих.

**Результати та їх обговорення.** Перші прояви інтраабдомінальних ускладнень мали характер поліорганної дисфункції у всіх хворих на ПП. Найчастіше ПП виникав після операційних втручань на тонкій і товстій кишці, в т.ч. тромбозу мезентеріальних судин – у 92 (44%), підшлунковій залозі при гострому некротичному панкреатиті і гнійному парапанкреатиті – у 48 (21,8%), шлунку і дванадцятипалій кишці – 34 (16,3%), позапечінкових жовчних шляхах – у 26 (12,4%), травми органів черевної порожнини – у 6 (2,9%), червоподібному відростку при гострому апендициті – у 4 (1,9%), інших причин (хвороба Крона, інвагінація/заворот тонкої кишки, перфорація дивертикула товстої кишки) – у 8 (3,8%) хворих.

Проаналізовані результати повторних операційних втручань у 89 хворих де застосування мініінвазивних технологій було неефективним. Релапаротомію виконали у 70 (92%) із 76 хворих на розповсюджений ПП та при обмеженому ПП у вигляді гнійників черевної порожнини РЛ виконали у 19 (13,2%) з 144 хворих. У 42 (47,2%) під час РЛ після



інтраопераційного лаважу 0,02%–ним розчином декасану в черевну порожнину заливали «Екстраніл» в об'ємі 2 л (розчин для перитонеального діалізу), який не містить глюкози та має високу осмотичну дію. Операцію завершували формуванням закритої черевної порожнини. Дренування її проводили з чотирьох і більше точок двохпросвітними чи поліхлорвініловими дренажами, які відкривали через 24 год після РЛ. Померли 5 (11,9%) з 42 хворих від поліорганної недостатності.

У 47 (52,8%) хворих на розповсюджений ПП під час РЛ санацію черевної порожнини проводили розчином хлоргексидину. Повторні РЛ виконані у 27 (57,4%) із 47 хворих, з них по дві РЛ мали 19 (70,4%), по три РЛ – 8 (29,6%). Причинами повторних РЛ у 5 (18,5%) хворих була недостатність швів міжкишкових анастомозів, у 14 (51,9%) – гостра стресова виразка шлунка, тонкої/товстої кишки, у 8 (29,6%) – неефективне дренування міжпетлевих гнійників. MODS у цих хворих становив 9–12 балів (прогнозована летальність 50%). Померло 22 (46,8%) із 47 хворих від поліорганної недостатності.

**Висновок.** Застосування прецизійної техніки, лаважу черевної порожнини розчинами антисептиків (8–12 л) до чистих промивних вод, інтраабдомінальне застосування «Екстранілу», назоінтестинальної інтубації тонкої кишки, поряд з іншими методами лікування сприяли більш швидкій ліквідації ознак абдомінального сепсису, зниженню числа повторних РЛ, зменшенню післяопераційної летальності з 46,8 до 11,9%.

## Особливості зміни пейзажу бактеріологічної мікрофлори у хворих відділень хірургічного профілю

В. А. Ковтонюк, Е. Ф. Самарець, С. О. Федюшкін, В. М. Лук'яненко,  
В. І. Марченко

Криворізька міська лікарня № 16

**Вступ.** Згідно з публікаціями за останні роки мікрофлора гнійних захворювань пацієнтів відділень хірургічного профілю змінилася, що призводить до необґрунтованого використання антибактеріальних препаратів при стандартному лікуванні хворих, сприяє зростанню резистентності бактерій. Виникає незадовільне бажання продовження тривалості госпіталізації хворих, збільшення вартості їх лікування, а також летальності. Відомо, що основними збудниками хірургічних інфекцій є стафілококи, стрептококи, ентерококи, клостридії, палички, ешерихії та інші.

**Метою** даної роботи стала необхідність проаналізувати зміни пейзажу поза лікарняної бактеріологічної мікрофлори у хворих відділень хірургічного профілю по результатам мікробіологічного обстеження виділень з ран після оперативних втручань з приводу гнійних захворювань шкіри, підшкірної клітковини, органів черевної порожнини.

**Матеріалами** для вивчення вказаної проблеми стали результати проведених бактеріологічних досліджень ранової мікрофлори у прооперованих хворих хірургічних відділень, проведених відносно до рекомендацій клінічних та лабораторних стандартів при ретроспективному аналізі проведених досліджень

**Результати та обговорення.** У комунальному закладі «Криворізька міська лікарня № 16» проведений порівняльний аналіз бактеріологічного обстеження хворих у трьох відділеннях хірургічного профілю за 2010–2017 роки. У лікарні 2 загально-хірургічних відділення по 40 ліжок (до 2011р. було по 60 ліжок) та 1 проктологічне відділення на 30 ліжок (до 2011р. було 40 ліжок). При контрольному показникові 4 560 у 2010–2011 роках

проліковано 4 959 та 4 819 хворих, з 2012 року по 2017 рік при контрольному показникові 2 640 щорічно лікувалося від 3 663 до 3 952 хворих, в середньому 3 812.

За вказаний період в цілому проведено 3 706 бактеріологічних обстежень виділень з гнійних, інфікованих, забруднених ран. При цьому бактеріологічне обстеження проводилося в першу добу госпіталізації при проведенні первинних оперативних втручань. Повторні контрольні виділення з ран проводилися при подальшому лікуванні хворих. Отримані дані вказують на мікрофлору, з якою хворі вже поступили на лікування (позалікарняні інфекції), а не на бактеріальну флору, отриману у відділенні в процесі лікування (внутрішньо лікарняні інфекції).

При порівнянні обстежень, проведених в цілому у відділеннях хірургічного профілю, треба відзначити щорічне зростання кількості обстежень з 285 до 611 за наявності зменшення кількості пролікованих хворих з 4959 до 3847. Позитивних результатів обстежень 2484 – 67,0%, негативних результатів обстежень 1222 – 33,0%. У 2010 році обстежено 5,8% госпіталізованих хворих, у 2017 році обстежено 13,5%, тобто кількість обстежень зростає.

Найчастіше висівалися золотистий стафілокок, гемолітичний стрептокок, кишкова паличка, сине гнійна паличка, пневмонічна кластридія. У відсотковому співвідношенні золотистий стафілокок відзначався від 21,5% до 11,3%, відмічається його поступове зменшення. Гемолітичний стрептокок має також тенденцію до кількісного зменшення з 30,6% до 9,6%. Кишкова паличка поступово зростає з 14,9% до 20,2%. Сине-гнійна паличка з тенденцією до зменшення з 6,2% до 4,8%. Пневмонічна кластридія залишається стабільною на досить високих цифрах: 9,7% – 11,5%.

У двох відділеннях загально хірургічного профілю за 8 років проведено 2472 бактеріологічні обстеження, з них 1 699 (68,7%) – позитивні результати, 773 (31,8%) – негативні. Провідними мікроорганізмами являються золотистий стафілокок та гемолітичний стрептокок, але відсоткове співвідношення їх поступово зменшується (стафілокок з 34,6 до 21,7%, стрептокок з 24,4 до 18,2%), зате збільшується кількість кишкової палички (з 2,4 до 23,2%). Залишаються майже без змін рівні висіваєності сине гнійної палички (7,9% – 9,1%) та пневмонічної кластридії (17,3% – 16,7%).

У хворих проктологічного відділення, що підтверджує профільна патологія, зростає неухильно кількість кишкової палички (з 5,4 до 43,0%) та пневмонічної кластридії (з 10,0 до 20,0%), при цьому відмічається зменшення кількості золотистого стафілококу (з 29,0 до 12,0%) та гемолітичного стрептококу (з 28,5 до 11,0%) за період 2010– 2017 років.

#### **Висновки.**

1. Бактеріологічне дослідження виділень з ран у відділеннях загально хірургічного профілю та у проктологічному відділенні показало зменшення питомої ваги золотистого стафілококу та гемолітичного стрептококу на фоні збільшення росту кишкової палички та пневмонічної кластридії.

2. Одержані результати зміни пейзажу мікрофлори дають можливість заздалегідь прогнозувати призначення цілеспрямованої антибіотико терапії з метою покращення результатів лікування хворих.

## Лечение перитонита с применением вакуум терапии

С. О. Косульников<sup>1</sup>, Е. Н. Завизион<sup>2</sup>, С. А. Тарнопольский<sup>1</sup>,  
К. В. Кравченко<sup>1</sup>, А. М. Беседин<sup>1</sup>, М. Н. Шкура<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Днепропетровская областная клиническая больница им. И. И. Мечникова, Днепр,

<sup>2</sup>Днепропетровская медицинская академия

**Вступление.** Разлитой гнойный перитонит остается одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии, летальность при нем достигает до 90%, а вопрос о новых способах лечения не теряет своей значимости. По-прежнему успешное лечение разлитого перитонита связано с максимально ранним оперативным устранением источника воспаления брюшной полости и адекватной санацией брюшной полости.

**Цель.** Оценить обоснованность и определить место вакуум терапии в лечении перитонита.

**Материалы и методы.** В клинике гнойно-септической хирургии областной больницы им. И.И. Мечникова в год в среднем госпитализируется 30–35 больных с разлитым гнойным перитонитом из различных медицинских учреждений города и области. До 90% госпитализированных больных ранее оперированы в других лечебных учреждениях. Исследованию (основная группа – 47 человек) подверглись больные, наблюдаемые за период с 2013 по 2016 год или с момента использования в практике вакуум терапии в комплексе мер применяемых в лечении перитонитов. В группу сравнения (41 человек) вошли ретроспективные больные с 2010 – 2012гг, которым использовались только санационные релапаротомии, т.е. до начала использования вакуум терапии. В исследуемой группе у 18 пациентов в комплексе лечения перитонита использовалась вакуум терапия. Тактика лечения больных в обеих группах была одинаковой, кроме применения вакуум терапии.

**Результаты.** В ретроспективной группе изученных больных самое распространенное количество санационных релапаротомий было 2, их перенесло 61% пациентов, 3–4 санации 19%, 5– 6 санаций – 11% и более 6 раз выполнена санация 9% больных. В основной группе изученных больных с применением вакуум терапии цифры в целом похожи: 2 санации перенесло перенесло 59% пациентов, 3–4 санации 25%, 5– 6 санаций – 10% и более 6 раз выполнена санация 6% больных. В основной группе коррективы внесло применение вакуум терапии. Если больному планировалось более 3х санационных релапаротомий, то уже на 3–й планировалось наложение вакуум системы, и каждая последующая санация сопровождалась ВАК. Увеличение количества санаций говорит, как правило, о более тяжелом больном, с затяжным течением перитонита, который не удастся санировать быстро. Тяжесть состояния часто предопределяет временную задержку следующей санации для стабилизации больного. При таких условиях применение ВАК терапии очень выгодно, так как позволяет проводить постоянную санацию брюшной полости с освобождением от гнойного экссудата и задержать санационную релапаротомию сроком до 48 часов и более без ущерба в лечебной тактике. Летальность в основной группе снизилась на 3% по сравнению с контрольной. Кишечных свищей, как осложнений ВАК терапии не наблюдали.

**Выводы.** Применение ВАК терапии в лечении перитонитов сопровождается снижением бактериальной обсемененности брюшной полости, не позволяет развиваться компартмент синдрому в брюшной полости. Снижается количество санационных релапаротомий и послеоперационная летальность. Увеличение времени между санациями на

фоне проведення ВАК терапії не приводить до зниження якості лікування перитоніта за рахунок постійного видалення ексудата.

## Профілактика інфекцій області хірургічного втручання за допомогою вунд-протектора

В. В. Крижевський, Є. Б. Колесников, М. А. Мендель, А. П. Бродська

НМАПО імені П. Л. Шупика

**Вступ:** Профілактика інфекції області хірургічного втручання залишається однією з актуальних питань сучасної хірургії. Одним з методів запобігання інфікуванню ран черевної стінки є використання вунд-протекторів – спеціальних засобів, які попереджають контамінацію рани черевної стінки шляхом ізоляції її при виконанні хірургічного втручання, при якому вскриваються просвіти порожнистих органів шлунково-кишкового тракту або необхідно видалення інфікованого органу з черевної порожнини.

**Мета дослідження:** оцінка ефективності вунд-протектора для профілактики інфекції області хірургічного втручання.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проведено на базах кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика в 2015–2017 роках. До дослідження включено 41 хворих після оперативних втручань з ранами II («умовно чисті») і III («контаміновані») класу, розділених на 2 групи – основну (21 хворий), в якій використовували вунд-протектори і контрольну (20 хворих), в якій для захисту ран застосовували ізоляцію стінок рани марлевими серветками. Хворим виконували наступні оперативні втручання: гастрощунтування по Ру – 11 хворих, резекції тонкої кишки з приводу спайкової непрохідності, ендометріозу, нейроендокринної пухлини тонкої кишки, постпроменевої стриктури – 9 хворих, операції на товстій кишці (правобічна геміколектомія, сигмоїдектомія) – 9 хворих, лапароскопічна холецистектомія при гострому деструктивному холециститі – 12 хворих.

Використовували вунд-протектори SurgiSleeve (Covidien (Medtronic), США) розмірами 2–4 см, 5–9 см і 9–14 см. Після виконання розрізу черевної стінки протектор установлювали в рану і подальші маніпуляції виконували через нього. В двох випадках застосовували вунд-протектор розробленої нами модифікації (Патент України на корисну модель №49955). В одному випадку, при рані великого розміру використовували модифікований протектор зі стерильного поліетиленового мішку, фіксованого до країв рани окремими швами.

**Результати, їх обговорення.** В основній групі було відзначено нагноєння післяопераційної рани в 1 випадку (4,8%), після розширення рани при конверсії під час лапароскопічної сигмоїдектомії.

В контрольній групі частота ранової інфекції склала 15,0% (3 з 20 хворих).

Перший досвід застосування вунд-протектору для профілактики інфекцій області хірургічного втручання показав його перспективність і необхідність подальших досліджень для досягнення статистично достовірної оцінки його ефективності.

Застосування вунд-протектору запобігає контамінації рани черевної стінки в абдомінальній хірургії в випадках, коли під час операції необхідно розкривати просвіт порожнистих органів або коли необхідне видалення інфікованого вмісту (жовчний міхур, тощо) з черевної порожнини при лапароскопічній операції.

## Висновки.

Застосування вунд-протектора є ефективним методом профілактики інфекції області хірургічного втручання при умовно чистих і контамінованих ранах, дозволяє знизити частоту ранових ускладнень з 15,0 до 4,8%.

## Інтервенційна ультрасонографія у діагностиці та лікуванні гнійних процесів м'яких тканин

Ю. Ф. Кушта, Р. В. Яремкевич, М. Г. Журавель

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На сьогодні в Україні утримується стійкий рівень захворюваності на гнійні процеси м'яких тканин. Це зумовлено багатьма етіологічними чинниками, до яких слід віднести інфікування при механічних пошкодженнях м'яких тканин організму, недотримання гігієнічних заходів населенням країни, значним відсотком хворих на цукровий діабет.

Метою нашого дослідження є особливості застосування ультрасонографії (УСГ) у діагностиці та ефективному лікуванні нагнійних захворювань м'яких тканин: абсцесу, флегмони, гідраденіту, лімфаденіту, підшкірного та сіднично – прямокишкового парапроктиту, маститу, фурункула, флегмонозної форми бешихи, панарицію.

Об'єктом дослідження були 78 пацієнтів, які лікувалися у клініці загальної хірургії за трьохрічний період (2015 – 2017 роки). Вік хворих становив від 18 до 92. Осіб жіночої статі було 43 (55%), відповідно осіб чоловічої статі – 35 (45%). У роботі був використаний аналітичний метод дослідження. Для реалізації завдання був застосований апарат УЗД з поверхневим конвексним датчиком 5 мГц, з доплер функцією.

При звертанні вищевказаних пацієнтів у клініку їм виконувалася ультрасонографія у місці патологічного вогнища. Гнійний процес був представлений анехогенною або гіпоехогенною структурою. У випадках, коли гній був дуже концентрованим, відповідно, його ехогенність вважалась вищою. При наявності у зоні ураження гнійного детриту рідинний вміст візуалізувався неоднорідним. При абсцесах, гідраденітах, лімфаденітах, маститах чіткіше виявляється контур скупчення гною, оскільки ці патологічні процеси оточені піогенною капсулою. Метод ультрасонографії ми використовуємо і для диференційної діагностики. У випадках, якщо рідина (гній) не візуалізується, патологічний стан вважається як запальний інфільтрат. Іншим прикладом є диференційна діагностика гнійних захворювань з анаеробними процесами. При анаеробних неклостридіальних флегмонах візуалізується газ чи некротично змінені тканини. Дані структури гіперехогенні. Їм притаманний нечіткий, деколи розмитий контур.

У випадках невеликих гнійних скупчень достатньо виконати їх пункцію з евакуацією субстрату під контролем УСГ. При виявленні більших за розмірами гнійних виділень проводиться їх пункційне дренирування з подальшою евакуацією гною. Цих заходів достатньо для остаточного виздоровлення хворих. При наявності великих гнійних скупчень з можливими «запливами» у сусідні тканин та органи під контролем УЗД намічаємо межі розрізу чи розрізів з його (їх) маркуванням. Цей захід забезпечує евакуацію максимальної кількості гною під час операції. У ситуаціях, коли гнійне вогнище є досить великим, також проводиться під контролем УСГ пункція з дренируванням субстрату для декомпресії, а наступного дня – операція розкриття гнійника з повноцінною ревізією ураженої зони.

Завдяки методу УСГ можна вирішити наступні запитання: оперувати чи не оперувати пацієнта, використати пункційне дренивання як остаточний метод лікування, визначити зону оптимального розрізу чи розрізів у місці патологічного вогнища. Вищезазнані заходи забезпечують скорочення термінів лікування даної категорії пацієнтів на  $1 \pm 0,5$  доби.

## Мініінвазивні методи лікування післяопераційних ускладнень у хворих з розлитим перитонітом

В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Удосконалення хірургічної тактики лікування післяопераційних ускладнень можливо завдяки використанню малоінвазивних методів (ендоскопічного стентування біліарного, травного тракту; ендоскопічного лікування з використанням негативного тиску при неспроможності кишкових анастомозів; дренивання рідинних скупчень під контролем сонографії чи комп'ютерної томографії) в алгоритмах лікування інтраабдомінальних ускладнень.

**Мета:** визначити переваги мініінвазивних методів в лікуванні післяопераційних ускладнень у хворих з розлитим гнійним перитонітом.

**Об'єкт і методи дослідження.** В роботі проаналізовані результати лікування 65 хворих госпіталізованих в ургентному порядку з клінікою розлитого гнійного перитоніту. Середній вік чоловіків становив  $58,5 \pm 1,5$  років, жінок –  $65,2 \pm 1,6$  років. Причинами перитоніту були: перфорація пептичної виразки – 31 (47,7%) пацієнт, гострий апендицит – 17 (26,2%), гострий деструктивний холецистит – 11 (16,9%), гострий некротичний інфікований панкреатит – 3 (4,6%), гостра кишкова непрохідність з некрозом тонкої кишки – 3 (4,6%). Всі хворі були прооперовані в ургентному порядку відповідно до протоколів надання невідкладної та екстреної хірургічної допомоги.

**Результати та їх обговорення.** У 11 (17%) пацієнтів в ранній післяопераційний період були діагностовані наступні інтраабдомінальні ускладнення: абсцес черевної порожнини – 7 (11%) хворих, жовчетеча – 2 (3%), перфорація гострої виразки тонкої кишки – 1 (1,5%), післяопераційний перитоніт – 1 (1,5%).

Абсцеси черевної порожнини мали наступну локалізацію: піддіафрагмальні – 4 (57%), міжкишковий, що прилежить до передньої черевної стінки – 1 (14%), порожнини малого тазу – 2 (29%). У всіх 7 пацієнтів візуалізували безпечну акустичну траєкторію, що дозволило у 2 (29%) пацієнтів провести пункцію і аспірацію гною ( $50 \pm 10$ мл) з одноразовою санацією порожнини абсцесу антисептиками, у 4 (57%) пацієнтів дренивали абсцес ( $100 \pm 15$  мл) за допомогою одного катетору типу «Pigtail» 9 Fr, а у 1 (14%) пацієнта провели дренивання абсцесу двома катеторами з накладанням аспіраційно-іригаційної системи. Тривалість післяопераційного періоду склала  $9,2 \pm 1,5$  днів.

У 2 (3%) пацієнтів, незважаючи на застосування всього спектру консервативних методів лікування, відмічалось наростання явищ ендогенної інтоксикації, ентеральної недостатності, а за даними ультразвукового дослідження черевної порожнини була візуалізована вільна рідина більш ніж у двох анатомічних ділянках. В діагностично-лікувальному алгоритмі хворим була проведена діагностична лапароскопія, яка дозволила після ревізії черевної порожнини, у одного пацієнта виявити перфорацію гострої виразки тонкої кишки, що потребувало виконання релапаротомії. У іншого пацієнта були проведені етапні лапароско-

пічні санації черевної порожнини, що дозволило ліквідувати післяопераційний перитоніт.

Причиною жовчетечі були некроз кукси протоки міхура – 1 (1,5%) пацієнт, пошкодження позапечінкового протоку (тип D по S.M. Strasberg) – 1 (1,5%) пацієнт. У першого пацієнта було проведено лапароскопічне кліпування кукси міхурової протоки та санацію черевної порожнини, а у другого пацієнта провели стентування гепатікохоледоха з дренивання підпечінкового простору катетером типу «Pigtail». Тривалість післяопераційного періоду склала  $9,8 \pm 2,5$  днів.

**Висновки.** При використанні мініінвазивних методів летальних випадків не було. Малотравматичні методики сприяли швидкому відновленню функції кишечника, ранній активізації хворих і зменшенню термінів перебування в стаціонарі, що дозволяє їх використання у пацієнтів з локальними інтраабдомінальними гнійними ускладненнями.

## Антибактеріальна терапія у хворих на піопневмоторакс

Д. Е. Лопатенко

Харківський національний медичний університет

Піопневмоторакс (ППТ) є однією з найбільш складних і актуальних питань в торакальній хірургії. Незважаючи на значний прогрес у пошуках нових антибактеріальних засобів, кількість септичних ускладнень та хронічних форм хвороби залишається дуже високою.

**Мета.** Підвищення якості лікування хворих на ППТ шляхом удосконалення антибактеріальної терапії.

**Об'єкт і метод дослідження.** Під час дослідження нами було обстежено 159 пацієнтів хворих на ППТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні № 2 КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК» м. Харкова. Із дослідження виключалися пацієнти із специфічними причинами ППТ (рак, туберкульоз та ін.).

Для бактеріологічних досліджень нами був використаний плевральний ексудат. Матеріал отримували пункційним методом з плевральної порожнини одразу після надходження хворого до стаціонару. Корекція антимікробної терапії проводилася після отримання результатів чутливості мікрофлори до антибактеріальних засобів.

**Результати та їх обговорення.** В аналізі плевральної рідини переважали грампозитивні бактерії: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*. Грамнегативні мікроорганізми зустрічалися дещо рідше, серед них переважала *Pseudomonada aeruginosa*. Також були виявлені *Escherichia Coli*, *Enterobacter spp.* та ін. Патогенні гриби роду *Candida* були нами виявлені у 15 (9,4%) хворих та проявили чутливість до похідних триазолу та імідазолу.

При визначенні чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних засобів збудники виявили найбільшу чутливість до карбапенемів, цефалоспоринів четвертого покоління,  $\beta$ -лактамів із інгібіторами пеніцилінази, лінкозамідів та фторхінолонів четвертого покоління. *Pseudomonada aeruginosa* була найменш чутливим мікроорганізмом та в десяти випадках виявилась нечутливою до жодного з антибіотиків. В нашому дослідженні обов'язково використовувалися місцеві антисептичні засоби інтраплеврально – 0,02% розчин декаметоксину.

На основі наших досліджень, розроблено схему для стартової антибактеріальної терапії у хворих на ППТ:

1. Пеніцилін з інгібітором пеніцилінази + фторхінолони четвертого покоління + похідні імідазолу

Та схема резервної антибактеріальної терапії:

2. Лінкоміцин + цефалоспорин четвертого покоління або карбапенем + похідні триазолу.

Дев'яносто шість відсотків патогенної флори, виявленої у плевральній порожнині були чутливими до цієї комбінації препаратів.

**Висновки:** таким чином, винайдені нами схеми антибактеріального лікування дозволяють ефективно боротися зі збудниками інфекції в плевральній порожнині з першої доби захворювання.

## Особливості гуморальних біомаркерів у прогнозуванні летальності при абдомінальному сепсисі

О. В. Лукавецький, Б. О. Матвійчук, В. Ю. Федоров

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** На сьогодні є актуальним питання прогнозування перебігу абдомінального сепсису (АС) та ризиків летальності за допомогою низки гуморальних імунологічних показників (прокальцитонін (ПКТ), С-реактивний протеїн, IL-1, IL-6 тощо), які мають високу чутливість, але низьку специфічність. Особливо важливим залишається питання раних доказових гуморальних біомаркерів, які б дозволили прогнозувати ризики розвитку сепсису, тяжкого сепсису та септичного шоку.

**Мета.** проаналізувати особливості змін рівнів гуморальних біомаркерів при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у пацієнтів із сепсисом, що вижили та хворих, які померли.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 39 хворих із гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (ГХЗОЧП), що ускладнені сепсисом оперованих у II хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні. Визначення рівня ПКТ та гемопексину в сироватці крові та перитонеальній рідині здійснювали імуноферментним методом. Визначення експресії miRNA146a та miRNA150 в цільній крові, сироватці та перитонеальній рідині проводили методом полімеразно-ланцюгової реакції.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було проведено порівняльну характеристику гуморальних біомаркерів АС у сироватці крові та перитонеальній рідині хворих на ГХЗОЧП з АС, які вижили – 34 (87%), та пацієнтів, які померли – 5 (13%). Хворі, які померли внаслідок розвитку поліорганної недостатності на тлі тяжкого сепсису, мали тенденцію до підвищення рівнів гемопексину  $2,84 \pm 0,31$  г/л проти  $1,92 \pm 0,21$  г/л в сироватці крові та перитонеальній рідині  $3,65 \pm 0,62$  г/л проти  $2,28 \pm 0,90$  та підвищення рівня ПКТ у сироватці крові  $4,86 \pm 3,80$  нг/мл проти  $2,26 \pm 0,86$  нг/мл та перитонеальній рідині  $0,62 \pm 0,26$  нг/мл проти  $0,23 \pm 0,14$  нг/мл порівняно з пацієнтами, що вижили ( $>0,05$ ). Рівень експресії молекули miRNA146a був вірогідно знижений в цільній крові  $3,83 \pm 1,26$  U/6 проти  $8,20 \pm 1,53$  U/6 та перитонеальній рідині  $0,44 \pm 0,09$  U/6 проти  $0,90 \pm 0,16$  U/6 у хворих що померли, порівняно з пацієнтами, що вижили ( $p < 0,05$ ). У той же час, експресія молекули miRNA155 була посилена в сироватці крові пацієнтів, що померли  $6,24 \pm 1,04$  U/6 проти  $3,26 \pm 0,97$  U/6, порівняно з хворими, що вижили ( $p < 0,05$ ). Так, у пацієнтів з сепсисом,



що померли було встановлено високий рівень гмопексину та ПКТ як у перитонеальній рідині, так і в сироватці крові, проте без вірогідностей, що може бути свідченням послаблення активності нейтрофільної функції та домінуванням протизапальних механізмів вже на ранніх етапах сепсису. Ці зміни опосередковано характеризують стійке послабленням нейтрофільно- залежних механізмів запалення на локальному і системному рівнях септичного процесу та присутність бактерійно- залежного компоненту з гальмуванням фагоцитарного потенціалу моноклеарів. Регуляторні механізми системи miRNA, які впливають на активність роботи імунітету, характеризувались вірогідним зниженням експресії miRNA146a в крові та перитонеальній рідині, яка відповідає за фагоцитарні процеси вродженого імунітету та наростанням miRNA155 в сироватці, яка є активним стимулятором проліферації регуляторних Т-лімфоцитів, що і супресує імунну відповідь ( $p < 0,05$ ). Наслідком цієї закономірності є формування імуносупресивної стадії сепсису в цих хворих та тяжкого набутого імунодефіциту, що призводить до смерті.

## Висновки

1. Високі рівні ПКТ та гмопексину при АС характеризують стійке послабленням нейтрофільно- залежних механізмів запалення на локальному і системному рівнях.
2. Зниженням експресії miRNA146a та наростанням miRNA155 є предикторами формування імуносупресивної стадії сепсису та тяжкого набутого імунодефіциту

## Влияние внутрибольничных инфекций на результаты лечения хирургических больных

В. И. Лупальцов, О. Ч. Хаджиев

Харьковский национальный медицинский университет

**Вступление.** Проблема госпитальных инфекций в конце XX столетия приобрела огромное социально-экономическое значение в развитых странах, продолжая беспокоить умы человечества и в настоящее время. Внутрибольничные инфекции в лечебных учреждениях независимо от их деятельности продолжают оставаться актуальными из-за развития частых осложнений, снижая качество медицинской помощи больным.

Недостаточное наличие информации в периодической печати и тематических изданиях по проблеме внутрибольничных инфекций к антибиотикорезистентности микроорганизмов, ослабление эпидемиологического контроля деятельности хирургических стационаров из-за реорганизации санитарной службы и отсутствия финансирования статьи приобретения мягкого инвентаря, инициировало нас к проведению исследовательской работы в этом направлении.

**Цель исследования.** Улучшение качества лечения больных в хирургических стационарах за счет внедрения рациональной схемы антибиотикопрофилактики и строгим соблюдением эпидемиологического контроля медицинским персоналом.

**Материалы и методы.** Проведена оценка 251 случая раневого отделяемого высевок микрофлоры от пациентов находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении. В ходе бактериологического исследования определялась чувствительность микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии в агаре с помощью бумажных дисков. Преимущественный состав микрофлоры в структуре выделенных микроорганизмов занимали стафилококки, кишечная палочка, энтерококки. Метициллин резистентные стафилококки диагностированы в 23,4% наблюдений.

**Результаты и их обсуждение.** По данным литературы частота осложнений после чистых оперативных вмешательств составляет от 3 до 6%, не имея тенденции к снижению на протяжении десятилетий. Условиями для увеличения количества осложнений являются бактериальная контаминация, угнетение клеточной резистентности оперируемых больных, а также не обоснованная антибиотикопрофилактика с ее продолжительностью без оценки своевременной микробной загрязненности и определения к ним чувствительности к антибиотикам.

Анализ чувствительности выделенных штаммов *Staphylococcus aureus* показывает, что большинство выделенных от больных клинических изолятов золотистого стафилококка, были резистентны не только к аминогликозидам, цефалоспорином, но и к фторхинолонам.

Изучив общие механизмы действия наиболее распространенных антибиотиков, установлено широкое распространение лекарственной резистентности стафилококков к антибактериальным препаратам, в том числе и последних поколений.

Учитывая результаты проведенных исследований и наблюдений, пути к решению проблемы внутрибольничных инфекций лежат в разработке протоколов применения антибиотиков и формуляров профилактики внутрибольничных инфекций путем укрепления материальной базы лечебно-профилактических учреждений заложенных в Конституции Украины.

#### **Выводы.**

1. Строгое соблюдение медицинскими работниками режимов профилактики внутрибольничных инфекций, как в хирургическом стационаре, так и в отделениях ОИТ.
2. Ужесточение эпидемического контроля в хирургических стационарах.
3. Проводить строгий контроль по применению антибиотиков путем разработки стартового алгоритма их применения на основании протоколов механизма их резистентности.

## **Нові методи санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах перитоніту**

**П. В. Мороз**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Незважаючи на розвиток нових і вдосконалення існуючих методів хірургічного лікування, використання потужного арсеналу засобів сучасної інтенсивної терапії, летальність при розповсюдженому перитоніті зберігається на досить високому рівні. У зв'язку з цим в останні роки увагу хірургів перенесено на поглиблене вивчення патогенезу перитоніту з метою розробки ефективних методів його лікування. Серед них актуальним залишається питання адекватної інтра- і післяопераційної санації очеревинної порожнини як основного елемента детоксикації.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лікування хворих з розповсюдженим перитонітом шляхом забезпечення умов для максимального видалення мікроорганізмів, в тому числі і анаеробних, не тільки з ексудату, а й з поверхні очеревини.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідження були включені 136 пацієнтів з розповсюдженим перитонітом.

**Результати та їх обговорення.** У всіх хворих санацію очеревинної порожнини проводимо після ліквідації причини перитоніту. Після евакуації наявного ексудату па-

рієтальну та вісцеральну очеревину промивали струменем оксигенованого розчину антисептика за розробленою методикою. Для цього до герметичної посудини з розчином антисептика («Декасан») через трубку з отворами, розміщену на дні банки, під тиском уводять атомарний кисень, який проходить крізь розчин, оксигенуючи його, і створює у герметичній банці тиск, що забезпечує надходження розчину через окрему трубку до очеревинної порожнини. Струмін розчину послідовно направляють на парієтальну та вісцеральну очеревину, змиваючи з її поверхні некробіотичні тканини, нашарування фібрину, а промивний розчин видаляють відсмоктувачем. Струмін розчину, окрім миючого, очищуючого ефекту, забезпечує мікровібрацію тканин, своєрідний вібромасаж, що сприяє поліпшенню кровопостачання тканин, стимулює регенеративні процеси. Операцію завершуємо розміщенням у всіх відлогих ділянках очеревинної порожнини дренажних трубок, які приєднують до більшої за діаметром магістралі. У післяопераційному періоді за допомогою розробленого пристрою для активної пролонгованої санації, використовуючи режим вливання ми промиваємо очеревинну порожнину антисептичними розчинами, а при режимі відсмоктування видаляємо ексудат. Характерно, що пристрій працює по індивідуальному закритому контуру, що не потребує постійної стерилізації допоміжних елементів.

Отже, позитивний ефект запропонованого методу санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах гострого перитоніту досягається комбінацією вибору антисептика, який, окрім широкого спектра бактерицидної дії, володіє ще й поверхнево активними властивостями, антимікробну дію якого посилюють оксигенацією розчину, а очеревину обробляють струменем, який, окрім очищуючого, миючого ефекту, забезпечує вібромасаж тканин. Застосування розробленого пристрою активної пролонгованої санації сприяло активному екстраопераційному промиванню очеревинної порожнини та швидкому прогресивному зниженню мікробної забрудненості ексудату.

Висновок. Позитивний ефект запропонованого методу санації досягається комбінацією вибору антисептика, який, окрім широкого спектра бактерицидної дії, володіє ще й поверхнево активними властивостями, антимікробну дію якого посилюють оксигенацією розчину, а очеревину обробляють струменем, який, окрім очищуючого, миючого ефекту, забезпечує вібромасаж тканин. Екстраопераційну санацію виконуємо шляхом здійснення активної подачі антисептичних розчинів в очеревинну порожнину, підтримки їхньої експозиції та активної евакуації за допомогою пристрою для активної пролонгованої санації очеревинної порожнини, що дозволяє забезпечити швидке прогресивне зниження мікробної забрудненості ексудату, зменшити частоту інтраабдомінальних ускладнень та підвищити ефективність лікування таких хворих.

## Хірургічні аспекти лікування хворих з кишковою непрохідністю, ускладненою перитонітом

**В. І. Москалюк**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Однією з невирішених проблем сучасної хірургії є лікування гострої кишкової непрохідності, ускладненої розповсюдженим перитонітом, при якому запальний процес в очеревинній порожнині унеможливує відновлення скоротливої здатності кишкового м'язу, навіть, при відновленні його прохідності та безперервності. Адекватна санація

очеревинної порожнини, ліквідація запального процесу, декомпресія кишечника не завжди дозволяють відновити перистальтику, що спонукає до дослідження механізмів її порушення.

**Мета дослідження:** покращити результати лікування хворих з кишковою непрохідністю, ускладненою перитонітом, шляхом визначення механізмів порушення скоротливої здатності кишечника та їх корекції.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 58 хворих з кишковою непрохідністю, ускладненою перитонітом, у яких, окрім стандартних клінічних та лабораторних методів дослідження, проводився аналіз рівню серотоніну, активності процесів протеолізу, фібринолізу та пероксидного окиснення. Хворі були розподілені на дві групи. До першої групи були включені хворі, у яких кишкова непрохідність розвинулась вторинно на тлі розповсюдженого перитоніту. До другої групи були включені хворі, у яких причиною перитоніту була гостра кишкова непрохідність. У всіх хворих інтраопераційно було виявлено ознаки гострої кишкової непрохідності та прояви розповсюдженого перитоніту.

**Результати дослідження.** Зважаючи на важливу роль серотоніну у забезпеченні моторно–евакуаторної функції кишечника, ми дослідили його концентрацію у плазмі крові обстежених пацієнтів. Встановлено, що рівень серотоніну у пацієнтів обох груп до операції був вірогідно нижчим за контрольні показники, особливо у пацієнтів другої групи. Це зумовило необхідність використання в комплексному післяопераційному лікуванні серотонінергічних препаратів. Нами розроблені методи їх локального підведення до стінки кишки, які захищені патентами, що дало можливість у всіх пацієнтів досягти відновлення скоротливої здатності кишечника.

В обох групах до операційного втручання мало місце вірогідне зниження сумарної фібринолітичної активності, однак більш виражене у пацієнтів другої групи. Такі зміни, з нашого погляду, зумовлені реалізацією механізмів пригнічення фібринолізу на тлі гіперкоагуляції як складових запальної реакції на початкових етапах. Це спонукало нас включити у комплексне післяопераційне лікування антифібринолітичних засобів (транссеканову чи амінокапронову кислоту, низькомолекулярні гепарини та антиагреганти). Проведене лікування сприяло зростанню фібринолітичної активності в обох групах.

Встановлено, що рівень протеолізу низькомолекулярних пептидів в обох групах до оперативного втручання високовірогідно зростає, що є одним із механізмів прогресування ендотоксикозу. Протеолітична активність високомолекулярних структур більш виражено зростає у пацієнтів другої групи. Це спонукало нас для корекції протеолітичної активності використати антиферментні препарати, трансфузії плазми крові, що сприяло нормалізації параметрів протеолітичної активності.

При дослідженні параметрів редокс–системи виявлена надмірна активність процесів пероксидного окиснення на тлі зниження активності системи антиоксидантного захисту, особливо у пацієнтів другої групи, що стало підґрунтям для використання антиоксидантних препаратів. Проведене комплексне лікування сприяло відновленню редокс–потенціалу у пацієнтів обох груп.

**Висновки.** Запропонований діагностично–лікувальний алгоритм профілактики та лікування післяопераційних порушень моторики кишечника, який включає визначення нейрогуморальних предикторів кишкової дисфункції, оцінку активності протеолітичної, фібринолітичної активності, пероксидного окиснення та використання комплексних заходів з їх корекції дає можливість суттєво покращити результати лікування таких хворих.

## Нейрогуморальні передумови розвитку післяопераційного парезу кишечника, їх генетична детермінація та вплив на вибір лікувальної тактики

В. І. Москалюк

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Виникнення порушень скоротливої здатності кишечника після оперативних втручань на порожнистих органах травлення є актуальною проблемою. Тому дослідження нових механізмів розвитку післяопераційних порушень функцій кишечника, в тому числі генетичних та нейрогуморальних, є одним із важливих завдань сучасної хірургії, що в подальшому дозволить удосконалити лікувальну тактику при даній патології.

**Мета дослідження:** розробити алгоритми прогнозування та діагностики виникнення післяопераційного парезу кишечника на основі оцінки нейрогуморальних механізмів регуляції функції кишечника, їх генетичної детермінованості та показати їх вплив на вибір лікувальної тактики.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 44 хворих, оперованих на порожнистих органах травлення у плановому та ургентному порядку, які були розділені на 2 групи. Першу групу склали 19 хворих, у яких у післяопераційному періоді моторно–евакуаторна функція кишечника не була порушена. Другу групу становили 25 хворих, у післяопераційному періоді у яких спостерігались ознаки паретичної кишкової непрохідності. Всім хворим у до– та післяопераційному періодах проведено клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження, в тому числі генетичне.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що у хворих другої групи рівень серотоніну був вірогідно нижчим за аналогічний показник у першій групі ( $p < 0,01$ ). Це дає підстави вважати, що одним із механізмів порушення моторно–евакуаторної функції у післяопераційному періоді є недостатня концентрація в плазмі крові серотоніну.

Відомо, що рівень серотоніну та його дія на рецептори носить генетично–детермінований характер. Ген SERT, який знаходиться на 17 хромосомі, регулює зворотне захоплення серотоніну з синаптичної щілини. Відомі три варіанти генотипу SERT – SS, LS, LL. Ми дослідили залежність рівню серотоніну у плазмі крові хворих при різних варіантах генотипу SERT. Встановлено, що найвищий рівень серотоніну спостерігався у пацієнтів з LL–варіантом гену, а при LS– та SS–варіантах концентрація його була майже у два рази нижчою

У хворих першої групи LL–варіант генотипу спостерігався у 15 (78,95%) хворих, LS– та SS–варіанти зустрічались у 1 (5,26%) та 3 (15,79%) хворих відповідно. У хворих з ознаками післяопераційного парезу кишечника частіше (у 18 випадках (72%)) зустрічався SS–генотип SERT, LS–генотип виявлено у 5 (20%) випадках та у 2 (8%) випадках зустрічався LL–генотип. Таким чином, саме SS–варіант генотипу асоціюється з післяопераційним порушенням моторно–евакуаторної функції кишечника.

Ці дані лягли в основу розробленого нами способу прогнозування виникнення порушень функціонального стану кишечника: при SS– та LS–варіантах прогнозують гіпокінетичні порушення кишечника.

Це склало підґрунтя розробленої нами лікувальної тактики, яка полягає у наступному. При наявності у хворого SS чи LS –варіантів генотипу вважаємо доцільним розширення показів до назоінтестинальної інтубації тонкої кишки; подовження термінів декомпресії кишечника; внутрішньокишковому введенні серотонінергічних препаратів; створенні

умов для тривалого локального підведення медикаментозних препаратів до брижі кишки за розробленою методикою; розширенні показань до застосування двох–трьохетапних операцій.

Використання такої лікувальної тактики дозволило у всіх хворих досягти відновлення моторно–евакуаторної функції кишечника.

**Висновки.** Результати проведених досліджень дають можливість не тільки прогнозувати виникнення післяопераційного парезу кишечника, виявити його причини шляхом оцінки нейрогуморальних месенджерів та їх генетичної детермінації, а й проводити корекцію лікувальної тактики, яка дає змогу покращити результати лікування таких хворих.

## Стратегія і тактика лікування гострого перитоніту

І. Ю. Полянський

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Гострий перитоніт залишається однією з найактуальніших проблем у абдомінальній хірургії. Непрогнозований перебіг, швидкий розвиток системних дисфункцій та поліорганної недостатності, низька ефективність існуючих методів лікування зумовлюють необхідність перегляду стратегії і тактики лікування таких хворих.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лікування хворих на гострий перитоніт шляхом переоцінки стратегії і тактики лікування на основі мультидисциплінарного дослідження характеру механізмів пошкоджень, їх генетичної детермінованості та розробки персоналізованої лікувальної тактики.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідження були включені 324 пацієнти з проявами гострого перитоніту, у комплексне обстеження яких окрім стандартних методів були включені генетичні дослідження, направлені на оцінку генетичних передумов виникнення, розвитку та прогресування деяких механізмів пошкодження, зумовлених варіантами гену, що кодують ці процеси.

**Результати дослідження, їх обговорення.** Аналіз залежності характеру перитоніту від причин його виникнення дає підстави стверджувати про наявність відмінностей тільки на початкових етапах, у подальшому програма запального процесу в очеревинній порожнині носить універсальний характер і реалізується залежно від співвідношення вираженості механізмів пошкодження і захисту, які носять генетичну детермінацію. Нами різнобічно досліджено патогенез перитоніту, механізми реалізації місцевих та системних реакцій, роль цих процесів у розвитку життєвонебезпечних порушень гомеостазу. Однак, моніторинг клінічних та лабораторних показників тільки відображає вже існуючі зміни, які попередити неможливо. Лікувальна тактика у таких хворих полягає в корекції вже наявних морфо–функціональних змін. У цьому досягнуто певного прогресу: розроблені чисельні методи хірургічної та медикаментозної корекції запально–деструктивних змін у тканинах і органах, запропоновані різні методи детоксикації, методики блокування шляхів генералізації токсинів та мікроорганізмів із очеревинної порожнини, алгоритми комплексного пері–та післяопераційного лікування, однак прогнозувати перебіг патологічних процесів ми не можемо із–за виражених індивідуальних особливостей їх перебігу у конкретного пацієнта. Досягти цього можливо шляхом використання принципів персоналізованої медицини, яка базується на виборі діагностичних, лікувальних та профілактичних засобів із урахуванням фізіологічних,

біохімічних та інших особливостей пацієнта, кожна з яких носить генетичну детермінованість. Так, проведені нами дослідження свідчать, що розповсюдження запального процесу по очеревинній порожнині корелює з концентрацією в крові прозапального інтерлейкіну  $1\beta$  (IL $1\beta$ ), секреція якого має генетичну детермінованість і залежить від варіанту поліморфізму гену IL $1\beta$  (-511C/T). За теорією шансів, при TT-варіанті висока ймовірність розвитку розповсюдженого перитоніту. У таких хворих лікувальна тактика повинна бути спрямованою на попередження прогресування запального процесу по очеревинній порожнині та його ліквідацію шляхом санації очеревинної порожнини з локальним підведенням антицитокінових засобів, розширення показань до запрограмованих повторних санацій очеревинної порожнини. Відновлення функції кишечника при перитоніті, за нашими даними, тісно корелює з активністю серотоніну, концентрація якого залежить від варіантів генотипу SERT. При SS варіанті генотипу, який зумовлює низьку його концентрацію, слід прогнозувати стійкий парез кишечника, що потребує зміни лікувальної тактики – локальне підведення серотонінергічних препаратів, розширення показів до інтубації кишечника, накладання стом та ін. Такий персоналізований підхід до прогнозування перебігу гострого перитоніту на тлі генетичних досліджень, вибору лікувальної тактики, вдосконалення етапів операційного втручання та цілеспрямованого медикаментозного впливу дав можливість значно покращити результати лікування, знизити летальність до 7,10%.

## **Висновки:**

1. Характер та вираженість запального процесу при перитоніті, схильність до розповсюдження, системних порушень зумовлені індивідуальними генетично детермінованими особливостями механізмів запалення.

2. Персоналізований підхід з впровадженням генетичних засад прогнозування перебігу гострого перитоніту дає змогу стратегічно вибирати та змінювати лікувальну тактику, попередити розвиток ускладнень, значно покращити результати лікування.

## **Нова стратегія вибору діагностично-лікувальної тактики при відмежованих формах перитоніту**

**І. Ю. Полянський, П. В. Мороз**

**Буковинський державний медичний університет**

**Вступ.** Гострі відмежовані перитоніти виникають з тих же основних джерел, що і розлиті форми. З нашого погляду доцільним є вивчення механізмів ініціації запального процесу, а також чинників, які його підтримують, сприяють відмежуванню чи прогресуванню та розповсюдженню по очеревинній порожнині.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лікування хворих на відмежований перитоніт шляхом дослідження генетично детермінованих механізмів його відмежування чи прогресування та вибору адекватної лікувальної тактики.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідження були включені 44 пацієнти з відмежованими формами перитоніту, у комплексне обстеження яких окрім стандартних методів були включені дослідження, направлені на оцінку генетичних предикторів виникнення, відмежування та прогресування запального процесу.

**Результати та їх обговорення.** Відомо, що активність синтезу IL- $1\beta$  відрізняється при різних варіантах гену IL- $1\beta$  (-511 C/T). Найбільш активність синтезу цього цито-

кіна спостерігається при ТТ-варіанті гена, найнижча при СС-варіанті, СТ-варіант при цьому є проміжним.

Встановлено, що у хворих спостерігається чітка залежність між концентрацією в крові ІЛ1 $\beta$  та варіантом генотипу ІЛ1 $\beta$  (-511С/Т) – найнижча концентрація ІЛ1 $\beta$  спостерігалися при СС-варіанті і вища – при СТ-варіанті та найвища – при ТТ-варіанті генотипу.

Ми дослідили зв'язок між концентрацією ІЛ1 $\beta$  в плазмі крові та вираженістю процесів пероксидного окислення, антиоксидантного захисту, протеолізу, фібринолізу, а також їх особливості при різних варіантах гена ІЛ1 $\beta$  (-511С/Т) пацієнтів у яких інфільтрат перебігав без ускладнень, зменшуючись у процесі лікування та хворих у яких інфільтрат ускладнився формуванням абсцесу і його проривом в очеревинну порожнину.

Встановлено, що у пацієнтів з формуванням та проривом гнійника у очеревинну порожнину у порівнянні з пацієнтами з сприятливим протіканням інфільтрату високовірогідно зростала фібринолітична активність, в основному за рахунок неферментативного фібринолізу, що є основним механізмом порушення відмежувань, яке відбувається за участю фібрину, зростала й активність протеолізу, особливо, за азоколом. Підвищувалася концентрація малонового альдегіду в еритроцитах та знижувалася активність глутатіон-S-трансферази, що свідчить про дисбаланс між процесами пероксидного окиснення та системою антиоксидантного захисту.

Проведені дослідження складають підґрунтя для зміни підходів до вибору адекватної лікувальної тактики у хворих на відмежований перитоніт. При СС-варіанті ми до комплексного консервативного лікування таких хворих пропонуємо включати антицитокінову терапію, засоби для пригнічення фібринолітичної активності, зниження протеолізу та антиоксидантну терапію. У всіх 29 хворих отримано позитивний результат лікування.

При наявності у пацієнтів СТ- чи ТТ- варіанту гена ІЛ1 $\beta$  (-511С/Т) можна прогнозувати високу ймовірність надмірної вираженості запального процесу, його прогресування з формуванням гнійників, їх прорив у очеревинну порожнину і виникнення розповсюдженого перитоніту. Таким пацієнтам показано раннє дренирування відмежованих скопичень ексудату з використанням малоінвазивних технологій, у першу чергу УЗД-контрольованих пункцій та дренирування. Для попередження прогресування запального процесу ефективним виявилось запропоноване комплексне патогенетично обґрунтоване лікування.

**Висновок.** У пацієнтів з відмежованими формами перитоніту сприятливим СС-варіантом гена ІЛ1 $\beta$  (-511С/Т) достатньо ефективним є комплексне патогенетично обґрунтоване консервативне лікування. У пацієнтів з несприятливим СТ- та ТТ-варіантами гена ІЛ1 $\beta$  (-511С/Т) лікувальна тактика повинна бути більш активною з раннім застосуванням малоінвазивних технологій дренирування на тлі комплексної патогенетично обґрунтованої терапії.

## Післяопераційні ранні ускладнення у хірургії ускладненого раку шлунка

О. Б. Пруднікова

НМУ імені О. О. Богомольця, Київ

**Вступ.** Хірургія ускладненого раку шлунку з кожним роком посідає все більш значуще місце у структурі ургентних оперативних втручань в Україні. При цьому відмічається



висока частота післяопераційних ранніх ускладнень (ПРУ) і питання профілактики та тактики лікування останніх залишаються актуальними.

**Мета.** Вивчити частоту та структуру післяопераційних ранніх ускладнень у хірургії ускладненого раку шлунку і шляхи їх профілактики.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 130 хворих, які були екстрено госпіталізовані та оперовані у Київському міському Центрі невідкладної допомоги хворим із ШКК на базі КМКЛ №12 та КМКЛ ШМД у період з 2011 по 2017 роки. Серед них 103 (79,2%) пацієнти оперовані з приводу раку шлунку, ускладненого гострим ШКК, 8 (6,2%) – з приводу перфорації ракової пухлини, дифузного перитоніту та 19 (14,6%) хворих – з приводу пухлинного стенозу на різному рівні шлунку в стадії наближеної до декомпенсації.

**Результати.** Радикальні операції виконані 98 (75,4%) пацієнтам, паліативні та симптоматичні 32 (24,6%). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія та C<sub>г</sub> in situ – у 20 (20,4%), II – у 40 (40,8%), III – у 28 (28,6%), IV – у 10 (10,2%) осіб. У ранньому відтермінованому періоді з приводу пухлини шлунка, ускладненої ШКК, прооперовано 98 (75,4%) пацієнтів: радикально – 71 (72,4%) та нерадикально – 27 (27,6%). На висоті триваючої кровотечі або її рецидиву, у зв'язку з неефективністю консервативних заходів гемостазу, оперовано 5 (4,9%) пацієнтів, яким проведені нерадикальні оперативні втручання. Після радикальних втручань ПРУ розвинулись у 18 (18,4%), після нерадикальних – у 5 (5,1%) хворих. З приводу перфорації пухлини, дифузного перитоніту в ургентному порядку оперовані 8 (6,1%) пацієнтів, яким виконані нерадикальні хірургічні втручання без ПРУ. Серед 19 хворих з пухлинним стенозом шлунку після інтенсивної адекватної передопераційної підготовки виконані стандартні радикальні резекції шлунку – у 11 (57,9%) та нерадикальні резекції шлунку у різних модифікаціях – у 8 (42,1%) осіб. Післяопераційних ускладнень не було.

Всі ПРУ (23) виникли тільки у оперованих з приводу ШКК. Вони були розділені на дві групи: ускладнення, що обумовлені технічними особливостями та травматичністю оперативного втручання – 15 (65,2%) та ускладнення, що не були пов'язані з ними, а спричинені віком, загальним станом та супутньою патологією – 8 (34,7%). Серед тих ПРУ, що ввійшли до першої групи були: гострий післяопераційний панкреатит (7), гострий панкреатит у поєднанні із важкими гастростазом, атонією кульги шлунка (2), рання злукова кишкова непрохідність (5), механічна жовтяниця у поєднанні із правобічним ексудативним плевритом (1). У 8 (7,8%) пацієнтів проводились релапаротомії. Використання електрозварювальної технології апаратом ПАТОНМЕД™ ЕКВ3–300 сприяло скороченню часу оперативного втручання, зменшення крововтрати та зниженню частоти ПРУ. Ускладнення, що не були пов'язані з технічними особливостями операції, спостерігались у 8 (34,7%) пацієнтів: гіпостатична пневмонія (2), ексудативний плеврит (3), тромбоемболія легеневої артерії, СПОН (3).

Загальна частота ПРУ на всю групу оперованих склала 17,7%, а післяопераційна летальність – 6,1%.

## **Висновки.**

1. Частота післяопераційних ранніх ускладнень у хірургії ускладненого раку шлунку складає 17,7%, у структурі яких 62,5% пов'язані з технічними особливостями операції та 34,7% – не пов'язані з ними.

2. На розвиток післяопераційних ранніх ускладнень та летальності, крім характеру оперативного втручання, впливають також стадія хвороби, вік, загальний стан та супутня патологія хворого.

## Гострий панкреатит: значення мікрофлори у формуванні абдомінального сепсису

Р. І. Сидорчук, Ф. Г. Кулачек, Б. В. Петрюк, І. І. Білик, Ю. М. Мишковський

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Вступ.** Деструктивні форми гострого панкреатиту справедливо вважаються однією з найважливіших причин розвитку абдомінального сепсису (АС) у хірургічних хворих. АС на сучасному етапі розглядається як системна запальна реакція на інтраабдомінальну інфекцію. З цієї позиції важливим є вивчення змін мікрофлори при захворюваннях, які супроводжуються розвитком АС, особливо стосовно гострого панкреатиту, у зв'язку з поєднанням ферментативних та мікробіологічних змін, а також у зв'язку з тим, що інфікований панкреонекроз та розвиток септичного стану на сучасному етапі виступає основною причиною летальності при гострому панкреатиті

**Мета.** Встановити роль мікрофлори підшлункової залози, вмісту чепцевої сумки та периферичної крові хворих на гострий деструктивний панкреатит у формуванні АС.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідженні прийняло участь 24 пацієнти віком 27–79 років (середній вік  $49,71 \pm 5,24$  років), з деструктивними формами гострого панкреатиту, ускладненими АС (критерії згідно рекомендацій SEPSIS–3, 2016). Виділення та ідентифікація збудників відповідно керівництва WSES/GAIS (2017). Померло 10 (41,67%) хворих (шок, поліорганна недостатність).

**Результати та їх обговорення.** Виділено та ідентифіковано 26 штамів мікроорганізмів, що відносяться до 9 таксономічних груп аеробних та анаеробних бактерій. Найвищий популяційний рівень – в ешерихій. Умовно патогенні анаероби (бактероїди та превотели) та аеробні ентеробактерії (едвардсієли, клебсієли та вульгарний протей), псевдомонади, золотистий стафілокок та фекальний стрептокок – асоціанти, персистенція яких підвищує патогенні властивості ешерихій.

Із вмісту очеревинної порожнини виділено та ідентифіковано 22 штами різних видів бактерій, що відносяться до 9 різних таксономічних груп. Константним мікроорганізмом у вмісті очеревинної порожнини є тільки умовно патогенні ешерихії, часто зустрічаються бактероїди, золотистий стафілокок та вульгарний протей. Найвищий популяційний рівень – в умовно патогенних ешерихій, більше критичного встановлений популяційний рівень у пептокока та ервінії (*E.herbicola*). Інші умовно патогенні бактероїди, превотели, вульгарний протей та ентерокок мають популяційний рівень близький до критичного.

У крові (бактеремія) провідний збудник (41,67%) деструктивного панкреатиту – умовно патогенні ешерихії. У периферичній крові виявлений також вульгарний протей, золотистий стафілокок та епідермальний ентерокок. Саме ці бактерії, ймовірно відіграють важливу роль у формуванні абдомінального сепсису, особливо умовно патогенні ешерихії. Резистентними до більше 50% антибіотиків (полірезистентність) були 54,55% виділених штамів збудників, з них 63,64% були також резистентні проти карбепенемів.

**Висновки.** Умовно–патогенні ешерихії та стафілококи відіграють вирішальну роль у формуванні АС при гострому панкреатиті, що вірогідно зумовлено підвищеною патогенністю мікроорганізмів, а саме вираженістю інвазивних властивостей, наявністю ферментів та ознак персистенції збудника. Бактеріємія не може бути вірогідним маркером розвитку АС при деструктивному панкреатиті, оскільки зустрічається тільки у меншій частини хворих з клінічними ознаками захворювання. Для антибіотикопрофілактики хворих на деструктивний панкреатит слід враховувати спектр визначених збудників, їх вірулентність та патогенні властивості, чутливість та резистентність до антибактеріальних препаратів.

## Лікування негативним тиском ускладнень абдомінальної хірургії

М. І. Тутченко<sup>1</sup>, Б. І. Слонецький<sup>1</sup>, І. В. Ключко<sup>2</sup>, А. А. Євграфов<sup>2</sup>,  
О. А. Сиренко<sup>2</sup>, К. В. Криничка<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Вишгородська Центральна районна лікарня

**Вступ.** Проблема лікування гнійно-септичних ускладнень після планових та ургентних хірургічних втручань, що ускладнилися перитонітом є актуальною і сьогодні. Впровадження нових технологій, а саме вакуум – терапії, у клінічну практику дозволяє суттєво змінити лікувальну тактику, але потребує подальших досліджень.

**Мета.** Проаналізувати результати застосування вакуум – терапії у хворих з гострим вторинним перитонітом, який був обумовлений негативними особливостями перебігу патологічного процесу в черевній порожнині.

**Об'єкт і методи дослідження.** Робота ґрунтується на аналізі результатів лікування 89 пацієнтів, які були госпіталізовані у Вишгородську центральну району лікарню Київської області з 2010 по 2017 роки. Основну групу склали 37 хворих, яким в комплексному лікуванні перитоніту застосовували вакуум – терапію. Групу порівняння склали 52 пацієнти, котрим проводили лікування перитоніту традиційними методами.

**Результати та їх обговорення.** Причинами перитоніту у 46 (88,46%) хворих групи порівняння були гострі запальні процеси та онкологічні захворювання травного каналу, а ще у 6 (11,54%) пацієнтів неспроможність анастомозу. Лікування їх здійснювали за допомогою програмованих релапаротомій, кількість яких була від 2 до 6 в залежності від особливості перебігу патологічного процесу. Післяопераційна летальність склала 59,62%.

У 27 (78,38%), пацієнтів основної групи причинами перитоніту були гострі запальні процеси та онкологічні захворювання травного каналу та у 8 (21,62%) випадках неспроможність анастомозу. Застосування вакуум – терапії у пацієнтів цієї групи дозволило зменшити кількість програмованих релапаротомій, які не перевищували 4, та зменшити післяопераційну летальність до 35,13%. Однак, одним з серйозних наслідків вакуум – терапії є ентероатмосферні нориці, які виникли у 11 хворих (29,73%).

**Висновки.** 1. Розширення показань до застосування вакуум-терапії у пацієнтів з гострим вторинним перитонітом дозволяє зменшити прояви абдомінального компартмент синдрому та поліорганною дисфункцією, а також призводить до зменшення післяопераційної летальності на 24,49%.

2. Утворення ентероатмосферних нориць залишається важким наслідком використання вакуум-терапії у пацієнтів з гострим перитонітом та потребує подальших нестандартних підходів лікування.

## Особливості антибіотико– та фунгіцидорезистентності збудників третинного перитоніту

П. Д. Фомін<sup>1</sup>, О. Б. Матвійчук<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ,

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Третинний перитоніт (ТП) є порівняно новою та недостатньо вивченою формою перитоніту з песимістичними показниками летальності. На сьогодні ТП є найтяжчим проявом абдомінального сепсису в силу складності ідентифікації макроскопового його джерела та доведеної патогенетичної ролі нозокоміальної флори. Однією з причин незадовільних результатів лікування хворих із ТП вбачається висока резистентність його збудників навіть до потужних антибактерійних та антифунгальних засобів останніх поколінь.

**Мета.** Дослідити антибіотико– та фунгіцидорезистентність флори, культивованої при ТП.

**Об'єкт і методи дослідження.** Досліджено мікробіологічну структуру ексудату 145 оперованих з приводу ургентної хірургічної патології травного тракту, у 49 з яких розвинувся ТП. Перитонеальний вміст культивовано методом Kirby–Bauer при первинній операції, релапаротомії та в добу встановлення діагнозу „Третинний перитоніт”. Забір зразків проведено з 4 ділянок при дифузному та 2 при місцевому поширенні перитоніту. Чутливість мікробних культур до антибіотиків (доріпенем, гентаміцин, ванкоміцин, кліндаміцин, тейкопланін, лінезолід, цефтазидим, цефепім, амікацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, піперацилін–тазобактам, тайгециклін, ертапенем, меропенем, іміпенем / циластатин) встановлено на середовищі Hinton–Müller, грибкових – на глюкозному агарі (флюконазол, воріконазол, каспофунгін).

**Результати та їх обговорення.** Первинні посіви були позитивними у 76,2% і були представлені Грам–негативною коковою флорою (*E. Coli* – 45,1%, *Acinetobacter* spp. – 51,2%, *Klebsiella mobilis* – 38,3%) та штамми *Candida non–albicans* spp. В добу встановлення діагнозу „Третинний перитоніт” позитивний ріст культур був у 13,7% і виявив переважання Грам–негативних мікроорганізмів (*Pseudomonas aeruginosa* – 45,2%, *Klebsiella mobilis* – 44,1, *Klebsiella pneumoniae* – 27,6%) та субгрупи *Candida non–albicans*. При релапаротомії посіви мали ріст у 54,1% випадків та були представлені найчастіше *E. coli* (52,2%), *Proteus* spp. (44,1%) та *Serratia marcescens* (32,6%).

Як *in vitro*, так і клінічно найефективнішими антибактерійними засобами виявились карбапенеми 2–ї групи (47,1–89,7%) та тайгециклін (60,1–66,2%). Антибактерійну резистентність до  $\geq 2$  засобів виявлено у 63,8% хворих із перевагою цефалоспоринових антибіотиків. У 28,7% випадків ТП було доведено мульти–резистентність отриманих патогенів, до яких найнижчу – 59,7% – виявлено до доріпенему. Водночас, найвищу кумулятивну резистентність збудників ТП виявлено до ертапенему (84,5%), гентаміцину (85,3%) та цефтазидиму (83,9%).

Найпотужнішу фунгіцидну активність продемонстрував каспофунгін (45,5–48,3%). Резистентність грибової флори до флюконазолу склала 58,5–61,3%, воріконазолу – у 47,1–49,9% культиватів.

### Висновки.

1. Третинний перитоніт є найтяжчою формою абдомінального сепсису.
2. Мікробний пейзаж ТП формується в більшості Грам–негативними коками з високою *in vitro* та клінічною чутливістю до доріпенему та тайгецикліну.

3. Грибкова флора, в більшості *Candida spp.*, виявила значну резистентність до ранніх поколінь азольних фунгіцидів і високу чутливість до каспофунгіну.

## Особливості поширення і хірургічного лікування низхідного медіастиніту одонтогенного походження

**В. О. Шапринський, В. Ф. Кривецький, В. Г. Сулейманова,  
Б. О. Мітюк, В. І. Поліщук<sup>1</sup>, П. С. Лисак<sup>1</sup>**

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова**

Гострий низхідний медіастиніт трапляється у 0.89–1.73% (за окремими оцінками до 4.2%) випадків одонтогенних флегмон ший і залишається їх найгіршим ускладненням. За важкістю перебігу та сталістю частки негативних наслідків названий вид нагноєння вирізняється серед медіастинітів іншого походження, що характеризує проблему як актуальну і спонукає до детального її вивчення.

**Мета.** Вивчення напрямів поширення гнійних заплівів при низхідному медіастиніті одонтогенного походження задля вибору операційних доступів при його хірургічному лікуванні.

**Об'єкт і методи дослідження.** У клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету на базі торакального відділення обласної лікарні протягом 2005 – 2016 років було проліковано 137 пацієнтів з глибокими флегмонами ший. Серед них 47 (34,3%) випадків мали одонтогенне походження. Внаслідок перфорацій глотки і стравоходу виникло 38 (27,7%) нагноєнь. Поширення тонзилогенної та аденогенної інфекції трапилось у 23 (16,8%) та 19 (13,9%) пацієнтів відповідно. Решту склали поодинокі випадки ускладнень травм вказаної ділянки.

**Результати та їх обговорення.** Серед 47 одонтогенних флегмон ший спрямування в середостіння було встановлене у 34 (72,3%) пацієнтів. Особливо агресивними стосовно низхідного поширення виявились флегмони дна порожнини (33 випадки медіастиніту на 42 пацієнтів). Підщелепні флегмони (спричинили 5 з 47 шийних нагноєнь) тільки в одному спостереженні (20%) призвели до ураження середостіння, причому відносно обмеженого ретростернально.

Аналіз шляхів поширення нагноєнь в середостінні виявив, що частіше гнійний процес охоплював його передньо–верхній відділ: 21 спостереження з 34 (61,8%). Тотальний передній медіастиніт був діагностований у п'яти хворих (14,7%), одночасно передньо–верхній і задньо–верхній – також у п'яти (14,7%). Ізольоване задньо–верхнє ураження середостіння при одонтогенному нагноєнні траплявся рідше – три випадки (8,8%).

Загальним принципом хірургічного лікування низхідних одонтогенних медіастинітів вважаємо раннє повноцінне позаплевральне дренивання без руйнування кісткових структур. Найбільш раціональними хірургічними доступами виявились комбінації цервікомедіастинотомій з парастернальними (при розповсюдженні нагноєння до 4 ребра) чи субксіфоїдальними (при тотальному передньому медіастиніті) розрізами. Низхідне сліпе полідренування через шийні доступи було достатнім при поширенні гною в середостінні до другого ребра спереду або четвертого грудного хребця ззаду. В результаті летальність в групі хворих з медіастинітом одонтогенного походження склала 14,7% (померли 5 пацієнтів з 34).

**Висновки.** Низхідне поширення одонтогенної інфекції по клітковинних просторах відбувається переважно в переднє середостіння (у 91,2% випадках), рідше – в задні відділи (8,8% випадків). Оптимальними хірургічними доступами вважаємо цервіко-медіастинотомні, а також комбінації цервіко-медіастинотомій з парастернальними чи субксіфоїдальними розрізами залежно від глибини гнійних заплівів.

## Абсцес селезінки після органозберігаючого лікування її травматичного та ятрогенного пошкодження

В. П. Шевченко, М. М. Кобилецький, В. О. Братушка, В. В. Шевченко,  
С. М. Кобилецький, О. П. Коломійчук

Сумський державний університет,  
Сумська обласна клінічна лікарня,  
Сумський обласний онкологічний диспансер

**Вступ.** Зміна хірургічної доктрини стосовно закритої травми селезінки, від обов'язкової спленектомії до максимального використання методів, спрямованих на збереження цього важливого імунікомпетентного органа, шляхом впровадження органозберігаючих операцій (ОП) та консервативного лікування, сприяла збільшенню частоти абсцесу селезінки (АС), який раніше вважався казуїстикою. У пошкоджених ділянках селезінкової паренхіми створюються передумови для розвитку інфекції і формування абсцесу. Без лікування АС супроводжується високою летальністю. Проблема інфекційних ускладнень внаслідок органозберігаючого лікування (ОЛ) пошкодження селезінки для практичних лікарів маловідома і потребує подальшого вивчення, що визначає актуальність цієї проблеми.

**Мета роботи.** Вивчити особливості клініки, діагностики та результати органозберігаючого лікування АС у хворих із травматичним та ятрогенним її пошкодженням.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовані результати ОЛ 16 хворих з пошкодженням селезінки. У 14 (87,5%) осіб селезінка була пошкоджена при закритій абдомінальній травмі (ЗАТ), у 2 (12,5%) субопераційно під час оперативних втручань з приводу злоякісних пухлин шлунку та товстої кишки. Середній вік хворих склав – 44,6 років. Чоловіків – було 10 (62,5%), жінок – 6 (37,5%). Тяжкість пошкоджень селезінки оцінювали за скороченою шкалою тяжкості пошкоджень AIS-90 (Abbreviated Injury Scale). В алгоритм обстеження постраждалих з травматичним пошкодженням селезінки крім лабораторних досліджень входили: оглядова рентгенографія черевної порожнини (ОЧП), УЗД ОЧП, КТ ОЧП. При ятрогенному пошкодженні наявність і ступінь травми визначалися візуально.

**Результати.** Тяжкість пошкоджень селезінки була наступною: 1 ступеня встановлена – у 9 (56,3%), 2 ступеня – у 7 (42,7%) хворих. Консервативне лікування отримали 7 (43,7%), ОП на селезінці (спленорафія і оментоспленопексія) використані – у 9 (56,3%) осіб. АС діагностовано у 3 (18,8%) хворих, серед них 2 постраждалих із ЗАТ лікувалися консервативно, одному хворому із ятрогенним пошкодженням селезінки під час гастректомії виконана ОП. Клінічні симптоми АС маніфестувалися на 9, 28 і 50 день після виписки із стаціонару. У хворих спостерігалася біль у лівому підбер'ї, напруження черевної стінки у верхньому лівому квадранті живота, лихоманка. У клінічних аналізах крові визначалися лейкоцитоз ( $14,6 - 16,2 - 22,4 \times 10^9/\text{л}$ ) із зсувом формули Шіллінга вліво,

анемія (рівень гемоглобіну менший 90г/л), значне прискорення ШОЕ (42–48–52). При УЗД та КТ ОЧП виявлене збільшення розмірів селезінки з гіпоехогенним утворенням різних розмірів. Після верифікації діагнозу хворим виконана спленектомія. Після операції хворі отримували антибактеріальну, інфузійно–трансфузійну та імунореґуючу терапію. Двоє постраждалих виписані із відділення на 9–ту і 11–ту добу після операції у задовільному стані. 1 хворий незважаючи на інтенсивне лікування помер, субопераційно у нього мало місце розповсюдження гнійного процесу заочеревинно, що зумовило тяжку інтоксикацію та розвиток поліорганної недостатності.

**Висновки.** Пошкодження паренхіми селезінки є сприятливим чинником для розвитку інфекції і формування абсцесу. При використанні ОЛ у хворих із пошкодженням селезінки необхідно проводити активну антибактеріальну терапію з метою профілактики АС, та регулярний УЗД моніторинг за станом селезінки для ранньої діагностики цього тяжкого ускладнення.

## Розвиток сепсису при некротичному панкреатиті

В. Г. Ярешко, А. І. Марусій

Запорізька медична академія післядипломної освіти

**Актуальність.** Не дивлячись на досягнені успіхи у вдосконаленні інтенсивної терапії, антибіотикотерапії та методів хірургічного лікування некротичного панкреатиту, гнійно-септичні ускладнення розвиваються у 40-70% хворих, а загальна летальність залишається на високому рівні та досягає при інфікованому панкреонекрозі 85%. Головною причиною смерті пацієнтів є абдомінальний сепсис. За даними дослідження Beger et al (2013г.) є прямий кореляційний зв'язок між об'ємом некрозу підшлункової залози та розвитком панкреатичної інфекції, при некрозі 50% та більше виникнення сепсису перевищує 38% .

**Мета роботи:** оцінити розвиток сепсису при некротичному панкреатиті на підставі аналізу розповсюженості процесу, основних збудників та показників летальності з метою поліпшення результатів лікування.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були пацієнти з некротичним панкреатитом, а головним критерієм включення у дослідження була наява у них гнійно-септичних ускладнень.

**Результати.** Всього в дослідження включено 133 хворих з некротичним панкреатитом за період 2011 по 2017 роки. За розповсюдженістю патологічного процесу хворі були розподілені наступним чином: одиничний парапанкреатический абсцес – 34 (25,5%); множинні абсцеси по периметру підшлункової залози – 35 (26,3%); однічна флегмона заочеревинного простору – 39 (29,3%); поширене двобічне ураження заочеревинного простору – 25 (18,8%). Зі 133 хворих з некротичним панкреатитом у 99 (74,4%) було зазначено розвиток абдомінального сепсису на підставі основних клінічних критеріїв сепсису згідно The third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (2016), позитивної гемокультури, результатів біологічних маркерів сепсису. В структурі розвитку сепсису значно переважала частка хворих з гнійно-некротичним ураженням заочеревинного простору широкої розповсюженості– 64 (65,0%) пацієнта. Летальність в цій групі пацієнтів склала 28,4%. При лікуванні хворих використовувались сучасні методи діагностики та хірургічні операції відповідно останніх міжнародних стандар-

тів ( World Society of Emergency Surgery – Guidelines for management of intraabdominal Infections, 2013), згідно якому головним принципом лікування хворих з персистою інтраабдомінальною інфекцією є принцип «контролю за джерелом інфекційного процесу». Встановлено, що розвиток абдомінального сепсису у хворих некротичним панкреатитом послідовно визначають порушення бар'єрної функції кишечника, масивна транслокація симбіотної мікрофлори та токсинів з шлунково-кишкового тракту у черевну порожнину, заочеревинний простір, лимфатичні колектори та портальне кров'яне русло, пошкодження ретикулоендотеліального бар'єру печінки, надходження інфекційно-токсичних агентів в системну гемоциркуляцію та розвиток поліорганих порушень. Позитивна гемокультура виявлена у 56,0% пацієнтів з сепсисом. Найбільш часто були виділені мікроорганізми сімейства Enterobacteriaceae (ешеріхії, клебсієлли, ентеробактер) та нозокоміальні штамми збудників, що відрізняються високою резистентністю до антибіотиків: MRSA- стафілококки, гемолітичні стрептококки, псевдомонади.

**Висновки.** Персистуючий абдомінальний сепсис залишається головною причиною смерті хворих некротичним панкреатитом з гнійно-септичними ускладненнями. Зменшенню летальності сприяють повноцінні лікувально-діагностичні заходи в фазі панкреатогенного шоку і асептичного панкреонекрозу за для зменшення генералізації процесу, його локалізації на основі постійного лабораторно-клінічного моніторингу та мультидисциплінарного підходу.



7

УРГЕНТНА ХІРУРГІЯ



## Релапаротомія як ефективний метод корекції ускладнень у хірургії гострих захворювань органів черевної порожнини

В. П. Андрющенко, Д. В. Андрющенко, С. Т. Федоренко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Релапаротомія (РЛТ) являє собою виправданий часом лікувальний чинник у невідкладній абдомінальній хірургії, однак, засади її реалізації та зміст термінів “програмована”, “вимушена”, “за потребою” залишаються далекими від однозначного вирішення.

**Мета.** З'ясувати місце та оцінити ефективність РЛТ в корекції ускладнень гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини та первинно виконаних операційних втручань з її термінологічним впорядкуванням.

**Об'єкт і методи дослідження.** РЛТ виконано 160 хворим з невідкладною абдомінальною патологією у віці від 18 до 84 років.

В структурі нозологічних форм, з приводу яких виконувалися первинні операційні втручання, домінували гострий панкреатит – 48 (30%), гостра кишкова непрохідність – 29 (18%), гострий апендицит – 18 (11%), а також защемлена грижа – 16 (10%), проривна гастродуоденальна виразка – 12 (8%), перфорація тонкої кишки – 10 (6%), гострий холецистит – 8 (5%), інші види патології – 19 (12%), які ускладнювались розвитком поширеного перитоніту (ПП).

**Результати.** До основних чинників, що зумовлювали необхідність виконання РЛТ, відносились – гнійно-некротичний панкреатит, парапанкреатит/параколіт – 33 (21%), рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність – 32 (20%), неспроможність швів анастомозів та перфорації порожнистих органів – 19 (12%), триваючий перитоніт – 17 (11%), евентрація – 11 (7%), білоперитонеум – 8 (5%), внутрішньочеревна кровотеча – 7 (4%).

У 84 пацієнтів (63%) РЛТ були реалізовані як безальтернативний лікувальний метод і кваліфікувались як “вимушені”. При цьому, об'єм операції полягав в усуненні/елімінації ускладнення, санації та дренажу черевної порожнини з пролонгованою декомпресією тонкої кишки шляхом її анте- або ретроградної інтубації із застосуванням розпрацьованої череззондової лікувальної програми у вигляді інтралюмінарного лаважу, ентеросорбції, деконтамінації, стимуляції перистальтики з наступним раннім ентеральним харчуванням (РЕХ).

В клінічних випадках, коли одномоментна субопераційна елімінація патологічного процесу була принципово неможливою, реалізовувався оперативно-тактичний підхід у вигляді етапної санації шляхом виконання РЛТ, яка визначалась як “програмована”. Зазначену методику використано у 60 пацієнтів (38%) і це стосувалося, перш за все, хворих з гнійно-некротичним панкреатитом, параколітом та фібринозно-гнійним ПП. Об'єм втручання передбачав етапні некрсеквестректомії, повторний лаваж черевної порожнини з ліквідацією скупчень ексудату, злипань петель кишок та заміну дренажів. У 24 хворих формувалася єюностома за Вітцелем, що забезпечувало як декомпресію дигестивного тракту так і створювало оптимальні умови для РЕХ.

У 26 пацієнтів (16%) здійснено програмовану РЛТ за принципом “second look” (повторний погляд) з метою повторної оцінки сумнівної життєздатності стінки кишки, герметичності швів анастомозів, визначення прогресування/непрогресування тромбозу брижових судин. У 11 хворих з ПП реалізовано РЛТ, кваліфіковану як “за потребою”, або “вірогідно можливу”. При цьому, первинне втручання завершувалося зашиванням

передньої черевної стінки на шви–зав’язки, що при необхідності створювало зручні умови для повторної експлорації черевної порожнини. Оцінка клінічних, лабораторно–біохімічних ознак триваючої інтоксикації, місцевих проявів нерозрішеного перитоніту та результатів динамічної ультрасонографії визначали покази до її виконання/невиконання.

**Висновки.** РЛТ є ефективним методом хірургічної корекції прогресуючих ускладнень гострої абдомінальної патології та первинних операцій з доцільністю виокремлення її видів на “вимушену”, “програмовану”, за принципом “sekond look” та “за потребою” (“вірогідно можливу”).

## Роль белков острой фазы в оценке течения послеоперационного периода у больных острым калькулезным холециститом, оперированных лапароскопическим методом

Р. Р. Бабаева

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

**Введение.** Проблема лечения больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями в т.ч. острого калькулезного холецистита (ОКХ) остается актуальной в связи с высокой заболеваемостью, отсутствием тенденции к ее снижению, не вполне удовлетворительными результатами лечения, а также рядом нарушенных проблем. Установлено, что острое воспаление вызывает острофазный ответ, который сопровождается повышением уровня белков острой фазы (БОФ). БОФ, к которым относится С–реактивный протеин (СРП) и ферритин (ФР) играют важную роль в неспецифической защите организма.

**Цель исследования.** Выявить значение динамику изменений содержания БОФ, СРП и ФР в оценке течения послеоперационного периода у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомия (ЛХЭ).

**Материалы и методы.** Обследовано 37 больных с ОКХ: 12 – с катаральной, 14 – с флегмонозной и 11– с гангренозной формой. Исследовали уровень СРП ФР в плазме крови у больных до операции, на 3–и и 5–е сутки после ЛХЭ.

**Результаты.** У больных в целом в плазме крови содержание СРП до операции составляло от 2,6 до 20,7 мг/л (в среднем  $8,5 \pm 0,7$  мг/л, т.е. в 2,4 раза больше нормы;  $p < 0,001$ ). После ЛХЭ на 3–й сутки уровень СРП повышалось на 36,9% ( $p_0 < 0,01$ ) по сравнению с исходным. К 5–м суткам имело место на 26,6% ( $p_0 < 0,05$ ) снижение содержания данного позитивного реактанта острой фазы воспаления, но на 75,5% ( $p < 0,001$ ) оставалось больше показателя у здоровых лиц.

Проведенные исследования показали, что в целом у больных до операции уровень ФР статистически достоверно превышая нормального значения в 2,4 раза. В послеоперационном периоде его содержание начинает снижаться и на 5–е сутки оставалось на 31,8% ( $p < 0,001$ ) больше нормального показателя.

**Обсуждение.** Сравнительная оценка содержания обеих БОФ – СРП и ФР в зависимости от формы ОКХ показала, что они адекватно отражают активность воспалительного процесса в желчном пузыре и было наиболее высоким при деструктивных формах. Наше исследование показало четкую зависимость изменений уровней обеих БОФ у больных с формой ОКХ – со степенью выраженности воспаления и гнойно–деструктивных изменений желчного пузыря.

**Выводи.**

1. Дооперационные уровни СРП и ФР в крови у больных с ОКХ зависят от степени выраженности воспалительных и деструктивных процессов в желчном пузыре.
2. Обе БОФ – СРП и ФР адекватно отражают течение воспалительного процесса после ЛХЕ.

## Сучасні зміни в стратегії хірургічного лікування колоректального раку, що ускладнений кишковою непрохідністю

О. С. Багрій, С. І. Саволук, Є. В. Негря, А. Ю. Глаголева, А. Р. Дембіцький

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Вступ.** Незважаючи на численні дискусії щодо переваг чи недоліків використання металевих стентів, що самостійно розправляються (СРМС), у порівнянні з оперативним лікуванням у якості первинного етапу в стратегії ведення хворих на злоякісну колоректальну обструкцію, не визначені чинники, які б могли спрогнозувати розвиток ускладнень та вплинути на довгострокове виживання. Проте, використання СРМС при злоякісній колоректальній обструкції є найкращим варіантом паліативного лікування та підготовчим етапом (bridge to surgery) до радикального онкохірургічного втручання через можливість уникнення оперативних ризиків у декомпенсованих та непідготовлених хворих, одноетапність хірургічного лікування, зменшення показників ранніх ускладнень, що зумовлюють високу летальність, та терміни госпіталізації.

**Мета:** оцінити безпосередні результати встановлення СРМС у пацієнтів із обструкцією ободової та прямої кишок злоякісними новоутвореннями.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний аналіз випадків за 2015–2018 рр. Всі пацієнти з колоректальною обструкцією включались у дослідження на основі даних комп'ютерної томографії (КТ) та підлягали або передопераційній декомпресії ободової кишки з перспективою одноетапної хірургічної операції, або паліативному лікуванню при неоперабельному раку.

Всі характеристики були зібрані шляхом аналізу історій хвороб та включали: вік, стать, симптоми, супутні захворювання, покази до встановлення СРМС, дату процедури та наступної операції (якщо така виконувалась), локалізацію, довжину стенозу, стадію пухлини, отримання пацієнтом неоад'ювантної хіміотерапії, успішність встановлення СРМС (а також причину невдалої установки), довжину СРМС, будь-які ускладнення, які мали місце після введення СРМС, час від появи початкових симптомів до встановлення СРМС. Усім хворим перед введенням СРМС проводили КТ грудної клітки, черевної порожнини і таза, щоб оцінити локалізацію та стадію пухлинного процесу, а також оцінити протяжність та площу стенозу. Всі ендоскопічні маніпуляції проводилися під контролем флюороскопії. Були використані СРМС WallFlex™ Colonic Stent Boston Scientific, що мали 22 мм в діаметрі і 60 або 90 мм у довжину. Довжина стента визначалась ендоскопістом під час дослідження.

Більшість процедур були виконані після обов'язкової премедикації за умов седації або, в окремих випадках, під внутрішньовенним наркозом. З метою підготовки застосовували очисні клізми до отримання чистих промивних вод. Оглядова рентгенограма проводилась на наступний день для підтвердження правильного позиціонування і розширення

СРМС. Процедура вважалась успішною в разі повного розгортання і розширення СРМС на всьому протязі стриктури, усуненні рентгенологічних і клінічних ознак обструкції, а також за наявності здатності пацієнта до дефекації. У жодного пацієнта не спостерігалось ознак будь-яких пов'язаних з процедурою ускладнень.

**Результати.** СРМС були встановлені у 18 пацієнтів. Чоловіки склали 55,7% від когорти (середній вік –  $67,41 \pm 12,41$  років), жінки – 44,3% (із середнім віком  $66,24 \pm 11,21$ ). З усіх пацієнтів 66,67% в подальшому були радикально прооперовані, в той час як решті 33,33% СРМС було встановлено в якості паліативної допомоги на пізніх стадіях захворювання. Обструкцію в сигмовидній кишці було виявлено у 7 хворих, у ректосигмоїдному відділі – у 3, у прямій кишці – у 3, у низхідній ободовій кишці – у 2, у селезінковому куті – у 1. Середня довжина стриктури –  $5,16 \pm 0,32$  см. 6 пацієнтів мали IV стадію захворювання, 10 – III стадію, 2 – II стадію. Міграції стентів не спостерігалось.

**Висновки.** Встановлення СРМС у пацієнтів із колоректальною обструкцією злоякісними новоутвореннями є прийнятним методом інтервенції для симптоматичного, паліативного лікування даної онкологічної патології, а також перспективною опцією підготовчого етапу перед радикальною операцією з доведеним профілем безпеки та ефективності.

## Сучасні принципи хірургічного лікування гострого апендициту.

**Р. О. Балацький, С. І. Саволюк, В. М. Лисенко, В. І. Зубаль, М. Ю. Крестянов**

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика**

**Мета роботи** – покращити безпосередні результати лапароскопічної апендектомії шляхом застосування протоколу швидкого відновлення, електрозварювальних технологій та модифікованої схеми розміщення троакарів на передній черевній стінці.

**Матеріали та методи.** До клінічного аналізу включені 82 хворих з гострим апендицитом, яким виконана лапароскопічна апендектомія в контексті впровадження в роботу ургентної хірургічної клініки протоколу Fast Track Surgery (хірургія швидкого відновлення). Чоловіків 35 (39,3%) та 54 (60,7%) жінок. Місцевий серозний перитоніт діагностовано у 21 (23,6%), дифузний серозний – у 5 (5,6%), дифузний серозно-фібринозний – у 8 (8,9%) хворих. Гістологічно в 21 (23,6%) спостережень зафіксовано катаральний, в 51 (57,3%) – флегмонозний, в 12 (13,4%) – гангренозний апендицит, в 3 (3,4%) випадках з інфільтратом та в 2 (2,3%) випадках з периапендикулярним абсцесом. Для формування та обробки кукси апендикса використовували метод електрозварювання живих тканин (Патент України на корисну модель №97472 «Спосіб обробки червоподібного відростка з брижею»). Лапароскопічна апендектомія виконувалась за модифікованою методикою розташування 3-х портів. Запропонована схеми введення троакарів заключається у індивідуальному підході до місця введення троакарів, що включає тип тілобудови і розташування апендиксу за результатами передопераційного ультразвукового дослідження, що в подальшому забезпечує комфортність оперуючому хірургу та зручність в проведенні маніпуляцій в локусі операції.

**Результати та обговорення.** При бактеріологічному дослідженні із кукси відростка, росту мікроорганізмів не було у 100% хворих, що свідчить про високу антимікробну

здатність процесу електрозварювання живих біологічних тканин. Використовуючи метод електрозварювання біологічних тканин, відмічається стерильність кукси червоподібного відростка та надає можливість відмовитись від рутинного встановлення дренажів, додаткового використання шовного матеріалу, кліпс та лігатур, які можуть викликати запальні процеси, є актуальним питанням щодо відсутності реактивного чужорідного матеріалу, що є додатковим фактором ініціації спайкового процесу в черевній порожнині. Дренування черевної порожнини проводили у 4 (4,9%) пацієнтів. Летальних випадків не було. Середня тривалість операцій була  $45 \pm 5$  хвилин. Конверсій не було. Середній ліжко-день склав  $1,5 \pm 0,5$  доби. У післяопераційному періоді інтраабдомінальних ускладнень не було. Візуальний контроль при введенні троакарів за модифікованою схемою забезпечує повний огляд локусу операції та дозволяє зберегти правильну триангуляцію маніпуляторів та свободу рухів в черевній порожнині.

Аналізуючи численні публікації та враховуючи власний досвід, лапароскопічний метод забезпечує повноцінну ревізію та адекватну санацію, що дозволяє відмовитись від рутинного дренування черевної порожнини, зменшує операційну травму, ризик виникнення післяопераційних ускладнень та забезпечує легкий і комфортний післяопераційний перебіг, що обумовлює доцільність рутинного застосування протоколу хірургії швидкого відновлення в роботі хірургічних клінік, що надають невідкладну хірургічну допомогу. У 80–90% пацієнтів відсутні больові відчуття, короткий період госпіталізації (16 – 72, ~ 28 годин), швидке відновлення працездатності.

**Висновки.** Поєднання лапароскопічних та електрозварювальних технологій у лікуванні хворих з гострим апендицитом на тлі впровадження протоколу хірургії швидкого відновлення (Fast Track Surgery) характеризується зменшенням ризику виникнення післяопераційних інтраабдомінальних ускладнень, меншим больовим синдромом в післяопераційному періоді, коротким періодом стаціонарного лікування та швидкою повноцінною реабілітацією.

## Вплив комплексної післяопераційної терапії на стан ендогенної інтоксикації у хворих на гостру спайкову непрохідність тонкої кишки у стадії декомпенсації

А. Д. Беденюк, А. Є. Бурак, Ю. М. Фугуйма

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** У патогенезі гострої кишкової непрохідності (ГКН) лежать два основних фактори: прогресуючий ендотоксикоз і порушення метаболізму в тканинах. Вони тісно пов'язані між собою і взаємообтяжують один одного. До теперішнього часу ендотоксикоз і перитоніт залишаються основними причинами летальних результатів при ГКН. Актуальною проблемою залишається удосконалення методів лікування таких хворих.

**Мета дослідження:** вивчити динаміку показників ендогенної інтоксикації у хворих з гострою спайковою непрохідністю тонкої кишки у стадії декомпенсації під впливом комплексної післяопераційної терапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 182 хворих на гостру спайкову непрохідність тонкої кишки. З них 152 (83,5%) пацієнти були прооперовані та 30 (16,5%) пацієнтів проліковані консервативно (контрольна група). Пацієнтів з декомпенсованою непрохідністю тонкої кишки в післяопераційному періоді лікували традиційним і запропонованим нами

способом, який включав лаваж, оксигенотерапію (Патент України на корисну модель № 81097) та ентеральне харчування через інтубаційний зонд. Лаваж кишки проводили 0,9% розчином NaCl, ентеральне харчування розпочинали з появою перистальтики (2–3 доба післяопераційного періоду) за допомогою розчину «Пептамен». Також обстежено додаткову групу здорових осіб. З метою виявлення ендотоксемії визначали рівень молекул середньої маси фракцій 254 та 280 нм при госпіталізації та в динаміці лікування у оперованих та пролікованих консервативно хворих.

**Результати та їх обговорення.** Гостра хірургічна патологія призводить до накопичення у сироватці крові МСМ фракцій 254 і 280 нм. В ході лікування показники до 5 доби знижуються, стають меншими, ніж при госпіталізації, проте у всіх основних групах продовжують перевищувати рівень контрольної групи та здорових осіб.

**Висновки.** Розроблений нами спосіб післяопераційного лікування хворих з гострою спайковою непрохідністю тонкої кишки у стадії декомпенсації вже з 3 доби після операції супроводжується вірогідно більшим зниженням вмісту в сироватці крові фракцій МСМ порівняно з аналогічними хворими, яких лікували стандартним методом.

**Ключові слова:** гостра кишкова непрохідність, ендогенна інтоксикація, молекули середньої маси.

## «Відкриті» методи декомпресії травного каналу у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки

В. В.Бенедикт

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Порушення функції травного каналу у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки (ГНТК) є однією з головних причин несприятливих наслідків лікування. Звільнення тонкої кишки (ТК) від її вмісту під час операції та створення безперешкодного його відтоку в післяопераційному періоді має вирішальне значення в прогнозі захворювання.

**Мета.** Визначити покази до виконання «відкритих» методів декомпресії ТК у хворих на ГНТК для покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів на це захворювання.

**Об'єкт і методи обстеження.** Проведено комплексне обстеження та хірургічне лікування 221 хворого на ГНТК з сприятливим перебігом захворювання і у 32 пацієнтів ретроспективно визначено причини летальних наслідків.

**Результати, обговорення.** При проведенні ретроспективного аналізу у померлих хворих було виявлено, що причиною виникнення ГНТК були: спайкова хвороба очеревини – у 21 (65,63%) пацієнта, защемлення внутрішніх і зовнішніх гриж – у 10 (31,25%) осіб і в 1 (3,12%) випадку – жовчнокам'яна непрохідність. Компенсація функціонального стану хворих була тільки у 4 (12,5%) випадках, декомпенсація – в 87,5%. Операція була виконана у 30 (93,75%) осіб, яким було проведено 40 операційних втручань, під час яких, у 18 (45,0%) випадках була використана назогастроінтестинальна інтубація (НГІ), у 4 (10%) – декомпресія ТК за допомогою ентеростом і в 3 (7,5%) – одномоментна декомпресія під час операції. У хворих цієї групи під час операції і в післяопераційному періоді спостерігалася тривала гіпотонія, яка потребувала медикаментозної корекції. Крім цього, було встановлено, що вміст білку в крові суттєво зменшувався в перші п'ять діб після операції відносно доопераційного рівня. У хворих з сприятливим перебігом ГНТК причиною виникнення захворювання були: спайкова хвороба очеревини – у 204

(92,31%), защемлення внутрішніх і зовнішніх гриж – у 10 (4,52%) пацієнтів, в 3 (1,36%) випадках – біліарна непрохідність, в 3 (1,36) – інвагінація ТК і в 1 (0,45%) – стороннє тіло черевної порожнини. В стадії компенсації функціонального стану поступило – 176 (79, 64%) хворих, в стадії декомпенсації – 45 (20,36%) пацієнтів. Роз'єднання спайок було проведено у всіх хворих в тому числі з резекцією ТК – у 19 (8,6%), ентеротомією з видаленням жовчного конкременту – в 3 (1,36%) випадках. Методи інтубації ТК для декомпресії травного каналу в тому числі у 6 під час релапаротомії, були наступними: інтраопераційна одномоментна – в 14 ((12,40%) пацієнтів, постійна декомпресія за допомогою НГП – в 93 (82,30%) і різні видах ентеростом – в 6 (5,30%) випадках.

Отже, результати наших досліджень наводять на думку про необхідність більш широкого використання "відкритих" методів декомпресії ТК у хворих на ГНТК, які знаходяться в декомпенсованому функціональному стані і за давненому перебігу захворювання. Крім цього, використання дводольних ентеростом в плані покращення якості життя хворих після операції є перспективним в сенсі відновлення цілісності травного каналу.

#### **Висновки.**

1. Вибір методу декомпресії тонкої кишки у хворих на гостру непрохідність травного каналу залежить від конкретної інтраопераційної ситуації і функціонального стану пацієнта.

2. У хворих на гостру непрохідність тонкої кишки, в яких спостерігається декомпенсація функціонального стану, за давненість захворювання, довготривала гіпотонія і гіпопротеїнемія, а також при неефективності закритої антеградної декомпресії травного каналу, доцільним є використання «відкритих» методів інтубації тонкої кишки.

## **Нові підходи у комплексному лікуванні пацієнтів з гангреною Фурньє**

**В. Я. Білий<sup>1</sup>, Я. Л. Заруцький<sup>1</sup>, С. А. Асланян<sup>1</sup>, А. В. Сотников<sup>2</sup>,  
С. В. Горелов<sup>2</sup>, С. А. Сапа<sup>2</sup>, О. Ф. Савицький<sup>1</sup>, А. О. Компанієць<sup>1</sup>,  
К. В. Пендраковський<sup>2</sup>, Д. П. Сидорук<sup>2</sup>, Є. П. Дмитрук<sup>2</sup>, О. А. Лавренчук<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія МО України,

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України

**Вступ.** В останні десятиліття, коли відкриття нових антибактеріальних препаратів стало все більш рідким явищем, не визначено зниження частоти гнійно-запальних захворювань як первинних, так і ускладнень післятравматичного та післяопераційного періодів. За даними літератури ліжко-день у пацієнтів з гангреною Фурньє становив від 22 до 74, летальність коливається в широких межах 8,8–75,0%, а при недостатньо активному лікуванні сягала 95,0%. Окрім цього проблемами є високий рівень інвалідизації та значні економічні витрати суспільства, що пов'язані з тривалим стаціонарним та реабілітаційним лікуванням. Виходячи з цього необхідно визнати, що покращення результатів лікування цієї категорії пацієнтів є актуальною проблемою.

**Дизайн проведеної роботи.** Проведено аналіз результатів клінічного лікування 108 пацієнтів з гангреною Фурньє, що лікувались у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень НВМКЦ «ГВКГ» МО України. Перша група клінічного спостереження – 56 хворих, які лікувались у період 1999– 2008 р.р. В них була застосована традиційна для того часу схема лікування, що включала хірургічні обробки (ХО) та дренивання, міс-



цеве лікування рани (МЛР) та комплекс інтенсивного консервативного лікування за загально прийнятими методиками. Друга група клінічного спостереження – 52 хворих і поранених з гангrenoю Фурнье лікувались у період 2009–2017 р.р. У цій групі впроваджувались інтенсивна предопераційна підготовка із застосуванням визначеного вибору схем «стартової антибактеріальної терапії (АБТ), активне хірургічне лікування із послідовним застосуванням як аспіраційно–іригаційно–аераційного дренування (АІАД), так і ВАК–терапії (звичайної, іригаційної, іригаційно–аераційної, іригаційно–інекційної, іригаційно–інекційно–аераційної) у поєднанні з етапними хірургічними обробками, місцевої сорбційно–антибактеріальної терапії (САТ), раннього обґрунтованого проведення пластичних хірургічних втручань з пріоритетним використанням місцевих переміщених повношарових клаптів (МППК).

**Результати.** Оптимізація організаційних заходів у предопераційному періоді та застосування удосконаленого комплексу хірургічного лікування з включенням високо технологічних методів (ВАК–терапія) дозволили зменшити частоту ранніх післяопераційних ускладнень з  $47,9 \pm 7,5\%$  в першій групі клінічних спостережень до  $21,1 \pm 8,8\%$  в другій групі клінічних спостережень, скоротити показник ліжко дня з  $21,4 \pm 2,2$  до  $14,1 \pm 1,1$  відповідно, виключити летальність, а у віддаленому періоді зменшити частоту виникнення рецидивів з  $20,0\%$  до  $9,4\%$ .

### **Висновки.**

Впровадження удосконаленої суттєво розширеної тактики хірургічного лікування хворих і поранених з гангrenoю Фурнье сприяло зменшенню ранніх післяопераційних ускладнень, скороченню показників ліжко–дня і досягненню відсутності летальності, а у віддаленому періоді – зменшенню частоти рецидивів захворювання.

В умовах зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів та дефіциту створення нових антибіотиків і антисептиків, одним з перспективних шляхів покращення результатів лікування пацієнтів і поранених з гангrenoю Фурнье може бути застосування високо технологічних медичних технологій (різні види ВАК–терапії) в комплексному хірургічному лікуванні

## **Десятирічний досвід хірургічного лікування товстокишкової непрохідності пухлинного генезу. Вибір методу операційного втручання.**

**І. Ю. Білозецький, Н. І. Герасимюк, І. І. Лойко**

**Тернопільська університетська лікарня**

**Вступ.** На сьогоднішній день провідним і найчастішим ускладненням раку товстої кишки залишається кишкова непрохідність. Надзвичайно високим є відсоток декомпенсації, яка становить близько третини випадків кишкової непрохідності пухлинного генезу. Варто зазначити, що переважна більшість хворих на колоректальний рак звертаються вже у III чи IV стадіях пухлинного процесу. Госпіталізація на таких пізніх стадіях значно ускладнює лікувальний процес і остаточний результат операційних втручань часто залежать не лише від кваліфікації хірурга, а перш за все від ступеню патологічного процесу та загального стану хворого.

**Мета.** Визначення оптимальних методів хірургічного лікування колоректального раку, ускладненого суб– та декомпенсованою кишковою непрохідністю.

**Об'єкт і методи дослідження.** Протягом 2018 — 2017 рр. У хірургічному відділенні Тернопільської університетської лікарні виконано 902 операції з приводу колоректального раку, ускладненого кишковою непрохідністю. Середній вік хворих становив 63,2 роки. Серед прооперованих переважали жінки – 472 (52,3%), чоловіків було 430 (47,7%). При раку ободової кишки було виконано 337 операцій (правобічна геміколектомія – 152, резекція поперечно-ободової кишки – 40, лівобічна геміколектомія – 111, колектомія – 34), при раку сигмовидної кишки – 106 операцій, при раку прямої кишки – 371 операція (резекція прямої кишки – 220, червонно-анальна резекція прямої кишки з низведенням сигмовидної кишки – 77, операція Гартмана – 39, червонно-промежинна екстирпація прямої кишки за Quenu–Miles – 35); симптоматичні операції (стоми, обхідні анастомози) виконані у 88 хворих. При компенсованій кишковій непрохідності було виконано 54 (5,98%) операції, при субкомпенсованій – 587 (65,07%) операцій і 261 (28,95%) операція – при декомпенсованій кишковій непрохідності.

В структурі операційних втручань перевагу віддавали одноетапним радикальним операційним втручанням зі збереженням повноцінного пасажу по ШКТ. Симптоматичні операції виконувались у інкурабельних випадках – канцероматоз очеревини (17), масивне проростання пухлини у заочеревиний простір чи крупні судини (аорта, здухвинні судини) – 22, наявність множинних метастазів у легені чи печінку (39), а також при вкрай важкому стан хворих, коли виконання радикальної операції становило безпосередню загрозу життю (10). Операцію Гартмана виконували в разі несприятливих анатомічних особливостей чи перфорації пухлини з розвитком перитоніту.

**Результати і висновки.** У 45 (5%) хворих спостерігались нагноєнні ускладнення з боку операційної рани, які вдалось здолати у ранньому післяопераційному періоді. У 11 радикально прооперованих хворих проводилась релапаротомія з приводу неспроможності швів анастомозу. Протягом згаданого проміжку часу померло 14 хворих (1,55%), операції у всіх випадках проводились за життєвими показами. При декомпенсованій кишковій непрохідності усім хворим проводилась інтраопераційна декомпресія товстої кишки, а також назо-гастро-інтестинальна інтубація за показами. З метою попередження неспроможності швів анастомозу хворим формувався колоректальний первинно-нефункціонуючий анастомоз із виведенням колостоми проксимальніше (здебільшого трансверзостомія). Наступна реконструкція колостоми в таких випадках не вимагає об'ємного втручання і проводиться планово через 2 місяці. Завдяки активному впровадженню в практику інтраопераційної декомпресії товстої кишки та формуванню первинно-нефункціонуючих анастомозів (56) при суб- та декомпенсованій кишковій непрохідності вдалось збільшити кількість радикальних операцій із збереженням природного пасажу. Це також дало змогу значно знизити складність проведення двохетапних радикальних операційних втручань.

## Комплексне лікування хворих на некротичну форму бешихи

О. О. Біляєва<sup>1</sup>, В. Г. Шендрик<sup>1</sup>, О. М. Комаров<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 2

**Вступ.** Стрептококова інфекція, що обумовлена  $\beta$ -гемолітичним стрептококом групи А продовжує залишатись актуальною проблемою охорони здоров'я у всьому світі

й по теперішній час. Ускладнені форми бешихи сьогодні складають від 6,7 до 10,5%, летальність при некротичній формі коливається від 5,8 до 21% . Некротична форма бешихи – це тяжка хвороба, яка є ускладненням геморагічної форми, протікає з вираженою інтоксикацією та розвитком прогресуючих гнійно–некротичних процесів у шкірі й підшкірній клітковині. Основний метод лікування некротичних форм бешихи хірургічний. Традиційні методи лікування бешихи часто виявляються малоєфективними по відношенню до ускладнених форм хвороби. Останніми роками все більше уваги привертають перспективи застосування оксиду азоту для лікування запальних процесів м'яких тканин. Таким чином, багато питань, що стосуються покращення результатів лікування бешихи, є актуальними і потребують вирішення на основі застосування нових можливостей в комплексному лікуванні цієї хвороби.

**Мета** – покращення результатів лікування ускладнених форм бешихи.

**Об'єкт і методи дослідження.** Було проведено порівняльний аналіз хворих на бешиху, що лікувались в стаціонарі хірургічного відділення КМКЛ № 6 протягом 2011 – 2014 рр. За цей період було проліковано 213 хворих на бешиху, з них некротична форма була у 36 (16,9%).

Тяжкість стану хворих визначалась по рівню ендогенної інтоксикації. Для цього використовувались лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Островського та визначення рівня каталази в сироватці крові, так як за продуктами перекисного окислення ліпідів можна робити висновки про характер запальної відповіді. За допомогою них можна вчасно виявити розвиток ускладнень та прогресування процесу при неадекватному лікуванні. Важливе місце в діагностиці запалення займає загальний клінічний аналіз крові.

**Результати, їх обговорення.** При наявності некрозу виконували раннє висікання некротично змінених тканин, що дозволило швидше зменшити інтоксикацію. 19 хворих з некротичною формою проліковано способом, що заявляється, у всіх отримано позитивні результати. З них 14 етапних некретомій, які проводили на  $5 \pm 1,3$  доби. Прогресування некрозу не спостерігалось. Одразу після некретомії проводили NO–терапію на очищену від некрозу рану та на зону набряку і гіперемії в режимі стимуляції. Після повного очищення рани виконували аутодермопластику. 9 хворих, що пізно звернулись за допомогою, мали запущені форми хвороби. У них протягом  $13 \pm 6,57$  діб, виконували розкриття гнійників. При аналізі динаміки можна спостерігати що при поступленні у хворих рівень каталази був ( $97,3 \pm 37,3$ ) ммоль/мл, на 10 добу зростав у 2,2 разу. Рівень ЛІІ під час госпіталізації становив  $9,8 \pm 0,9$ , на 7–му добу лікування знижувався в 1,2 разу. Одразу ж призначали антибіотикотерапію, інфузійну дезінтоксикаційну, імунотерапію, вітамінотерапію та еубіотики, пов'язки зі стрептоцидовою маззю. Після повного очищення рани виконували аутодермопластику.

**Висновки.** Застосування даного способу лікування дозволяє: запобігти прогресуванню бешихового запалення і попередити подальший розвиток некротичної форми, покращити клінічний перебіг захворювання, скоротити термін лікування на 7,3 доби. Ускладнень після оперативного лікування не виникало, прогресування бешихи при своєчасному зверненні хворого за допомогою не спостерігалось.

## Забрюшинные повреждения ДПК

Л. С. Белянский, А. Р. Бекмурадов, Е. М. Дубенко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

Обширные открытые и лапароскопические хирургические вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в 2 – 7% сопровождаются забрюшинными повреждениями ДПК. Попытки создания алгоритма лечения этой категории больных не увенчались успехом, ввиду необходимости индивидуального подхода к каждой конкретной ситуации.

**Цель работы** – улучшение результатов лечения пациентов с забрюшинными повреждениями ДПК путём выбора оптимального метода и определения наиболее эффективного хирургического вмешательства.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ лечения 23 больных с повреждениями забрюшинной части ДПК за период с 2002 г. по 2016г, мужчин – 15, женщин – 8. Из них: ятрогенные повреждения при выполнении ЭРХПГ – 2, осложнения лечения острого деструктивного панкреатита – 5, повреждения ДПК после удаления опухоли правого надпочечника – 3, правосторонней нефрэктомии – 2, правосторонней гемиколэктомии – 3, колэктомии по поводу синдрома токсической дилатации толстой кишки – 2, повреждения ниже–горизонтальной ветви ДПК – 2 (вследствие электротравм при лапароскопии), аорто–дуоденальной фистулы при аневризме брюшного отдела аорты – 2, ножевого ранения – 1, огнестрельного – 1. Для диагностики повреждений ДПК кроме рутинных методов исследования, считали обязательным проведение компьютерной или магнитно–резонансной томографии. У 9 больных, вследствие ятрогенного повреждения ДПК при ЭРХПГ (2), после перенесенного панкреонекроза (5), ножевого и огнестрельного ранения (по 1 больному), с повреждением II–Б части ДПК без формирования забрюшинной флегмоны (I группа), был сформирован позадибодочный поперечный ГЭА на длинной петле по Ру, с выключением ДПК и перитонизацией ушитого повреждения ДПК участком длинной петли. У 8 больных с ятрогенным повреждением забрюшинной нисходящей (II–А и II–Б) части ДПК, ввиду выраженного воспалительного процесса с формированием забрюшинной флегмоны (II группа), проводилось этапное лечение, с выключением ДПК по Ру (4 больных). Отдельно выделены 2 больных с электротравмой нижнегоризонтальной ветви ДПК, им была выполнена ее резекция с формированием дуоденоюноанастомоза на стомированной петле тощей кишки. У 2 больных с аортодуоденальными фистулами после окончания сосудистого этапа операции была выполнена резекция нижнегоризонтальной ветви ДПК с формированием дуоденоюноанастомоза впереди корня брыжейки.

**Результаты и их обсуждение.** Из 9 больных I группы несостоятельность ушитого повреждения ДПК возникла у 3. Возможность несостоятельности швов всегда учитывалась при выборе способа дренирования, в связи с чем, для санации подводилось 2 отдельных дренажа, дренировался правый фланк и полость малого таза, проводилось парентеральное и энтеральное зондовое питание. Из 8 больных II группы, у 3 отмечалась несостоятельность швов, леченная консервативно. Один больной, умер от сепсиса, сахарного диабета, неуправляемой артериальной гипертензии. Из 2 больных электротравмой нижнегоризонтальной ветви ДПК умер 1, от прогрессирующего перитонита и сепсиса ввиду несостоятельности дуоденоэнтероанастомоза, массивных потерь. Из 2 больных аорто–дуоденальными фистулами 1 умер в раннем послеоперационном периоде от массивной кровопотери, ДВС–синдрома.

**Выводи.** Індивідуальний підхід к выбору методів лічення забрюшинних повреждений ДПК, состоящий в выключении или ограничении ее пассажа анастомозом на короткой моно– или длинной петле по Ру позволяет обеспечить снижение дебита поврежденной кишки и снизить возможность фатальных послеоперационных осложнений

## Інноваційний підхід в бар'єрній профілактиці спайкової хвороби очеревини

**В. Б. Борисенко, А. М. Ковальов, М. В. Придятько**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Вступ.** Спайкова хвороба очеревини (СХО), що ускладнена гострою спайковою тонкокишковою непрохідністю (ГСТН) до теперішнього часу залишається важливою та невирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Згідно зведених даних вітчизняних та закордонних авторів частота ГСТН коливається в межах 4–25 чоловік на 100 тис. населення, а її питома вага у структурі загальної хірургічної патології сягає 9,4%.

Відомо, що одним із головних чинників патогенезу ГСТН є розвиток різноманітних за структурою та протяжністю абдомінальних спайок. Нажаль, етіологія та патогенез їх розвитку досі вивчені недостатньо, а переважна більшість із запропонованих способів профілактики спайкоутворення має низьку ефективність або складність у застосуванні.

**Мета дослідження.** Розробити спосіб профілактики спайкової хвороби очеревини та ГСТН.

**Матеріали та методи.** Експериментальну частину роботи проведено на 40 однакових щурах лінії «Вістар» вагою 160 – 220 г. з розподілом їх дві групи: контрольну – 8 щурів (показники норми) та основну – 32 тварини. Тваринам основної групи після ліквідації попередньо змодельованої ГСТН, після адгеолізісу, в черевну порожнину вводився гіпотонічний розчин поліетиленгліколю. Після виведення тварин з експерименту на 3, 7, 14 та 28 добу проводили патоморфологічне дослідження тонкої кишки з брижею. Морфологічне дослідження мікропрепаратів проводили після фарбування їх гематоксилином і еозином, пікрофуксином по ван Гізону та по Маллорі на мікроскопі «Olympus BX-41» з подальшою обробкою програмою «Olympus Dp-soft version 3.1».

Клінічний етап профілактики утворення абдомінальних спайок проведено у 16 пацієнтів, оперованих з приводу ГСТН, яким в черевну порожнину після адгеолізісу вводили 500 мл гіпотонічного розчину поліетиленгліколю. Ефективність способу в клініці оцінювали завдяки розробленому нами способу з використанням інтраабдомінальної відеокамери.

**Результати та їх обговорення.** Використання гіпотонічного розчину бар'єрного препарату поліетиленгліколь, призводить до виникнення в черевній порожнині явища гідрофлотації, що згідно даних експерименту зберігається протягом 28 діб та запобігає виникненню СХО.

При макроскопічному дослідженні органів черевної порожнини на аутопсії у тварин виведених з експерименту згідно заявлених строків візуальних проявів спайкової хвороби очеревини виявлено не було. Згідно даних мікроскопічного патоморфологічного дослідження виявлено, що використання поліетиленгліколю призводить до зменшення альтеративних, запальних та судинних змін в стінці тонкої кишки та її брижі. Зі збільшенням строків експерименту було відмічено наростання гіперплазії лімфоїдної тканини

в товщі слизової оболонки кишки, що свідчило про напруженість місцевих реактивних процесів. На 28 добу експерименту відмічалось відновлення цілісності кишки, уповільнення та регрес процесів утворення міжкишкових спайок.

При клінічному дослідженні результатів профілактики СХО за допомогою інтраабдомінальної відеокамери, проявів спайкової хвороби виявлено не було, а отримані дані співпадали з даними макроскопічної оцінки органів черевної порожнини в експерименті.

#### **Висновки.**

1. Розроблений спосіб профілактики СХО з використанням гіпотонічного розчину поліетиленгліколю дозволяє попередити утворення абдомінальних спайок починаючи з першої доби післяопераційного періоду.

2. Отримані дані ефективності способу при експериментальному дослідженні також знайшли своє відображення при використанні в клінічній практиці.

## **Методика лапароскопічної апендектомії в ургентному лікуванні гострого апендициту**

**В. М. Воронич, М. В. Воронич**

*Ужгородський національний університет,  
Ужгородська районна лікарня*

**Вступ.** Захворюваність на гострий апендицит (ГА) в індустріально розвинених країнах коливається від 4–6% до 12–23% або 4–5 випадків на 1000 чоловік на рік. Захворюваність на ГА в Україні становила у 2000 році 20,4 на 10 000 населення. За останнє десятиріччя все частіше застосовуються лапароскопічні методики апендектомії. Економічна ефективність, відмінні косметичні результати, нетривалий больовий період після лапароскопічної апендектомії обумовлює все більшу її розповсюдженість. Застосування лапароскопії, як методу оперативного лікування, особливо у пацієнтів з ожирінням, достовірно є більш ефективним втручанням в порівнянні з відкритою операцією. Вкрай важливим для пацієнтів є якнайшвидше одужання, виписка із стаціонару, мінімальний косметичний дефект шкіри в зоні операційного втручання, відновлення звичного ритму життя та працездатності.

**Мета дослідження.** Обґрунтування лапароскопічної апендектомії в ургентному лікуванні гострого апендициту.

**Матеріали та методи.** В роботі проаналізовано результати лікування 53 хворих, оперованих ургентно з приводу гострого апендициту. За гендерними особливостями 22 пацієнтів склали жінки, 31 пацієнт чоловіки. Середній вік – 26,4 роки. У всіх хворих (100% випадків) мав місце гострий апендицит. Катаральний – у 7 випадках, флегмонозний – у 35 випадках, гангренозний – у 9 випадках, перфоративний – у 2 випадках. В ході дослідження хворі були поділені на 2 групи: I група, 24 випадки – пацієнти, яким було виконано ургентну лапароскопічну апендектомію; II група, 29 випадків – пацієнти, яким було проведено класичну апендектомію.

**Результати та їх обговорення.** Всім хворим операційне втручання проводили під загальним знеболенням з інтубацією трахеї та ШВЛ. Пацієнтам першої групи виконувалась лапароскопічна апендектомія за методикою з 3-х портових доступів. Скелетизацію апендикса проводили шляхом пристінкової бі-полярної коагуляції від верхівки паростка до основи. На основу накладали петлі Реддера, між якими паросток відсікався. Ексудат

з черевної порожнини евакуйовували електровідсмоктувачем. Пацієнтам другої групи виконували апендектомію з розрізу шкіри за МакБурнеєм з лігуванням судин брижі паростка шляхом прошивання та перев'язки, відсічення апендикса та погруженням кукуси останнього в кисетний та Z-подібний шви. При наявності екссудату в порожнині малої миски черевну порожнину санували; та дренивали через окремий розріз в правій здухвинній ділянці. Пацієнтам I групи дозволяли сідати та ходити через 6–8 годин після операції; виписували із стаціонару на 2–5 добу. У всіх пацієнтів I групи відмічено загоєння післяопераційних ран первинним натягом. Жодних ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційному періодах не відмічено. Працездатність відновлена на 7–21 день після операції. Працездатність пацієнтів II групи відновлена на 14–40 день після операції. У 1 хворої (%) II групи на 12 добу після операції виявлено абсцес порожнини малого тазу (хвора з гострим гангренозно-перфоративним апендицитом). Серед ускладнень у хворих II групи слід відмітити сероми в зоні післяопераційної рани у 4 хворих (%), що були виявлені на 5–7 добу післяопераційного періоду. Летальних випадків у жодній з досліджуваних груп пацієнтів не було. Ліжко-день становив у I групі – від 2 до 5 днів (у більшості випадків – 3 дні), у II групі – від 5 до 18 днів (у більшості випадків – 8 днів).

## **Висновки.**

Лапароскопічну апендектомію вважаємо методом вибору при ургентному лікуванні гострого апендициту. Застосування біполярної коагуляції та лапароскопічного біполярного диссектора дозволяють скелетизувати та відділити апендикс від власної брижі без інтраопераційних ускладнень. Метод зменшує відсоток можливих ускладнень в післяопераційному періоді, призводить до мінімальних косметичних дефектів, забезпечує ранню активацію пацієнтів після операції, пришвидшує відновлення працездатності та значно скорочує час перебування хворого в стаціонарі.

## **Лапароскопічна холецистектомія в ургентному лікуванні гострого калькульозного холецистит**

**В. М. Воронич, М. В. Воронич**

**Ужгородський національний університет,  
Ужгородська районна лікарня**

**Вступ.** Гострий холецистит – найбільш часте ускладнення жовчно-кам'яної хвороби. Однак деякі тактичні питання хірургічного лікування гострого холецистити залишаються до кінця не визначеними. Золотим стандартом у хірургії жовчнокам'яної хвороби нині є лапароскопічна холецистектомія. Існують дві принципові тактики в лікуванні: «рання» і «відстрочена» холецистектомія. Спірним питанням є доцільність застосування лапароскопічної техніки у пацієнтів з гострим холециститом в терміни понад 72 години від початку захворювання. Вкрай важливим для пацієнта є якнайшвидша ліквідація больового синдрому та відсутність повторних приступів біліарної коліки, косметичний результат після операції, скорочення терміну перебування у стаціонарі, швидке відновлення працездатності, а в кінцевому результаті – покращення якості життя.

**Мета дослідження.** Обґрунтування місця лапароскопічної холецистектомії в ургентному лікуванні хворих на гострий калькульозний холецистит.

**Матеріали та методи.** В роботі проаналізовано результати лікування 86 хворих, оперованих з приводу гострого калькульозного холецистити лапароскопічним методом. За

гендерними особливостями 81 пацієнт склали жінки, 5 пацієнтів чоловіки. Середній вік – 46,3 роки. У всіх хворих (100% випадків) мав місце гострий калькульозний холецистит; катаральний – у 22 випадках, флегмонозний – у 58 випадках, емпієма жовчного міхура – у 6 випадках. Після передопераційного обстеження всім пацієнтам було виконано лапароскопічну холецистектомію. В ході дослідження хворі були поділені на 2 групи: I група, 69 випадків – пацієнти, яким було виконано ургентну лапароскопічну холецистектомію (через 2–6 годин з моменту госпіталізації); II група, 17 випадків – пацієнти, яким лапароскопічна холецистектомія виконувалась відтерміновано (на 3–7 добу з моменту поступлення в стаціонар), після проведення попередньої консервативної терапії.

**Результати та їх обговорення.** Всім пацієнтам обох груп виконувалась лапароскопічна холецистектомія „від шийки”. У пацієнтів I групи, в ході мобілізації жовчного міхура значних труднощів не було. Тривалість операційного втручання у даній групі склала від 40 хвилин до 1 години 20 хвилин (в середньому 1 година 05 хвилин). У пацієнтів II групи при мобілізації міхура відмічено значні труднощі через виражену перивезикальну інфільтрацію, підвищення кровоточивості тканин, що призвело до подовження операційного втручання. Тривалість операції у пацієнтів II групи склала від 1 години 10 хвилин до 3 годин 20 хвилин (в середньому 2 години 15 хвилин). Серед ускладнень слід відмітити серому в зоні рани над пупком у 3 хворих II-ї групи. У 2 хворих II групи спостерігались біломи підпечінкового простору. Летальних випадків у жодній з досліджуваних груп не було. Ліжко-день становив у I групі – від 3 до 6 днів (у середньому 4,5 дні), у II групі – від 7 до 16 днів (у середньому 11,5 дні) ( $p>5$ ).

#### **Висновки**

1. Лапароскопічна холецистектомія повинна бути методом вибору у лікуванні жовчно-кам'яної хвороби, ускладненої гострим калькульозним холециститом.
2. Операційне втручання необхідно виконувати ургентно, через 2–6 годин з моменту поступлення хворого в хірургічний стаціонар,
3. Доопераційну консервативну терапію на протязі декількох днів та відстрочення, у зв'язку з цим, операційного втручання вважаємо не доцільними.
4. Застосування ургентної лапароскопічної холецистектомії дозволяє в найкоротші терміни полегшити страждання пацієнта, значно зменшити фінансові витрати на медикаменти в доопераційному періоді, прискорити відновлення працездатності та скоротити ліжко-день.

## **Сравнительная оценка состояния местных и системных показателей цитокинового и антиоксидантного статуса при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях**

Дж. Н. Гаджиев<sup>1</sup>, В. А. Аллахвердиев<sup>1</sup>, Н. Дж. Гаджиев<sup>1</sup>, Е. М. Климова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

<sup>2</sup>Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

**Введение.** Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДК) встречаются у 20–30% больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождается высокой летальностью и тем самым, остается одним из чрезвычайно актуальных задач современной гастроэнтерологии. Учитывая, что язвенное кровотечение имеет тесную связь с иммунными и антиоксидантными нарушениями, изучение



локальних і системних показателів цитокинового профіля і системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – антиоксидантної захисти (АОЗ) організму в залежності від тяжкості кровопотери має важливе науково–практичне значення.

**Цель исследования.** В сравнительной оценке изучение локальных и системных уровней некоторых цитокинов, а также показателей ПОЛ–АОЗ при ОЯГДК в зависимости от тяжести кровопотери.

**Материалы и методы.** У больных проведено исследование цитокинов (TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL–1, 2, 4, 6, 8, 10) и показателей ПОЛ–АОЗ (в плазме – диеновые конъюгаты – ДК, малонового диальдегида – МДА, каталазы; в эритроцитах – восстановленного глутатиона – ВГ, глутатионпероксидазы – ГП, общей антиоксидантной активности – ОАА) в крови, IL–6 в желудочном содержимом и моче, ДК и МДА в биоптатах, взятых из краев язвы. Исследована кровь 156 больных с кровотечением по А.А. Шалимову (1972): легкой (54), средней (51) и тяжелой степени (51). Концентрацию IL–6 в желудочном содержимом определена у 37 больных, ДК и МДА в биоптатах, взятых из перилульцерозной зоны – у 20 пациентов.

**Результаты.** У больных наблюдалось статистически значимое повышение в сыворотке крови уровня TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL – 1, 2, 4, 6, 8, и снижение концентрации IL–10 по сравнению с контролем. Уровень IL–6 в желудочном соке был на 37,5% ниже, а в моче – 8,2 раза больше контрольного значения. В плазме и биоптатах содержание ДК и МДА статистически было больше, в эритроцитах уровень ВГ – меньше показателя контроля. Глубина дисбаланса в системе цитокинов и перекисное окисление липидов – антиоксидантной защиты нарастала с увеличением степени кровопотери. Отмечено повышение уровней TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL–1, 2, 8, а также IL–4 при всех степенях кровопотери, относительно величин контроля, что было наиболее выражено у больных с тяжелой степенью кровопотери. Наоборот, самая высокая концентрация IL–6 отмечалась у больных с легкой степенью кровопотери.

**Обсуждение.** По нашему мнению, наиболее высокое содержание TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL–1, 2, 4, наоборот наименьший уровень IL–6 и IL–10 у больных при тяжелой степени кровопотери, является результатом объемного кровотечения. А острая ишемия, в свою очередь, резко усиливает продукцию цитокинов. Полученные результаты показали тесную связь процессов ПОЛ–АОЗ с цитокиновым профилем, поскольку все иммунные реакции являются кислородозависимыми. Это подтверждается сильными статистически значимыми положительными корреляционными взаимосвязями между уровнем TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL–1, 2, 4, 8 и ДК. Сильная положительная связь выявлена между содержанием вышеуказанных цитокинов и МДА.

**Выводы:** Установлена взаимосвязь между продукцией цитокинов и показателями липопероксидации, которые подтверждают роль местных и системных нарушений в цитокиновом и антиоксидантном статусе в возникновении язвенного кровотечения.

## Оценка степени тяжести острого холецистита как основа улучшения результатов его активного хирургического лечения

Б. М. Даценко<sup>1</sup>, Т. И. Тамм<sup>1</sup>, А. П. Захарчук<sup>1</sup>, А. Я. Бардюк<sup>1</sup>, И. А. Петленко<sup>2</sup>,  
С. Б. Кутепов<sup>2</sup>, И. А. Запорожец<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №2 им. проф. А.А. Шалимова

**Введение.** Острый холецистит (ОХ) относится к числу нестареющих проблем клинической хирургии, основные аспекты которой, касающиеся рациональной тактики лечения этого заболевания в зависимости от характера и тяжести местных изменений, остаются предметом многочисленных дискуссий.

**Цель исследования** – изучение клинической эффективности дифференцированного подхода к выбору тактики активного хирургического лечения ОХ в зависимости от степени тяжести этого заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования и лечения 661 больного ОХ, госпитализированных в клинику по поводу ОХ за период с 2013 по 2017 гг. Только консервативное лечение проведено 111 (17%) больным, оперировано 550 (83%) больных (хирургическая активность – 83%). Среди оперированных больных мужчин было 92 (16,7%), женщин – 458 (83,3%). Оперированные больные были в возрасте от 28 до 83 лет, их основную часть составили пациенты в возрасте от 40 до 60 лет. У 284 (51,6%) оперированных больных выявлено разного рода сопутствующая патология, которая у 69 (12,5%) была в стадии декомпенсации.

Комплексное исследование больных включало в себя применение методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики соответственно существующему стандарту.

В целях улучшения результатов лечения ОХ нами на основе классификации предложенной экспертами «Токио–2017» был разработан дифференцированный подход к выбору характера оперативного вмешательства на основе трехступенчатой оценки степени тяжести этого заболевания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучена клиническая эффективность дифференцированного подхода к выбору характера операции на основе оценки тяжести острого холецистита, а также направленности его течения в процессе консервативной терапии по клинико–сонографическим критериям. Из 661 больного ОХ хирургическое лечение проведено 550, из которых 257 больных с легкой степенью тяжести ОХ произведена лапароскопическая холецистэктомия без конверсий и летальных исходов. Из 257 больных со средней степенью тяжести ОХ 180 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (18 конверсий) и 77 – открытая холецистэктомия. Из 36 больных с тяжелой степенью тяжести ОХ открытая холецистэктомия выполнена 7 пациентам и холецистостомия – 29 больным. Из оперированных 550 больных острым холециститом умер один пациент. Среди неоперированных умер также один.

### Выводы.

1. Степень тяжести ОХ поступивших в клинику больных более всего определяется сроками от начала заболевания.
2. Выбор характера операции по поводу ОХ определяется степенью его тяжести, устанавливаемой данными клинико–сонографического исследования, позволяющего

також судить о направленности течения воспалительных изменений желчного пузыря в процессе интенсивной консервативной терапии больных повышенного операционного риска.

## Оптимізація хірургічного лікування хворих на гостру непрохідність тонкої кишки

І. Я. Дзюбановський, В. В. Бенедикт

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК) залишається однією з складних і до кінця не вирішеною проблемою в сучасній абдомінальній хірургії.

**Мета.** Розробка ефективної і доступної діагностично-лікувальної програми у хворих на ГНТК для покращення результатів їх хірургічного лікування.

**Об'єкт і методи обстеження.** 277 хворим на ГНТК (56 пацієнтів (група А) після консервативного лікування розриву непрохідності та 221 особа (група В) після хірургічного лікування) проведено комплексне обстеження – загальноприйняті методи, рентгенологічне дослідження, УЗД, комп'ютерну томографію, встановлено рівень інтоксикації (лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ)), неспецифічну резистентність (паличкоядерно-лімфоцитарним індексом (ПЛІ)), індекс коморбідності (Charlson M.E. et al., 1987) і прогноз перебігу захворювання за шкалою ASA.

**Результати, обговорення.** При сприятливому, на фоні консервативного лікування, перебігу ГНТК ЛІІ при поступленні склав  $(4,40 \pm 0,64)$  од., ПЛІ –  $(0,77 \pm 0,11)$  од., у хворих групи В –  $(4,06 \pm 0,24)$  од. і  $(0,82 \pm 0,07)$  од., відповідно. Отже, дані показники у пацієнтів на ГНТК при поступленні в двох досліджених групах суттєво не відрізнялися. При рентгенологічному дослідженні черевної порожнини у пацієнтів групи А встановлено арки та рівні рідини – 21,17%, чаші Клойбера – 22,92%, пневматизація кишки – 75,0% випадків; у групі В, в залежності від тяжкості ГНТК, арки та рівні рідини – 40,97 – 52,94%, чаші Клойбера – 39,06 – 82,35% і пневматизація кишки – 17,65 – 44,76% випадків, відповідно. При УЗД органів черевної порожнини в групі А розширення просвіту ТК з феноменом «секвестрації рідини» – 85,16%, наявність «маятникоподібного» руху хімусу – 22,22% і вільної рідини в черевній порожнині – 18,52% випадків. В групі В, в залежності від тяжкості перебігу ГНТК – 10,26% – 72,73%; 62,23% – 90,91% та 20,50% – 81,82% випадків, відповідно. У 10 (4,5%) хворих на ГНТК була використана комп'ютерна томографія ОЧП. Слід відмітити високу діагностичну цінність цього методу у хворих, причиною якої була інвагінація тонкої кишки. В інших випадках дане дослідження підтверджувало сонографічний діагноз. Індекс коморбідності у хворих групи В склав 1,03 бали у віці до 59 років, у віці 60–74 роки – 4,82 і старше 75 років – 6,0 бали, у пацієнтів групи А – 0,8, 4,36 і 5,0 балів, відповідно. При проведенні динамічного спостереження за хворими на ГНТК в групі А було досягнуто стійке відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу. В групі В при аналізі отриманих результатів комплексного обстеження було виявлено, що до ІЕ класу операційно-анестезіологічного ризику (ASA) відносилось 102 (46,15%) пацієнта, до ІІЕ – 49 (22,17%) хворих, до ІІІЕ – 48 (21,72%), до ІV Е класу – 22 (9,95%) випадків. В залежності від тяжкості ураження ТК, порушень функціонального стану хворого нами у 69 хворих були виконана лапаротомія з роз'єднанням спайок, у 106 пацієнтів – лапаротомія, роз'єднання спайок та декомпресія тонкої кишки, в 19 випадків – резекції кишки з анастомозом. Використання мініінвазивних втручань було застосовано у 25 хворих. Декомпресія ТК була виконана в 68,78% випадків. При

проведені консервативного лікування хворих на ГНТК в групі А і в післяопераційному періоді в групі В в залежності від стану моторики ТК поряд із загальноприйнятою терапією призначали препарати, які гальмували її рухову активність при підсиленні, а при її пригніченні використовували медикаменти із стимулюючою дією на фоні біоенергетичних середників.

**Висновки.** 1 Використання динамічного лаборторно–інструментального діагностичного комплексу з визначенням рівня інтоксикації, неспецифічної резистентності організму пацієнта, індексу коморбідності дозволяє прогнозувати перебіг захворювання у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки і вирішити питання вибору методу лікування цих пацієнтів.

## Комплексне визначення ризику розвитку рецидиву гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу

І. І. Дутка

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Попри успіхи ендоскопічних методів гемостазу, впровадження новітніх методик зупинки, частота рецидивних кровотеч з виразок шлунка і ДПК залишається значною, що потребує проведення хірургічних втручань, наслідки яких часто залишаються далекими від задовільних. Водночас до сих пір не запропонована надійна методика прогнозування рецидиву кровотечі. Найбільш поширеною є шкала Forrest, втім її прогностична цінність не є достатньо високою. Це зумовлює необхідність подальших пошуків, спрямованих на розробку інформативних методів прогнозування рецидивних виразкових кровотеч.

**Мета дослідження.** Аналіз факторів ризику рецидивних гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу.

**Об'єкт і методи дослідження.** 203 хворих на виразки шлунка і ДПК, ускладнених гострими кровотечами. Чоловіків було 135 (66,5%), жінок – 68 (33,3%). Середній вік становив  $56,6 \pm 17$  років. Всім хворим проведено стандартне (ендоскопічне, лабораторне) обстеження і консервативне лікування. Виразка ДПК діагностована у 127 (62,56%) хворих, шлунка – у 68 (33,49%), виразки шлунка і ДПК – у 9 (4,43%) хворих. З метою ендоскопічного гемостазу проводили обколювання виразки сумішшю 0,9% NaCl з адреналіном, або з транексамовою кислотою 1:10. У окремих випадках виконувалась діатермокоагуляцію кровоточивої судини. Рецидиви кровотеч виникли у 24 (11,82%) хворих.

У частини хворих під час ендоскопічного обстеження застосовували напрацьований метод, який полягає у визначенні ширини зони розсіювання монохроматичного лазерного променя з довжиною хвилі випромінювання 0,63 мкм на тромбі, що покриває виразку. Джерелом променя слугував лазерний діод.

**Результати та їх обговорення.** При аналізі клінічних і лабораторних параметрів хворих з рецидивними кровотечами виявлено, що у 11 (45,83%) хворих рецидиви виникли протягом перших 2–3 діб, а найменше впродовж першої доби – 4 (16,67%) випадки. У 15 (62,5%) хворих не було виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі ми не виявили, проте за виразок ДПК це спостерігалось дещо частіше ( $n=14$  (58,33%)). У переважній більшості випадків повторні кровотечі були у чоловіків – 17 (70,83%). У 9 (37,5%) пацієнтів визначена I група крові, з них у 3 (12,5%) позитивна резус належність, у решти (25%) – негативна. У 4 (16,67%) хворих

визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (4,17%) випадку було при III і IV групах крові.

У 15 (62,5%) хворих під час первинного ендоскопічного обстеження діагностували клас II A за Forrest, а у решти (37,5%) – ознаки інших класів. Повторні кровотечі не виникли у жодного хворого з класом III. Водночас за даними літератури, найчастіше повторні кровотечі виникають при класі I. Ми поділяємо думку авторів, які відзначають, що ця шкала є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості. Недоліком застосування шкали є також певний суб'єктивізм при визначенні окремих класів. Зокрема, за застосування методики оцінки ширини зони розсіювання лазерного променя на тромбі, що покриває виразковий дефект, при класі II A встановлено, що параметри показника відрізняються у окремих хворих. Розподіл даних показав певні відмінності у пацієнтів з рецидивними кровотечами, які свідчать про доцільність розділення такого класу і можливість прогнозу повторної кровотечі на підставі достатньо об'єктивного критерію. Втім, результати потребують уточнення, оскільки базуються на малій кількості спостережень.

### **Висновки.**

1. Ізольоване використання шкали Forrest не дає можливості надійно прогнозувати розвиток рецидивних виразкових кровотеч.

2. Для інформативного передбачення рецидивів доцільно враховувати комплекс наведених клінічних, лабораторних й інструментальних показників.

## **Обґрунтування вибору мініінвазивних хірургічних втручань у хворих на гострий холецистит з високим операційно–анестезіологічним ризиком**

**Ю. М. Захараш, В. В. Мороз**

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця**

**Актуальність теми.** Однією із найскладніших і актуальних у невідкладній хірургії органів черевної порожнини, анестезіології та реаніматології залишається проблема вибору хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит (ГХ) з високим операційно–анестезіологічним ризиком (ОАР). Дискусія про пріоритетність лапароскопічних і малотравматичних пункційних і пункційно–дренуючих втручань, особливо при лікуванні хворих з помірним (Grade II) і тяжким (Grade III) клінічним перебігом гострого холециститу за класифікацією, представленою у TG 13, ведеться і до сьогодні.

**Метою дослідження** було покращити результати хірургічного лікування хворих на ГХ з помірним (Grade II) та тяжким (Grade III) клінічним перебігом і високим ОАР за рахунок розробки біохімічних критеріїв прогнозування післяопераційних ускладнень та контролю ефективності обраного втручання.

**Результати.** З метою пошуку надійних критеріїв прогнозування ризику розвитку післяопераційних гнійно–запальних ускладнень 64 хворим, яким була виконана невідкладна операція холецистектомія, було визначено показники жирнокислотного спектру ліпідів жовчі та сироватки крові перед операцією. Хворі були розділені на 2 групи: Групу 1 – 38 (59,4%) склали хворі з післяопераційними гнійно–запальними ускладненнями, Групу 2 – 26 (40,6%) – з неускладненим післяопераційним періодом. Для об'єктивізації оцінки рівня оксидативного стресу та стану перекисного окислення ліпідів (ПОЛ),

показником яких є рівень дисбалансу ЖК, нами було розроблено прогностичні коефіцієнти співвідношення окремих ЖК та їх сум сироватки крові та жовчі:  $K1_{ж} = C18:1/C18:2$ ;  $K1_{к} = \Sigma НЖК/\Sigma ПНЖК$ ;  $K1_{к} = C18:1/C18:2$ ;  $K2_{к} = \Sigma НЖК/\Sigma ПНЖК$  (патент України на корисну модель № 62800). За допомогою ROC-аналізу було розраховано показники їх чутливості та специфічності, встановлено порогові значення та рівні відносного ризику (OR), що вказує у скільки разів зростає вірогідність розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень при перевищенні чи зниженні відносно порогового рівня відповідного показника. Для жовчі показники становили:  $C18:1 > 14,8\%$ ,  $OR = 14,13$  (3,55, 56,29);  $C18:2 < 22,9\%$ ,  $OR = 17,49$  (4,84, 63,17);  $K1_{ж} = C18:1/C18:2 > 0,59$ ,  $OR = 10,88$  (3,20, 37,00);  $\Sigma НЖК > 54,2\%$ ,  $OR = 9,58$  (2,85, 32,18);  $\Sigma ПНЖК < 30,8\%$ ,  $OR = 10,50$  (3,08, 35,76);  $K2_{ж} = \Sigma НЖК/\Sigma ПНЖК > 1,8$ ,  $OR = 14,40$  (3,94, 52,59). Для сироватки крові порогові показники становили –  $C18:1 > 25,1\%$ ,  $OR = 3,22$  (1,09, 9,50);  $C18:2 < 9,0\%$ ,  $OR = 4,88$  (1,57, 15,16);  $K1_{к} = C18:1/C18:2 > 2,3$ ,  $OR = 5,11$  (1,61, 16,16);  $\Sigma НЖК > 62,2\%$ ,  $OR = 3,85$  (1,34, 11,01);  $\Sigma ПНЖК < 12,6\%$ ,  $OR = 3,29$  (1,17, 9,24);  $K2_{к} = \Sigma НЖК/\Sigma ПНЖК > 4,8$ ,  $OR = 6,1$  (2,01, 18,47).

Для оцінки динаміки зміни ЖК спектру ліпідів сироватки крові у 26 хворих, яким виконували невідкладну холецистектомію, провели визначення динаміки прогностичних коефіцієнтів крові –  $K1_{к}$  та  $K2_{к}$  до та на 7–8 добу після операції. Початкові показники  $K1_{к} = 4,29 \pm 0,7$  та  $K2_{к} = 7,1 \pm 0,6$  достовірно перевищують показники у здорових людей ( $p < 0,05$ ) та перевищували визначені порогові рівні. На 7–8 добу після операції вказані показники залишалися вище порогових рівнів – ( $K1_{к} = 2,7 \pm 0,5$ ,  $K2_{к} = 6,3 \pm 0,5$ ), а їх динаміка не мала достовірної різниці ( $p > 0,05$ ), що розцінювалось як фактор розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень, та підтверджувало низьку ефективність одноетапної хірургічної тактики, застосованої при лікуванні хворих контрольної групи.

З метою обґрунтування ефективності виконання першим етапом лікування АЕПДХВ, у 28 хворих, яким виконували вказані втручання, проведена оцінка динаміки прогностичних коефіцієнтів сироватки крові та жовчі в день втручання, на 7–8 добу та 15–16 добу після нього. Початкові показники  $K1_{ж} = 0,89 \pm 0,08$ ,  $K2_{ж} = 1,96 \pm 0,16$ ,  $K1_{к} = 3,59 \pm 0,3$ , та  $K2_{к} = 5,71 \pm 0,3$  достовірно перевищували показники у здорових людей ( $p < 0,05$ ) та порогові рівні. На 7–8 добу показники  $K1_{ж} = 0,65 \pm 0,07$ ,  $K1_{к} = 2,64 \pm 0,2$  наблизились до порогових, а  $K2_{ж} = 1,62 \pm 0,05$  та  $K2_{к} = 4,67 \pm 0,3$  знизилась нижче порогових; зниження усіх показників було достовірним ( $p < 0,05$ ) відносно початкових значень. На 15–16 добу всі коефіцієнти достовірно знизилась ( $p < 0,05$ ) та стали нижче порогових значень, що дало нам підстави рекомендувати даний термін для виконання холецистектомії з найменшим ризиком розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень, а позитивна динаміка змін коефіцієнтів обґрунтовувала ефективність виконання АЕПДХВ.

**Висновок.** Визначення ЖК сироватки крові і жовчі є додатковим прогностичним критерієм у виборі виду хірургічного втручання у хворих на ГХ з помірним (Grade II) та тяжким (Grade III) клінічним перебігом і високим ОАР та обґрунтовує ефективність та показання до виконання АЕПДХВ на першому етапі двохетапної хірургічної тактики у даній групі хворих.

## Особливості лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) при гострому холециститі (ГХ)

А. В. Кебкало, З. З. Парацій, Ю. Б. Мінін, Б. Г. Бондарчук, В. В. Тисельський

НМАПО ім. П. Л. Шупика,  
КЗ КОР КОКЛ

**Актуальність.** ЛХЕ стала операцією вибору при хронічному холециститі. Хірургічна тактика при ГХ має свої особливості і часто супроводжуються цілим рядом необхідних ситуацій.

**Мета дослідження:** Покращити результати хірургічного лікування хворих на ГХ.

**Матеріали і методи дослідження.** За останні 15 років у хірургічному відділенні нами виконано більше 8000 ЛХЕ при жовчно–кам'яній хворобі (ЖКХ). Серед них було 298 хворих з ГХ. Чоловіки склали – 9.8% (29) хворих, жінки – 90,2% (269). Вік хворих від 19 до 84 роки. Калькульозний холецистит був діагностований у 96,7% (288), безкалькульозний у 3,2% (10).

ЛХЕ виконували за допомогою апаратури «Karl Storz» з трипортового доступу.

**Результат.** Хворим з ГХ застосували активну хірургічну тактику. ЛХЕ виконувалась на 3–5 добу від початку захворювання, після верифікації діагнозу та проведення передопераційної підготовки.

Особливої уваги заслуговують хворі, у яких ГХ ускладнився механічною жовтяницею – 26% (78). У таких хворих намагались верифікувати причину жовтяниці до операції. Для цього виконували УЗД, ФЕГДС, КТ з подвійним контрастуванням, ЕРПХ, МРКПГ (магнітно–резонансна панкреатохолангіграфію). В останні роки віддаємо перевагу МРКПТ – неінвазивному методу з 97% чутливості (достовірності). У 49 (62,8) хворих до операції виконували ЕРПХТ, видалення конкрементів і через 24–48 годин ЛХЕ.

У хворих, в яких не вдалося ліквідувати жовтяницю до операції, виконували це під час операції, дренивали холедох по Піквському, виконували інтраопераційну холангіграфію, холедохолітотомію, холедохоскопію, ревізію холедоха зондом Фогарті з наступним дрениванням холедоха дренажом Кера – 8 хворих (10%).

Особливої уваги заслуговує група хворих – 9 чоловік (3.6%) із вкрай важкими супутніми захворюваннями (ризик операції перевищує саме захворювання). При відсутності перитоніту їм під контролем УЗД виконували через шкірну–черезпечінкову холецистостому. Декомпресія жовчного міхура, антибактеріальна терапія і промивання його антисептиками призводило до стихання запального процесу. Із цієї групи померла одна хвора від серцевої недостатності (СН).

Як правило, ГХ при ЖКХ – це обструктивний холецистит. Технічно ЛХЕ при ГХ в перші 3–5 діб від початку захворювання нічим не відрізняється від планової холецистектомії. Збільшений і напружений жовчний міхур та інфільтрована його стінка потребує пункції останнього товстою голкою. При неможливості захопити стінку міхура легким затискачем у правому підреб'ї змінюємо троакар на 10 мм і використовуємо зубчатий грубий затискач. При гангренозних жовчних міхурах, перфорації його і випаданні конкрементів в черевну порожнину використовуємо контейнер.

Катаральний холецистит був у 84 (25.7%), флегмонозний у 178 (60%), гангренозний у 27 (9%), паравезикальний абсцес у 17 (6%), водянка жовчного міхура у 17 (5.8%), емпієма у 9 (3%).

Значні труднощі при ЛХЕ виникають у хворих з ГХ після 7 діб від початку захворювання. Як правило, спостерігається виражений запальний інфільтрат, утворений

жовчним міхуром, великим чапцем, стінкою 12-палої кишки, часто і печінковим кутом товстого кишківника, виражена інфільтрація печінково-дванадцятипалої зв'язки, що не дає змогу верифікувати елементи в трикутнику Кало. А якщо врахувати анатомічні особливості і синдром Міріцці, то вірогідність пошкодження поза печінкових жовчних протоків або перехід на конверсію досить великий.

Необхідно чітко розрізнити “вимушену” конверсію (при вже виниклій проблемі) і “упереджену” – коли досвідчений хірург вже через 15–20 хвилин від початку операції приймає правильне рішення – перехід на конверсію. Ми притримуємося чіткого постулату – пошкодження поза печінкових жовчних шляхів при ЛХЕ – помилка хірурга. Із 13 конверсій виконаних при ЛХЕ з приводу ГХ – 3 були “вимушені” і 10 – “упередженими”. Проглядається абсолютна кореляція між строками від початку захворювання на ГХ і частотою конверсій. Так у групі хворих на ГХ до 3 діб конверсія виконана у 2 (0.76%), 4–7 діб у 5 (17.9%), більше 10 діб – у 6 (30.1%) – у кожного третього хворого. Всього на 288 хворих на ГХ конверсія була виконана у 13 (4.6%), тоді як у хворих на хронічний холецистит (ХХ) вона не перевищувала 0.98%.

В останні роки ЛХЕ при ГХ у відділенні виконують тільки 2 найдосвідченіші лапароскопічні хірурги. Що призвело до значного зменшення інтра- і післяопераційних ускладнень.

**Висновки.** ЛХЕ при ГХ потрібно виконувати у перші 5 діб від початку захворювання. При поєднанні ГХ із жовтяницею, останню краще верифікувати і скорегувати до операції.

## 18-річний досвід лікування гострої кишкової непрохідності у спеціалізованому хірургічному центрі

**В. В. Крижевський, А. П. Радзіховський, О. О. Біляєва, Є. Б. Колесников, О. І. Міроненко, М. І. Знаєвський, Ю. В. Риб'янець, Р. В. Іванченко, А. П. Бродська, Є. Є. Крижевський**

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
Спеціалізований центр лікування гострої кишкової непрохідності,  
КМКЛ № 6 “Медмістечко», Київ**

**Вступ.** Гостра кишкова непрохідність (ГКН) – одно з найбільш тяжких гострих захворювань в абдомінальній хірургії завдяки особливостям течії клінічних проявів, складностям діагностики, значної кількості ускладнень та високої післяопераційної летальності.

**Метою дослідження** було вивчення ефективності розробленого комплексу заходів і програми діагностики та хірургічного лікування ГКН. На основі 18-річного досвіду кафедри загальної та невідкладної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та хірургічних відділень Міської клінічної лікарні № 6 міста Києва проведено аналіз та оцінку необхідності створення міських спеціалізованих хірургічних центрів лікування гострої кишкової непрохідності

**Об'єкт і методи дослідження.** 2183 хворих було прооперовано за період з 1998 до 2016 року. Всі пацієнти були розділені на дві групи по періодам лікування в центрі: 1 група – 592 хворих, які лікувалися з 1998 до 2001 року, 2 група – 1591 хворий, які лікувалися з 2002 до 2016 року. Причинами гострої кишкової непрохідності серед усіх пацієнтів була ГКН пухлинного генезу у 1184 (54.2%) , непухлинного генезу у 999 (45,8%). В пер-



шій групі пацієнтів ГКН пухлинного генезу була у 306 хворих, непухлинного у 286. У 2 групі пацієнтів ГКН пухлинного генезу була у 878 хворих, непухлинного генезу у 713. Причинами ГКН непухлинного генезу були: гостра злукова непрохідність, защемлена грижа, заворот кишок, вузлуотворення, чужорідне тіло, інвагінація, гострий ішемічний синдром, дивертикуліт та інші.

Протягом першого періоду дослідження (1998–2001 роки) відбувалося накопичування нового для центру клінічного досвіду, визначення та напрацювання перспективних напрямків діагностики та лікування хворих на ГКН. На другому етапі досліджень було впроваджено в діяльність центру розроблену комплексну клінічну програму, яка передбачала оптимізацію діагностичної та лікувальної тактики та включала: скорочення часу виконання діагностичних процедур та передопераційної підготовки хворих, розробку та введення нових методів та технологій, які дозволили значно покращити результати лікування ГКН

**Результати та їх обговорення.** Розроблені за другий період нові діагностичні протоколи та методи хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності дозволили значно поліпшити результати та знизити кількість післяопераційних ускладнень і летальність. Всього оперовано хворих з ГКН різного генезу: 1 період – оперовано хворих – 592, з них померло – 102, летальність – 17.2%. 2 період – оперовано хворих – 1591, з них померло – 68, летальність – 4,3%.

**Висновки.** Виділення спеціалізованих центрів лікування ГКН з великим потоком пацієнтів, дозволяє розробити діагностичні та лікувальні протоколи та значно покращити результати хірургічних втручань, знизити кількість ускладнень та летальність, що підтверджує необхідність створення та адекватного фінансування таких центрів у великих містах України.

## Результати лапароскопічної герніопластики у хворих на защемлену пахову грижу

А. В. Кудрявцев

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

**Вступ:** на актуальність теми вказує великий обсяг проведених оперативних втручань при защемлених грижах різних локалізацій (до 15–20 відсотків від загального числа), при цьому питанням ургентної патології приділяється недостатня увага, технічний арсенал, методики оперативних втручань опрацьовані недостатньо, так само недостатньо вивчені результати і ускладнення методів лікування при защемлених грижах.

**Мета:** розробити методику, вивчити найближчі та віддалені результати, в т.ч. рівень якості життя і функціональний стан черевної стінки після лапароскопічної герніопластики в порівнянні з традиційними методами лікування защемлених пахових гриж

**Об'єкт і методи дослідження:** власний досвід, що включає 80 спостережень (перша група – 40 лапароскопічних герніопластик при защемлених грижах, використовувалася модифікована авторами методика ТАРР; друга група – 40 пластик по Ліхтенштейну при защемлених грижах), проведений аналіз перебігу найближчого і віддаленого післяопераційного періоду, термін спостереження склав від 1 до 5 років, в середньому  $1,7 \pm 0,9$  років. Для об'єктивізації отриманих даних використовувалися як традиційні методи оцінки стану пацієнта (наприклад, шкали Visik, SF-36), так і ультразвукові методи (по-

казники тканинної перфузії, вивчення сонографічної структури), електроміографія як метод оцінки функціонального стану м'язів черевної стінки.

**Результати і їх обговорення:** при післяопераційному обстеженні хворих загальний відсоток найближчих післяопераційних ускладнень у першій групі склав 7,5%, у другій – 17,5%. У віддаленому післяопераційному періоді виникнення хронічного пахового болю відмічалось у 7,5% хворих у першій групі, та у 12,5% у другій. За шкалою SF-36 за всіма показниками результати після лапароскопічної пластики були кращими. При сонографічному обстеженні отримані наступні результати по групах: розмір фіброзного шару  $1,7 \pm 0,2$  см у першій групі та  $2,4 \pm 0,4$  см у другій, індекс васкуляризації  $3,6 \pm 0,1$  та  $3,96 \pm 0,2$ , індекс кровотоку  $26,3 \pm 0,5$  та  $21,7 \pm 0,6$ , васкуляризаційно-потоківий індекс  $7,3 \pm 0,5$  та  $5,47 \pm 0,4$ , коефіцієнт варіації 14% та 20% відповідно, що свідчить про більш гомогенну структуру тканин та вищий рівень тканинної перфузії у хворих, що прооперовані за методикою TAPP. При електроміографічному обстеженні через 3 місяці після операції у першій групі – середня амплітуда скорочень  $410 \pm 26$  мкВ, у другій –  $356 \pm 20$  мкВ, співвідношення середньої амплітуди до ефективної ширини спектру –  $1,1 \pm 0,2$  та  $0,9 \pm 0,2$ , коефіцієнт варіації – 20% та 32% відповідно, що говорить про вищий реабілітаційний потенціал та кращий функціональний стан м'язів у хворих після операції за методикою TAPP.

**Висновки:** лапароскопічна методика герніопластики при защемленій пахової грижі має наступні переваги перед відкритою операцією Ліхтенштейна: можливість діагностики супутньої патології в черевній порожнині, можливість проведення розширеного і в той же час більш щадного вісцероліза в області грижових воріт, менша інтенсивність післяопераційного болю, в тому числі і у віддаленому періоді, більш рання активізація хворих, більш короткий період лікування і реабілітації, більш низька частота ускладнень, які потребують додаткового лікування, косметичний ефект, позитивний економічний ефект.

У хірургії защемлених пахових гриж при дотриманні технологічності і чітких показань до виконання методики можливе використання лапароскопічної герніопластики з більш обнадійливими найближчими і віддаленими результатами та вищим реабілітаційним потенціалом, ніж при традиційних методах алопластики.

## Острый холецистит – актуальная проблема абдоминальной хирургии с позиций патогенетической классификации

В. И. Мамчич, Н. Д. Бондаренко, М. А. Чайка

НМАПО имени П. Л. Шупика,  
КОКБ, Киев

**Актуальность.** Острый холецистит (ОХ) – воспаление желчного пузыря с нередким вовлечением в патологический процесс печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы с угрозой развития желчного перитонита, холедохолитиаза, холангита и холангиогенного сепсиса.

В современных классификациях ОХ нечетко обозначены этиологические и патогенетические факторы.

**Цель исследования.** На основании этиологии и патогенеза усовершенствована классификация ОХ с четким выделением клинических форм.

I група, зв'язанна з конкрементами і їх ускладненнями: холедохолітиаз, холангіт, остра блокада терминального відділа холедоха і сосочковий ілеус, поєднання з синдромами Мирици, Бувере, гемобілією і вурсунгоррагією.

II група – острый бескаменний холецистит.

III група включає форми ОХ, де наявність або відсутність конкрементів не грає суттєвої ролі і де патологічний процес неизбежно веде до гангрені жовчного пухирця і перфорації: ферментативні, судинні (тромбоз, емболія, атеросклероз пухирчастої артерії), газові (неклостридіальна анаеробна інфекція); вторинний ОХ (послеопераційний, посттравматичний, послеожоговий, стресовий).

IV група ОХ, як ускладнення брюшного тифу, дизентерії, сальмонеллези, описторхоза, аскаридоза і др.

**Матеріали і методи.** Аналізу підв'язані результати оперативних втручань по приводу ОХ в хірургічних стаціонарах ЦРБ Київської області (КО) і КОКБ за період з 2004 по 2017 г.г.

**Результати дослідження.** В хірургічних стаціонарах КО госпіталізовано 11600 хворих ОХ, оперовано – 7931 (хірургічна активність 68,4%), умерло 57 хворих (загальна летальність – 0,49%, послеопераційна – 0,72%).

В хірургічному відділенні КОКБ госпіталізовано 1180 хворих ОХ, оперовано – 1086 (хірургічна активність – 92%). Умерло 18 хворих (загальна летальність – 1,5%, послеопераційна – 1,6%).

Оперовані хворі в КОКБ розподілені по групах відповідно запропонованій патогенетичній класифікації.

### **Висновки.**

Запропонована удосконалена класифікація дозволяє диференціювати лікувальну і хірургічну тактику з виділенням форм ОХ з неизбежним прогресивним деструктивним процесом і необхідністю неотложних хірургічних втручань, об'єм яких визначається в індивідуальному порядку.

## **Остра блокада терминального відділа холедоха і сосочковий ілеус як синдром Опи (Оріє)**

**В. І. Мамчич, М. А. Чайка**

**НМАПО імені П. Л. Шупика,  
КОКБ, Київ**

**Актуальність.** Холедохолітиаз ускладнює перебіг острого холециститу (ОХ) в 12–18% з загрозой розвитку холангіту, холангіогенного сепсису, деструктивного панкреатиту. Найважчі форми захворювання зв'язані з острою блокадою терминального відділа крупними жовчаними конкрементами або ущепленням в великому дуоденальному сосочку конкрементом діаметром 2–5 мм. В 1901 г. Э.Опи (Eugene L. Opie – 1873 – 1971) вперше опублікував результати вскрытия у двох хворих жінок з геморагічним панкреатитом в результаті острого блокади терминального відділа холедоха крупними жовчаними конкрементами.

В 1903г. Г.Кер (H.Kehr) вперше ввів острую блокаду холедоха в класифікацію жовчнокам'яної хвороби.

**Матеріали и методи.** В хирургическом отделении КОКБ за период с 2004 по 2017 г.г. оперированы 1086 больных ОХ, осложненных холедохолитиазом у 195 (18%).

Из 195 больных ОХ, осложненных холедохолитиазом, острая блокада терминального отдела холедоха и ущемлением желчного конкремента в устье большого дуоденального сосочка (сосочковый илеус) выявлен у 19 (9,7%).

**Результаты исследования.** Подвергнуты эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомией и последующей холецистэктомией после нормализации амилазурии 16 больных. У 3-х больных в связи с неудавшейся попыткой канюляции большого дуоденального сосочка срочно выполнена лапаротомная холецистэктомия супрадуоденальной холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу.

Из 19 больных с острой блокадой терминального отдела холедоха и сосочковым илеусом у 10 развились тяжелые формы деструктивного панкреатита с 3-мя летальными исходами.

**Выводы.** Деструктивные формы панкреатита подвергаются хирургическому вмешательству после формирования секвестров через 3–4 недели по рекомендации Г.Бегера. Острые формы блокады терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, требующие немедленных лечебных мероприятий, по нашему мнению, следует трактовать как синдром Опи (Opie).

## Гангрена Фурн'є у жінки: помилкове трактування чи суворая реальність? Опис клінічного випадку

В. А. Мельников<sup>1</sup>, М. О. Лесняк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup>КЗ Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

### Вступ

Гангрена Фурн'є (ГФ) – некротизуючий фасціїт промежнинної ділянки, що був вперше описаний у 1883р. Жаном–Альфредом Фурн'є, котрий описав 5 випадків ідіопатичної гангрені калитки у молодих здорових чоловіків. Враховуючи анатомічні особливості захворювання, вважалось, що воно може виникати лише в осіб чоловічої статі. Проте, ще з кінця ХХ ст., в медичній літературі сформувалось чітке визначення ГФ як некротизуючого фасціїту промежнинної ділянки, що може виникати у людей всіх вікових категорій, а також як у чоловіків, так і у жінок. В основі патогенезу є розвиток анаеробного гнилісно–некротичного процесу у м'яких тканинах без ураження статевих органів, а тому стверджувати, що ГФ характерна лише для чоловічої статі не відповідає суті патології. В медичній літературі описано чимало випадків ГФ у жінок. Еке N. (2001) вивів співвідношення між виникненням ГФ у чоловіків до жінок як 10:1. У жінок ГФ найчастіше виникає як наслідок бартолінітів, травм зовнішніх статевих органів, абсцесів бартолінових залоз, а також виконання септичних позалікарняних абортів, епізіотомій, гістеректомій.

**Мета.** На основі клінічного випадку продемонструвати важкість діагностики ГФ у жінок та розглянути принципи лікувальної тактики.

**Результати та обговорення.** 65–річна пацієнтка поступила в стаціонар через 78 год від початку захворювання зі скаргами на виражену задуху, нудоту, блювання та різку загальну слабкість. В анамнезі – цукровий діабет (ЦД) II типу. Об'єктивно – загальний

стан важкий,  $t=37.1^{\circ}\text{C}$ , пульс 130 уд/хв, АТ – 110/60 мм рт ст. При огляді не виявлено запальних змін в промежинній ділянці. Результати лабораторних досліджень виявили лейкоцитоз ( $10.8 \times 10^9/\text{л}$ ), та гіперглікемію ( $22.0$  ммоль/л). Аналіз сечі – різко позитивна реакція на кетонові тіла. У зв'язку з важкістю стану госпіталізована в реанімаційно-анестезіологічне відділення (РАВ) з діагнозом ЦД II типу, ст. декомпенсації, кетоацидоз. На 3-тю добу, пацієнтка звернула увагу лікуючого лікаря на болючий інфільтрат в ділянці лівої статевої губи. При огляді виявлено дифузний набряк та гіперемію промежини з невеликими ділянками некрозу. Разом з тим наростали ознаки інтоксикації – гіпертермія, гіпотонія та лейкоцитоз. Проведено ультразвукове дослідження, за допомогою якого виявлено бульбашки газу в глибоких тканинах. На 4-ту добу проведено розкриття та дренивання анаеробної гнилісної флегмони великої статевої губи, промежини та сідниці і хвору переведено в РАВ на ранній післяопераційний період. Впродовж наступної доби, утримувались ознаки інтоксикації та лейкоцитоз ( $13 \times 10^9/\text{л}$ ). При огляді виявлено поширення некрозу на передню черевну стінку та внутрішню поверхню стегна. Як наслідок, на 5-ту добу проведено повторне розкриття та дренивання анаеробної гнилісної флегмони промежини, внутрішньої поверхні стегна та передньої черевної стінки. Антибіотикотерапія включала меропенем та кліндаміцин. Також було проведено два сеанси гіпербаричної оксигенації та 7 етапних некректомій без ознак поширення на суміжні анатомічні ділянки. Патогістологічно виявлено гнійно-некротичне запалення шкіри та підшкірної клітковини, вогнища некрозів фасції з дрібними крововиливами. За результатами мікробіологічного дослідження: висіяно *St. Aureus* та *E. Coli* та *Fusobacterium necrophorum*, які є характерними збудниками некротизуючого фасціїту. На 48-му добу проведено пластичне закриття грануючих ран. На 55-ту добу, хвору було виписано зі сприятливим прогнозом.

## Висновки:

1. ГФ є високо актуальною небезпечною патологією, яка може виникати у осіб обох статей і вимагає комплексного підходу до діагностики і лікування.
2. Своєчасна діагностика та комплексне адекватне лікування ГФ є запоруками успішного одужання пацієнтів з цією патологією.

## Тактичні підходи до лікування гострої obturaційної кишкової непрохідності пухлинного генезу

В. В. Міщенко, В. В. Грубник, П. І. Пустовойт, В. В. Горячий

Одеський національний медичний університет,  
Одеська обласна клінічна лікарня,  
Департамент охорони здоров'я Одеської ОДА

**Вступ.** Гостра obturaційна кишкова непрохідність (ГОКН) пухлинного генезу складає від 9,4 до 27,1% серед усієї невідкладної абдомінальної патології. У 20% випадків діагностується IV стадія захворювання. При ГОКН пухлинного генезу 36,5 – 44,9% операцій носять паліативний і симптоматичний характер. Пацієнти з ГОКН, як правило, оперуються в загально-хірургічних відділеннях районних та міських лікарень.

**Мета** – досконалити тактичні підходи до лікування obturaційної кишкової непрохідності пухлинного генезу у відділеннях загально-хірургічного профілю.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведно аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 112 хворих раком товстої кишки, ускладненого ГОКН.

Всім хворим проводили клінічне обстеження, оглядову рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, УЗД, комплексна лабораторна діагностика, за показаннями – ургентна фіброколоноскопія, лапароскопія для діагностики, вибору методу лікування.

Обсяг і тривалість передопераційної підготовки залежали від тяжкості стану хворих, функціонального стану серцево-судинної, дихальної та сечовидільної систем, характеру майбутньої операції.

**Результати та їх обговорення.** Більшість пацієнтів – 77(68,8%) госпіталізовано в 24 – 72 години від початку захворювання. В першу добу були госпіталізовані 17(15,2%) хворих, 35(31,3%) – після 3 діб з появи перших ознак ГОКН. Жінок було 63(56,3%), чоловіків – 49(43,8%). Середній вік склав  $66,3 \pm 4,7$  року.

У вкрай важкому стані, з явищами декомпенсації функцій життєво важливих органів госпіталізовано 7(6,3%) хворих, у важкому – 43(38,4%), середньої тяжкості – 62(55,4%).

Локалізація обтуруючої пухлини була у лівій половин товстої кишки – 79(70,5%) хворих, найчастіше це сигмоподібна кишка і ректосігмоїдний відділ товстої кишки (48,2%). Поразка сліпої кишки діагностована у 13(11,6%) хворих, висхідного відділу – у 11(9,8%), нисхідного відділу – у 14(12,5%), прямої кишки – у 11(9,8). Ураження попереково-ободової кишки виявлено у 6(5,4%) хворих. У 3(2,7%) випадках виявлено первинний множинний рак товстої кишки.

У всіх хворих пухлина була III-ї а, б або IV-ї стадії онкологічного процесу. У 70(62,5%) пацієнтів була діагностована декомпенсована ГОКН, у 42(37,5%) – компенсована і субкомпенсована.

В перші 6 год з моменту надходження прооперовані 55(49,1%) хворих, через 7–12 год – 36(32,1%), через 13–24 год – 15(13,4%), у більш пізні терміни – 6(5,4%) пацієнтів.

У 32(28,6%) хворим виконано формування обхідного ілеотрансверзоанастомоза, накладення двохствольної колостоми, у 5(4,7%) – трансверзостомію, у 17(15,2%) – сігмостомію.

У 19(17%) пацієнтів проведена лівобічна геміколектомія з формуванням трансверзостомію. Операція по типу Гартмана виконана у 38(33,9%) хворих.

Післяопераційні ускладнення зареєстровані у 30(26,8%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 27(24,1%) випадків.

#### **Висновки.**

1. Діагноз гострої обтураційної кишкової непрохідності пухлинного генезу без уточнення локалізації зони обструкції встановлюється при клінічному дослідженні, при оглядовій рентгенографії та УЗД черевної порожнини.

2. Обсяг оперативного втручання слід визначати диференційовано, залежно від вираженості явищ кишкової непрохідності та перитоніту, поширеності пухлинного процесу, тяжкості стану хворого і супутньої патології.

## **Лікування хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу**

**В. В. Петрушенко, С. В. Хитрук, О. М. Скупий, Я. В. Радьога,  
М. О. Мельничук, С. А. Чешенчук**

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова**

**Вступ.** Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу – остання ланка у послідовності ускладнень цирозу печінки, яка викликана прогресуванням фіброзу тканини печінки, блокуванням руху крові через тканину, розвитком синдрому портальної гіпер-

тензії, внаслідок чого йде розвиток колатерального кровотоку з прогресуванням розширення вен стравоходу та наступним їх розривом. Вже перший її епізод супроводжується смертністю 30 – 50%. Більшість пацієнтів цієї категорії молодше 60 років, що є істотною соціально-економічною проблемою для суспільства і вимагає покращення їх лікування.

**Мета.** Покращити результати та якість лікування хворих з шлунково – кишковими кровотечами портального генезу.

**Об'єкт та методи дослідження.** В клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова у 2017 році перебувало на стаціонарному лікуванні 65 хворих з портальною гіпертензією ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу. Серед даного контингенту хворих було 23 жінок (35,4%) та 42 чоловіків (64,6%). Середній вік склав – 54 роки і коливався від 26 до 76 років. Усім хворим проводили повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Джерело кровотечі встановлювали при проведенні діагностичної езофагогастроуденоскопії. У хворих були наявні варикозно розширені вени стравоходу з кровотечею з них. З метою зупинки кровотечі хворим виконували ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу, що кровили, досягався надійний гемостаз. Ендоскопічне лігування вариксів виконано 41 хворому (63,0%). Усі хворі отримували консервативну терапію – гемостатичну, антисекреторну, замісну, симптоматичну. З метою зниження тиску в системі портальної вени та попередження рецидиву кровотечі призначали неселективні бета – адреноблокатори (при відсутності у хворих протипоказів). В подальшому хворим з метою зниження тиску в системі портальної вени та попередженню появи нових варикозно розширених вен виконували рентгенендоваскулярні оперативні втручання – емболізацію селезінкової артерії. Дане ендоваскулярне оперативне втручання виконано 7 хворим ( 10,8% ).

**Результати та обговорення.** Серед пролікованих 65 хворих з портальною гіпертензією ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу за період 2017 року виписано з покращенням із зупиненою кровотечею – 55 хворих, померло – 10. Летальність склала – 15,3%. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала – 6,2 ліжко-днів. Усі померлі хворі отримували лише консервативну симптоматичну терапію. У хворих, яким було виконано лігування варикозно розширених вен стравоходу, досягнуто надійного гемостазу, після проведення емболізації селезінкової артерії – стійке зниження тиску в системі портальної вени. Після проведених поєднаних оперативних втручань усі хворі були виписані додому, летальності не було. Для порівняння, у 2014 році без застосування мініінвазивних оперативних втручань серед хворих даної категорії летальність склала 30,5% (на стаціонарному лікуванні знаходилося 59 хворих, померло 18).

**Висновки.** Ендоскопічне лігування є сучасним мініінвазивним методом хірургічного лікування і профілактики кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу у хворих з синдромом портальної гіпертензії. Емболізація селезінкової артерії дає зниження градієнта портального тиску і це зменшує ризик розвитку ускладнень портальної гіпертензії і покращує загальну виживаємість. Застосування мініінвазивних оперативних втручань у хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу покращує результати лікування хворих, зменшує тривалість та вартість лікування, поліпшує якість життя.

## Удосконалення методики інтубації тонкої кишки в хворих на гостру кишкову непрохідність

В. П. Польовий, С. І. Райляну, Р. І. Сидорчук, О. О. Карлійчук,  
А. С. Паляниця, О. М. Плегуца

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Вступ.** За гострої кишкової непрохідності в різні періоди її перебігу розвивається синдром ендотоксикозу різного ступеня тяжкості. Відомо, що даний синдром притаманний завжди для перебігу гострої кишкової непрохідності і може проявлятися значно раніше інших ускладнень, а його наслідки можуть проявлятися в подальшому у вигляді перитоніту, або купіруватися проведеним лікуванням хворого.

На сьогодні відсутній єдиний підхід до визначення тактики щодо профілактики розвитку ендотоксикозу, що утруднює визначення оптимального об'єму лікування. У цьому контексті недостатньо вивчена роль ранньої декомпресії тонкої кишки, ентеролаважа та ентеросорбції, що стало предметом даного дослідження.

**Мета дослідження.** Покращити результати лікування хворих на гостру кишкову непрохідність, шляхом попередження розвитку і лікування синдрому ендотоксикозу.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами узагальнені за 2012–2017 рр. результати хірургічного лікування 174 пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю. Хворі поділені на 2 групи: I група – 85 пацієнтів, яким проводилось лікування за запропонованим авторами методом, II група – 89 хворих, яким інтубація кишечника не проводилась.

Інтубація кишечника виконана 55 раз, що склало 21%. Інтубація кишечника проведена запропонованим в клініці загальної хірургії Буковинського державного медичного університету «Двохпросвітним зондом для інтубації кишечника із направляючою оливою–провідником, лаважною системою, світлодіодним контролером місця розташування зонда та внутрішньою трубкою–запобіжником аспірації».

**Результати дослідження та їх обговорення.** На сьогоднішній день доведена необхідність застосування інтубації тонкої кишки і проведення ЕЛ та ЕС як найбільш ефективних методів екстракорпоральної детоксикації при важкому перебігу гострої кишкової непрохідності. Однак, як показує клінічний досвід, даний метод не завжди має однакову ефективність. Вона коливається від досить ефективної до мінімальної. Перевагу віддавали назогастральній інтестинальній інтубації (45 раз), що склало 81,8%. У 8 хворих інтубація проведена через ентеростому (14,5%) і у 2-х – через цекостому (3,7%). Від назогастральної інтестинальної інтубації відмовлялись в тих випадках, коли пацієнти були похилого віку і при неможливості проведення зонда через 12-палу кишку.

Використання інтубації кишечника з ентеролаважем, ентеросорбцією сприяє покращанню стану хворих, відновленню функції кишечника, зменшенню задишки, стабілізації гемодинамічних показників. Відновлення моторної функції тонкої кишки після її проведення у 84% хворих відмічено до кінця другої доби та зменшенню загальної летальності з 26,4% хворих, яким інтубація кишечника не проводилась до 8,6%, в групі хворих де вона застосована.

### Висновки.

1. Інтубація тонкої кишки має особливо важливе значення в лікуванні синдрому ендотоксикозу за гострої кишкової непрохідності, а включення в програму лікування ентеролаважу і ентеросорбції є ефективним методом детоксикації.



2. Розроблений кишковий зонд може бути використаний не тільки для проведення ентеролаважу у ентеросорбції, а й для проведення ентерального харчування.

## Порушення в системі зсідання крові у хворих на гострий холангіт

М. М. Посівнич, Р. О. Чукла, О. В. Лукавецький

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Одинадцять із тринадцяти факторів зсідання крові синтезуються у печінці. Тому її стан відіграє як пряму, так і опосередковану роль у системі зсідання крові. Гострий холангіт (ГХ) має виражену токсичну дію на паренхіму печінки, що проявляється розладами в системі зсідання крові, розвитком синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) з посиленням секреції та активації цитокінів, а у подальшому – виникненням органної дисфункції, яка може бути причиною смерті хворого.

**Мета.** Визначити порушення у системі зсідання крові в залежності від ступеня тяжкості ГХ.

**Об'єкт дослідження:** гострий холангіт легкого, середнього та важкого ступеню важкості. **Методи дослідження** – загальноклінічні, імуноферментний аналіз, рентгенологічні, ультрасонографія, комп'ютерна томографія, статистичні.

**Результатита обговорення.** З 2008 по 2017 роки у II-ому та III-му хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні було проліковано 86 хворих на ГХ. З них чоловіків було 21 (24,49%), жінок – 65 (75,61%). Вік хворих був у межах від 22 років до 78 і в середньому становив  $56,7 \pm 15,13$  року. Усі пацієнти були розділені на три групи: I-а – хворі на ГХ, як ускладнення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та калькульозного холециститу без холедохолітіазу – 25 (29,1%) хворих; II-а група – хворі на ГХ, як ускладнення холедохолітіазу – 42 (48,8%) хворих і третя група – хворі на ГХ, як ускладнення стенозу великого дуоденального сосочка – 19 (22,1%) хворих. У нашому дослідженні ми використовували критерії важкості ГХ, які були прийняті на погоджувальній міжнародній конференції в Токіо у 2013 році. У першій групі 20 пацієнтів було з легким, 3-є – зі середнім і 2-є з важким ступенем ГХ. У другій групі з легким ступенем було 32 хворих, 6 зі середнім і 4 з важким ступенем захворювання. Третю групу склали 8 пацієнтів з легким, 4 зі середнім та 7 з важким ступенем ГХ.

Окрім загальноклінічних досліджень ми визначали концентрацію у сироватці крові активованого протейну С (АПС), як потужного природнього антикоагулянта, що синтезується у печінці та ендотелії судин, а також молекулу міжклітинної адгезії-1/ intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1) – прозапальний медіатор на першу, третю та сьому добу з моменту поступлення пацієнта до клініки.

Середні показники концентрації АПС були найнижчими у хворих з тяжким перебігом ГХ, ускладненим поліорганною дисфункцією ( $72,4 \pm 21,3\%$  при нормі 105–119%), а ICAM-1 – найвищими ( $155,96 \pm 43,7$  нг/мл при нормі 85,0 – 138,0 нг/мл) ( $p < 0,05$ ). Між показниками концентрацій АПС та ICAM-1 у пацієнтів з легким, середнім та важким ступенем важкості ГХ була встановлена чітка обернена кореляція з моменту надходження до стаціонару та впродовж усього періоду спостереження:  $r = -,8764$ ,  $r = -0,9321$ ,  $r = -0,9593$  відповідно. Окрім цього встановлена пряма кореляція між зниженням концентрації АПС та кількістю тромбоцитів ( $r = 0,88120$ ,  $0,94104$  і  $0,94125$ ), а також між

концентрацією ICAM-1 та гематокритним числом ( $r=0,90688, 0,97626$  і  $0,95189$ ) залежно від важкості перебігу ГХ.

#### **Висновки.**

1. Гострий холангіт супроводжується порушенням у системі зсідання крові, які характеризуються зниженням вмісту АПС та зростання сироваткових рівнів ICAM-1 ( $p<0,01$ ), особливо у пацієнтів з ПОД.

2. Для корекції порушення системи коагуляції-фібринолізу рекомендуємо стосування низькомолекулярних гепаринів та N-ацетилцистеїну, як антиадгезивного препарату.

## **Відеолапароскопія в лікуванні гострого апендициту при ретроперитонеального розташування червоподібного відростка**

**А. В. Сивожелізов, Д. А. Смецков, П. В. Свірепо**

**Харківський національний медичний університет**

**Актуальність.** Ретроперитонеальне розташування апендикса (РРА) спостерігається у 2,5 – 11,5% хворих з гострим апендицитом (ГА). Пізня діагностика ГА, черевна локалізація апендикса призводять до тяжких ускладнень і технічних труднощів апендектомії. При цьому летальність може досягати 1,2%.

**Мета дослідження.** Вивчення результатів застосування відеолапароскопії у хворих ГА при РРА.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 105 пацієнтів з ГА при РРА, яким виконана апендектомія з 2000 по 2017 г. Робота виконана на базі хірургічних відділень м. Харкова. Всі хворі розділені на дві групи: 1 група (порівняння) – 45 (42,9%) пацієнтів, оперовані з використанням лапаротомного доступу: за Мак-Бурнеєм – 30 (66,7%), серединна лапаротомія – 15 (33,3%); 2 група (основна) – 60 (57,1%) хворих, оперовані відеолапароскопічно. Середній вік пацієнтів в обох групах склав  $47,5 \pm$  років. З них чоловіків – 46 (43,8%), жінок – 59 (56,2%).

**Результати та їх обговорення.** За ступенем деструкції червоподібного відростка спостерігали в 1 групі такі форми: катаральний – у 9 (20%) хворих, флегмонозний – у 20 (44,5%), гангренозний – у 10 (22,2%), перфоративний – у 6 (13,3%). У 2 групі катаральний – у 10 (16,7%) пацієнтів, флегмонозний – у 37 (61,6%), гангренозний – у 6 (10%), перфоративний – у 7 (11,7%). Повний РРА відзначено в 1 групі у 14 (31,1%) хворих, у 2 групі – у 15 (25%). Неповне РРА зустрілося в 1 групі у 31 (68,9%) пацієнтів, у 2 групі – у 45 (75%). ГА, ускладнений абсцесом з місцевим перитонітом, діагностований у 1 групі у 9 (20%) хворих, у 2 групі – у 15 (25%). Відмежований перитоніт у 1 групі виявлений у 15 (33,3%) хворих, у 2 групі – у 22 (36,7%). Поширений перитоніт у 1 групі виявлений у 10 (22,2%) пацієнтів, у 2 групі – у 15 (25%). У 1 групі операція апендектомія виконувалася через косозмінний розріз за Мак-Бурнеєм у 30 (67, 5%) пацієнтів. Серединна лапаротомія в цій групі потрібна була 15 (32,5%) хворим. Всі операції в 1 групі завершені дренаванням черевної порожнини через контрапертуру. У 2 групі всі пацієнти оперовані за допомогою відеолапароскопії. Кукса червоподібного відростка при цьому оброблялася накладенням подвійний лігатури з біполярної коагуляцією її слизової. Техніка лапароскопічної апендектомії (ЛАЕ) при РРА відрізнялася від стандартної ЛАЕ. Додатково до стандартних трьох троакарів при виникненні труднощів з метою додаткового зміщення

органів вводили четвертий (5 мм) троакар в зоні операції. Після розтину очеревини червоподібний відросток виділяли з навколишніх тканин тупим і гострим шляхом, застосовуючи попередню біполярну коагуляцію брижі відростка. Середня тривалість операції в 1 групі склала  $75 \pm 10,5$  хв., у 2 групі –  $35 \pm 3$  хв. В обох групах летальних випадків не спостерігали. З боку органів черевної порожнини післяопераційних ускладнень не відзначено. Місцеві ускладнення відзначені у вигляді інфільтрату післяопераційної рани: в 1 групі – у 5 (11,1%) пацієнтів, у 2 групі – у 2 (3,3%). Середній ліжко-день в 1 групі склав 9,1 л/д, у 2 групі – 5,5 л/д.

**Висновки.** 1. Відеолапароскопія дозволяє об'єктивно оцінити морфологічні зміни в червоподібному відростку при його ретроперитонеальному розташуванні і виконати апендектомію.

2. Застосування ЛАЕ дозволяє значимо зменшити частоту ранових післяопераційних ускладнень і скоротити термін перебування пацієнта на ліжку.

## Современные аспекты хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с учетом степени тяжести перитонита

Ю. В. Товбин, И. Н. Ангеловский, В. В. Солдусова, Ю. Л. Писаренко,  
Т. А. Мосейко, А. А. Жердев

ЗМАПО МОЗ України

**Вступление.** Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний, которые выявляются у 10–15% взрослого населения. Несмотря на успехи гастроэнтерологов за последние 15 лет в лечении ЯБ, отмечен рост ее осложненных форм с 4,2% до 4,7% по Украине. До настоящего времени отсутствует единая позиция по выбору методов хирургического лечения перфоративных язв (ПЯ) в зависимости от срока возникновения перфорации, распространенности и тяжести перитонита, возраста больного.

**Цель исследования** – оценить результаты лечения больных с ПЯ двенадцатиперстной кишки в зависимости от тяжести перитонита, возраста и сопутствующей патологии.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 138 больных. Мужчин было 92% (127), женщин 8% (11). Ошибки в диагностике на догоспитальном этапе чаще встречаются в результате атипичного течения клиники прободения. В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 107 (77,5%) пациентов, от 6 до 24 ч – 14 (10,2%), свыше 24 ч – 17 (12,3%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 138 пациентов у 99 (71,7%) больных диагноз перфорации полого органа не вызвал сомнений и был поставлен до операции на основании клинико–рентгенологических и ультразвуковых данных. В целях дифференциальной диагностики при неясной картине заболевания проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) 18,9% и лапароскопия 9,4%. У всех пациентов во время операции был установлен перитонит: распространенный у 31 (22,5%), диффузный у 101 (73,1%) и у 6 (4,4%) местный ограниченный. Реактивная фаза перитонита отмечена у 88 (63,8%), токсическая – у 42 (30,4%) и терминальная у 8 (5,8%).

Применялись следующие методы хирургического лечения: ушивание прободной язвы 58% (80), среди них 70% (56) видеолапароскопически; иссечение и ушивание с пилороп-

ластикой по Джадду–Танаку 17% (23); иссечение с дуоденопластикой по Джадду–Хорсли 15% (21); циркулярное иссечение язвы с ушиванием культи 12–ти перстной кишки и формированием термино–латерального гастродуоденоанастомоза 4% (6); пилоропластика по Гейнеке–Микуличу 3% (4); иссечение язвы с гастродуоденоанастомозом по Финнею 3% (4). Ваготомия выполнена у 79,7% больных.

В преобладающем большинстве случаев при бактериологическом исследовании перитонеальной жидкости удавалось высеять *Corynebacterium* у 50% больных, *Enterobacterium* 23% случаев, *Staphylococcus* 12% и *Streptococcus* 5%. В 10% случаев выявить патогенную микрофлору не удалось. Наибольшая чувствительность микрофлоры к применяемым антибиотикам остается к препаратам цефалоспоринового ряда.

Послеоперационная летальность составила 3,6%. Основными причинами был распространенный перитонит в связи с поздней госпитализацией, старческий возраст пациентов и тяжелые сопутствующие заболевания. Средний возраст умерших составил 79 лет.

#### **Выводы.**

1. Методом выбора при ПЯ двенадцатиперстной кишки являются органосохраняющие операции с иссечением язвенного субстрата, дренирующей желудок операции и одним из видов ваготомии.

2. Вид и объем пособия определяют строго индивидуально в зависимости от вида язвы, времени, прошедшего с момента перфорации, выраженности перитонита, возраста пациента, характера и тяжести сопутствующей патологии. Наилучшие результаты могут быть получены при ушивании ПЯ, причем это пособие целесообразно выполнять лапароскопическим доступом.

## **Місце лапароскопічних операцій в ургентній абдомінальній хірургії**

**М. І. Тутченко<sup>1</sup>, О. А. Ткаченко<sup>3</sup>, Б. І. Слонецький<sup>2</sup>, Г. Г. Рошнін<sup>2</sup>,  
І. В. Щур<sup>3</sup>, І. В. Вербицький<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ,

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

<sup>3</sup>Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

**Вступ.** Проблема хірургічного лікування гострих захворювань органів черевної порожнини залишається предметом дискусій, що пов'язано, з необхідністю впровадження в невідкладну хірургію сучасних лапароскопічних операцій.

**Мета.** Проаналізувати результати застосування лапароскопічних операцій в ургентній абдомінальній хірургії.

**Об'єкт і методи дослідження.** Робота ґрунтується на аналізі результатів лікування 9789 пацієнтів, які були госпіталізовані з гострими захворюваннями органів черевної порожнини в хірургічні відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва з 2013 по 2017 роки. Основну групу склали 2609 пацієнтів в яких, на відміну від групи порівняння (7180 пацієнтів), вдосконалена діагностико–лікувальна тактика розширювала показання до застосування лапароскопічних операцій.

**Результати та їх обговорення.** Аналіз захворювань у хворих обох груп виявив, що здебільшого це були пацієнти з гострим апендицитом – 1653 (63,36%) в основній групі та 4842 (67,43%) в групі порівняння. З гострим калькульозним холециститом в основній

групі було 712 (27,29%) пацієнтів та 1555 (21,66%) в групі порівняння. Виразкова хвороба ДПК, що ускладнилася перфорацією та гострі захворювання кишечника мали місце у кожного одинадцятого (9,36%) хворого основної групи та у кожного дев'ятого (10,9%) пацієнта групи порівняння.

У 1010 (61,1%) пацієнтів основної групи з гострим апендицитом була виконана лапароскопічна апендектомія, тоді як у групі порівняння вона була застосована лише в 511 (7,88%) хворих. З приводу гострого калькульозного холецистити в 695 (97,61%) хворих основної групи була виконана лапароскопічна холецистектомія, на відміну від пацієнтів групи порівняння, в котрих вона була застосована у 1456 (64,23%) хворих. Серед 154 пацієнтів основної групи, котрі були госпіталізовані з приводу перфоративної доденальної виразки в 51 (33,12%) хворого було виконано лапароскопічну дуоденорафію, в 16 (10,39%) – лапароскопічну дуоденопластику, в 6 (3,89%) випадках лапароскопічно-асистовану дуоденопластику та в 81 (52,59%) хворого особливості перебігу захворювання стали підставою до проведення транслапаротомної дуоденопластики. У хворих групи порівняння лише в 17 (2,41%) випадках було застосовано лапароскопічну дуоденорафію, в 465 (65,96%) пацієнтів було виконано транслапаротомну дуоденопластику та ще в 223 (31,63%) хворих транслапаротомну дуоденорафію.

У 106 (75,18%) пацієнтів групи порівняння з гострими судинними захворюваннями кишечника було виконано транслапаротомну резекцію кишечника, а в 35 (24,82%) випадках хірургічне втручання обмежилось лише експлоративною лапаротомією у зв'язку з генералізацією деструктивного процесу. Серед 42 пацієнтів основної групи діагностична лапароскопія у 10 (23,81%) хворих попередила виконання експлоративної лапаротомії.

Пацієнтам групи порівняння, що були госпіталізовані з приводу гострої злукової кишкової непрохідності в 132 (72,93%) випадках було застосовано транслапаротомний адгезіолізис та в 49 (27,07%) хворих він розширювався резекцією кишечника, тоді як в основній групі в 14 (29,17%) хворих було виконано лапароскопічний адгезіолізис, у 8 (16,67%) пацієнтів лапароскопічно-асистований адгезіолізис, у 10 (20,83%) хворих – транслапаротомний адгезіолізис та ще у 16 (33,33%) пацієнтів транслапаротомний адгезіолізис з резекцією кишечника.

Післяопераційний період у пацієнтів основної групи супроводжувався регіонарними ускладненнями у 248 (9,54%) хворих, системними у 186 (7,13%) пацієнтів, післяопераційна летальність склала 4,74%. У групі порівняння регіонарні ускладнення мали місце у 1206 (16,79%) хворих, системні ускладнення у 811 (11,29%) хворих, а летальність 7,32%.

## **Висновок**

Вдосконалення діагностико-лікувальної тактики дозволило збільшити кількість лапароскопічних операцій на 41,71%, що супроводжувалось зменшенням регіонарних ускладнень на 7,25%, системних ускладнень на 4,16% та летальності на 2,58%.

## **Діагностично-лікувальна тактика при тонкокишкових кровотечах**

**Я. П. Фелештинський<sup>1</sup>, В. Ю. Пироговський<sup>2</sup>, У. І. Гречана<sup>2</sup>, С. В. Плем'яник<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,

<sup>2</sup>Київська обласна клінічна лікарня

**Вступ.** Тонкокишкові кровотечі складають, за різними даними, до 5% всіх шлунково-кишкових кровотеч. Відомі методи діагностики (пасаж барію та ентероклізис,

мезентеріальна ангиографія) загалом не забезпечують адекватного виявлення джерела тонкокишкової кровотечі. Інтраопераційна ентероскопія супроводжується великою кількістю ускладнень та ятрогенних псевдопозитивних результатів, летальність досягає 17%. Поява нових методів діагностики – капсульної ендоскопії та двобалонної ентероскопії – дозволяє покращити результати діагностики у хворих з тонкокишковими кровотечами.

**Мета роботи** – оптимізувати діагностично–лікувальну тактику при тонкокишкових кровотечах.

**Об'єкт дослідження:** тонкокишкові кровотечі.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 194 пацієнтів з тонкокишковими кровотечами, які перебували в хірургічному та проктологічному стаціонарах КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня». Середній вік хворих склав  $45,3 \pm 1,3$  року, чоловіків було 126 (65%), жінок – 68 (35%). Основну групу склали 98 хворих, за період з травня 2011 року по грудень 2017 року і яким проводилися діагностика та лікування за розробленим нами діагностично–лікувальним алгоритмом, який включав езофагогастродуоденоскопію, колоноскопію, відеокапсульну ентероскопію та двобалонну ентероскопію.

Групу порівняння склали 96 хворих, за період з квітня 2009 року по грудень 2015 року і яким проводилися діагностика та лікування за традиційною схемою, яка включала езофагогастродуоденоскопію, відеоколоноскопію контрастну рентгенографію тонкої кишки, гемостатичну та інфузійну терапію.

**Результати та обговорення.** В основній групі за допомогою капсульної ендоскопії (КЕ) виявлено джерело кровотечі у 91 (92,8%) пацієнта, зокрема у 33 (33,67%) випадках – ерозії тонкої кишки, у 24 (24,49%) – виразки, у 24 (24,49%) – судинна патологія (ангієктазії, варикозне розширення вен тонкої кишки, артеріовенозні мальформації тощо), у 10 (10,2%) – новоутворення тонкої кишки. При триваючій кровотечі у 3 (3,1%) хворих з ангіодисплазіями виконували невідкладні хірургічні втручання (аргоноплазма коагуляція), при зупиненій кровотечі – у 3 (10,34%) планові хірургічні втручання (ендоскопічна резекція новоутворень), при рецидивній кровотечі – у 2 (4,26%) хворих виконана планова лапаротомія, резекція кишки. Консервативна терапія при ерозивно–виразкових ураженнях проводилась у 84 (85,7%) хворих.

В групі порівняння з використанням традиційного алгоритму виявлено джерело кровотечі у 23 (23,9%) хворих, зокрема 4 (4,2%) випадки ерозій тонкої кишки, 22 (22,9%) виразок, 25 (26%) судинних змін, 7 (7,3%) новоутворень. При триваючій кровотечі у 32 (33,3%) хворих виконували невідкладні хірургічні втручання (лапаротомія, прошивання кровоточивих судин), при зупиненій кровотечі – у 12 (12,5%) хворих – діагностична лапаротомія та лапароскопія, прошивання кровоточивих судин), при рецидивній кровотечі – 7 (7,3%) резекцій тонкої кишки з приводу пухлин. Консервативна терапія проведена 43 (44,9%) хворих.

**Висновки.** Застосування розробленого нами алгоритму з використанням капсульної ендоскопії та двобалонної ентероскопії дозволило виявити джерело тонкокишкової кровотечі у 92,8% хворих основної групи та визначити лікувальну тактику. При триваючій тонкокишковій кровотечі з виявленням її джерелом шляхом капсульної ендоскопії показана ургентна ендоскопічна, або відкрита операція, а при тонкокишковій кровотечі, що зупинилась – до обстеження та планове хірургічне лікування.

## Проблеми надання ургентної хірургічної допомоги потерпілим із політравмою на тлі ожиріння

С. Д. Хіміч<sup>1</sup>, О. М. Чемерис<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Серед великої кількості пацієнтів, які щоденно потребують ургентної хірургічної допомоги особливе місце займають потерпілі із політравмою на тлі ожиріння, які на різних етапах надання медичної допомоги потребують особливої уваги в обмежених часових рамках.

**Мета роботи.** Визначити основні проблеми у наданні ургентної хірургічної допомоги політравмованим пацієнтам на тлі ожиріння.

**Об'єкт і методи дослідження.** Клінічний матеріал склали 64 пацієнти із поєднаною закритою травмою тіла, які перебували на стаціонарному лікуванні протягом 2007–2018 рр.

Залежно від показників індексу маси тіла (ІМТ) усіх потерпілих було розподілено на три клінічні групи. До першої групи увійшли 24 (37,5%) хворих із нормальною масою тіла (ІМТ  $\geq 24,9$  кг/м<sup>2</sup>), до другої – 26 (40,6%) потерпілих із надвагою тіла та ожирінням І ст. (ІМТ = 26,2 – 34,2 кг/м<sup>2</sup>) та до третьої – 14 (21,9%) травмованих із ожирінням II – III ст. (ІМТ = 35,3 – 41,9 кг/м<sup>2</sup>).

**Результати та їх обговорення.** Усі хворі були доставлені до стаціонару бригадами екстреної медичної допомоги, де відразу були оглянуті черговим медичним персоналом. Залежно від стану гемодинаміки 50 (78,2%) потерпілих були віднесені до гемодинамічно стабільних, а 14 (21,8%) – до гемодинамічно нестабільних, що першочергового визначало подальшу діагностично–лікувальну тактику у таких пацієнтів.

У 4 гемодинамічно стабільних пацієнтів II клінічної групи (15,4%) та у 6 III клінічної групи (42,9% ( $p > 0,03$ )) перелік діагностичних не інвазивних медок був недостатнім, у зв'язку з чим вони скеровувалися в операційну для виконання діагностичного перитонеального лаважу при закритій абдомінальній травмі. При цьому у восьми випадках було діагностовано внутрішньочеревну кровотечу та ще у двох (II клінічна група) – отримано негативний результат.

Усі 14 гемодинамічно нестабільні (21,9% ( $p > 0,04$ )) пацієнти (II та III клінічна група) відразу ж були скеровані в операційну, де виконували весь перелік діагностичних маніпуляцій. Після цього у них було верифіковано внутрішньочеревну кровотечу, що в свою чергу потребувало екстреного оперативного втручання, після чого хворих переводили в реанімаційне відділення (термін перебування  $13,8 \pm 1,2$  доби;  $p > 0,05$ ). Окрім того у 12 потерпілих було діагностовано забій головного мозку різного ступеня тяжкості. Після стабілізації стану 3 потерпілих переведено у хірургічне відділення (термін перебування  $10,2 \pm 1,3$  ліжко–день), 11 хворих – у нейрохірургічне відділення (термін перебування  $18,7 \pm 1,6$  ліжко–день).

Враховуючи представлені дані дослідження, хочемо привернути особливу увагу до потерпілих із II–III ступенем ожиріння, яких навіть із стабільними показниками гемодинаміки з моменту поступлення потрібно відразу скеровувати до операційної, де є можливість виконувати інвазивні діагностичні маніпуляції для верифікації діагнозу, адже клінічна картина у людей з політравмою на тлі ожиріння не завжди відображає тяжкість пошкоджень, а наявний арсенал візуалізаційних методик у даної групи пацієнтів має достатньо низьку діагностичну цінність ( $s = 70,9$  та  $f = 81,4\%$  ( $p > 0,05$ )).

**Висновки.** В результаті проведеного аналізу спостережень за постраждалими із політравмою на тлі ожиріння виявлено надзвичайно велику кількість проблемних питань в діагностиці та наданні їм ургентної хірургічної допомоги. В залежності від ІМТ та ступеню ожиріння такі хворі потребують значного удосконалення діагностичної програми, особливої уваги зі сторони клініцистів різного профілю та удосконалення протоколів надання медичної допомоги на різних етапах.

## Спосіб покращення результатів лікування емпієми плеври

І. В. Чубар

Хмельницька обласна лікарня

**Вступ.** Актуальність проблеми обумовлена збільшенням частоти патологічних станів, перебіг яких ускладнює емпієма плеври. За останнє десятиліття відзначається стійке збільшення захворюваності гострою пневмонією, яка в 4% випадків ускладнюється розвитком емпієми плеври. Після оперативних втручань на органах грудної клітки (без ушкодження легені) гостра емпієма плеври спостерігається у 2–3% пацієнтів, після операцій на легенях – від 5 до 31%, а після операцій з приводу гострих гнійно-деструктивних захворювань легень – до 50%.

**Мета роботи.** Покращити результати лікування емпієми плеври, а саме прискорити очищення плевральної порожнини, розправлення легені та адгезію парієтального та вісцерального листків плеври.

**Матеріали і методи дослідження.** В основу проведеного дослідження покладено аналіз результатів лікування 197 (з них 12 із застосуванням запропонованого методу Патент України № 119889) клінічних випадків емпієми плеври, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні торакальної хірургії Хмельницької обласної лікарні в період 2010–2016рр. Усі пацієнти обстежувались відповідно до загальноприйнятих протоколів. Серед них гостра емпієма плеври була у 73.65% випадків, а хронічна – у 26.35% випадків.

**Результати дослідження.** В структурі пацієнтів було 102 випадки емпієми плеври без бронхіальної нориці та 95 з бронхіальною норицею. Середній термін перебування пацієнтів з емпіємою плеври в стаціонарі лікарні за вказаний період склав  $25.96 \pm 3.32$  ліжка днів (без застосування запропонованого способу) та  $18.16 \pm 1.42$  ліжка днів, де було застосовано наш спосіб лікування. Пацієнтам проводився забір матеріалу (вмісту плевральної порожнини) на визначення флори та чутливості. Запропонований спосіб показав антисептичні властивості *in vitro* та *in vivo* – у всіх випадках росту не було.

**Обговорення результатів.** З емпіємою плеври лікарі знайомі давно, перешкод в діагностиці на сьогодні немає, розроблена велика кількість способів оперативного лікування, арсенал фармпрепаратів щороку зростає. Проте залишаються невирішені ряд проблем – а саме: верифікація анаеробних збудників, якомога швидка ліквідація бронхіальних нориць та розправлення легені.

В нашому дослідженні ми продемонстрували попередні результати застосування нового способу лікування емпієми плеври, що повністю відповідають нашій меті.

**Висновки.**

1. Покращення результатів лікування можна досягти шляхом покращення результатів діагностики збудника для подальшої етіотропної терапії.



2. Використання фізичних методів (високочастотних коливань) покращує результати лікування пацієнтів з емпіємо плеври.

## Превентивна тактика до розвитку гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч у постраждалих з тяжкою черепно–мозковою травмою

В. П. Шевченко, О. П. Дмитренко, С. Є. Бережний, Г. І. П'ятикоп,  
В. В. Шевченко, О. В. Кравець, В. І. Барсук

Сумський державний університет,  
Сумська обласна клінічна лікарня

Ще у 1932 р. Cushing описав утворення виразок у шлунку і кровотечу у хворих після тяжких черепно–мозкових травм (ЧМТ). Наразі такі патологічні процеси відносять до гострих стресових виразок (ГСВ). Переважне значення в ульцерогенезі ГСВ надають ішемії слизової оболонки шлунку і ДПК в умовах розладу мікроциркуляції, гіповолемії, плазмовтрати та гіпотонії, збільшенню продукції АКТГ, кортикостероїдів, простагландинів, цитокінів (IL-1,6,8,12,TNF), що зумовлюють негативний вплив на захисний бар'єр слизової оболонки. Гострі ерозії та виразки протікають у постраждалих з тяжкою ЧМТ безсимптомно та виявляються, як правило, при виникненні масивної кровотечі. Летальність при ГСВ, ускладнених кровотокою, залишається високою, коливаючись від 16 до 87,5%, що обґрунтовує актуальність проблеми профілактики їх розвитку у постраждалих з тяжкою краніальною травмою.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості ГСВ при тяжких ЧМТ та можливості профілактики їх розвитку.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 230 постраждалих з тяжкою ЧМТ, які лікувалися у нейрохірургічному та реанімаційному відділеннях СОКЛ. Чоловіків було 166 (72,2%), жінок – 64(27,8%). Середній вік – 44,3 ± 3,6р. Хворі рандомізовані на 2 групи, першу склали – 124 особи, яким не проводилася противиразкова терапія, другу – 106 хворих, які її отримували. Тяжкість ЧМТ оцінювали за коматозною шкалою Глазго (CGS). В алгоритм обстеження крім лабораторних досліджень включали: краніографію, ехоенцефалоскопію, КТ головного мозку, ЕГДС. Активність кровотечі та стан гемостазу оцінювали за Forrest.

**Результати.** Серед 124 постраждалих з тяжкою ЧМТ (CGS<8 балів) першої групи гастродуоденальні кровотечі (ГДК) різного ступеню тяжкості спостерігалися у 22 (17,7%) хворих. При ЕГДС визначалися гострі множинні виразки діаметром 2–10 мм, що розташовувалися по малій кривизні і на відміну від пептичних виразок вони характеризувалися переважанням дистрофічних і некротичних процесів над запальними.

У 16 (72,7%) із них консервативне лікування було ефективним, 6 (27,35%) пацієнтів у зв'язку з відсутністю гемостазу прооперовані. Померли після операцій 2 (9,1%) хворих. Постраждали другої групи отримували додатково профілактичну противиразкову терапію, яка включала парантеральне введення квамателу, контралоку в мегадозах, ранне ентеральне харчування. Серед 106 постраждалих другої групи ГДК спостерігалися у 6 (5,7%), що суттєво менше порівняно із особами, які не отримували профілактичне противиразкове лікування (P<0,05). Консервативне лікування у них було ефективним і летальність від ГДК була відсутньою.

**Висновки.** У постраждалих з тяжкою краніальною травмою існує високий ризик розвитку ГСВ, які ускладнюються кровотечею і характеризуються значною летальністю. Профілактичне використання противиразкової терапії та раннього ентерального харчування сприяє суттєвому зменшенню частоти розвитку ГСВ та їх ускладнень, що аргументує доцільність впровадження превентивних противиразкових заходів у їх комплексне лікування.

## Особливості хірургічної тактики та віддалені результати лікування перфоративних дуоденальних виразок

Є. М. Шепетько, Д. О. Струменський

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

**Вступ.** В останні роки відмічається тенденція до зростання частоти перфоративних дуоденальних виразок (ПДВ) і це обумовлює актуальність проблеми їх хірургічного лікування. Аналіз віддалених результатів різних видів оперативних втручань при ПДВ (ушивання та висічення виразок, радикальні втручання на основі ваготомії) представляється досить важливим на сучасному етапі розвитку шлункової хірургії.

**Матеріали та методи.** Вивчені результати хірургічного лікування 922 хворих на ПДВ. Всіх пацієнтів було поділено на: контрольну групу або I період (1990–1995 рр.) – 249 хворих та основну, яку було поділено на Ia або II–й період (2000–2006 рр.) – 475 хворих та Ib або III–й період (2007–2013 рр.) – 198 пацієнтів. За увесь період спостережень органозберігаючі операції виконані у 517 (56%) пацієнтів, органозаощаджуючі – у 29 (3,1%), резекція шлунка – у 25 (2,7%), паліативні втручання (ушивання, ізольована дуоденопластика або пілоропластика) – у 351 (38,1%) осіб. Післяопераційна летальність склала 4,9% і знизилась в 1,3 рази (із 6% до 4,6%,  $p=0.4856$ ).

**Результати.** Зміна структури оперативних втручань в основній групі (II та III період – 2000–2013 рр.) у порівнянні з контрольною (I період – 1990–1995 рр.) полягала у зменшенні частоти радикальних операцій на основі ваготомії у 1,4 рази та збільшенні частоти висічення виразок з ізольованою пілоро- або дуоденопластикою у 1,4 та 22 разів відповідно. Радикальні оперативні втручання на основі ваготомії у пацієнтів з хронічними калькозними виразками та виразковим анамнезом супроводжуються мінімальною кількістю рецидивів – 0,4%. Високий відсоток рецидивів виразки після нерадикальних операцій висічення виразки з пілоропластикою (10,4%) навіть при доповненні сучасною ерадикаційною терапією вказує на небезпечність їх застосування при ПДВ. Застосування розробленої індивідуалізованої тактики та комплексного післяопераційного лікування призвело до покращення результатів операцій, зменшення післяопераційної летальності при паліативних операціях у 8 разів (з 34,1% до 4,3%), майже повній відсутності летальних випадків при органозберігаючих та органозаощаджуючих операціях (1 випадок після СПВ з дуоденопластикою у третьому періоді, що становило 0,2% від усіх органозберігаючих операцій), збільшення відмінних і добрих результатів, та також зниження «задовільних» і «незадовільних» результатів з 3,4% до 1,2% (у 2,8 рази) ( $p=0.089$ ,  $p>0,05$ ) та з 5,7% до 4,3% (у 1,3 рази) ( $p=0.29$ ,  $p>0,05$ ) у I та II періодах. У третьому періоді спостереження збільшилася частота «задовільних» та «незадовільних» результатів після паліативного втручання до 15,4% та 7,7% відповідно, що свідчить про низьку ефективність паліативного втручання, як методу операцій при ПДВ, навіть при

застосуванні ерадикаційної терапії, та в зв'язку із збільшенням кількості пацієнтів без дотримання „compliance” по відношенню до рекомендацій при виписці. На підставі отриманих віддалених результатів хірургічного лікування ПДВ доведено доцільність та обґрунтованість застосування радикальних операцій висічення виразок у поєднанні з раціональними видами ваготомій (СПВ, КВ) у хворих з виразковим анамнезом та грубими морфологічними змінами у зоні виразкового дефекту.

## **Висновки.**

1. Відмічена зміна структури оперативних втручань у бік зменшення частоти радикальних операцій на основі ваготомії та збільшення частоти висічення виразок з ізольованою пілоро- або дуоденопластикою.

2. Нерадикальні операції висічення виразки з пілоропластикою супроводжуються високим рівнем рецидивів (10,4%), що вказує на небезпечність їх застосування при дуоденальних перфораціях.

3. Доведено обґрунтованість доповнення висічення ПДВ раціональними видами ваготомій у пацієнтів з виразковим анамнезом, кальозними виразками та поєднанням ускладнень.

## **Стан нейтрофільної еластази при гострому апендициті**

**В. В. Шимко, Г. І. П'ятикоп**

**Сумський державний університет**

**Вступ.** Проблема лікування гострого апендициту не втрачає актуальності на протязі останніх десятиріч.

Частота післяопераційних ускладнень сягає 14–15%, а летальність тривалий час продовжує залишатися на рівні – 0,1–0,5%. При ускладнених формах гострого апендициту та за наявності супутніх захворювань летальність збільшується до 3–5%, а за даними деяких авторів – до 10%.

Відомо що у реакціях запалення та деструкції тканин значне місце займають процеси протеолізу. Один із найпоширеніших протеолітичних ферментів, якому останнім часом приділяється багато уваги з боку науковців, є нейтрофільна еластаза (НЕ). Доведено підвищення рівня еластази при різних запальних процесах та вивчено її взаємовідносини з факторами імунорегуляції.

Враховуючи етіологію гострого апендициту вивчення зміни показників нейтрофільної еластази при цьому захворюванні представляє практичний інтерес.

**Мета.** Вивчити зміни нейтрофільної еластази у хворих на гострий апендицит.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами проаналізовані результати лікування хворих на гострий апендицит. В групі дослідження було 25 хворих віком від 22 до 75 років, поміж них осіб чоловічої статі – 10, жіночої – 15.

Контрольну групу склали 15 практично здорових у віці 23–61 років, осіб чоловічої статі поміж них було – 7, жіночої – 8.

Дослідження проводилося з використанням спектрофотометра Apel PD-303 (Японія) в лабораторії СОКЛ. При виконанні дослідження у пробірку забирали 5 мл крові з ліктьової вени. Пробірку центрифугували при 1500 об/хв протягом 20 хвилин для отримання сироватки. Активність еластази визначали у термостатованій кюветі (t = 30°C) шляхом змішування 2,8 мл трисHCl буферу та 0,15 мл 1,18% розчину ВОС з 0,05

мл досліджуваної сироватки, розведеної 1:30. Після змішування інгредієнтів визначали зміну оптичної щільності проби щохвилини протягом 4 хвилин на однопроменевому спектрофотометрі при довжині хвилі 347,5 нм. Аналогічно визначали оптичну щільність контрольної проби, де замість сироватки хворого брали 0,05 мл фізіологічного розчину. За лінійним ходом реакції вимірювали приріст щільності відносно контрольної проби.

Активність нейтрофільної еластази вимірювали у нмоль/хв × мл. У здорових людей (контрольної групи) середній рівень нейтрофільної еластази дорівнював 69–71 нмоль/хв • мл.

**Результати, їх обговорення.** При госпіталізації до відділення у хворих на гострий апендицит при дослідженні протеолітичної системи визначено коливання рівня нейтрофільної еластази між 232 нмоль/хв × мл і 323 нмоль/хв × мл. Середній рівень ферменту становив  $M = 269,4 \pm 2,00$ , що у порівнянні з контрольною групою  $M = 70,1 \pm 0,52$  був більшим у 3,8 разу, різниця виявилася суттєвою більшою 95% ( $p < 0,001$ ).

В процесі лікування рівень еластази зменшився до  $171,5 \pm 0,55$  нмоль/хв × мл.

Порівнюючи отримані результати ми відмітили, що рівень нейтрофільної еластази був суттєво вищим у хворих на деструктивні форми гостого апендициту.

**Висновки.** Таким чином, при гострому апендициті на тлі запального процесу існує дисбаланс протеолітичної системи, а саме підвищення рівня нейтрофільної еластази сироватки крові. Так, рівень нейтрофільної еластази у хворих на гострий апендицит вищий у 3,8 разу у порівнянні з контрольною групою. При цьому рівень нейтрофільної еластази був суттєво вищим у хворих на деструктивні форми гостого апендициту.

## Хірургічне лікування мезентеріального тромбозу

М. Б. Шулик, К. Л. Цуркан, В. В. Сопілка

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький

Мезентеріальний тромбоз – одне з найбільш тяжких захворювань в невідкладній хірургії з високою летальністю. Шанси на виживання мізерні.

**Мета роботи:** визначення діагностичної та оперативної тактики лікування у хворих з мезентеріальним тромбозом.

**Матеріали і методи:** представлені результати діагностики та лікування 36 хворих з гострим порушенням мезентеріального кровообігу за період 2000–2017 рр. Чоловіків було 25, жінок – 11. Вік хворих від 46 до 83 років. Старше 70 років віку у 54,2%.

Відмічалась різноманітність патогенетично обумовленої супутньої патології (гіпертонічна хвороба 77,3%, ішемічна хвороба 48%). Біля 15% хворих в анамнезі мали інфаркт міокарда або гостре порушення мозкового кровообігу.

При направленні хворих у стаціонар вірний діагноз встановлений тільки у третини хворих. У решти діагностували «гострий живіт» (гострий панкреатит, холецистопанкреатит, кишкова непрохідність, перитоніт).

Під час госпіталізації проводили комплекс клініко–лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Класичні симптоми «катастрофи» у черевній порожнині (виражений больовий синдром, сухий язик, піддутий живіт, відсутність перистальтики, напруженість м'язів передньої черевної стінки, пальпаторно виявлена тістоподібна пухлина, часта дефекація з

рідкими кров'янистими виділеннями з прямої кишки, симптоми подразнення очеревини та ознаки інтоксикації – критерії інфаркту кишківника.

При оглядовій рентгенографії черевної порожнини у положенні стоячи виявленні вузькі та мілкі чаші Клойберга й товсті складки Керкринга. Ультразвукове дослідження виявило гіперпневматоз, розширення кишківника з відсутньою перистальтикою, наявну вільну рідину та її консистенцію. Найбільш достовірною ознакою інфаркта кишківника є геморагічний випіт отриманий під час лапароцентезу.

Консервативне лікування проведено 4 хворим через надто важкий стан або відмову пацієнтів та їх родичів від оперативного втручання.

Оперовано 32 хворих, у 19 виявлено ураження всієї тонкої кишки, а у 13 – сегментарне. У більшості хворих геодинамічні порушення виявленні в С/3 тонкої кишки, а у решти у термінальному відділі.

Діагностичні операції виконанні у 14 (43,7%), радикальні – у 28 (56,3%) хворих. Сегментарна резекція тонкої кишки виконана у 68,1% хворих; субтотальна (2/3 і більше) – у 14,2%; резекція тонкої кишки з правобічною геміколектомією 14,2% хворих та резекція сигмоподібної кишки по Гартману одному хворому.

Резекція проводилась з висіченням некротичної ділянки в межах здорових тканин (в залежності від кольору стінки кишки, набряку, некрозу, пульсації судин брижі та видимої перистальтики). У 8 хворих резекція завершена виведенням кінцевої ілеостоми. Обов'язково проводилась трансназальна інтубація кишківника з проведенням зонду за анастомоз (для компресії та ентерального харчування).

У трьох випадках в зв'язку з ретромбозом відвідної петлі під час релапаротомії зроблено повторна резекція кишки з анастомозом та накладанням стоми.

Померли 87,1% від прогресуючого перетоніту та поліорганної недостатності у перші дні після госпіталізації або оперативного втручання.

### **Висновки:**

1. Поставлений діагноз гострого тромбозу мезентеріальних судин є абсолютним показанням до виконання лапаротомії.
2. Резекція некротизованої кишки оправдана.
3. Ретромбоз у післяопераційному періоді виникає в відвідній петлі.

# 8

## ХІРУРГІЯ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ТА СЕРЦЯ



## Хірургічне лікування гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок у профілактиці тромбозів глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії

С. В. Бейчук<sup>2</sup>, Н. В. Семененко<sup>1</sup>, Б. В. Топорівський<sup>2</sup>, С. В. Махиня<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

Варикотромбофлебіт (ВТФ) тривалий час розглядався як доброякісна патологія, що виликовується самостійно чи потребує симптоматичного лікування. Найбільш важливою вадою сучасного стану проблеми ВТФ є тактика лікування, вибір методу операції та її термін.

**Мета дослідження:** покращення результатів лікування хворих варикотромбофлебітом та профілактика тромботичних ускладнень шляхом вибору оптимальної лікувальної тактики.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 362 хворих, госпіталізованих за екстреними показами з гострим ВТФ (склали 3 групи) та 79 хворих з хронічною варикозною хворобою вен (четверта група) на базі ОКЛ м. Києва. Усі хворі мали клас ХВН не вище С5 за СЕАР. Консервативне лікування проводилось 79 хворим. Хірургічне – 283 хворим: 72 – паліативні операції (кресектомія самостійна; в поєднанні з тромбектомією чи з перев'язкою перфорантних вен), 211 – радикальна флектомія. Порівняльна оцінка результатів проводилась в ранньому післяопераційному періоді чи в час перебування в стаціонарі (при консервативному лікуванні) та протягом наступних 3 років у контрольні строки. Оцінка ефективності проводилась за наступними параметрами: больовий синдром; частота гематом, лімфореї, пігментації, інфікування; термін усунення запалення; ліжко-день. У віддаленому періоді лікування враховували: термін тимчасової непрацездатності, частоту рецидивів, частоту ТГВ та ТЕЛА, частоту повторних операцій, об'єктивну кількісну оцінку тяжкості венозної патології, суб'єктивну оцінку ефекту лікування у відповідності до CIVIQ 2. Усім хворим виконувалось кольорове дуплексне ангіосканування.

**Результати та їх обговорення.** В результаті обстеження виявлено ураження великої підшкірної вени та її приток (в 81,6%), малої підшкірної вени(18,4%). Консервативне лікування забезпечило позитивний ефект у 59 хворих, проте не усунуло тромбозу повністю. У 20 (25,3%) хворих діагностовано прогресування ВТФ. У 7 (8,9%) хворих був ріст тромбу. У 4 хворих розвинувся ТГВ. У 15 хворих прогресування процесу потребувало оперативного лікування. Термін розвитку тромботичних ускладнень у хворих даної групи складав  $5,7 \pm 0,9$  доби. Певним недоліком флектомії є наявність післяопераційних ускладнень. Цей недолік компенсується відсутністю ускладнень, які виникали при консервативній терапії – прогресування ВТФ, виникнення ТГВ та ТЕЛА. Радикальна флектомія усуває патогенетичну основу захворювання. Після операції не було випадків рецидиву. У хворих, що лікувались консервативно, кумулятивна частота рецидиву склала 14,6%,  $p < 0,05$ . Таке ускладнення як тромбоз глибоких вен також не встановлено у оперованих хворих, тоді як трирічна кумулятивна частота ТГВ зареєстрована у 8,0% хворих після консервативної терапії. Дотримання алгоритму радикальної операції, техніки тромбектомії та флектомії, щадне ставлення до тканин звело до мінімуму частоту післяопераційних ускладнень.

**Висновки.**

Активна хірургічна тактика – стратегія лікування варикотромбофлебиту. Метод вибору – радикальна флектомія, завдяки якій тяжкість венозної патології регресує швидше, ніж після консервативного лікування. Екстрена операція необхідна при загрозі переходу тромбу на глибокі вени ( досягненні верхівки тромбу рівня  $\leq 5$  см до СФС або  $\leq 3$  см до СПС ). В інших ситуаціях показана термінова або відстрочена операція. Така доктрина пов'язана з високою частотою прогресування тромбозу у разі консервативної терапії та відсутністю чітких критеріїв ризику тромботичних ускладнень, що не дозволяє прогнозувати перебіг захворювання.

## Застосування VAC–системи у лікуванні кардіохірургічних хворих із стерномедіастинітом

В. В. Белейович, А. В. Габріелян, І. В. Кудлай, С. В. Романова,  
В. В. Слободян

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** Інфекційні ускладнення після стернотомії, що являється найчастішим кардіохірургічним доступом, виникають у 1–5% випадків. Стандартні методи лікування даної патології передбачають збільшення дози та терміну антибіотикотерапії, відкрите ведення рани із щоденними, багаторазовими, перев'язками з різними антисептичними засобами, виконання промивного дренивання переднього середостіння, а у випадках необхідності – різні пластичні реконструкції груднини. У 1997 р. L. Argenta і M. Morykwas із співавт. ввели новий метод – вакуум–асистоване лікування ран (vacuum assisted closure–VAC). Принцип лікування полягає у створенні в ділянці рани середовища з негативним тиском, що призводить до покращення дренивання.

**Мета:** Покращити результати лікування кардіохірургічних хворих з післяопераційним стерномедіастинітом із застосуванням VAC–терапії.

**Об'єкт та методи дослідження:** У відділі трансплантації серця та кардіохірургії за період часу з 2015 по 2017 року 7 хворих отримували VAC–терапію у зв'язку з інфікуванням рани після стернотомії. Всім пацієнтам попередньо проводилось оперативне втручання на серці, 5–тьом на серці, що працює та 2–ом із застосуванням штучного кровообігу. В даних пацієнтів VAC–терапія була використана, як перша лінія лікування. Терапевтичний алгоритм був ідентичним для всіх випадків раневих інфекції. VAC–систему змінювали кожні 3–6 діб. Критеріями для її видалення були негативні бактеріальні посіви, відсутність ексудату в рані та її грануляція.

**Результати та їх обговорення:** У всіх пацієнтів було досягнуто позитивного результату. У 5–ти хворих тривалість VAC–терапії становила 3–5 діб, під час якої, з рани було виділено 50–85 мл. (у середньому  $69 \pm 9,2$  мл.) ексудату. 2 пацієнти отримували VAC–лікування протягом 7–16 діб, кожні 4–6 діб VAC–ссистема змінювалась. Загалом у них виділилось 130–290 мл. (у середньому  $210 \pm 80$  мл.) ексудату. Взаємозв'язку з певним видом бактеріальної флори та типом рани не спостерігалось. У 100% хворих, після проведеного лікування, були покази до накладання вторинних швів, що й було виконано.

Відомо, що одним із небезпечних післяопераційних ускладнень в кардіохірургії залишається стерномедіастиніт, який часто призводить до летальності та збільшення тривалості госпіталізації. Раніше було доказано, що VAC–терапія, за рахунок негативного



тиску, сприяє покращенню кровопостачання в парастернальних тканинах, зокрема, хороший ефект спостерігається в підшкірній клітковині. Також було відмічено, що максимальна ефективність даного лікування була при застосуванні негативного тиску в межах від  $-75$  до  $-100$  мм рт.ст.

Тому, завдяки даному дослідженню, ми переконались в тому, що VAC-терапія дійсно сприяє проліферації клітин та неоангіогенезу, покращує кровопостачання уражених тканин, що, в свою чергу, забезпечує кращу циркуляцію антибактеріальних засобів, імунних клітин. Це призводить до зменшення набряку, збільшення доставки поживних речовин, видалення нежиттєздатних тканин. Тому, сукупність даних факторів сприяє значному покращенню стану як уражених тканин, так і організму в цілому. Доказом цього є повне загоєння ран у всіх пацієнтів, відсутність у них генералізації інфекції, чи інших можливих ускладнень.

## Висновок

VAC-система є безпечним та надійним методом лікування стерномедіастиніту в кардіохірургії та являється альтернативним варіантом для застосування її як першої лінії у лікуванні даного післяопераційного ускладнення, та призводить до скорочення терміну госпіталізації, покращення показників одужання.

## Экстренная хирургическая коронарная реваскуляризация у пациентов с острым инфарктом миокарда

А. Г. Бицадзе

ГУ «Институт сердца» МОЗ Украины

**Вступление.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) наиболее частая причина смерти во всем мире. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – наиболее грозное осложнение ИБС, следствием чего является острая или прогрессирующая сердечная недостаточность или тяжелые нарушения ритма. Самой частой и непосредственной причиной смерти пациентов с ОИМ является фибрилляция желудочков. В последние годы оптимизация периоперационного ведения, включая защиту миокарда, привела к приемлемым результатам при экстренной хирургической реваскуляризации миокарда, даже у пациентов с кардиогенным шоком. Сегодня экстренное коронарное шунтирование (КШ) больше не рассматривается как только операция отчаяния.

**Цель исследования** – оценка непосредственных результатов экстренной реваскуляризации миокарда у пациентов с ОИМ.

**Пациенты и методы исследования.** В период с января 2011 по август 2016 г. в ГУ «Институт сердца» МОЗ Украины были экстренно прооперированы 187 пациента с острым инфарктом миокарда (42 (22,5%) – без элевации ST-сегмента (NSTEMI), 145 (77,5%) – с элевацией ST-сегмента (STEMI). Во всех случаях значения тропонина I были положительные. У всех больных выполнено экстренное коронарное шунтирование в пределах 6 часов после проведения коронарографии. У преобладающего большинства пациентов 155 (83%) коронарное шунтирование выполняли, используя некардиоплегическую методику, то есть искусственную фибрилляцию сердца с интермитирующим пережатием аорты и умеренной гипотермией ( $28,5 \pm 0,5$ ) °C. У 32 (17%) больных КШ было выполнено на работающем сердце. Комбинацию левой внутренней грудной артерии

и венозных шунтов для реваскуляризации использовали только у гемодинамически стабильных больных 29(15,6%).

**Результаты и обсуждение.** В большинстве случаев для КШ нами использованы венозные графты. У 32 пациентов со стабильной гемодинамикой переднюю межжелудочковую артерию шунтировали при помощи левой внутренней грудной артерии. У 103 (55%) больных при наложении дистальных анастомозов применили интракоронарные шунты. Полная реваскуляризация (шунтированы не менее 3 артерий) достигнута у 152 (81,2%) пациентов. У 32 (17,1%) больных, на дооперационном этапе имплантированы стенты в инфаркт-зависимую артерию, но в связи неэффективностью данной процедуры больные были прооперированы. Общее количество шунтов на одного пациента составило  $2,7 \pm 0,4$ . Средняя продолжительность искусственного кровообращения была  $61 \pm 2,6$  мин. Госпитальная летальность в представленной группе пациентов была 12,2% (умерло 23 больных, все с элевацией ST-сегмента).

**Выводы.** Наш опыт продемонстрировал целесообразность и эффективность выполнения экстренной реваскуляризации миокарда у пациентов с ОИМ и нестабильной сердечной гемодинамикой или кардиогенным шоком, в случаях, когда интервенционное вмешательство или тромболитическая терапия являются безуспешными. Методика проведения КШ с использованием искусственной фибрилляции сердца с интермитирующим пережатием аорты и умеренной гипотермией безопасна у пациентов с ОИМ и позволяет достичь удовлетворительного уровня летальности, сопоставимого с результатами ведущих кардиохирургических клиник.

## Ефективність комплексного лікування хронічної венозної недостатності з трофічними виразками нижніх кінцівок у хворих похилого та старечого віку

О. О. Біляєва<sup>1</sup>, М. І. Балінська<sup>2</sup>, Є. Є. Крижівський<sup>1</sup>, В. П. Радкевич<sup>2</sup>,  
Р. П. Щеглок<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 6

**Вступ.** За даними Міжнародного союзу флебологів (2001) до 60% людей працездатного віку в світі страждають різними формами захворювань вен нижніх кінцівок. Від 12 до 17% населення України страждає венозною недостатністю нижніх кінцівок.

Цілостазол зменшує ризик тромбозу, збільшує продукцію окису азоту та вазодилатацію. Доведено, що цілостазол діє через інгібування ліпополісахарид-індукованого апоптозу та активізації виробництва оксиду азоту в ендотеліальних клітинах.

Тивортин має антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, антирадикальну дію, дезінтоксикаційну активність, проявляє себе, як активний регулятор проміжного обміну і процесів енергозабезпечення, а також має певну роль в підтримці гормонального балансу в організмі.

Оксид азоту з допомогою апарату «Плазон» викликає вазодилатацію, бактерицидну, антиагрегантну і антикоагулянтну дії та інші.

**Мета роботи:** покращити результати лікування хворих з хронічною венозною недостатністю в стадії трофічних виразок.

**Об'єкт і методи дослідження:** В 2014 році в II хірургічному відділенні КМКЛ № 6 було

проведено обстеження та проліковано 1560 пацієнтів, з ХВН було 132 (8,5%), а хворих похилого та старечого віку з них було 71 (53,8%). За 2016 рр. було проліковано 1884 пацієнта, з ХВН було 145 (7,6%), з них хворих похилого та старечого віку – 73 (50,3%).

Досліджувались хворі в С6 стадії за СЕАР. Були поділені на 2 групи: 1) основна (33 пацієнта), в якій призначався «Цілостазол», «Тивортин»; 2) група порівняння (25 пацієнтів), в якій призначалась ацетилсаліцилова кислота. «Цілостазол» призначався у дозі 1 таб. 100 мг 2 р/д, ацетилсаліцилова кислота – 100 мг 1 таб, 1 р/д., «Тивортин» 100,0 – в/в 1р/д.

З інструментальних методик застосовувалось ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок. Визначався ступінь агрегації тромбоцитів. Для вивчення змін в тканинах трофічної виразки проводилось патоморфологічне дослідження.

**Результати і їх обговорення.** Хворі основної групи отримували комплексне лікування із включенням препарату «Плестазол» та «Тивортин», а місцева терапія включала застосування аплікаційного сорбенту «Сертасил» та NO-терапії. Хворі групи порівняння отримували комплексне лікування із включенням препарату «Ацетилсаліцилова кислота», а місцева терапія включала застосування 10% NaCl з переходом на мазеві пов'язки. Під впливом препарату «Цілостазол» ступінь агрегації тромбоцитів зменшився у 1,8 рази на 10-й день лікування, що у 1,6 раз більше, ніж в групі хворих, які приймали ацетилсаліцилову кислоту. При дослідженні морфологічного матеріалу основної групи на 14-й день після початку лікування в препаратах спостерігалися поля грануляційної тканини, які вкриті багат шаровим плоским епітелієм. На 14-й день після початку лікування у групі порівняння відмічаються ділянки грануляційної тканини, що містять велику кількість склерозованих судин з явищами васкуліту

**Висновки.** При застосуванні «Цілостазолу» та «Тивортину» значно скорочуються фази перебігу ранового процесу, що сприяє швидшому загоєнню трофічної виразки, зменшується агрегація тромбоцитів, що обумовлює застосування судинних препаратів в комплексному лікуванні ХВН у осіб похилого та старечого віку.

### **Апаратна каваплікація, як засіб інтраопераційної профілактики тромбоемболії легеневої артерії під час хірургічного лікування нирково-клітинного раку, ускладненого пухлинним тромбозом нижньої порожнистої вени**

**С. О. Бойко, В. І. Русин, В. В. Корсак**

**Ужгородський національний університет**

**Вступ.** Поширення пухлини по просвіту ниркової і нижньої порожнистої вен є характерною особливістю нирково-клітинного раку (НКТ), що зустрічається в 4–14% випадків. Основним методом лікування даної патології є активна хірургія, що передбачає видалення пухлинного тромбу, ураженої нирки чи її частини, збереження прохідності нижньої порожнистої вени (НПВ). Дані операції належать до розряду складних і можуть супроводжуватися цілим рядом ускладнень, найбільш грізними з яких є тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) та масивна інтраопераційна кровотеча. При цьому, загальна інтраопераційна летальність становить 1,4–13%. Таким чином, сучасне хірургічне лі-

кування НКР, ускладненого пухлинним тромбозом НПВ вимагає не тільки досягнення онкологічної радикальності, але й відновлення прохідності НПВ та одночасного попередження інтраопераційних ускладнень і зокрема, ТЕЛА.

**Мета.** Розробити засоби інтраопераційної профілактики ТЕЛА під час хірургічного лікування НКР, ускладненого пухлинним тромбозом НПВ.

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідження включено 127 хворих з НКР, ускладненим пухлинною інвазією НПВ, які були піддані хірургічному лікуванню в Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. А. Новака. Чоловіків було 83 (65,4%), жінок – 44 (34,6%). Середній вік пацієнтів склав 56,9 років. Ураження пухлиною правої нирки мало місце у 85 хворих, лівої – у 42. Згідно з класифікацією клініки Мейо, хворі мали наступні рівні поширення пухлинного венозного тромбу у НПВ: 0–рівень виявлено у 50 (39,4%) випадках; I–рівень – у 26 (20,5%); II–рівень – у 27 (21,2%); III–рівень – у 18 (14,2%); IV–рівень – у 6 (4,7%). У 6 хворих мав місце поєднаний справжній масивний тромбоз НПВ та спільних клубових вен. Усі операції виконані з лапаротомного доступу. Під час операції застосовувались наступні оперативні прийоми: мобілізація НПВ за методом Кохера, мобілізації печінки і ротація її правої частки ліворуч за методикою “piggyback”, мобілізація органів “en block” у правих та лівих відділах черевної порожнини, методика пальцевого зсування верхівки тромбу у НПВ до рівня нижче головних печінкових вен, апаратна плікація НПВ, за розробленою нами методикою, за допомогою апарата УКБ–25. У 24 (58,5%) хворих апаратна плікація НПВ була виконана нижче ниркових вен, у 14 (34,1%) – вище ниркових вен, у 3 (7,3%) – вище головних печінкових вен. Під час операції використовували загальнохірургічні та судинні інструменти. Методи допоміжного і штучного кровообігу та тимчасових шунтів не використовували.

**Результати і їх обговорення.** Проведене хірургічне лікування мало позитивний результат у всіх хворих. Ми не зафіксували випадків інтраопераційної летальності від ТЕЛА. Після прошивання НПВ металевими скобами, ми не спостерігали будь-яких кровотеч зі стінки вени у ділянці розташування скоб. Перед накладанням апарату УКБ–25 на різні відділи НПВ необхідно враховувати клінічну анатомію притоків НПВ, щоб уникнути їх ушкодження. При застосуванні каваплікації вище ниркових судин не спостерігалось будь-яких ознак порушення венозного відтоку по нирковій і нижній порожнистій венах чи формування справжніх тромботичних вогнищ.

**Висновки.** Застосування апаратної каваплікації металевими скобами на різних рівнях НПВ є доступною і ефективною методикою профілактики інтраопераційної ТЕЛА під час хірургічного лікування НКР, ускладненого пухлинним тромбозом НПВ.

## Трансфасціальний тромбоз малої підшкірної вени у хворих з важкими стадіями хронічної венозної недостатності

П. О Болдіжар., О. М. Кочмарь, Я. М. Попович

Ужгородський національний університет

**Вступ.** Незважаючи на різноманітні методи лікування трансфасціальний тромбоз залишається частою причиною венозних тромбоемболічних ускладнень.

**Мета.** Покращити результати хірургічного лікування хворих з трансфасціальним тромбозом МПВ у пацієнтів з важкими стадіями ХВН.

**Матеріали та методи.** В хірургічній клініці ЗОКЛ ім. Андрія Новака за період із 2011 по 2017 роки тромботичне ураження вен системи малої підшкірної вени діагностовано у 14 пацієнтів з декомпенсованою стадією хронічної венозної недостатності.

Всім хворим виконана термінова радикальна флебектомія малої підшкірної вени (МПВ) з видаленням флотуючих тромбів із підколінної вени (ПВ). У післяопераційному періоді хворим проводилася вакуум–терапія трофічних виразок з наступною аутодермопластиком за методикою Тірша.

**Результати.** У 2 (14,3%) пацієнтів діагностовано тромбоз гирла МПВ, у 12 (85,7%) виявлено флотуючий тромб у ПВ. Правобічна локалізація трансфасціального тромбозу у ділянці гирла МПВ спостерігали у 6 (42,9%) пацієнтів, а лівобічна – у 8 (57,1%). Довжина флотуючої частини тромботичних мас при поширенні через сафено–поплітеальне співвуста (СПС) варіювала від 1,5 до 6,5 см, в середньому  $3,3 \pm 0,5$  см. Тромбоз СПС спостерігали у всіх пацієнтів, при цьому флотуюча верхівка тромботичних мас локалізувалася на рівні остіального клапану в 2 (14,3%) хворих, переходила в просвіт ПВ – у 12 (85,7%) випадків.

Для лігування МПВ використовували S–подібний доступ, який при необхідності продовжували вниз або вверх при різноманітній локалізації гирла. У 2 випадках, коли МПВ була тромбована до гирла, проводили ретельну дисекцію судини з наступною перев'язкою вище верхівки тромбу. У 12 пацієнтів виконали відкриту тромбектомію з гирла МПВ з наступною обробкою термінального відділу МПВ та її лігуванням. У цих пацієнтів діагностували перехід тромботичного процесу через СПС на ПВ. З них у 7 пацієнтів вдалося виконати тромбектомію з ПВ через гирло МПВ без венотомії ПВ, а у 5 пацієнтів виконання адекватної тромбектомії з ПВ потребувало поздовжньої венотомії останньої.

У ранньому післяопераційному періоді у 10 пацієнтів застосовано вакуум–терапію трофічних виразок, а у відтермінований період (2–3 тижні) виконано аутодермопластику трофічної виразки. При дотриманні вищенаведених правил, приживлення шкірних клаптів протягом одного місяця відбулося в 90% випадків.

Жодного випадку ТЕЛА у післяопераційному періоді не зафіксовано.

**Обговорення.** Частота ураження МПВ у 5–10 разів менша, ніж ВПВ. Особливостями варикотромбофлебиту у МПВ є менша площа ураження і, відповідно, менш виражений больовий синдром, що спричиняє більш пізні звернення пацієнтів за медичною допомогою та поширення тромбозу через прямі і непрямі перфоранти на підколінну, стегнову вени і суральні синуси.

Суттєва різниця в діаметрах МПВ та підколінної вени, а також висока швидкість кровотоку у підколінній вені, яка унеможливує фіксацію тромбу до стінки магістральної вени, створюють умови для утворення флотуючих тромбів довжиною понад 5 см, які доволі часто стають причиною фатальної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). При трансфасціальному тромбозі наявність флотуючої верхівки тромботичних мас дозволяє виставляти абсолютні покази до операційного лікування, яке передбачає тромбектомію із глибокої венозної системи з наступним видаленням тромботично уражених поверхневих вен.

**Висновки.** Використання радикальної флебектомії МПВ з видаленням флотуючої частини тромбу у пацієнтів з венозною недостатністю в стадії декомпенсації з наступним застосуванням вакуум–терапії гнійно–трофічних дефектів та аутодермопластики, дозволяє надійно профілакувати ТЕЛА та сприяє швидкому загоєнню трофічних ран.

## Тактика лікування кардіохірургічних хворих з супутнім стенотичним ураженням каротидних артерій

Л. В. Бондар<sup>2</sup>, О. А. Крикунов<sup>1</sup>, О. Р. Матяш<sup>1</sup>, В. В. Федько<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М.Амосова НАМН України,

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

**Мета** – провести аналіз безпосередніх результатів каротидної ендартеректомії у кардіохірургічній групі хворих.

**Матеріали і методи.** За період 01.01.2017 р. по 01.02.2018 р. було виконано обстеження і лікування 18 пацієнтів, які мали поєднання кардіохірургічної патології з різними варіантами гемодинамічно-значимих звужень сонних артерій (СА). Середній вік склав  $64,4 \pm 9,9$  (46–79), співвідношення пацієнтів чоловічої і жіночої статі склало 3,5 (14:4). Дослідження хворих включали: ЕКГ, Ехо-КГ, Ro-контрастних методів обстеження серцево-судинної системи. Ступінь враження СА оцінювалась даними отриманими в результаті дуплексного сканування. Стан мозкової тканини оцінювали за допомогою МРТ, СКТ.

**Результати і їх обговорення.** Всім пацієнтам зі стенозами СА (n=18) виконані наступні хірургічні втручання: ендартеректомія – 14 (77,8%) пацієнтам, тромбendarтеректомія – 3 (16,6%) пацієнтам. Додатково в одному (5,5%) випадку виконано резекцію з редресацією СА зліва з приводу S-подібного звивистого ходу лівої внутрішньої СА. Загалом втручання на лівій СА було виконано – 10 (55,6%) хворим, на правій – 7 (38,8%) хворим, з обох сторін – 1 (5,6%) хворому.

Поєднання каротидної ендартеректомії з кардіохірургічними втручаннями було в 8 (44,4%) спостереженнях. У двох (11,1%) хворих одномоментні втручання на СА і серці були виконані з приводу субоклюзії ПМШГ і головного стовбура ЛКА. Роздільні втручання з першочерговим проведенням каротидної ендартеректомії були виконані у 4 (22,2%) планових кардіохірургічних хворих. У двох хворих (11,1%) каротидна ендартеректомія була виконана у віддаленому періоді після кардіохірургічних втручань (протезування аортального клапану, аортокоронарного шунтування). Після кардіохірургічних втручань ускладнень не було. В ранньому післяопераційному періоді оцінка по шкалі Глазго склала для всіх хворих 15 балів. Кровотеча під час кардіохірургічного втручання в операційній склала  $375 \pm 35,3$  (350–400) мл., в реанімаційному відділенні –  $382 \pm 86,5$  (260–460) мл.

В наслідок малого ступеня вираженості набутої вади серця (друга ступінь) у 10 (55,5%) хворих була проведена каротидна ендартеректомія та в подальшому підлягають диспансерному нагляду.

Відповідно з повноцінним гемостазом в ранньому післяопераційному періоді, всім пацієнтам призначали низькомолекулярні гепарини та Клопідогрель 75 мг. В чотирьох випадках додатково після екстубації назначали Варфарин у зв'язку з імплантацією штучних клапанів (цільове значення МНО 2,5–3,0). Низькомолекулярні гепарини відмінялись після досягнення цільових значень МНО. Для пацієнтів після ревазуляризації міокарда та каротидної ендартеректомії призначалась антитромбоцитарна терапія: Аспірин 100 мг + Клопідогрель 75 мг. Широко користувались вітчизняними препаратами поліфункціональної дії: реосорбілактом, тіворелем, латреном, а також антисептиками декасаном і горостеном, антибіотиками лефлоцином і грандазолом, тівортіном, сорбілактом і сорбітолом, зважаючи на супутній цукровий діабет у значній кількості хворих.

**Висновки.** При виборі поетапного оперативного лікування поєданого ураження сонних артерій та кардіальної патології, першочергової корекції підлягають ураження сонних

артерій з наступним проведенням кардіохірургічних втручань. Пацієнти з поєднанням критичного звуження коронарних артерій (субоклюзії) та гемодинамічно-значимими ураженнями сонних артерій потребують одномоментної каротидної ендартеректомії та кардіохірургічного втручання. Підсилений антикоагулянтний і дезагрегантний режим не впливав на частоту геморагічних ускладнень після кардіохірургічних втручань.

## Особливості діагностики та хірургічного лікування ембологенних стенозів внутрішньої сонної артерії

Л. В. Бондар<sup>1</sup>, В. А. Черняк<sup>1</sup>, В. М. Селюк<sup>1</sup>, А. А. Завгородній<sup>2</sup>,  
П. П. Мінченко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Олександрівська клінічна лікарня м. Київ

**Мета роботи:** визначити можливості доопераційної діагностики ембологенних стенозів сонних артерій (СА) та безпечної каротидної ендартеректомії при цьому.

### Матеріал та методи.

У 2014–2017 роках реконструктивні операції на ВСА виконано у 258 хворих віком 43 – 85 років. Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за типом ішемії перенесли 134 (52%) з них. Ангіологічний статус сонних артерій (СА) верифікований ультразвуковим дослідженням (УЗД) та, інколи, церебральною ангиографією. Ступінь та локалізація ураження мозкової тканини визначені комп'ютерною та магнітноядерною томографією.

### Результати.

234 (91%) хворих мали атеросклеротичне ураження СА, 24 (9%) – ксенобіотичну поліангіопатію. У всіх виявлена ішемічна хвороба серця, четверо перенесли інфаркт міокарду (3 – одночасно з ГПМК). В неврологічному статусі відмічався фаціально-руховий в поєднанні з афатичним (при ураженні домінантної гемісфери) дефекти. При КТ та МРТ головного мозку виявлені гіподенсивні (ішемічні) вогнища, як на боці стенозу, так і контрлатерально. При УЗД обстеженні СА визначені виразки покриву атеросклеротичних бляшок у 28 (11%) хворих, нашарування тромботичних мас – у 19 (7%) осіб, внутрішньоатероматозні деструктивні зміни – у 17 (6%) та відшарування інтими – у 2 (0.7%) осіб. 256 хворим проведено комплексне хірургічне лікування – каротидна ендартеректомія. Інтраопераційно виявлено виразки поверхні бляшки у 34 (13%) хворих, тромби або нашарування тромботичних мас – у 12 (5%) хворих, деструктивні зміни атеросклеротичної бляшки (детрит, крововиливи) – у 28 (11%) хворих. Двом пацієнтам виконана резекція відшарованої ділянки інтими з її фіксацією окремими швами дистальніше пошкодження. Неврологічний стан під час інтервенції і в післяопераційному періоді поглибився у 6 (2%) пацієнтів (ішемічне ураження головного мозку було у 3 хворих, геморагічне – у інших трьох). Померло 4 (2%) осіб. Для запобігання ускладнень використовували тимчасові шунти, системне підвищення артеріального тиску, гепарин і препарати поліфункціональної дії: реосорбілакт, тіворель, латрен та ін.

### Висновки.

Метод УЗД СА ефективний у діагностиці стенозуючих уражень та вірогідно визначає будову атеросклеротичних бляшок, з яких 25–30% можуть бути потенційно ембологенними. Адекватно виконана каротидна ендартеректомія є безпечною при всіх особливостях будови бляшок.

## Реваскуляризації нижніх кінцівок у пацієнтів із ризиком розвитку реперфузійно – реоксигенаційних ускладнень

І. К. Венгер, С. Я. Костів, О. Б. Колотило, А. Р. Вайда, Т. В. Романюк,  
М. О. Гусак

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Результати хірургічного лікування атеросклеротичної оклюзії аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок залишаються незадовільними – рівень післяопераційних ускладнень та летальності досягає 1,9 – 9,1% (Спиридонов А. А. и соавт., 2005, Нікульников П.І., 2011). Існуючі методи профілактики і лікування реперфузійно–реоксигенаційних ускладнень спрямовані на корекцію метаболічних процесів в тканинах, корекцію ускладнень, що розвинулись. Їх застосування не забезпечує повноцінного попередження розвитку реперфузійно – ішемічних ускладнень.

**Мета роботи.** Попередити розвиток реперфузійно–ішемічних ускладнень шляхом проведення етапної реваскуляризації аорто–стегно–підколінного сегмента у пацієнтів із ризиком розвитку реперфузійно–реоксигенаційних ускладнень.

**Матеріали та методи.** В роботі представлені результати обстеження та лікування 38 пацієнтів, у 29 з яких діагностована атеросклеротична оклюзія аорто–біфеморального сегмента. У 16 з яких виявлено оклюзійно–стенотичне ураження стегно–підколінного сегмента однієї із нижніх кінцівок. У пацієнтів із багаторівневим атеросклеротичним ураженням артеріального русла нижньої кінцівки встановлена ХКІНК ІІІВ – ІV ст., ХАН ІІВ–ІІІВ ст. контрлатеральної нижньої кінцівки.

У 9 пацієнтів діагностовано однією атеросклеротична оклюзія клубового сегмента в поєднанні із оклюзійно–стенотичним ураженням стегно–підколінного сегмента в 5 спостереженнях. На вказаній нижній кінцівці ХКІНК ІІА–В – ІV ст, контрлатеральної нижньої кінцівки – ХАН ІІА–Вст.

Ризик до розвитку реперфузійних ускладнень оцінювали за підвищеним вмістом сироватці крові С–реактивного білка –  $(2,04 \pm 0,38)$  г/л ( $p < 0,05$ ), лактату –  $(3,43 \pm 0,45)$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ); за ступенем синдрому ендогенної інтоксикації у вигляді лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) –  $(1,66 \pm 0,29)$  од. ( $p < 0,05$ ); за рівнем спонтанного (ОВНс) і стимульованого (ОВН E.coli) “оксидантного вибуху” нейтрофілів, відповідно –  $(0,49 \pm 0,11)$  г/л ( $p > 0,05$ ),  $(5,59 \pm 1,12)$  г/л ( $p > 0,05$ ); за рівнем спонтанного і стимульованого (ОВМ E.coli) “оксидантного вибуху” моноцитів, відповідно –  $(0,03 \pm 0,01)$  г/л ( $p > 0,05$ ),  $(0,35 \pm 0,03)$  г/л ( $p > 0,05$ ).

Передопераційна підготовка пацієнтів включала пролонговану епідуральну анестезію, один–два сеанси лейкоферезу, антиоксидантну терапію, довенне введення препарату алпростану, рефортану і „Корвітину”.

За об'ємом оперативної реваскуляризації аорто/клубово–стегно–підколінного сегмента пацієнти розділені на дві групи. Оперативне втручання в І групі пацієнтів (17 хворих) включало одномоментно аорто–біфеморальне (13 спостережень) або однією аорто(клубово)–стегнове алошунтування (4 спостереження).

Оперативне лікування пацієнтів ІІ групи (21 хворий) розділене на два етапи. На першому проводили тільки аорто–біфеморальне (16 спостережень) або однією аорто/клубово–стегнове алошунтування (5 спостереження). Через 2–4 доби після першого оперативного втручання здійснювали реваскуляризацію стегно–дистального артеріального русла нижньої кінцівки.



Відстрочену реконструкцію стегно–дистального сегмента здійснювали двома способами. Стегно–дистальне аутовенозне шунтування проведено у 16 пацієнтів. У 5 спостереженнях проведено відстрочена ротаційна–аспіраційна атертромбектомія.

**Висновок.** Підсумовуючи отримані результати, можна стверджувати, що етапна ре-васкуляризація аорто–стегно–підколінного артеріального русла у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійно – ішемічних ускладнень, що проводиться на фоні передопераційної підготовки із включенням сеансу лейкаферезу, антиоксидантної терапії, доведення введення рефортану, алпростану і „Корвітину”, дає змогу знизити частоту розвитку реперфузійних ускладнень у 5.8 рази.

## Ультразвукова тромбоеластографія у виборі лікувальної тактики при післяопераційних венозних тромбозах

І. К. Венгер, С. Я. Костів, А. В. Левицький, О. І. Зарудна, О. І. Костів

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

**Актуальність.** Післяопераційні венозні тромбози в 0,3 – 4,2% є причиною ТЕЛА (Cunningham R. et all, 2015). УЗД післяопераційного венозного тромбозу в ряді спостережень не здатний діагностувати ембологенні форми венозного тромбозу (Барінов В.Е. и соавт., 2014).

**Мета.** Попередити ТЕЛА у пацієнтів із післяопераційним венозним тромбозом.

**Матеріали та методи.** Дослідження венозної системи басейну НПВ та визначення еластографічних властивостей венозного тромба проводили Siemens Acuson S2000 (Німеччина). Після топічної діагностики відразу проводили визначення тромбоеластографічну характеристику тромба. При швидкості поширення зсувної хвилі у 2,5 – 2,6 м/с – високий ризик ембологенності тромба, при швидкості поширення зсувної хвилі у 2,7 – 2,9 м/с – помірний ризик ембологенності тромба, при швидкості поширення зсувної хвилі у 3,0 м/с і вище відсутня загроза емболії.

**Результати та обговорення.** Робота заснована на результатах оперативного лікування 729 пацієнтів, з яких у 205 (28,12%) проведено оперативні втручання на опорно–руховій системі, 378 (51,85%) – на органах черевної порожнини, 146 (20,01%) – ре-васкуляризуючі операції на аорті та магістральних артеріях.

Згідно шкали J. Carpinі (2012) у 316 (43,35%) пацієнтів встановлено дуже високий, а у 413 – високий рівень ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень. Тромбопрофілактика оперованим хворим проводили у відповідності до положень АССР.

Післяопераційний тромбоз в басейні НПВ діагностовано у 118 (16,19%) спостереженнях. У 4 (3,77%) пацієнтів тромботичний процес діагностували під кінець другої доби післяопераційного періоду. У 18 (16,98%) хворих тромботичний процес реєстрували на 3 добу після хірургічного втручання, у 29 (27,36%) – на 4 добу, у 36 (33,96%) – на 5 добу, у 19 (17,92%) – на 6 – 7 добу післяопераційного періоду.

При ультрасоноеластографії флотуючого сегмента клубово–стегнового венозного тромба швидкість поширення зсувної хвилі була на рівні 2,5 – 2,6 м/с (1 спостережень), флотуючого сегмента загальної вени венозного тромбозу глибоких вен швидкість поширення зсувної хвилі була на рівні 2,5 – 2,6 м/с (4 спостереження). Проксимальний сегмент у 1,4 – 1,7 см стегно–підколінного венозного тромба характеризувався швидкістю поширення зсувної хвилі у 2,7 – 2,8 м/с (3 із 45 спостережень). Тромбоз камбаловидного

та малогомілкового синусів з продовженням у підколінну вену характеризувався швидкістю поширення зсувної хвилі у 2,5 – 2,6 м/с (2 спостереження). Проксимальний сегмент у 1,2 – 1,5 см гомілково-підколінного венозного тромба характеризувався швидкістю поширення зсувної хвилі у 2,7 – 2,8 м/с (2 із 49 спостережень).

У 6 спостереженнях встановлено високий ризик ембологенності тромба, у 5 спостереженнях – помірний ризик ембологенності тромба. У 9,3% випадках післяопераційного венозного тромбозу діагностовано ембологенні його форми, що було показанням до проведення невідкладних методів попередження ТЕЛА.

107 пацієнтам із післяопераційним венозним тромбозом проводили антикоагулянтну терапію НМГ.

**Висновок.** Післяопераційні венозні тромби, у яких ультрасоноеластографічно встановлено швидкість поширення зсувної хвилі у 2,5 – 2,6 м/с і 2,7 – 2,8 м/с, слід вважати ембологенними і є показанням до проведення невідкладних методів попередження ТЕЛА.

## Рівень С-реактивного протеїну у пацієнтів із інфекцією області хірургічного втручання після реконструктивних операцій з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок

Т. І. Вихтюк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Численними науковими дослідженнями доведена висока чутливість С-реактивного протеїну (СРП) як індикатора запального процесу. У пацієнтів із інфекцією області хірургічного втручання (ІОХВ) після реконструктивних операцій з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок (КІНК) особлива актуальність визначення СРП зумовлена можливістю його використання у діагностиці, прогнозуванні, виборі тактики лікування, профілактики, а також в оцінці ефективності проведеної терапії інфекційно ускладнених післяопераційних ран.

**Мета роботи** – визначити вміст С-реактивного протеїну у пацієнтів із інфекцією області хірургічного втручання після реконструктивних операцій з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами здійснено визначення рівня СРП у 135 осіб із ІОХВ після реконструктивних оперативних втручань, проведених з приводу КІНК (основна група дослідження) та у 41, прооперованої за аналогічними показами, особи, у яких виникли неінфекційні ускладнення післяопераційних ран (група контролю). Пацієнти основної групи поділені за стадією інфекційного ураження м'яких тканин згідно класифікації Szilagyi (1972 р.). Рівень СРП досліджували у сироватці крові. Збір крові здійснювали вранці натщесерце на першу добу після виявлення ускладнення післяопераційної рани. Концентрацію СРП визначали за допомогою набору реактивів CRPLX «Roche Diagnostics» на автоматичному аналізаторі COBAS INTEGRA 400 plus. Статистичні дані обчислювались за допомогою комп'ютерної програми Statistica 8.0.

**Результати та їх обговорення.** Результати дослідження із визначенням кількісного вмісту СРП у сироватці крові пацієнтів досліджуваних груп продемонстрували, що у основній групі, у порівнянні із групою контролю, спостерігалось вірогідне збільшення рівня СРП ( $91,78 \pm 1,28$  мг/л проти  $23,50 \pm 3,15$  мг/л,  $p < 0,001$ ). Серед 135 пацієнтів із ІОХВ у 51 особи розвинулась І стадія ( $37,78 \pm 4,17\%$ ), у 45 осіб – II стадія ( $33,33 \pm 4,06\%$ ) та у 39

осіб – III стадія ( $28,89 \pm 3,90\%$ ) ураження післяопераційної рани (за класифікацією Szilagyi). Концентрації досліджуваного параметру у хворих основної групи при різних стадіях перебігу ІОХВ вірогідно ( $p < 0,001$ ) зростали із збільшенням стадії хірургічної інфекції за класифікацією Shilagyi. При I стадії ІОХВ за Szilagyi рівень СРП дорівнював  $78,87 \pm 0,25$  мг/л, тоді як при II стадії –  $96,96 \pm 0,25$  мг/л ( $p < 0,001$ ). У осіб із ІОХВ III стадії за Szilagyi значення СРП склали  $102,68 \pm 2,30$  мг/л, що достовірно відрізнялося від показників у осіб із I стадією ( $p < 0,001$ ) та II стадією ( $p < 0,05$ ) ІОХВ за Szilagyi.

## Висновок.

У осіб із інфекційно ускладненими післяопераційними ранами після перенесених оперативних реконструктивних втручань з приводу КІНК визначалися більш високі значення концентрації СРП ( $91,78 \pm 1,28$  мг/л) у сироватці крові у порівнянні із групою контролю ( $23,50 \pm 3,15$  мг/л). Із зростанням глибини інфекційного ураження у хворих із II та III стадіями ІОХВ за класифікацією Shilagyi спостерігалось вірогідне збільшення вмісту СРП відносно осіб із поверхнево ускладненими ранами при I стадії ІОХВ.

## Досвід повністю перкутанного ендопротезування аневризм інфраренального відділу аорти

О. А. Власенко, І. В. Хасянова, С. М. Фуркало

НІХТ ім. О. О.Шалімова НАМН України

**Вступ.** Частота виявлення аневризми черевного відділу аорти прогресивно збільшується з віком, що супроводжується наявністю у хворих важкої супутньої патології, суттєво збільшує ризик періопераційних ускладнень і летальності. Впровадження нових пристроїв для проведення повністю перкутанного ендопротезування аорти може дозволити значно зменшити ризики операції. Всі існуючі закриваючі пристрої можна принципово розділити на кілька груп, найбільшого поширення з них отримали два типи: пристрої, що використовують колагенову пробку і пристрої шовного типу з закладеними голками і нитками. Перший вид пристроїв давно і широко використовується у всьому світі, але його застосування обмежене розміром встановленого інтродюсера – до 9 F (1 F відповідає 0,33 мм). Більший діаметр вимагає застосування шовних пристроїв. У нашій клініці застосування даного пристрою розпочато з 2015 року при виконанні ендопротезування інфраренального відділу аорти.

**Мета:** покращити результати ендovasкулярного лікування хворих з аневризмою черевної аорти шляхом використання повністю перкутанного ендопротезування за допомогою зашиваючого пристрою «Prostar XL».

**Об'єкт и методи дослідження.** У нашій клініці з 2005 року виконано 125 операцій ендovasкулярного ендопротезування інфраренального відділу аорти, з них в 11 випадках використовувалися пристрої для перкутанного зашивання загальних стегнових артерій «Prostar XL», що дозволило виконати ендопротезування повністю ендovasкулярно. У п'ятьох хворих методика перкутанного зашивання була використана з одного, у шістьох – з двох сторін. Всього було використано 17 пристроїв Prostar XL. Всім пацієнтам були імплантовані біфуркаційні ендопротези «Endurant-II»–Medtronic. Діаметр доставляючої системи основної частини і контрлатеральної ніжки у всіх пацієнтів був 18 F. У хворих, яким було виконано перкутанне зашивання з одного боку, з протилежного боку доступ здійснювався шляхом традиційного поперечного розрізу над пупартовою зв'язкою з

його подальшим поширеним ушиванням. Повністю ендovasкулярне ендopротезування аорти у всіх хворих проводилося під місцевим знечуленням.

**Результати, їх обговорення.** У 15 випадках (88,2%) з 17 процес ушивання був успішним і досягався ефективний гемостаз. У двох випадках була виконана конверсія і місце пункції вшивали відкритим способом. В обох випадках відбувся обрив нитки при зав'язуванні другого вузла, що було зумовлено наявністю нестенозуючого кальцінозу артерії. Клінічно значуща міжм'язова гематома, що не потребувала хірургічного лікування була діагностована у однієї пацієнтки, яка отримувала подвійну антиагрегантну терапію. Пацієнтів активізували через 12–18 годин після операції. В післяопераційному періоді було потрібно менше знеболюючих препаратів. Значно скоротився час доступу і закриття пункційного доступу: при відкритій методиці цей час для одного доступу складав в середньому 46,5 хвилин, при використанні зашиваючого пристрою – в середньому 12,3 хвилин. Крововтрата при проведенні повністю ендovasкулярного ендopротезування аорти склала в середньому 20 мл за процедуру.

**Висновки.** Повністю ендovasкулярне ендopротезування інфраренального відділу аорти істотно скорочує час втручання, тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, дозволяючи відновити повний обсяг рухів в кульшових суглобах в першу ж добу після операції, створює додатковий комфорт пацієнтові та хірургу. Ускладнень, що загрожували життю або погіршували його якість при проведенні даної процедури у наших хворих не було.

## Віддалені результати ендovasкулярних методів лікування пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту

О. М. Волошин, А. О. Никоненко, А. М. Матерухін, В. О. Губка,  
С. М. Мачуський

Запорізький державний медичний університет

Атеросклеротичне ураження стегново–підколінного сегменту, є найбільш частою причиною переміжної кульгавості і хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок (ХІНК). Ендovasкулярні методи лікування ХІНК поступово витісняють «відкриті» операції, проте віддалені результати таких втручань залишаються недостатньо вивченими та дискусійними.

**Мета** – оцінити віддалені результати ендovasкулярних методів лікування пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено проспективний аналіз результатів ендovasкулярного лікування 69 пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту. Середній вік хворих склав  $61 \pm 3,4$  року, чоловіків було 56, жінок 13. За класифікацією ураження артеріального русла TASC 2, хворі розподілилися наступним чином: тип А у 18 хворих, тип В у 27, тип С у 13 і тип D в 11 випадках. У 50 пацієнтів (72,5%) превалювала оклюзійна форма ураження стегново–підколінного сегменту, у 19 (27,5%) пацієнтів стенозична. За ступенем хронічної ішемії нижніх кінцівок, хворі розподілилися наступним чином: 2Бст. – у 11 пацієнтів, 3ст. – у 16 і 4 ступінь – у 42 хворих. Всім хворим було проведено одноетапне ендovasкулярне втручання, у 40 хворих виконана ізольована балонна ангіопластика, у 29 пацієнтів стентування ураженої ділянки

артерії. Оцінка результатів ендovasкулярного лікування проводилася через 12 та 36 місяців, на підставі клінічних даних, вимірювання дистанції безбольової ходи, показників ультразвукового дуплексного сканування з вимірюванням кісточково-плечового індексу (КПІ), також для оцінки якості життя пацієнтів використовували «судинний» опитувальник VascuQol 26.

**Результати та їх обговорення.** В результаті проведених ендovasкулярних операцій у всіх хворих вдалося відновити прохідність магістральних артерій нижніх кінцівок. При контрольному огляді через 12 місяців у 60 пацієнтів (86,9%) зона ендovasкулярної реканалізації була прохідна. Чотири пацієнти перенесли тромбоз, одному хворому виконано стегново-підколінне шунтування, один пацієнт помер, з трьома пацієнтами був «загублений контакт». Показники ЛПІ в спокої через 12 місяців після ендovasкулярних операцій в середньому збільшилися на 37%, з вихідного 0,41 до 0,78, у більшості хворих відзначена нормалізація градієнта тиску в зоні ангіопластики більш 1,2. Аналізуючи показники якості життя пацієнтів через 12 місяців після ендovasкулярних операцій за результатами судинного опитувальника VascuQol 26, отримані наступні дані: фізичне здоров'я пацієнтів покращилося на 36,1%, симптоми ХІНК зменшилися на 35,7%, інтенсивність больового синдрому зменшилась на 37,2%, емоційний стан хворих в середньому покращився на 39,1%, соціальна активність збільшилася на 37,4%. При оцінці віддалених результатів лікування через 3 роки після ендovasкулярних втручань, в живих з двома кінцівками залишилося 52 пацієнта (75,4%). З них у 8 (15,4%) хворих верифікована посттромботична оклюзія зони стентування, при цьому дистанція безбольової ходи склала більше 100 метрів, два (3,8%) пацієнти перенесли ішемічний інсульт. У 25 (48,1%) хворих дистанція безбольової ходи склала більше 200 метрів. У 17 хворих верифікована 2Б ступінь хронічної ішемії. У 6 (11,5%) хворих зберігалися болі у спокої і у 4 (7,6%) хворих відзначені трофічні зміни на стопі. Необхідне проведення подальших клінічних досліджень присвячених оцінці віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з ХІНК.

**Висновки.** Ендovasкулярні операції є ефективним методом лікування пацієнтів з стено-оклюзійним ураженням стегново-підколінного сегменту, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів, знизити тривалість перебування хворого в стаціонарі, збільшити дистанцію безбольової ходи, а також зберегти кінцівку в 75,4% випадків ХІНК у віддаленому періоді через 36 місяців.

## Гібридна операція як метод повної реваскуляризації міокарду у пацієнтів з атеросклеротичним ураженням коронарних судин

А. В. Габріелян., Т. М. Доманський., О. І. Миронюк

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О.Шалімова НАМН України

**Вступ.** Клінічним проявом багатосудинного ураження коронарних артерій (КА) часто є стабільна чи нестабільна стенокардія. Зазвичай таким пацієнтам показана реваскуляризація міокарда з використанням традиційних методик черезшкірного коронарного втручання (РСІ), або коронарним шунтування (САВГ). Проте не завжди є можливим виконати повну реваскуляризацію однією з методик. Цьому сприяє ряд причин таких як

анатоμο-топографічна особливість судин міокарда чи їх діаметр та характер ураження атеросклеротичними бляшками.

**Мета:** оцінити ефективність та безпечність повної реваскуляризації міокарда у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та багатосудинним ураженням коронарного русла шляхом поєднання різних методик PCI та CABG.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 26 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та багатосудинним ураженням КА. Середній вік складав  $61.0 \pm 9.6$ . Цукровий діабет II тип у 30.8%. ФВ  $40 \pm 4.1$ . Характер ураження коронарних судин в групі мав таке розподілення: 19 пацієнтів мали уражені 2 КА, 6 пацієнтів – 3 КА та у 1 пацієнта було уражені 4 КА. Реваскуляризація виконувалась за наступною методикою: перший етап – CABG off-pump, шунтування 1-єї, 2-ох чи 3-ох вінцевих артерій. Наступним етапом у ранньому післяопераційному періоді виконувалось PCI.

**Результати та обговорення.** У групі пацієнтів, які мали ураження двох коронарних артерій, одна з яких LAD, операція виконувалась за мініінвазивною методикою – MID-CAB. Це дозволило зменшити об'єм оперативної травми. Решта пацієнтів цієї групи оперувалися з доступу серединої стернотомії, що було пов'язано з нестабільним станом пацієнтів. Одному пацієнту з двосудинним ураженням LIMA використовувалась в якості шунта для огинаючої гілки лівої коронарної артерії, а LAD була стентована. У групі пацієнтів з трьох судинним ураженням виконано аортокоронарне шунтування з використанням аутовени та стентування LAD. Одному пацієнту з цієї групи виконано мамарокоронарне шунтування LAD, аортокоронарне шунтування та стентування коронарної артерії. Одному пацієнту з багато судинним ураженням виконано аортокоронарне шунтування з використанням аутовени та стентування LAD.

Неможливість шунтування коронарної артерії було обумовлене глибоким інтрамуральним розташуванням, та візуалізацією коронарної артерії на поверхні міокарда у вигляді тонких судин діаметром менше 1 мм. Наявність проксимальних уражень дозволяло виконати стентування цих артерій.

У 8 пацієнтів спостерігалася підвищена післяопераційна ексудація та шестеро пацієнтів потребували гемотрансфузії у реанімаційному періоді. Це пов'язано з виконанням оперативного втручання на фоні прийому дезагрегантної та антикоагулянтної терапії. Аритмогенні ускладнення у вигляді пароксизмів фібриляції передсердь були у 4 пацієнтів та купувалися внутрішньовенним введенням аміадарону, та в жодному випадку не потребували проведення електричної деполяризації. Отримані ускладнення не відрізняються від відсотка ускладнень які спостерігаються у пацієнтів після звичайної CABG off-pump чи PCI, які виконуються окремо. Середня тривалість перебування у клініці становив  $9 \pm 2$  днів. Протягом першого року після операції у даній групі не спостерігалось ускладнень, що потребували б повторної госпіталізації чи проведення коронарографії.

#### **Висновки**

Поєднання операції CABG off-pump і PCI дозволяє виконати повну реваскуляризацію міокарда з максимальним ефектом при мінімальному втручанні і являє собою ще одним методом вибору у лікуванні пацієнтів з багатосудинним ураженням. Отримані перспективні ранні та середньострокові результати показали достатню ефективність і безпеку такого підходу. Покази, терміни, послідовність і техніка виконання процедур вимагають подальшого дослідження.

## Досвід лікування гострого венозного тромбозу

Є. Ю. Гардубей, М. Ф. Вацуро, В.О. Свиридов, В.В. Селіщев, І. С. Полінчук,  
Ю. В. Сидорко, О. І. Даниленко

Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є. Є. Карабелеша»

**Вступ.** 1 з 10 смертей в Європі трапляється через тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). В США від тромбоемболічних ускладнень помирає за рік більше людей ніж від раку молочної залози, вірусу імунодефіциту та всіх дорожньо – транспортних пригод разом взятих. В Україні на рік трапляється до 100 тисяч ТЕЛА з них 30 тисяч – фатальні.

**Мета.** Проаналізувати досвід лікування венозних тромбозів та ТЕЛА на базі відділення хірургії судин КЗ Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є Карабелеша з 2016 по 2017 рр, виявити взаємозв'язок з онкопатологією та тромбофіліями.

**Об'єкт та методи дослідження.** В період з 2016 по 2017 рр у відділенні знаходилось на лікуванні 112 пацієнтів з гострим венозним тромбозом. Серед них 81 пацієнт з власне тромбозом глибоких вен, а 31 з флотуючим в загальну стегнову чи підколінну вену варикотромбофлебітом. ТЕЛА на момент шпиталізації мали 11 (9,8%) пацієнтів з них масивна та субмасивна форма була в 6 (5,36%). Всім пацієнтам проводилось ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) судин нижніх кінцівок, ехокардіоскопія (ЕХОКС), електрокардіограма (ЕКГ), рентгенографія органів грудної клітини, за показами мультиспіральна комп'ютерна томографія органів грудної клітини (МСКТ ОГК). При флотуючому варикотромбозі всім 31 пацієнтам було виконано оперативне втручання що передбачало тромбектомію з кросектомією в басейні великої чи малої підшкірної вени, або у випадку перфорантних вен з їх резекцією чи лігуванням. При гострому венозному тромбозі глибоких вен хірургічні методи були виконані тільки в 13 (16,04%) що передбачали в 8 випадках тромбектомію з загальної стегнової та клубових вен з лігуванням поверхневої стегнової вени – 8 пацієнтів та в власне лігування поверхневої стегнової вени – 5 чоловік. В усіх інших 68 (83,96%) була використана консервативна терапія. Яка передбачала 4 варіанти: 1–монотерапія рівароксабаном 19 (23,46%) випадків, 2– нефракційований гепарин з переходом на антагоністи вітаміну К 25(30,86%) , 3– низькомолекулярний гепарин з переходом на антагоністи вітаміну К 21 (25,93%) та 4– низькомолекулярний гепарин з рівароксабаном 16 (19,75%). У випадку субмасивної та масивної ТЕЛА проводили системний тромболізис тканиним активатором плазміногену в дозі 100 мг.

**Результати та обговорення.** При ТЕЛА у всіх випадках відмічали лізис тромба за даними ЕХОКС та МСКТ і зменшення ознак легеневої гіпертензії при зберіганні останньої до лікування додавали інгаляційний ілопрост. Через 6 місяців за даними УЗДС повна реканалізація тромбозу у глибоких венах була в 47, 62% пацієнтів, функціонувала парна поверхнева стегнова вена в 21,43%, часткова реканалізація була в 19,05% , оклюзія вен залишалася в 5,36% випадків. Причому кращі результати були в групах монотерапії рівароксабану та НМГ з переходом на рівароксабан. Онкопатологія виявлена в 13 (11,6%) пацієнтів. Мутація в генах, що відповідають за фактори згортання було виявлено в 22 ,2% випадків.

**Висновки.** Диференційований підхід до лікування венозного тромбоемболізму дозволив досягти задовільних результатів в плані ре каналізації вен в 94,64% випадків без розвитку посттромботичного синдрому.

Всім пацієнтам з венозним тромбоемболізмом потрібно проходити онкопошук оскільки частка виявленої патології склала 11, 6%.

Всім молодим пацієнтам з перше встановленим вдіагнозом венозного тромбоемболізму слід проводити обстеження на генетичну схильність до тромбофілії, оскільки 22,2% випадків виявлено мутацію генів, що відповідають за фактори згортання.

## Перспективи використання телемедичних технологій в лікуванні хворих на синдром стопи діабетика

П. О. Герасимчук, А. І. Цвях, А. Я. Господарський

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

За даними Міжнародної діабетичної федерації – IDF (The International Diabetes Federation), кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) серед дорослого населення (20–79 років) зараз складає близько 250 млн людей на Земній кулі, до 2030 року вона сягне 439 млн., а до 2035 року – 592 млн. Протягом життя у 4,6–25% хворих на цукровий діабет виникає синдром діабетичної стопи (СДС), який ускладнюється формуванням гострих та хронічних ранових дефектів нижніх кінцівок. У 12% цих хворих вони слугують безпосередньою причиною високих ампутацій нижніх кінцівок.

Значні території з великою кількістю важкодоступних, віддалених районів, великі відстані, зосередження кваліфікованих спеціалістів відповідного профілю у великих містах, унеможливує отримання своєчасної медичної допомоги для значної кількості населення, в тому числі і для хворих з СДС. Саме вирішенню цього питання може в значній мірі посприяти впровадження телемедичних технологій, які дозволяють проводити телемедичний скринінг, біотелеметрію, телемоніторинг та дистанційне консультування хворих.

Застосування індивідуальної телемедицини у хворих на СДС з використанням відповідних датчиків, дає змогу реєструвати певні характеристики перебігу патологічного процесу, а саме:

1. Транскутанне визначення напруги кисню в тканинах стопи дає змогу оцінити характер артеріального кровопостачання нижньої кінцівки та судити про трофічні можливості тканин.

2. Вимірювання температури шкірних покривів дозволяє судити про патогенетичні особливості розвитку патологічного процесу (зниження температури характерне для ішемічної форми ураження, підвищення – для невропатичної форми, або розвитку гнійно-запального процесу).

3. Вимірювання плантарного тиску дає змогу контролювати стан біомеханіки стопи та на ранніх стадіях виявити появу нових, нетипових, точок навантаження на стопу, розвиток діабетичної остеоартропатії, стопи Шарко, з своєчасним проведенням їх корекції.

4. Вологість та Ph шкірних покривів дають характеристику стану покривних тканин стопи, як бар'єрних механізмів попередження розвитку гнійно-запальних уражень нижніх кінцівок.

5. Надсилання фотографій уражених кінцівок дозволяє провести телемедичну консультацію пацієнта відповідним спеціалістом.

У співпраці між Тернопільським державним медичним університетом ім. І.Я. Горбачевського та Гельмольд-центром, Дрезден (Німеччина) розроблений апаратно-програмний комплекс для дистанційного моніторингу, який включає пристрій у вигляді еластичного фіксатора з вмонтованими сенсорами (осьові сенсори положення, три



температурні сенсори, датчик оксигенації), що фіксується на кінцівку. Інформація з датчиків надходить на сервер та особистий смартфон лікаря і відображається у вигляді цифрових даних та графіків. Розроблене програмне забезпечення дозволяє в реальному часі проводити оцінку стану кінцівки.

За потреби, в моніторинг за станом перебігу патологічного процесу, можна включати і інші датчики, з реєстрацією відповідних параметрів.

Такий дистанційний моніторинг за станом пацієнтів дозволить своєчасно діагностувати розвиток можливих ускладнень у хворих на СДС, та корегувати відповідну патогенетичну терапію.

Таким чином, впровадження телемедичних технологій в лікуванні хворих на СДС дозволить охопити значну кількість хворих, навіть у віддалених районах, проводити не лише консультації пацієнтів на відстані в режимі он-лайн, а і забезпечити своєчасне виявлення груп ризику, постійний медичний контроль та підтримку, оптимізувати амбулаторне лікування, контролювати динаміку перебігу патологічного процесу.

## Вакуумна терапія в лікуванні ран у хворих на синдром діабетичної стопи

П. О. Герасимчук, Д. Б. Фіра, А. В. Павлишин

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Виконання хірургічних обробок та “малих” ампутацій у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи (СДС), приводить до формування великих ранових дефектів. Це створює несприятливі умови для самостійного загоєння ран, і потребує вирішення питання про їх пластичне закриття.

**Мета дослідження.** Вивчити вплив вакуумної терапії на підготовку ран у хворих з СДС до автодермопластики, та її вплив на пригоєння шкірних клаптів.

**Об'єкт і методи дослідження.** Робота ґрунтується на матеріалах комплексного обстеження та лікування 182 хворих на ускладнені форми СДС з гострими та хронічними ранами стопи.

Динаміку перебігу ранового процесу оцінювали за загальноприйнятими методиками. Зміни мікрогемодинаміки нижніх кінцівок вивчали за допомогою лазерної доплерівської флоурометрії (ЛДФ). Матеріал для морфологічного дослідження отримували шляхом ексцезійної біопсії під час оперативного втручання або при перев'язках. Вакуумну терапію ран проводили за стандартними методиками з використанням відємного тиску в межах 80–125 мм рт.ст.

**Результати та їх обговорення.** Позитивний вплив вакуумної терапії проявлявся вже на 2–3 добу, про що свідчило купування больового синдрому, зменшення ознак гострого запального процесу, покращення загального стану хворих. На 3–ю добу основні показники місцевої мікроциркуляції у хворих зростали в середньому вдвічі в порівнянні з контрольними величинами і в подальшому утримувалися на цих величинах ( $p < 0,05$ – $0,001$ ). Значно прискорилося динаміка перебігу ранового процесу ( $p < 0,05$ ). Починаючи з 5–ї доби морфологічні зміни характеризувалися початком формування здорової грануляційної тканини. На 10 добу спостерігалася виражена фібропластична реакція. Це дозволяло провести раннє закриття ран шляхом автодермопластики.

Автодермопластику проводили за методом Тірша. Поверх шкірних клаптів накладала-ся вакуумна пов'язка. Адгезивність пов'язки до шкіри та відємний тиск, попереджували

можливість зміщення останніх, навіть при відповідній руховій активності хворих. Перев'язку проводили один раз на два дні з метою контролю за перебігом ранового процесу.

Використання вакуумної терапії сприяло видаленню надлишкової рідини з інтерстиціального простору, що стимулює мікроциркуляцію та позитивно впливає на подальшу фіксацію та пригоєння автодермотрансплантів. В жодному випадку використання вакуум терапії нами не відмічено зміщення або відшарування шкірних клаптів під час перев'язок, що свідчить про щільну фіксацію останніх до ранової поверхні.

В загальному у хворих на СДС хороший результат автодермопластики отримано у 64,1%, задовільний – у 31,3%, незадовільний – у 4,6% пацієнтів.

Аналіз результатів використання вакуумної терапії показав, що майже вдвічі зменшується число етапних некректомій та терміни підготовки ран до автодермопластики.

**Висновки.** Вакуумна терапія значно покращує динаміку перебігу ранового процесу, мікрогемодинаміку ран, зменшує прояви запальних та деструктивних змін, пришвидшує організацію екстрацелюлярного матриксу, оптимізуючи таким чином регенераторний процес та формування якісної грануляційної тканини. Це дозволяє покращити перебіг ранового процесу, стимулювати процеси регенерації та скоротити терміни підготовки рани до пластичного закриття в середньому на 4–5 днів. Використання вакуумної терапії з метою фіксації шкірних клаптів дозволяє провести профілактику їх зміщення та значно покращує умови пригоєння шкірних клаптів.

Використання вакуумної терапії на етапах лікування ускладнених форм СДС дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування хворих в середньому на  $(5,3 \pm 1,4)$  ліжко-дні.

## Роль гибридных вмешательств при окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей

П. А. Гиндич, П. И. Никульников, А. В. Ратушнюк, А. О. Данилец

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова

**Вступ.** Поражения аорты – подвздошного сегмента с изолированным вовлечением подвздошного сегмента успешно оперируются эндоваскулярным путем. При вовлечении в процесс инфраренального отдела аорты, предпочтение отдается открытой тактике вмешательства. При распространении процесса на общую бедренную артерию может рассматриваться гибридный подход, при котором стентирование подвздошного сегмента комбинируется с эндартерэктомией с общей бедренной артерией.

При атеросклерозе бедренно – подколенного сегмента, вмешательством выбора окклюзий до 30 см является эндоваскулярная ангиопластика, в случае более распространенного процесса и наличии аутовены – открытая хирургия. Если у пациента нет подходящей вены, выбор между способом вмешательства принимает хирург, в связи с идентичными отдаленными результатами ангиопластики (свыше 30 см) и шунтирования аллопротезом.

**Цель:** изучить возможности и эффективность гибридных вмешательств у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей

**Объект и методы исследования:** В исследование включены 40 больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, которым выполнено ангиопластика артерий нижних конечностей рентген-эндоваскулярным методом в комбинации с открыты хирургическим вмешательством. Из 40 наблюдений в 34 (85%) случаях больные

були мужского пола, в 6 (15%) – женского. Возраст пациентов  $67,2 \pm 7,6$  гг. в среднем. У 13 (32,5%) пациентов отмечалась критическая ишемия (Razerford 5–6) у 27 (67,5%) пациентов боль отмечалась при ходьбе на дистанцию до 200 метров (Razerford 3–4). 15 (37,5%) пациентов перенесли инфаркт миокарда. Сахарный диабет зафиксирован у 17 (42,5%) пациентов. Гипертоническая болезнь отмечалась у 24 (60%) пациентов.

**Результаты и их обсуждение:** Всего в 40 случаях выполнено стентирование подвздошного сегмента в 22 случаях, ангиопластика/стентирование бедренно – подколенного сегмента в 13 случаях, ангиопластика артерий голени 13 случаев, эндоваскулярные вмешательства на шунтах в 2 случаях. Открытым способом выполнено 13 вмешательств на общей бедренной артерии, 21 шунтирование бедренно–подколенного сегмента, 8 вмешательств на ранее имплантированных шунтах.

Успешность была достигнута в 39 (97,5%) случаях.

Осложнения: В раннем послеоперационном периоде у одного пациента развился острый инфаркт миокарда, и у пациента после неуспешной реканализации выполнена ампутация конечности на уровне бедра.

### **Выводы:**

1. Для выбора оптимального лечения больных с ОАСНК необходимо применение мультидисциплинарного подхода с привлечением сосудистых, эндоваскулярных хирургов и часто кардиолога.

2. При сложных и многоуровневых поражениях сосудов нижних конечностей целесообразно рассматривать гибридные подходы к лечению с применением эндоваскулярных и традиционных хирургических подходов.

3. По мере развития новых технологий в лечении пациентов могут рассматриваться подходы с применением эндоваскулярных аппаратов для тромбаспирации и эндартерэктомия, что позволит снизить травматичность вмешательства.

## **Способ лечения остеомиелита пяточной кости у больных с нейропатической формой синдрома диабетической стопы**

**М. Ю. Головченко, Е. А. Анцыпович**

**Одесский национальный медицинский университет,  
КП Городская клиническая больница № 11 г. Одесса**

**Актуальность.** В структуре заболеваемости жителей экономически развитых стран сахарный диабет (СД) занимает одно из первых мест. Остеомиелит является распространенным осложнением синдрома диабетической стопы, большинству больших и малых ампутаций предшествует остеомиелитическое поражение костей стопы.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения, снизить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки стационарного лечения больных с остеомиелитом пяточной кости на фоне нейропатической формы синдрома диабетической стопы.

**Объект и методы исследования.** Исследование проводилось на базе отделения гнойно-септической хирургии 11 ГКБ г. Одессы. В исследование включены пациенты с остеомиелитом пяточной кости на фоне нейропатической формы синдрома диабетической стопы.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу включены 24 пациента, оперированных по предложенной нами методике. Вторая группа составлена из 32 па-

циентов, получавших лечение по общепринятым методикам.

По предложенной нами методике после купирования острого гнойного воспаления проводилось иссечение язвенного дефекта пяточной области, остеомиелитическая полость обрабатывалась фрезой до здоровых тканей. Далее разрез продолжается по медиальной, срединной, или латеральной поверхности стопы. Выбор того или иного доступа зависит от локализации язвы. Частично иссекался подошвенный апоневроз и, в зависимости от доступа, выбирали одну из трех мышц (*m. flexor digitorum brevis*, *m. abductor hallucis*, *m. abductor digiti minimi*) дистальный отдел отсекался и проводилась тампонада ею, образовавшейся после некрэктомии полости в пяточной кости.

С целью стимуляции репаративных процессов в тканях мы использовали интраоперационную инфильтрацию кожно-мышечных лоскутов аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмой.

**Результаты и обсуждение.** Количество послеоперационных осложнений составило в 1й группе 2 (8,3%). Гематом послеоперационной раны и формирования вторичного некроза краев раны не отмечалось. Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре составило  $17,14 \pm 5,2$  дней.

Во второй группе осложнения зафиксированы у 8 больных (25%). У 3 пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны, у 4 гематомы, у 1 пациента отмечались явления вторичного некроза краев раны. Длительность пребывания в стационаре у больных второй группы составила  $29,4 \pm 6,2$  дней.

Отсутствие послеоперационных гематом у пациентов первой группы мы связываем с применением разработанной нами методики «пломбировки» остаточных полостей, что предотвращает скопление экссудата с последующим его нагноением. Интраоперационная инфильтрация тканей обогащенной тромбоцитами плазмы, уменьшает вероятность развития вторичных некрозов в ране.

**Выводы.** Предложенный метод зарекомендовал себя как высокоэффективный метод лечения остеомиелита пяточной кости у больных сахарным диабетом с благоприятными отдаленными результатами, сохранением опороспособности конечности, что позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 25% до 8,3%, сократить средний срок пребывания пациента в стационаре с  $29,4 \pm 6,2$  до  $17,14 \pm 5,2$  дней.

## Комплексне лікування гнійно-некротичних ран у пацієнтів з цукровим діабетом та хронічною ішемією нижніх кінцівок

О. В. Гончаренко, А. А. Жмур, В. П. Мазур

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Розвиток гнійно-некротичного процесу на ступні у хворих на цукровий діабет передбачає загрозу виконання високої ампутації на рівні стегна, рідше – на рівні гомілки.

**Мета роботи** – покращити безпосередні результати хірургічного лікування хворих на цукровий діабет з синдромом діабетичної ступні та хронічною ішемією нижніх кінцівок шляхом застосування комплексного лікування з використанням ВАК-терапії.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проведено у 426 хворих з цукровим діабетом II типу та синдромом діабетичної ступні, ускладненими інфікованими некротичними ранами, розвитком флегмони та хронічною артеріальною недостатністю. Поєднання

діабетичних мікроангіопатій з атеросклеротичними макроангіопатіями нижніх кінцівок виявлено в 136 (31,9%). У 24 (5,6%) пацієнтів цукровий діабет II типу виявили вперше.

Для оцінки стану пацієнта та враженої ступні використовували класифікації за F. W. Wagner, R. Fontaine, Європейського Консенсуса з лікування захворювань периферійних артерій. Ступінь гострої артеріальної недостатності визначали за В. С. Савельєвим. Обсяг оперативних втручань визначався індивідуально (хірургічна обробка інфікованої рани з некректомією, секвестректомією, розкриття флегмони, резекція передніх відділів ступні за Гаранжо або Шарпом, ампутація на межі верхньої та середньої тритини гомілки, ампутація на рівні середньої тритини стегна). Для вакуум-терапії застосовували апарат Heaco REF NP32P з діапазон негативного тиску від  $-95$  до  $-165$  мм рт.ст.

**Результати, їх обговорення.** Комплекс терапії включав антибактеріальні препарати, антиагреганти, антикоагулянти прямої та непрямої дії, сулодексид, альфа-ліпоеву кислоту, аргінін, препарати гідроксіетіленкрахмалю, пентоксіфілін, дротаверін, актовегін, комплекс вітамінів групи В, ніотинову кислоту, статіни або фібрати. При корекції цукру крові перевагу віддавали простому інсуліну в режимі малих доз з наступним поступовим переводом на препарат пролонгованої дії.

Первинними показами до ампутації нижніх кінцівок стали зміни, обумовлені важкою ішемією та гангrenoю, вторинні – внаслідок ускладнень реконструктивних операцій на судинах. Рівень ампутації визначали після дуплексного сканування судин, при цьому систолічний артеріальний тиск в межах резекції повинен був бути не нижче 50 мм рт.ст., черезшкірний парціальний тиск кисню не нижче 30–40 мм рт.ст.

Первинна ампутація на рівні стегна на протязі 1 доби з моменту поступлення виконана 52 хворим, 7 – на 2 добу, 8 – на 3 добу, 8 – з четвертої доби та більше. Восьми хворим при поступленні виконані ампутації одномоментно на обох нижніх кінцівках, з них: ампутації на рівні обох стегон – 5, на рівні стегна та на рівні гомілки – 1, на рівні стегна та на рівні ступні – 1, на рівні двох гомілок – 1.

Тривалість проведення вакуум-терапії коливалась від 3 до 24 діб. Повна епітелізація ран тривала від 3 до 14 тижнів (в середньому –  $4 \pm 0,5$  тижнів).

Післяопераційна летальність після ампутацій на рівні стегна склала 16%. З 12 померлих у 4 (33,3%) операції з приводу гангрени виконувались одномоментно на двох нижніх кінцівках. Основною причиною смерті стала гостра серцево-легенева та ниркова недостатність, сепсис.

**Висновки.** З патології, при якій показана ампутація нижніх кінцівок, переважають гнійно-некротичні ускладнення цукрового діабету та облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок. При багаторівневих оклюзійних ураженнях необхідно застосовувати комбінацію відкритих та ендovasкулярних операцій. Ампутація нижньої кінцівки, в якості первинної операції, виконана 64 (75%) хворим протягом першої доби, що свідчить про значний обсяг гнійного ураження вже на час госпіталізації.

## Результати застосування ендовенозного електрозварювання в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок

В. С. Горбовець, С. І. Саволюк, Р. А. Геращенко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Вступ.** Пошук нових технологій облітерації великої підшкірної вени (ВПВ) для малоінвазивного хірургічного лікування варикозної хвороби (ВХ) залишається актуальним питанням флебології.

Нами запропонований метод ендовенозного електрозварювання (ЕВЕЗ), в якому облітерація ВПВ реалізується шляхом зварювання білків крові та венозної стінки. Метод ЕВЕЗ розроблений на кафедрі хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії ім. П. Л. Шупика та застосовується в клінічній практиці впродовж 2016 – 2018 років.

**Мета роботи:** провести аналіз ефективності застосування методу ЕВЕЗ в лікуванні ВХ у порівнянні з ендовенозною лазерною коагуляцією (ЕВЛК).

**Матеріали та методи.** Вивчені результати лікування 126 пацієнтів з ВХ С2 – С5 клінічних класів (СЕАР) в період 2016 – 2017 років, які були розподілені на дві групи: група I – 62 пацієнта, у яких застосований метод ЕВЕЗ (20 чоловіків, 42 жінки) віком від 23 до 65 років, та група II – 64 пацієнта, у яких застосована ЕВЛК (23 чоловіка, 41 жінка) віком від 19 до 62 років. Пацієнти з ВПВ більшим 15 мм були включені до основної групи (підгрупа IA).

Критерії оцінки ефективності: тривалість операції, інтенсивність післяопераційного болю (ПБ), анатомічний результат через 12 місяців (фіброз або реканалізація), ускладнення (тромбофлебіт, екхімози, парестезії).

Пристрій для ЕВЕЗ – апарат для зварювання живих тканин ЕК–300М («Свармед», Україна), спеціалізовані ендовенозні інструменти (СЕІ). ЕВЕЗ проводили в режимі «зварювання ручне», потужністю 50%, з швидкістю тракції СЕІ 0,5 см/с. Пристрій для ЕВЛК – діодна лазерна система Medilas D Lite Beam (Dornier Med Tech, Німеччина). ЕВЛК проводили в постійному режимі, потужністю 12 – 15 Вт, з швидкістю тракції світловоду 0,5 см/с.

Операції виконували під УЗ–контролем та місцевою анестезією. В групі II додатково проводили тумесцентну анестезію (ТА) для захисту тканин від опіків. Виконували кросектомію, ендовенозне втручання, склероблітерацію комунікатних вен.

**Результати.** При застосуванні ЕВЕЗ проведення СЕІ не супроводжувалося труднощами та перфорацією ВПВ. При виконанні ЕВЛК у 9 (14,1%) пацієнтів було неможливо провести світловод у ВПВ, а у 3 (4,7%) пацієнтів мала місце перфорація вени. Тривалість операцій в групі I становила  $36,6 \pm 1,0$  хвилин; в групі II –  $53,0 \pm 1,7$  хвилин ( $p < 0,0001$ ).

Інтенсивність ПБ у пацієнтів обох груп не перевищувала значення «середній біль» та не мала статистичних відмінностей. Також були відсутні відмінності між групами стосовно частоти тромбофлебіту ( $p > 0,05$ ): в групі I тромбофлебіт спостерігався у 3 (4,8%) пацієнтів, в групі II – у 5 (7,8%).

Частота розвитку фіброзу ВПВ у пацієнтів обох груп не мала відмінностей при діаметрах ВПВ до 15 мм ( $p > 0,05$ ): в групі I у 58 (93,5%) пацієнтів, а в групі II у 59 (92,2%). Розвиток фіброзу ВПВ в підгрупі IA виявився у 16 пацієнтів (88,9% в даній підгрупі).

Частота екхімозів і парестезій після ЕВЛК була вище на 54,1% та 21,6% відповідно ( $p < 0,01$ ). Регрес екхімозів і парестезій після ЕВЕЗ відбувався в термін 14 діб. Після ЕВЛК

екхімози і парестезії зберігалися у 9,7% пацієнтів понад 1 місяць ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** ЕВЕЗ має ефективний вплив, результатом якого є оклюзія ВПВ з подальшим розвитком фіброзу. Аналіз результатів застосування ЕВЕЗ та ЕВЛК не виявив відмінностей відносно інтенсивності ПБ, частоти фіброзу ВПВ та частоти тромбофлебіту. Перевагами методу ЕВЕЗ є ефективний вплив на ВПВ з діаметром більшим 15 мм, відсутність необхідності використання ТА, зменшення тривалості операції, зниження частоти екхімозів і парестезій та зменшення вартості лікування за рахунок використання вітчизняного обладнання.

## Ендоваскулярна реваскуляризація нижніх кінцівок при поширених оклюзійно–стенотичних ураженнях в стегно–підколінно–дистальному сегменті на тлі критичної ішемії

В. Б. Гощинський<sup>1</sup>, О. Б. Луговий<sup>2</sup>, В. В. Ольховик<sup>2</sup>, М. Я. Сулимка<sup>2</sup>, О. А. Гончарук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,

<sup>2</sup>Тернопільська міська комунальна лікарня № 2

**Вступ.** Завдяки удосконаленню технічного забезпечення ендоваскулярних операцій та відповідного інструментарію з'явилась можливість розширити показання до їх виконання.

**Мета дослідження.** Визначити можливість виконання ендоваскулярних операційних втручань при поширених та багатоповіркових оклюзійно–стенотичних ураженнях в стегно–підколінно–дистальному сегменті при критичній ішемії нижніх кінцівок та проаналізувати їх ефективність.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз результатів ендоваскулярних операційних втручань на артеріях нижніх кінцівок у 209 хворих, з них були 45 (21,5%) пацієнтів з хронічною ішемією II ст., категорія 4, 138 (66,1%) хворих з ішемією нижніх кінцівок III ст., категорія 5 та 26 (12,4%) пацієнтів з IV ст., категорією 6 (за класифікацією Rutherford et al., 1997). Чоловіків було 187, жінок 22. Середній вік пацієнтів був  $63,7 \pm 9,3$  роки. Для визначення місця локалізації оклюзійно–стенотичного ураження та його протяжності застосовували спіральну комп'ютерну ангіографію у 3D зображені або виконували аорто–артеріографію на ангіографічному комплексі фірми "Simens". Виходячи із клінічних та ангіографічних даних були застосовані декілька варіантів ендоваскулярної реваскуляризації нижніх кінцівок. Так, при оклюзійно–стенотичному процесі поверхневої артерії стегна до 15 см, у 36 (17,2%) пацієнтів була застосована вазобалонна дилатація сегмента оклюзії із наступним його стентуванням саморозширяючим стентом Terumo Misago (Японія) або стентом Palmas Cordis (США). У 66 (31,6%) хворих при оклюзійно–стенотичному процесі в стегно–підколінному сегменті протяжністю більше 20 см використовували наступні варіанти: один стент або два стенти за типом "кінець в кінець". Стентування артерії доповнювали вазобалонною дилатацією сегмента над стентами, між стентами або під стентами. У 69 хворих (33,1%) при протяжних оклюзійно–стенотичних процесах в стегно–підколінно–дистальному сегменті була застосована інтралюмінальна балонна ангіопластика. У 17 (8,1%) хворих була виконана балонна ангіопластика із використанням балонів IN. PACT Admiral

(Medtronic Inc. США) із покриттям Free Pac, що містить сечовину та паклітаксел. Метод SAFARI (subintimal arterial flossing with antegrade-retrograde intervention) був застосований у 10 (4,8%) хворих. Післяопераційні зміни у клінічному стані оцінювали за шкалою Рутерфорда (1997) та за даними УЗД або КТ з контрастуванням.

**Результати, їх обговорення.** Після аналізів результатів відновних операцій нами відмічено, що клінічний успіх у перші 6 місяців досягнуто у 171 (81,8%) хворого. В тому числі, значне покращення стану кінцівки наступило у 94 (45,0%) пацієнтів, помірне покращення відмічено у 73 (34,9%) хворого, без змін у 26 (12,4%) випадках та помірне погіршення було у 16 (7,7%) пацієнтів. Через 6 місяців, первинна прохідність артерій після ендovasкулярної реконструкції відмічена у 148 (70,8%) хворих. За нашими спостереженнями, найбільша частота рестенозів та реоклюзій приходить на перші 6 місяців – 61 (29,2%) хворих. Всім пацієнтам була проведена успішна повторна ендovasкулярна реконструкція зони ураження.

Через рік ампутація кінцівки виконана у 11 (5,3%) пацієнтів. Через 2 роки загальна кількість хворих, яким виконана ампутація кінцівки склала 27 (13%).

**Висновки.** Технічне удосконалення ендovasкулярних операцій та відповідного інструментарію дозволяє розширити показання до їх виконання та не обмежитися протяжністю атеросклеротичного ураження відповідно до рекомендацій TASC II.

## Нові підходи до лікування трофічних виразок на тлі цукрового діабету

І. Д. Дужий, А. С. Ніколаєнко, В. М. Попадинець

Сумський державний університет, медичний інститут

**Актуальність.** Трофічні зміни в ділянці нижніх кінцівок являються одними з найбільш тяжких ускладнень у пацієнтів на судинними захворюваннями при цукровому діабеті. В індустріально розвинених країнах, виразка є найбільш частою причиною нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок і є нагальною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Відомо, що більшість виразок нижніх кінцівок (60–70%) наслідком захворювань судин. Близько половини всіх високих ампутацій пов'язані з ускладненнями периферійної форми атеросклерозу на тлі цукрового діабету. У 80–90% таких хворих передують хронічні виразкові дефекти.

**Метою** наших досліджень була розробка комбінованої методики лікування хворих на трофічні виразки (ТВ) нижніх кінцівок на фоні цукрового діабету.

**Матеріали та методи дослідження.** У 2017 році на базі відділення Судинної хірургії КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня» проведено лікування 32 хворих на трофічні виразки нижніх кінцівок, що розвинулися на тлі цукрового діабету шляхом застосування аутоплазми, збагаченої тромбоцитами (АПЗТ). Осіб чоловічої статі поміж досліджених хворих було 11 (34,4%), жіночої – 21 (75,6%). Середній вік пролікованих хворих чоловічої статі склав 72 роки, жіночої – 68. Тривалість трофічної виразки на тлі цукрового діабету до початку лікування у осіб чоловічої статі склала – 5,8 роки, у осіб жіночої статі 7,6 роки. Вивчався термін грануляції та епітелізації виразок та їх повне заживлення. Середня площа виразок в обох групах знаходилася у межах 5 см<sup>2</sup>.

Хворим основної групи у процесі лікування використовувалася власна плазма крові, збагачена тромбоцитами, яку отримували шляхом дворазового центрифугування. Вве-



дення такої аутоплазми проводили підшкірно по периметру виразки двічі з інтервалом у 10 днів. Дану методику ми доповнювали місцевими аплікаціями АПЗТ. Перев'язки виконували з інтервалом у 2 дні.

Групу порівняння склали 20 хворих з такою ж площею ТВ, що і в основній групі. Цим хворим виконували лікування за стандартною методикою згідно регіонарних протоколів, в основі якої некректомія, пов'язки з антисептиками, антибіотикотерапія.

**Результати та обговорення.** Середній термін епітелізації трофічних виразок в основній групі склав 36 діб (від 31 доби до 42 діб), а у групі порівняння – 81 добу (від 73 діб до 89 діб) – ( $p < 0,05$ ).

У 10 (33%) хворих основної групи вдалося домогтись повного загоєння виразки у середньому на  $30 \pm 2$  добу, тоді як у групі порівняння – на  $45 \pm 3$  добу ( $p < 0,05$ ). У інших 22 хворих загоєння у основній групі у середньому відбулося за 41 добу (від 35 діб до 47 діб), у групі порівняння – за 56 діб (від 48 діб до 63 діб)

Середній ліжко-день в основній групі хворих склав 14,6 днів, тоді як у групі порівняння – 22,3 дні ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Запропонований метод лікування сприяє більш швидкому розвитку грануляцій, пришвидшує епіталізацію та загоєння трофічних виразок нижніх кінцівок при цукровому діабеті, що дозволяє підвищити ефективність комплексного лікування на тлі зменшення його вартості.

## Діагностична цінність визначення рівня нейтрофільної еластази крові у прогнозуванні перебігу трофічних венозних виразок нижніх кінцівок

І. Д. Дужий<sup>1</sup>, В. М. Попадинець<sup>1</sup>, В. П. Кисляков<sup>2</sup>, А. С. Ніколаєнко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Сумський державний університет, медичний інститут,

<sup>2</sup>Сумський обласний клінічний госпіталь інвалідів війни

**Вступ.** На сьогоднішній день проблемі виразкування при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок приділяється все більше уваги. Згідно епідеміологічних даних майже кожний четвертий українець протягом життя має проблеми з порушення трофіки нижніх кінцівок внаслідок недостатності дренажної функції венозної системи. Незважаючи на досягнення сучасної медицини прогнозувати перебіг таких ускладнень не є можливим.

Одним з альтернативних напрямків моніторингу перебігу хронічного деструктивно-запального процесу нижніх кінцівок, який доволі ефективно зарекомендував себе у лабораторній діагностиці запалень легень, є визначення нейтрофільної еластази крові. Проникаючи у вогнище ураження та руйнуючись у ньому, макрофаги виділяють різні протеолітичні ферменти, у тому числі еластазу, яка може бути індикатором важкості патологічного процесу.

**Мета.** Визначення особливостей коливання рівня нейтрофільної еластази крові у хворих на трофічні виразки нижніх кінцівок венозного генезу.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження були хворі на посттромбофлебійний синдром та варикозну хворобу нижніх кінцівок, ускладнену трофічними виразками ( $n=32$ ). Групою контролю стали практично здорові люди без супутньої патології ( $n=20$ ). З метою визначення рівня нейтрофільної еластази крові (нмоль/хв×мл)

проведено спектрофотометричне дослідження (при довжині хвилі 347,5 нм) сироватки крові на апараті Arpel PD-303 (Японія). Активність ферменту визначали у термостатованій кюветі ( $t=30^{\circ}\text{C}$ ) шляхом змішування 2,8 мл трисHCl буферу та 0,15 мл 1,18% розчину ВОС з 0,05 мл досліджуваної сироватки, розведеної 1:30.

Обробка даних проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2010 з додатком AtteStat 12.0.5 – оцінка вірогідності розбіжностей показників згідно  $t$ -критерію Стьюдента, взаємозв'язок між досліджуваними показниками оцінювали згідно критерію кореляції Спірмена. Статистично достовірними вважалися результати при ступеню вірогідності більше 95% ( $p<0,05$ ).

**Результати та обговорення.** У процесі дослідження виявлено, що за умови відсутності патології середній рівень нейтрофільної еластази крові становить  $71,1\pm 0,49$  нмоль/хв $\times$ мл (від 70,22 нмоль/хв $\times$ мл до 72,02 нмоль/хв $\times$ мл). За наявності трофічних венозних виразок даний показник статистично зростає та перевищує показники норми у 3,3 разу ( $t=486$ ,  $p<0,001$ ). Так, рівень ферменту у основній групі коливався у межах від 231,56 нмоль/хв $\times$ мл до 237,27 нмоль/хв $\times$ мл (у середньому 234,5 нмоль/хв $\times$ мл). Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем дисбалансу протеолітичної системи крові у осіб без запальних змін та у хворих із запальними та виразковими дефектами.

Враховуючи значне перевищення рівня нейтрофільної еластази крові за умови наявності венозних хронічних виразок, можна стверджувати, що лабораторне дослідження периферійної крові є одним з ключових етапів моніторингу при запальних процесах у виразковому дефекті. Зростання протеолітичного ензиму може слугувати індикатором для залучення додаткових лікувальних заходів з метою попередження прогресування виразкового дефекту.

#### **Висновки.**

Наявність ускладнень у перебігу хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок супроводжується значним зростанням нейтрофільної еластази крові, яка достовірно перевищує показники норми у 3,3 разу. Такий дисбаланс протеолітичної системи організму є індикатором прогресування трофічних виразок у вигляді зростання площі та глибини їх ураження.

## **Зміни локальної мікроциркуляції в гнійно-запальному вогнищі у хворих на цукровий діабет 2 типу**

**М. Д. Желіба, М. Г. Богачук**

**ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м.Вінниця**

**Вступ.** Лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин при цукровому діабеті 2 типу є актуальною проблемою загальної хірургії. Значно гостріше постає ця проблема, коли запальний процес знаходиться на кінцівках, де внаслідок онтогенезу людини периферичний кровообіг відносно недостатній, що негативно впливає на перебіг загоєння ран за рахунок зниження перфузії тканин, і гіпоксія посилює гнійно-некротичні процеси. **Мета дослідження:** вивчити стан локальної мікроциркуляції у хворих з гнійно-запальними процесами м'яких тканин на тлі ЦД 2 типу методом фотоплетизмографії та за його допомогою оцінити ефективність медикаментозної корекції.

**Об'єкт та методи дослідження.** Проаналізовано лікування 38 хворих з гнійно-запальними процесами м'яких тканин в ділянці нижніх кінцівок на тлі ЦД 2 типу віком

від 38 до 76 років. Всі хворі були поділені на дві репрезентативні групи: основну – 19 хворих:(до комплексу консервативної терапії було включено в/в 20 мкг алпростадилу) і контрольну – 19 хворих, які не отримували в лікуванні препарат основної групи. Всі хворі були прооперовані після госпіталізації і лабораторний обстежень. Основною патологією при обстеженні були флегмони нижніх кінцівок – 10 (52,6%) в основній і 9 (47,4%) в контрольній групах, абсцеси – 4 (21,1%) і 6(31,6%) відповідно, нагноєна гематома у 3 (15,8%) в основній і у 4 (21,1%) відповідно, інфікована рана 2 (10,5%) і 1(5,3%) відповідно.

Дослідження мікроциркуляції проводили за допомогою лазерного комплексу для оцінки мікроциркуляції периферійних судин при поступленні хворих в клініку та на 6 і 12 добу лікування. Рівень кровонаповнення визначали в умовних одиницях, вираховували коефіцієнт асиметрії рівня кровонаповнення.

**Результати та обговорення.** Аналізуючи отримані результати, відзначено, що рівень кровонаповнення до лікування в епіцентрі гнійного запалення був самим вищим – в основній групі становив  $24,43 \pm 4,3$ , в контрольній –  $23,53 \pm 5,26$  і суттєво відрізнявся від контрольної точки в обох групах спостережень ( $p < 0,001$ ). Після проведеного лікування він суттєво знизився в обох групах, проте в основній групі він був вищим, ніж в контрольній –  $19,31 \pm 2,72$  проти  $16,79 \pm 3,1$  відповідно ( $p < 0,01$ ). Чим далі від зони запалення, рівень кровонаповнення знижався в обох групах. В основній групі на межі запалення (2 точка) до лікування він складав  $14,93 \pm 1,63$ , в контрольній групі –  $17,5 \pm 2,6$ . Цей показник після лікування на межі запалення, переважав над рівнем кровонаповнення, який фіксували до лікування в основній групі –  $17,0 \pm 2,1$  ( $p < 0,01$ ). В контрольній групі він знизився до  $13,0 \pm 1,54$ . За межею запалення (3 точка) рівень кровонаповнення до лікування як в основній, так і в контрольній групі суттєво не відрізнялись від цих показників на симетричній ділянці тіла ( $p > 0,05$ ). Спостерігаючи за динамікою цього показника в основній групі після лікування (3 точка), відзначили аналогічну ситуацію. Рівень кровонаповнення після лікування був вищим, ніж до лікування і становив  $14,5 \pm 1,5$  ( $p < 0,01$ ), таку ж тенденцію спостерігали на симетричній ділянці тіла (контрольна точка). В цій точці рівень кровонаповнення після лікування становив  $15,1 \pm 1,4$ , до лікування –  $11,9 \pm 2,3$ . В результаті отриманих даних можна зробити висновок, що в основній групі після застосування вазодилататора алпростадилу збільшився кровоток в мікроциркуляторному руслі у всіх точках замірів. Показники коефіцієнту в епіцентрі запалення були самими найвищими, що свідчило про підвищення кровообігу за рахунок стазу до лікування, в середньому у 2 рази. Після проведеного лікування вони суттєво знизились, але все ж були вищими, ніж за межею запалення ( $p < 0,05$ ). В основній групі вони були дещо нижчими, ніж в контрольній і становили  $1,29 \pm 0,13$  і  $1,57 \pm 0,41$ ;  $1,05 \pm 0,08$  і  $1,18 \pm 0,21$  відповідно, що свідчило про те, що вони наближались до показників за межею запалення, в нашому розумінні до варіанту норми.

**Висновки.** Застосування в комплексному лікуванні гнійної рани засобів, що позитивно впливають на мікроциркуляцію, дозволяє забезпечити в комплексі вплив на репаративну регенерацію гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД 2 типу.

## Характеристика цитокинового профілю хворих з синдромом діабетичної стопи

Т. П. Зарезенко, А. А. Жмур, В. В. Балабуєва, В. А. Кацал, І. М. Вовчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Невпинний ріст захворюваності на цукровий діабет (ЦД) та розвиток СДС, збільшення частоти проведення інвалідизуючих операцій, збільшення випадків стійкої втрати працездатності – це основні медико–соціальні та економічні проблеми сьогодення. На розвиток ускладнень СДС впливають багато факторів, а саме тривалість ЦД та ступінь компенсації вуглеводного обміну, стан мікроциркуляторного русла та зміни з боку нейро–імунних реакцій. Тому проведення ранньої діагностики на клітинному та біохімічному рівнях на кожній стадії розвитку СДС дозволить вчасно оцінити і скорегувати профілактичні чи лікувальні заходи.

**Мета.** Дослідити рівні ІЛ–8 і ТФР– $\beta$ , та їх зв'язок з розвитком ранового процесу при СДС.

**Об'єкт і методи дослідження.** В дослідженні взяли участь 36 пацієнтів, які хворіють на ЦД 2 типу більше 10 років. Були включені пацієнти з нейропатичною та змішаною формами СДС. В роботі визначався рівень глікованого гемоглобіну методом латексного інгібування імуноаглютинації, а також визначались рівні прозапальних та протизапальних цитокінів в сироватці крові та рановому ексудаті методом імуноферментного аналізу.

**Результати і обговорення.** У 7 пацієнтів виявлено вкрай низький рівень ІЛ–8, що складав  $5,3 \pm 0,4$  пг/мл, а у 29 хворих взагалі не визначався. При дослідженні ТФР– $\beta$  в сироватці крові у 23 хворих визначались середні концентраційні рівні в межах  $473,2 \pm 41,7$  пг/мл, в той час, як у 13 пацієнтів, як і у випадку з ІЛ–8 абсолютно відсутні. Також проводилось дослідження ранового ексудату, що показало в середньому підвищення рівня ІЛ–8 у більш ніж 400 разів, в порівнянні з сироватковим рівнем у цих хворих, що склав  $2132,42 \pm 78,9$  пг/мл. Середня концентрація ТФР– $\beta$  в ексудаті склав  $1341,2 \pm 571,1$  пг/мл, що в свою чергу перевищує в 3 рази, ніж в сироватці крові цих пацієнтів. В рановому ексудаті трофічної виразки у хворих з СДС переважає активна продукція прозапальних цитокінів, а саме ІЛ–8, в той час, як протизапальному ТФР– $\beta$  властива менша продукція.

Перебіг ранового процесу визначається не тільки формою СДС, а і загальним імунним статусом. Зміни з боку імунної системи зумовлені наявністю ЦД мають однонаправлений характер відносно всіх форм СДС. При аналізі даних рівнів цитокінів в рановому ексудаті трофічних виразок не виявлено статистично–достовірної різниці рівнів у хворих з нейропатичною та змішаною формами СДС ( $p > 0,05$ ). Так у хворих з нейропатичною формою СДС визначено рівень ІЛ–8 в межах  $2118,2 \pm 95,6$  пг/мл, а рівень ТФР– $\beta$  склав  $1472,6 \pm 651,2$  пг/мл. У хворих зі змішаною формою СДС ІЛ–8 був  $2078,7 \pm 88,6$  пг/мл, а значення ТФР– $\beta$  було в межах  $1395,8 \pm 651,8$  пг/мл.

Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між тривалістю ЦД та вихідним рівнем прозапального цитокіну ІЛ–8 ( $r = 0,82$ ,  $p < 0,05$ ) та негативний кореляційний зв'язок між тривалістю ЦД та вихідним рівнем ТФР– $\beta$  ( $r = -0,81$ ,  $p < 0,05$ ). Аналогічні кореляційні зв'язки були виявлені між рівнями глікованого гемоглобіну (HbA1c) та досліджуваними цитокінами: позитивний між ІЛ–8 та HbA1c ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ) та негативний між ТФР– $\beta$  та HbA1c ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Дослідження змін цитокинового статусу в рановому ексудаті є більш інформативним в порівнянні з його системним визначенням в сироватці крові. Тривалість ЦД

та декомпенсація вуглеводного обміну має прямий пропорційний зв'язок зі змінами в імунній системі, а саме призводить до цитокінового дисбалансу – підвищенню продукції прозапальних та зниженню продукції протизапальних цитокінів.

## Використання субатмосферного тиску при лікуванні остеомиєліту у пацієнтів з синдромом діабетичної стопи

О. О. Кизименко, В. І. Ляховський, О. Г. Краснов, І. І. Нємченко,  
Т. В. Городова–Андрєєва, О. М. Люлька

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

**Вступ.** Остеомиєліт стопи є надзвичайно важким ускладненням синдрому діабетичної стопи та є однією із основних причин високих ампутацій. Статистично підтверджена присутність остеомиєліту у 15%–20% при інфекціях стопи середнього ступеню тяжкості та 50% присутність при інфекціях важкого ступеню. При цьому слід відмітити труднощі вчасної діагностики, оскільки більшість лікарів в Україні для діагностики користується рентгенограмами. Згідно останніх досліджень рівень їх інформативності не досягає навіть 60%, а перші рентгенпомітні зміни з'являються не раніше ніж через 3 тижні від маніфестації захворювання. Більш інформативним є МТР діагностика, яка дає змогу значно раніше встановити діагноз та є більш інформативною (82%). Такі пацієнти потребують більш інтенсивного лікування та значних фінансових затрат з великим ризиком втрати кінцівки в подальшому. Класичними прийомами та методами лікування не вдається суттєво покращити результати лікування, тому пошук нових є актуальним.

**Мета дослідження.** Визначити позитивні ефекти вакууму при лікуванні пацієнтів з остеомиєлітом стопи зі стійкою гіперглікемією.

**Об'єкти та методи дослідження.** Дослідження проводилось на базі хірургічного відділення №1 2-ї МКЛ, яке є єдиним відділенням, що займається гнійно-септичною патологією в місті Полтава. В період з 2015 по 2017 роки було проліковано 26 пацієнтів з остеомиєлітом стопи (передплесни та плесни), які хворіли на діабет 2-го типу. Було сформовано 2 групи: перша або основна загальною кількістю 12 осіб, серед яких 6 (50%) жінки і 6 (50%) чоловіки, а друга або контрольна 14, де 6 (42,8%) жінки, а решта 8 чоловіки (57,2%). Середній вік  $57 \pm 5$  років. За супутніми патологіями групи були взаємопорівняними. Всі пацієнти надійшли в ургентному порядку та мали хронічні трофічні виразки на стопі (від 2 до 8 місяців). При ургентній рентгенографії встановлені деструктивні зміни в кістковій тканині. Всім пацієнтам виконана ревизія ран з некрсеквестректомією, з подальшою тотожною консервативною терапією. Що стосується місцевого лікування, то пацієнти 2 групи отримували стандартні перев'язки з використанням різноманітних антисептиків (діоксизоль, повідон-йод). У пацієнтів основної групи для місцевого лікування накладали вакуумну систему на 3 дні шестикратно з показниками негативного тиску на 1 добу –115 мм.тр.ст, а на 2-гу доводили до –125 мм.тр.ст. Заміну губок проводили раз на 3 доби з забором мазків на визначення ступеню мікробного забруднення та наступним цитологічним дослідження рани.

**Результати та їх обговорення.** За результатами лікування ми встановили, що пацієнтам з 2 групи у 4 випадках були проведені високі ампутації, а середній ліжко день становив  $61 \pm 7$  дня. В той же час лише у 1-го хворого з 1 групи була виконана висока ампутація, а середній ліжко-день в цій групі склав  $34 \pm 2$  доби. Також слід зазначити, що у

пацієнтів основної групи за 18 днів терапії субатмосферним тиском в середньому площа рани скоротилась на 34%, в той час як в групі порівняння цей показник не перевищував 20%. Не можна не відмітити позитивний вплив вакуумної терапії на мікробне очищення ран. У нашому випадку починаючи з 3 доби за результатами посівів в основній групі ми відмітили зміну кількісного, а пізніше і якісного складу бактерій в ранах. Починаючи з 13 доби у пацієнтів основної групи з ранового відділяемого анаеробна бактеріальна флора не виділялася, в той час як в контрольній групі такі результати вдалося отримати після 23 дня з початку лікування.

**Висновок.** При застосуванні терапії негативного тиску в лікуванні пацієнтів з остеомиєлітом предплесни та плесни у пацієнтів зі стійкою гіперглікемією відмічається ряд позитивних ефектів: зниження кількості високих ампутацій, значно швидше проходить процес мікробної деконтамінації рани, що дозволяє суттєво скоротити терміни перебування в хірургічному стаціонарі та зменшити фінансове навантаження на пацієнтів.

## Застосування місцевої вакуум–терапії та клітин аутоліпоаспірату в комплексному лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології

С. С. Кітченко, І. А. Дехтярук

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Неухильне зростання на захворюваність хронічною венозною недостатністю (ХВН) не тільки в Україні, а й по всьому Світі (виявлення нових випадків ХВН в розвинутих країнах складає до 2,6% у жінок, 1,9% – у чоловіків), на тлі виявлення у 25 – 46% пацієнтів декомпенсованих та ускладнених форм ХВН, робить вельми актуальною проблему лікування трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок флебогіпертензивного генезу. На сучасному етапі лікування ТВ за прийнятими методиками має досить низьку ефективність при досягненні успіху у 10% та досить високої (до 35%) частоті рецидивів.

На сучасному етапі досить перспективними методами в лікуванні ТВ венозної етіології є місцеве застосування негативного тиску – вакуум–терапії (ВТ) та «клітинної терапії» (КТ).

**Мета дослідження:** поліпшення результатів лікування хворих з ТВ венозного генезу шляхом застосування в комплексному лікуванні місцевої ВТ та КТ.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати комплексного лікування 19 хворих з ТВ нижніх кінцівок венозної етіології. Середній вік хворих складав  $54 \pm 5,6$  років, чоловіків було 8 (42,1%), жінок – 11 (57,9%). Всі пацієнти мали ХВН VI клінічного класу за СЕАР (некомпенсована варикозна хвороба нижніх кінцівок у 5 хворих, післятромбофлебитичний синдром – у 14). Тривалість основного захворювання – 1,5–18 років, виразковий анамнез –  $5 \pm 3,7$  років. Площа виразок – від 4 до 21 см<sup>2</sup>.

Пацієнтів було розподілено на дві групи: першу (основну) складало 10 (52,63%) хворих, другу (порівняння) – 9 (47,37%). Об'єктом дослідження була виразка та перебіг ранового процесу.

Всім хворим проведено клінічне, морфологічне, інструментальне обстеження.

Ефективність ВТ та КТ проводили на основі клінічних проявів патологічного процесу, ступеню мікробної деконтамінації, кліткового складу відбитків з виразки, динаміки зменшення площі виразки.

Для досягнення поставленої мети дослідження у пацієнтів I-ї групи після хірургічної обробки ТВ першим етапом місцево застосовували ВТ з тиском –125 мм рт. ст., при досягненні запально-регенеративного (IV) типу цитограм – застосовували КТ: інтрадермально по периферії та в дно виразки вводилась культура аутогенних мезенхімальних клітин в кількості від 1 до 10 млн. (в залежності від площі ранового дефекту) отриманих з аутоліпоаспірату. В II-ї групі застосовували місцево традиційні перев'язки з використанням мазей на гідрофільній основі.

**Результати.** В I-ї групі інтенсивність болю на 6-ту добу склав  $6,67 \pm 1,69$  бали, тоді як в II-ї –  $8,9 \pm 1,36$  бали, перифокальний набряк та гіперемія зменшились або зникли на 6-ту добу в I-ї групі, в другій на 7-му добу. Очищення ТВ від некротичних мас та фібрину, що вважали за можливість до переходу до другого етапу лікування – застосування КТ, в I-ї групі спостерігалось на  $4,0 \pm 1,1$  добу, а в II-ї групі на  $16,4 \pm 5,9$  добу. Площа ТВ на 7 добу в I-ї групі зменшилась на 22%, в II-ї на 8,8%. В I-ї групі в мазках-відбитках на 7-му добу у 8 з 10 хворих визначався III (запальний) та IV (запально-регенеративний) на 14-ту добу тип цитограм. Начальний рівень бактеріальної контамінації у хворих в обох групах склав  $5,86 \pm 2,79$  LgKYO/мл. На 7-му добу в I-ї групі контамінація ТВ зменшилась до  $2,09 \pm 0,24$  LgKYO/мл проти  $5,0 \pm 1,27$  LgKYO/мл у II-ї групі.

В I-ї групі прискорення репаративних процесів виразкових дефектів спостерігали на 4–5-ту добу після застосування аутогенних мезенхімальних клітин, яке проявлялося в зменшенні площі ТВ на 32–34%.

**Висновки.** Застосування місцевої ВТ та КТ в комплексному лікуванні ТВ венозного генезу є альтернативними сучасними методами лікування, які можуть бути ефективними та результативними у хворих з резистентністю або непереносимістю традиційних методів терапії.

## Вибір оптимального методу хірургічної корекції атеросклеротичних уражень сонних артерій

I. I. Кобза<sup>1</sup>, Т. I. Кобза<sup>2</sup>, Ю. С. Мота<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

<sup>2</sup>Львівська обласна клінічна лікарня

**Вступ.** Каротидна ендартеректомія є одним із перспективних напрямів як первинної, так і вторинної хірургічної профілактики ішемії головного мозку, зумовленої атеросклеротичними ураженнями сонних артерій та являється золотим стандартом лікування серед симптомних пацієнтів із каротидним стенозом 50–99% та асимптомних пацієнтів із каротидним стенозом 60–99%.

**Мета.** Вибрати оптимальний метод хірургічного лікування атеросклеротичних уражень сонних артерій.

**Матеріал і методи.** За період 2008–2018 років на базі відділення судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні проведено 1373 хірургічні втручання на брахіоцефальних судинах. Серед них – 1206 інтервенцій (87,8%) з приводу симптомних уражень та 167 (12,2%) – серед асимптомних. Проаналізовано результати хірургічного лікування атеросклеротичних уражень сонних артерій серед 1089 пацієнтів, порівнюючи ефективність 837 каротидних ендартеректомій, серед яких 172 (20,6%) проведено за класичною та 665 (79,4%) за оригінальною методикою «ретроградна ендартеректомія».

Порівняльна оцінка між групами здійснювалась в залежності від частоти виникнення великих ускладнень (інсульт/смерть) в периопераційному періоді. За віком, статтю та супутньою патологією групи статистично не відрізнялися.

**Результати.** Великі ускладнення (інсульт/смерть) спостерігали серед 34 пацієнтів (4,1%). При здійсненні ретроградної каротидної ендартеректомії рівень інсульт/смерть становив 4,0%, при класичній каротидній ендартеректомії – 4,8% ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Наведені результати хірургічного лікування атеросклеротичних уражень сонних артерій свідчать на користь використання методу ретроградної каротидної ендартеректомії, що достовірно підтверджено нижчим рівнем великих ускладнень.

## Актуальные вопросы вторичной профилактики варикозных кровотечений при портальной гипертензии

С. Н. Козлов, А. Л. Никишин, М. В. Половец, В. В. Шаповалюк

НМУ имени А. А. Богомольца,  
Киевская городская клиническая больница № 12

**Вступ.** Обязательным требованием современных рекомендаций по лечению пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП), осложненными варикозным кровотечением, является проведение мероприятий вторичной профилактики варикозных кровотечений (ВПВК). Однако, выбор оптимального метода ВПВК остается актуальной проблемой и предметом широких дискуссий в современной хирургии и гепатологии, поскольку даже современные известные схемы медикаментозной профилактики (МП), минимально инвазивные эндоскопические методы (ЭМ) и их комбинации не обеспечивают приемлемых уровней эффективности и безопасности.

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность и безопасность традиционных (МП и ЭМ) и эндоваскулярных методов эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) для ВПВК у пациентов с ХДЗП, имевших эпизоды варикозного кровотечения.

**Материалы и методы.** В период с 2007 по 2016 в Киевском центре ЖКК находился на лечении 761 пациент в возрасте от 25 до 82 ( $48,2 \pm 12,2$ ) лет с эпизодами варикозного кровотечения в связи с портальной гипертензией на почве ХДЗП. После остановки кровотечения, коррекции гомеостаза и стабилизации пациента прибегали к различным методам ВПВК. Медикаментозная профилактика с назначением неселективных бета-блокаторов в адаптируемой дозе проводилась – у 563 (74,0%), минимально инвазивные эндоскопические методы (варианты склеротерапии, лигирование, клипирование и их комбинации) – у 156 (20,5%), а у 42 (5,5%) пациентов была применены эндоваскулярные методы ЭСА. Полученные данные проанализированы по показателям: а) отсутствия рецидивов варикозного кровотечения и б) летальности, связанной с рецидивами и не связанной с рецидивами кровотечения на протяжении 12 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Показатель безрецидивности (ПБР) в качестве критерия эффективности ВПВК на протяжении 12 месяцев в группах пациентов после МП и ЭМ составил 11,5% и 16,0% ( $p = 0,10$ ), но после рентген-эндоваскулярных методов ЭСА этот показатель был статистически достоверно выше и достигал 45,2% ( $p < 0,01$ ). В качестве критерия безопасности был избран показатель летальности на протяжении 12 месяцев, который оказался в группах после МП – 22,2%, ЭМ – 22,4% и после рентген-эндоваскулярных методов ЭСА – 16,7% ( $p = 0,26$ ). Летальность, связанная с эпизодами рецидива



кровотечення составила после МП – 20,8%, ЭМ – 20,5% и была значительно ниже после рентген–эндоваскулярных методов ЭСА – 14,3% ( $p=0.26$ ). Летальность, не связанная с эпизодами рецидива кровотечения (как правило, вследствие прогрессирования печеночной и печеночно–почечной недостаточности) в указанных группах МП, ЭМ и ЭСА составила соответственно 1,4%, 1,9% и 2,4%. Выбранный нами коэффициент соотношения ПБР к показателю общей летальности составил в группах МП – 0,52, ЭМ – 0,71 и в группе рентген–эндоваскулярных методов ЭСА – 2,7, а применительно к летальности, связанной с рецидивами варикозных кровотечений этот коэффициент составил – 0,55, 0,78 и 3,16 соответственно. На наш взгляд, это обусловлено тем, что эндоваскулярная ЭСА является в большей мере патогенетически обоснованным методом ВПВК так как приводит к длительной и надежной редукции показателей повышенного давления в портальной системе, а значит и нивелированию симптоматики синдрома портальной гипертензии.

**Выводы.** 1. Показатели безрецидивности и летальности на протяжении 12 месяцев при применении медикаментозной терапии и эндоскопических методов для вторичной профилактики варикозных кровотечений практически не отличаются и значительно уступают эндоваскулярным методам ЭСА.

2. Рентгеноэндоваскулярные методы ЭСА для вторичной профилактики варикозных кровотечений в большей мере патогенетически обоснованы и перспективны так как приводят к длительной редукции повышенного давления та объемов кровотока в бассейне портальной системы.

## Система гемостаза у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому при реконструктивних операціях на судинах нижніх кінцівок

О. Б. Колотило, А. Г. Іфтодій, І. К. Венгер, С. Я. Костів

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Найбільш ефективним методом лікування хворих із хронічною ішемією нижніх кінцівок, особливо, з хронічною критичною ішемією є реконструктивні судинні операції, які часто супроводжуються розвитком низки ускладнень, що зумовлює необхідність проведення досліджень особливостей розвитку раннього післяопераційного гіперкоагулянтного стану з метою вибору патогенетично обґрунтованого призначення антикоагулянтних препаратів.

**Мета.** Вивчення системи гемостаза у пацієнтів із атеросклеротичним ураженням аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок із високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому на різних етапах оперативного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** До обстеження залучено 29 пацієнтів з атеросклеротичним ураженням аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок із хронічною критичною ішемією і високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому у післяопераційному періоді.

**Результати та їх обговорення.** На етапі підготовки пацієнтів до оперативного лікування, спостерігали прояви активації системи гемостаза. Вміст фібриногену був підвищений до рівня  $4,86 \pm 0,84$  г/л (норма  $3,54 + 0,32$  г/л;  $p < 0,05$ ). Встановлено зростання вмісту в

крові РКМФ до  $0,65 \pm 0,13$  од.екстр. (норма  $0,42 + 0,04$ ;  $p < 0,05$ ). Оперативне втручання на магістральному артеріальному руслі сприяло подальшій активації системи гемостазу. Так, на травматичному етапі виявлено підвищений вміст фібриногену до  $5,39 \pm 0,10$  г/л. Спостерігали зростання вмісту РКМФ до  $0,81 \pm 0,11$  од.екст., що вказує на підвищений рівень тромбінемії. Підтвердженням останнього слугує зростання вмісту ФПА до  $4,51 \pm 0,36$  нг/мл. Все це відбувалось при посиленній деградації продукту фібрину (ПДФ) до  $13,47 \pm 2,56$  мкг/мл. На травматичному етапі оперативного втручання спостерігалось незначне зниження ФАК до  $45,75 \pm 5,13\%$  на фоні прискорення часу рекальцифікації плазми у 1,5 рази в порівнянні із доопераційним ЧРП.

Макимальна активація зсідальної системи крові спостерігається на 3 год. раннього післяопераційного періоду.

В продовж наступних годин раннього післяопераційного спостерігали поступове зниження активності зсідальної системи крові. Але на 24 год. після хірургічного втручання все ж виявлено підвищений вміст фібриногену до  $7,03 \pm 0,16$ . А рівень РКМФ опустився до  $0,97 \pm 0,26$  од.екст. Вказане засвідчує про зниження тромбінемії в плазмі крові. Підтвердженням цього слугує знаходження вмісту ФПА на рівні  $5,01 \pm 0,48$  нг/мл (доопераційний рівень  $2,24 + 0,38$  нг/мл; Наведеним змінам маркерів зсідальної системи крові сприяло зниження активності ПДФ до рівня  $20,89 \pm 4,78$  мкг/мл. На 24 год. після хірургічного втручання оперативного втручання спостерігається підвищення ФАК до  $45,72 \pm 4,37$  на фоні, практично не зміненого часу рекальцифікації плазми.

Дослідження агрегаційного стану крові у обстежуваних хворих, які аналізували за показниками кількості тромбоцитів, швидкості та ступеню агрегації тромбоцитів, часу агрегації тромбоцитів вказали, що передопераційні результати дослідження достовірно не відрізнялись від показників норми.

**Висновок.** При наростання гіперкоагулятивних та агрегатних властивостей системи гемостазу на фоні депресії фібринолітичної його ланки, у пацієнтів із атеросклеротичним ураженням аорти та магістральних артерій та високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому створюються умови для формування тромботичного процесу у судинній системі в період раннього післяопераційного періоду.

## Вплив структури атеросклеротичної бляшки при стенозі внутрішньої сонної артерії на ймовірність розвитку гострого ішемічного порушення мозкового кровообігу

І. І. Кополовець<sup>1,2</sup>, П. Штефаніч<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Східно-Словацький інститут серцево-судинних хвороб,  
університет П. Й. Шафарика, Кошице, Словацька Республіка,

<sup>2</sup>Ужгородський національний університет

**Вступ.** Майже у 75% хворих причиною гострого ішемічного порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є атеросклеротичне ураження сонних артерій. На сьогодні, основним ризиковим фактором ГПМК вважається стеноз внутрішньої сонної артерії (ВСА). Каротидна ендартеректомія рекомендована у пацієнтів із симптоматичним стенозом ВСА більше 50% та асимптоматичним стенозом ВСА більше 70%. Однак, біля 25% симптоматичних хворих мають стеноз ВСА менше 70%. А це є ознакою того, що одного критерія, ступеня стенозу, для повноцінного визначення факторів ризику

є замало. Тому, є необхідність у пошуку додаткових критеріїв виявлення ризикових факторів розвитку ГІПМК.

**Мета.** Вивчити морфологічну структуру атеросклеротичної бляшки та оцінити вірогідність взаємозв'язку між рівнем стенозу ВСА, станом атеросклеротичної бляшки та концентрацією маркерів запалення.

**Об'єкт та методи дослідження.** У дослідження включено 70 хворих із атеросклеротичним стенозом ВСА (чоловіки – 44 (63%), жінки – 26 (37%), які були госпіталізовані для КЕА в клініку судинної хірургії Східно-Словацького інституту серцево-судинних хвороб. Окрім того, у дослідження включено 20 осіб, які сформували контрольну групу. Середній вік пацієнтів склав 69 років  $\pm 7,5$  років ( $M \pm \sigma$ ). В передопераційному періоді за допомогою УЗ обстеження визначали ступінь стенозу ВСА та морфологічну структуру атеросклеротичної бляшки. Із судинних маркерів визначали Лп-ФЛА2. У післяопераційному періоді виконували гістологію атеросклеротичної бляшки, яка була видалена під час каротидної ендартеректомії.

**Результати та їх обговорення.** При оцінці ехогенності атеросклеротичної бляшки за даними УЗ обстеження м'яка атеросклеротична бляшка виявлена у 22 (31,4%) пацієнтів, змішана атеросклеротична бляшка виявлена у 25 (35,7%) хворих, тверда атеросклеротична бляшка виявлена у 23 (34,3%) хворих. При порівнянні співвідношення концентрації фактору Лп-ФЛА2 у пацієнтів із симптоматичним та асимптоматичним стенозом ВСА виявлено статистичну достовірність ( $p < 0,001$ ) між підвищенням Лп-ФЛА2 у пацієнтів із симптоматичним стенозом ВСА по відношенню до пацієнтів із асимптоматичним стенозом ВСА. У 15% асимптоматичних пацієнтів з м'якою атеросклеротичною бляшкою рівень Лп-ФЛА2 був вищим, аніж у симптоматичних пацієнтів із твердою атеросклеротичною бляшкою. Окрім того, було виявлено статистичну залежність між концентрацією Лп-ФЛА2 у пацієнтів з м'якою та твердою атеросклеротичною бляшкою. Концентрація Лп-ФЛА2 корелювала більше з структурою атеросклеротичної бляшки аніж із її величиною. Згідно наших спостережень, до ризикових факторів розвитку судинних ускладнень, окрім стенозу, належать структура атеросклеротичної бляшки та процес запалення в ній. Тому, нами запропоновано, за допомогою математичного розрахунку сукупності основних ризикових факторів (ступінь стенозу, морфологічна структура атеросклеротичної бляшки, концентрація запального маркеру) розрахувати загальний індекс ризику можливого розвитку ГІПМК у пацієнтів із асимптоматичним стенозом ВСА.

**Висновки.** Сукупність трьох факторів: стеноз ВСА, виразкування-нестабільність атеросклеротичної бляшки та процес запалення в ній є одним із провідних механізмів ембологенності та розвитку гострого порушення мозкового кровообігу.

## Міжнародна класифікація функціонування (мкф) у визначенні обмеження життєдіяльності хворих на ускладнений синдром діабетичної ступні

О. В. Косинський, С. О. Марійченко

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності, м. Дніпро

**Вступ.** В Україні, як і в цілому в світі, за останні п'ять років спостерігається тенденція до зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД). При цьому зростає і відсоток

пацієнтів з ускладненим синдромом діабетичної ступні (СДС). Гнійно-некротичні ускладнення у хворих з СДС в більшості випадків призводять не тільки до стійкої втрати працездатності, а і до тяжкої інвалідності. Експертна оцінка обмеження життєдіяльності у випадку ускладнень СДС проводиться низкою спеціалістів, та за деякими критеріями має суб'єктивний характер. Впровадження міжнародної класифікації функціонування (МКФ) дозволить як кількісно додати об'єктивності експертній оцінці ступеня обмеження життєдіяльності, так і більш якісно визначати ефективність реабілітаційних заходів при ускладненому СДС.

**Мета роботи.** Вдосконалити оцінку обмеження життєдіяльності у хворих на ускладнений СДС шляхом впровадження категорій МКФ.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані показники первинної (ПІ) і накопиченої інвалідності (НІ) у хворих на ускладнений СДС за даними із 23 центрів та бюро медико-соціальної експертизи областей України, міста Київ. Показники оцінювалися за демографічними, соціальними, гендерними критеріями. У 29 хворих прооперованих з приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС була проведена оцінка обмеження життєдіяльності відповідно до доменів МКФ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** ПІ внаслідок ЦД в 2017 році збільшилися на 10,5% та складала 1,5 на 10 тисяч населення. В структурі ПІ в третині випадків (32%) у осіб з інвалідністю внаслідок ЦД діагностувалися гнійно-некротичні ускладнення СДС, частота яких за останній рік зросла на 1,3% та складала 0,5 деципромілі (1483 осіб з інвалідністю). В 2017 році СДС визначався у 7014 осіб з інвалідністю, з них у 1483 первинно оглянутих. Гендерна оцінка не визначила вірогідність різниці частоти СДС у чоловіків (55,4%) і жінок (44,6%), при  $p > 0,05$ . Вдвічі вищою ПІ, як серед жінок (441 проти 221 осіб з інвалідністю) так і чоловіків (563 проти 258) була у мешканців міст. У віковій категорії 50–59 років первинних осіб з інвалідністю було 28,3% пацієнтів, накопичених – 28,7% в даній віковій категорії. При ПІ тяжкий ступінь (I та II група) визначався у 755 (50,9%) випадках, тоді як при НІ цей показник зменшувався до 1799 (32,5%) осіб з інвалідністю, що вказувало на неефективну їх реабілітацію. Лише у 52,3% первинно та 33,1% повторно визнаних особами з інвалідністю внаслідок ЦД ускладненого СДС проводилось хірургічне лікування. Ампутації нижніх кінцівок за різним обсягом проводилися у 31,4% при ПІ та у 11% НІ, з яких в 53,8% та 66,9% випадків дані операції проводилися у чоловіків. Оперативні втручання на артеріях нижніх кінцівок виконувалися при ПІ у – 3,57% та НІ – в 1,77% випадків, що є вкрай низьким показником для сучасних досягнень відновного хірургічного лікування СДС. За доменами МКФ отримано кількісне підтвердження та відповідність визначеному ступеню тяжкості інвалідності після резекцій кінцівок з приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС. Співставлення результатів оцінки за МКФ у хворих з накопиченою інвалідністю встановило неефективність реабілітації майже у 85% хворих. Таким чином, впровадження МКФ дозволить максимально об'єктивізувати встановлення ступеню виразності обмеження життєдіяльності при ускладненому СДС.

#### **Висновки.**

1. В 2017 році частота діагностування ускладненого синдрому діабетичної ступні зросла на 1,3% як в дорослому, так і працездатному віці.
2. Міжнародна класифікація функціонування дозволяє кількісно оцінити ступінь обмеження життєдіяльності, визначити ефективність реабілітаційних заходів і потребує більш широкого впровадження в практичну медицину.

## Остекоригувальна хірургія у хворих синдромом діабетичної стопи в умовах сучасних реалій

С. О. Косульников, О. М. Беседін, С. О. Тарнапольський, К. В. Кравченко,  
І. В. Баранов, Ю. Ю. Малюк, С. І. Карпенко, А. С. Кудрявцев

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечнікова,  
Обласний гнійно-септичний центр хірургії ім. Св. Луки,  
Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4

**Вступ.** Останнім часом в структурі хворих синдромом діабетичної стопи в Україні переважають невропатичні і нейроостеоартропатичні форми. Зростає кількість хворих з остеодеформаціями та виразковими дефектами підшви, які разом із судинними ураженнями призводять до невинного зростання органозабираючих оперативних втручань у даного контингенту хворих. У сучасних умовах, зважаючи на відсутність адекватної служби кабінетів діабетичної стопи, завданням хірурга є також післяопераційна реабілітація хворих, спрямована на досягнення кінцевого результату – формування опороздатної кукси стопи.

**Мета.** Розробити комплексну програму остекорекції оперованої діабетичної стопи.  
**Матеріали і методи.** Досягнення цієї мети ускладнюється майже повною відсутністю подологічної служби, яка б займалась виготовленням індивідуальних розвантажувальних устілок та взуття. Отже, оперований хворий повертається до хірурга з приводу ускладнень оперованої стопи, серед яких слід виділити: невропатичну виразку підшви (внаслідок пролабування плесне-фалангового суглобу), відведення дистального відділу стопи (внаслідок перетину сухожилля згиначів та розгиначів пальців та за рахунок переважання сили натягу ахілового сухожилля назад і відсутності будь-якого протилежного опору його розгинанню), а також подошвова флексія та супінація стопи (за рахунок тракції переднього великогомілкового м'язу).

Для лікування невропатичних виразок підшви нами запропонований удосконалений спосіб остеотомії плюснової кістки, що усуває недоліки традиційних методик (Пат. на корисну модель №UA 95653 від 04.08.14 Спосіб корекції виразкового дефекту під плюсно-фаланговим суглобом при невропатичних виразках підшви). У пропонованому способі чітко визначена відстань пересічення плюснової кістки в її дистальній третині під прямим кутом. Це призводить до плавного та поступового підйому плюсне-фалангового суглобу та зниженню плантарного тиску.

Для уникнення відведення дистального відділу стопи збереження опороздатності стопи при ампутації її переднього відділу нами розроблена методика остекоригувальної ахілотомії (Пат. на корисну модель №UA 113475 від 25.01.17 Спосіб формування опороспроможної кукси стопи у хворих на цукровий діабет). Виконання ахілотомії проводимо в перехідній сухожильно-м'язовій зоні, яка знаходиться на рівні 10 см від місця його кріплення до п'яtkової кістки, що дозволяє уникнути ішемічних і гнійних ускладнень при виконанні даної операції в умовах недостатнього кровопостачання більш дистальних відділів.

З метою корекції подошвової флексії та супінації стопи після виконання остекоригувальної ахілотомії нами запропоновано транспозицію сухожилля переднього великогомілкового м'язу та його фіксацію до кубоподібної і латеральної клиноподібної кісток. Після чого протягом 4–х тижнів виконують іммобілізацію стопи Total Contact Cast пов'язкою в знімному варіанті. Надалі призначають амбулаторне лікування.

**Результати.** За запропонованою програмою було прооперовано 132 хворих, у 47(35,6%) відбулось повне загоєння невропатичної виразки підошви, у 74(56%) завдяки виконанню остеокоригувальної ахілотомії сформували опороздатну куксу стопи, у 11 (8,4%) після виконання остеокоригувальної ахілотомії другим етапом лікування була транспозиція сухожилля переднього великогомілкового м'яза (Номер заявки № u201710055 от 17.10.2017) та його фіксація до кубоподібної і латеральної клиноподібної кісток. Виконання остеокоригувальної ахілотомії та транспозиції сухожилля переднього великогомілкового м'яза потребувало більш тривалої іммобілізації стопи Total Contact Cast пов'язкою.

**Висновки.** Остеокоригувальна хірургія у хворих із синдромом діабетичної стопи у сучасних умовах є невід'ємною частиною комплексного лікування та дозволяє за відсутності ортопедичних засобів сформувати опороздатну куксу стопи.

## Визначення оптимальних параметрів великої підшкірної вени в хірургічному лікуванні вертикальних рефлюксів із застосуванням радіарного світловоду

О. В. Кузьменко, Д. С. Миргородський, Л. Ю. Маркулан, А. О. Бурка

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Мета роботи** Визначити граничний допустимий діаметр сафенофemorального спі-вустя (СФС) для результативної ендovasкулярної лазерної коагуляції (ЕВЛК) великої підшкірної вени (ВПВ) із застосуванням діодного лазера з довжиною хвилі 1470 нм і радіарного світловоду.

**Метеріали та методи.** В проспективне дослідження увійшло 97 хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок (ВХНК): 66 (68,0%) жінок та 31 (32,0%) чоловіків у віці від 21 років до 71 року, в середньому  $41,07 \pm 1,17$  роки; клас ХЗВ II – VI за СЕАР. Остіальний рефлюкс у 58 (59,8%) хворих розповсюджувався до нижньої третини стегна, у 24 (24,7%) до верхньої третини гомілки і у 15 (15,5%) – тотальний. Діаметр СФС знаходився в межах від 5 мм до 30 мм, в середньому  $15,3 \pm 0,6$  мм. Тяжкість ХЗВ за класифікацією VSS становила  $11,68 \pm 0,66$  бала. Довжина сегмента ВПВ, що було оброблено із допомогою ендovenозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) становила від 7 см до 94 см, медіана – 37 см. Термін спостереження за хворими складав 1 рік.

**Результати.** Рреканалізація ВПВ виникла у 10 (10,3%) хворих: в 4-х випадках до 5 см від СФС, в 6 – від 12 см до 25 см. Прогнозована ймовірність реканалізації ВПВ виникає при діаметрі СФС більше 23 мм (логістична регресія). Ризик реканалізації ВПВ після ЕВЛК у хворих з діаметром СФС понад 23 мм у 34,8 рази перевищував такий порівняно з хворими з діаметром СФС  $\leq 23$  мм (ВР = 34,8; 95% ДІ: 58,5– 141,7). Тяжкість ХЗВ у хворих з діаметром СФС  $\leq 23$  мм зменшилася у 8,27 рази а понад 23 мм – у 1,18 рази.

### Висновки.

За даними логістичного регресійного аналізу граничний (найбільший) діаметр СФС для результативної абляції ВПВ із застосуванням діодного лазера з довжиною хвилі 1470 нм і радіального світловоду становить 23 мм. Річна кумулятивна частота реканалізації ВПВ після ЕВЛК у хворих із діаметром СФС  $\leq 23$  см становить 2,3% (з протяжністю рецидивного рефлюкса до 5 см), понад 23 мм – 80,0%, сумарний показник шкали VSS через рік після операції зменшується в 8,27 рази та у 1,18 рази відповідно.

## Використання етапної техніки реваскуляризації у хворих на атеросклероз нижніх кінцівок із критичним ступенем ішемії

С. О. Куліш, О. М. Юзвак, Б. В. Мацюк

Одеській національний медичний університет,  
міська клінічна лікарня № 11

**Вступ.** Кількість хворих із периферичним атеросклеротичним ураженням судин нижніх кінцівок, що потребують хірургічної корекції, не дивлячись на використання сучасних лікарських засобів, продовжує залишатися стабільною. Складність технічного виконання оперативного втручання на анатомічно змінених периферичних судинах, та погіршення гемодинамічних властивостей кровообігу – не дають змоги використовувати потенціал стандартних оперативних втручань у повному обсязі.

**Мета.** Нашою метою є підвищення ефективності використання оперативних методик лікування, із застосуванням гібридних технологій.

**Матеріали та методи дослідження.** Пацієнти із критичною ішемією нижніх кінцівок, на тлі периферичного атеросклеротичного ураження судин. Етапність лікування досягається першочерговою медикаментозною корекцією реологічних властивостей крові та стабілізацію показників біохімічного стану організму. Другим етапом використовується ангіографічне рентген–хірургічне втручання, безпосередньо в зоні ураження судинного русла. У частини хворих, етап рентген–хірургічного втручання є достатньо ефективним. Частина хворих, що мають порушення гемодинаміки у більш крупних судинах, потребують виконання реконструктивного втручання на магістральних судинах нижніх кінцівок. Стимуляція неоангіогенезу в периферичних ділянках кінцівок досягається використанням АСР терапії.

**Результати та їх обговорення.** За період з 2017 – 2018 рр., під нашим наглядом знаходилось 32 пацієнта. На етапі первинної госпіталізації всім було встановлено діагноз критична ішемія нижньої кінцівки. Частина з них мала діабетичне ураження судин нижніх кінцівок.

Після медикаментозної стабілізації всім пацієнтам виконано стандартний протокол дослідження судинного хворого, із застосуванням КТ – ангіографії. В подальшому всім пацієнтам виконано ангіопластику із застосуванням рентген–хірургічного втручання. У подальшому – двом пацієнтам виконано ампутацію нижньої кінцівки, у зв'язку із розвитком гангрени кінцівки (на тлі діабету). Шести пацієнтам виконана наступна оперативна корекція (некректомія, низька кістково–пластична ампутація). 24 пацієнти не потребували подальшої оперативної корекції, але, враховуючи атеросклеротичне ураження судин, всім пацієнтам була застосована методика непрямой реваскуляризації із використанням АСР – терапії.

При контрольних вимірюваннях периферичної гемодинаміки за стандартними показниками на УЗД – спостерігається покращення гемодинаміки.

### Висновки.

Пацієнти із критичною формою атеросклеротичного ураження судин нижніх кінцівок, незалежно від форми ураження, повинні обов'язково виконувати протокол дослідження судинного хворого.

Периферична форма атеросклерозу, що призводить до критичної ішемії нижніх кінцівок, повинна бути діагностована у як–мога ранній стадії розвитку.

Використання гібридних технологій та етапної техніки реваскуляризації повинно бути розглянуто для включення у локальні протоколи надання хірургічної допомоги хворим в хірургічних відділеннях та судинних центрах.

## Трансплантація аутологічних стовбурових клітин, виділених із жирової тканини в комплексному лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок

Н. Ю. Літвінова, В. А. Черняк, О. І. Кефелі-Яновська, Д. Є. Дубенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Захворювання периферичних артерій (ЗПА) становить значну медико-соціальну проблему і потребує розробки нових видів терапії, зокрема використання аутологічних стовбурових клітин. Використання аутологічних стовбурових клітин (АСК) є методом, який дозволяє знизити кількість ампутацій у хворих з хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (ХКІНК).

**Мета** Покращення результатів лікування хворих з хронічною ішемією нижніх кінцівок шляхом застосування аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин.

**Матеріали і методи.** Дослідження включає 110 пацієнтів з ЗПА / ХКІНК, які не підлягали хірургічній реваскуляризації. Пацієнти були розділені на три групи. Першу групу (n = 50) склали пацієнти із непрямую реваскуляризацією (остеотрепанация) на уражених кінцівках. У другій групі (n = 20) пацієнти отримували rhVEGF165 (фактор росту ендотелію судин) внутрішньом'язово двічі у дозі 1,2 мг з інтервалом в 14 днів в ішемізованих ділянках уздовж головних кровоносних судин. Пацієнти з 3 групи (n = 40) отримали власні АСК після їх виділення та культивування в лабораторії; вони внутрішньом'язово отримували їх в ішемізовану кінцівку, тричі у 8 точок у головні м'язові масиви. Основною кінцевою точкою була швидкість ампутації, вторинними кінцевими точками були: збільшення показника кісточно-плечового індексу, місцеве поліпшення мікроциркуляції (вимірюване лазерною доплерівською флоуметрією), клінічне поліпшення (кульгавість біль, оцінка якості життя) та безпека.

**Результати.** Пацієнти у всіх групах показали тенденцію до поступового зменшення болю в кінцівці, але кращі клінічні результати були отримані в третьому групі. Лазерна доплерівська флоуметрія виявила значну різницю в підвищеному базовому індексі і в результатах тестів після лікування в клінічних групах. Терапія АСК зменшила ризик ампутації (-37%) і покращила загоєння виразок (+ 54%). Встановлено, що терапія АСК та rhVEGF165 є безпечною, є пов'язаною з легкими і переважно минулими побічними ефектами, пов'язаними з місцевою імплантацією / інфузією

### Висновки.

Зниження кількості ампутацій та покращення загоєння ран показують, що клітина терапія може змінити підходи в лікуванні ХКІНК. Виходячи з цього, що до 50% хворим неможливе виконання хірургічної реваскуляризації кінцівки, терапія АСК є найбільш перспективним методом для лікування хворих з тяжкими формами ПАД.



## Контроль ефективності накладання артеріальних анастомозів

В. І. Ляховський<sup>1</sup>, Г. А. Оксак<sup>2</sup>, Є. М. Люлька<sup>1</sup>, О. М. Безкоровайний<sup>2</sup>, А. Л. Боркунов<sup>2</sup>, О. О. Кизименко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,  
<sup>2</sup>Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського

**Вступ.** На сьогоднішній день основним методом збереження нижньої кінцівки і, навіть, життя при розвитку критичної ішемії внаслідок облітеруючого атеросклерозу артерій, залишається хірургічний – проведення відновних операцій, які виконуються у 41,6–78,4% випадків. Однак, часто у післяопераційному періоді виникають різні ускладнення, які пов'язані з технічними помилками, допущеними при виконанні оперативних втручань, так як при виконанні реконструктивних операцій необхідно враховувати кути накладання проксимальних і дистальних анастомозів. Контролем їх накладання, особливо після операції, є проведення ультразвукового сканування артерій нижніх кінцівок (УСАНК), яке і нині залишається актуальним питанням судинної хірургії.

**Мета дослідження:** за допомогою проведення ультразвукового ангиосканування нижніх кінцівок оцінити ефективність формування артеріальних анастомозів.

**Об'єкти і методи дослідження.** Проведений аналіз 68 медичних карток стаціонарних хворих з явищами критичної ішемії нижніх кінцівок (III–IV стадія за класифікацією Фонтейна – Покровського), яким у відділенні хірургії судин Полтавської обласної клінічної лікарні проведені відновні оперативні втручання на стегново–підколінному сегменті з приводу облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок. У першу групу включені 35 (51,5%) хворих, яким були проведені шунтування з накладанням судинних анастомозів по типу “кінець ало–аутопротезу у бік артерії” без визначення кута формування, а у другу – 33 (48,5%) хворих, яким такі ж самі анастомози накладалися за розробленою нами методикою із визначенням кута вшивання ало–аутопротезу у бік артерії та належною адаптацією країв ало–аутопротезу та артерії. Усім пацієнтам перед реконструктивною операцією, на 7 добу після неї та через місяць проведено УСАНК з визначенням гомілково–плечового індексу (ГПІ).

**Аналіз результатів дослідження.** При аналізі проведених досліджень встановлено, що серед пацієнтів першої групи було 30 (85,7%) чоловіків та 5 (14,5%) жінок, а у другій – 29 (87,9%) чоловіків та 4 (12,1%) жінок. Середній вік хворих першої групи становив  $64,9 \pm 3,78$ , а другої –  $65,2 \pm 4,37$  років. Клінічні прояви атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок у осіб в обох групах спостерігалися від 3 до 12 років. За статтю, віком та супутньою патологією пацієнти обох груп дослідження були взаємопорівняними. Перед початком лікування усім хворим визначався ГПІ на боці ураженої кінцівки. Середні показники, отримані при цьому, у хворих групи порівняння становили  $0,53 \pm 0,24$ , а у основної групи –  $0,55 \pm 0,19$  ( $p < 0,05$ ).

При визначенні ГПІ у ранньому післяопераційному періоді відмічається його збільшення у хворих обох груп дослідження. Середні показники ГПІ у хворих першої групи на 7 добу після проведення реконструктивної операції становили  $0,82 \pm 0,22$ , а у хворих другої групи –  $0,88 \pm 0,27$  ( $p < 0,05$ ). При повторному огляді через місяць після оперативного лікування середні показники ГПІ дещо зменшилися у хворих обох груп дослідження, зокрема у пацієнтів групи порівняння вони становили  $0,78 \pm 0,18$ , а у хворих основної групи дослідження –  $0,83 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ). Середні значення показників ГПІ хворих другої

групи дослідження були вищими, ніж у першій групі, як у ранньому післяопераційному періоді, так і через місяць після проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

**Висновок.** Проведення УСАНК визначенням ГПП відмічається покращення показників у пацієнтів другої групи дослідження. Тому, даний спосіб дослідження може бути застосований для оцінки формування судинних анастомозів та якості проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

## Визначення тактики хірургічного лікування хворих на ішемічну хворобу серця на основі даних мультidetекторної спіральної комп'ютерно томографічної коронарографії

А. Л. Макаренко<sup>2</sup>, О. С. Никоненко<sup>1</sup>, А. О. Никоненко<sup>1</sup>, К. О. Чмуть<sup>1</sup>,  
В. В. Осауленко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Запорізька медична академія післядипломної освіти

Незважаючи на бурний розвиток діагностики та методів лікування, ішемічна хвороба серця як і раніше займає лідируючі позиції в інвалідизації та смертності. Селективна коронарна ангиографія є еталонним дослідженням хвороби коронарних артерій. В той же час, мультidetекторна спіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) коронарних артерій продовжує розвиток як альтернатива інвазивній коронарній ангиографії та відіграє значну роль в скринінгу коронарного атеросклерозу.

**Мета дослідження.** Оцінити клінічну значимість 64-зрізової коронарної КТ-ангиографії в визначенні тактики хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані дані 42 пацієнтів, яким було виконано аортокоронарне шунтування на основі результатів МСКТ коронарних артерій. Чоловіків було 32, жінок – 10. Вік пацієнтів –  $62,4 \pm 6,5$  років. Згідно до Класифікації стенокардії серцево-судинної системи Канади (CCSA) пацієнтів с IV класом стенокардії було 14 (33,3%), стенокардії III – 20 (47,6%), у інших пацієнтів клас стенокардії відповідав II – 8 (19,1%). Серцева недостатність I стадії була у 14 (33,3%) пацієнтів, II стадії – у 28 (66,7%).

МСКТ коронарних артерій виконувалась на 64-х зрізових спіральних комп'ютерних томографах Optima 660 (GE, США) та Aquilion CXL (Toshiba, Японія), за стандартною методикою. Постпроцесінг виконувався із побудовою 3D моделей серця та коронарних артерій, 2D мультипланарних реконструкцій, проводилась оцінка стану стінки коронарної артерії, встановлювалась наявність кальцинозу артерій, ступінь стенозу, анатомічних особливостей розташування та можливої інтраміокардіальної локалізації.

**Результати та їх обговорення.** За результатами МСКТ у всіх хворих були встановлені показання для прямої ревааскуляризації міокарда: у 41 пацієнта виявлено багатосудинне ураження коронарних артерій, як в басейні правої, так і лівої коронарних артерій; у одного хворого було ізольоване ураження правої коронарної артерії у поєднанні із критичним стенозом аортального клапана.

Всього було виконано 102 дистальних анастомоза. У 41 хворого була використана ліва внутрішня грудна артерія для формування анастомозу з передньою міжшлуночковою артерією та виконаний 61 анастомоз коронарних артерій із венозними шунтами.

В нашій клініці ми використовували МСКТ коронарних артерій для встановлення показань до хірургічного лікування та вибору тактики хворим із ішемічною хворобою серця. При цьому додатково селективну коронарографію не проводили.

Основними перевагами МСКТ коронарних артерій є неінвазивність методу, можливість виконання дослідження в амбулаторних умовах.

В нашій дослідженні також підтвердилась висока специфічність методу. В усіх випадках значимих стенозів інтраопераційно була підтверджена їх локалізація із подальшим виконанням шунтуючої операції.

Використання методу МСКТ коронарографії суттєво не вплинуло на тривалість операції та не викликало додаткових незручностей під час операції.

**Висновки.** МСКТ коронарографія дозволяє достовірно оцінити ступінь атеросклеротичного ураження та звуження коронарних артерій, виявити анатомічні особливості судин серця, отримати інформацію про стан судинної стінки і ступінь кальцинозу, та на основі цих даних провести відбір хворих на ішемічну хворобу серця для хірургічного лікування.

## Промежуточные результаты ультразвуковой декальцинации аортального клапана

А. В. Марковец

Институт сердца МОЗ Украины, Киев

**Вступление.** Сегодня, золотым стандартом лечения кальцинирующего стеноза аортального клапана (САК) является хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что операции протезирования аортального клапана хорошо разработаны и сопровождаются высокой эффективностью, они далеки от идеала, поскольку ассоциируются с большим количеством осложнений, среди которых кровотечения, тромбозы, тромбоэмболии, инфекционный эндокардит, реоперации. В этой связи методы хирургического лечения, основанные на клапаносохраняющей философии, что особо актуально у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Целью данного исследования** был анализ результатов хирургического лечения пациентов, имеющих кальцинирующий САК методом ультразвуковой декальцинации.

**Материалы и методы исследования.** Исследование базировалось на ретроспективном анализе результатов хирургического лечения 70 последовательных пациентов с САК и кальцинозом створок клапана, которым в период с 01/2014 по 12/2016 было выполнена ультразвуковая декальцинация клапана в «Институте сердца» МОЗ Украины. Возраст пациентов колебался от 61 до 80 лет (в среднем  $71,1 \pm 6,8$  года). На момент установления диагноза все больные имели II–IV ФК по NYHA: 22 пациентов (31,4%) – II ФК, 39 пациентов (55,7%) – III ФК, 9 пациентов (12,9%) IV ФК. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 18 больных (25,7%). У большинства больных (59 человек – 84,3%) была выявлена сопутствующая патология (артериальная гипертензия, цереброваскулярные события в анамнезе, сахарный диабет). Предоперационная трансторакальная эхокардиография показала диаметр аортального кольца  $19 \pm 1,1$  мм, систолический градиент пикового давления на аортальном клапане –  $102 \pm 20,5$  мм рт. ст. (средний градиент –  $66 \pm 0,8$  мм рт. ст.), AVA –  $0,80 \pm 0,03$  см<sup>2</sup> (индекс AVA –  $0,40 \pm 0,01$  см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>). Оперативное лечение проводилось в условиях искусственного кровообращения и умеренной гипотермией

(32°C), стандартной гепаринизацией (300 Ед/кг), кардиopleгией (раствор Custodiol в объеме 1 литр в устья коронарных артерий). После поперечного пережатия и вскрытия восходящей аорты, производили визуальный анализ створок аортального клапана. Если включения кальция располагались исключительно на аортальной поверхности створок и не захватывали кольцо клапана, то выполняли ультразвуковую декальцинацию створок с помощью ультразвукового диссектора Sonoca 300/MBC 601 UAM (Soring GmbH, Germany). Использовался режим максимальной мощности (35 кГц) с подачей стерильного физиологического раствора со скоростью 7 мл/мин и одновременной вакуумной эвакуацией кальциевого детрита из раны. По окончании декальцинации проверяли створки клапана на предмет их подвижности и компетентности.

**Результаты и обсуждение.** Среди прооперированных больных был зарегистрирован 1 случай госпитальной летальности, что составило 2,5%. Послеоперационное ЭхоКГ исследование у 57 из 69 выживших пациентов в сроки в среднем  $7 \pm 2,3$  месяца после операции продемонстрировало достоверное снижение максимальных и средних градиентов на аортальном клапане до значений  $25 \pm 11$  мм рт. ст. ( $12 \pm 5,1$  мм рт. ст.), а также увеличение площади эффективного отверстия аортального клапана  $1,9 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> и индекса AVA  $1,0 \pm 0,2$  см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>.

**Выводы.** Полученные хорошие промежуточные результаты хирургического лечения больных с кальцинированным аортальным стенозом позволяют говорить об эффективности ультразвуковой декальцинации и рекомендовать эту методику в качестве операции по сохранению нативного АК в группе пациентов пожилого возраста с узким корнем аорты. Изучение большего количества пациентов особенно в отдаленные сроки после операции абсолютно необходимо для дальнейших исследований.

## Нові технології в діагностиці та лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок

В. Г. Мішалов, В. А. Черняк, Н. Ю. Літвінова, П. Ф. Музиченко,  
В. М. Голінко, Д. Є. Дубенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Хірургічні методик в лікуванні хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок (ХКІНК) повільно вдосконалюються і досягли межі свого розвитку. Проаналізовано можливості сучасних інноваційних технологій в межах експериментальних і клінічних досліджень, а саме: використання електрозварювальної техніки та корекції сучасних підходів стосовно консервативної терапії з приводу ішемії органів і тканин. Ця мета була досягнута шляхом використання елементів експериментальної хірургії. В результаті були отримані результати гістологічних досліджень та фізичних і фізіологічних параметрів електрозварки судин.

**Матеріали і методи.** Розроблений пристрій для електрозварювання артерій і вен за типом “кінець в кінець” випробуваний в експерименті на дезоблітерованих трупних стегнових артеріях. Спосіб базується на принципі дозованої подачі модульованого струму, автоматично генерованого залежно від конкретного тканинного імпедансу. Для морфологічного дослідження відбирали препарати, отримані в результаті електрозварні впливу на стінки артерії. Матеріал досліджувався макроскопічно, а потім вирізалися фрагменти тканини з зони електрозварювального впливу і перифокально.

Матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні. Надалі препарати проводилися по спиртах зростаючої концентрації і заливалися в парафінові блоки, з яких готувалися зрізи товщиною 4–5 мкм. Отримані гістологічні препарати фарбували за допомогою гістологічних методик – гематоксиліном і еозином і за ван-Гізон. Застосовували також гістохімічні методики: компоненти сполучної тканини виявляли методикою трихром–Масон; кислі глікозаміноглікани – толуїдиновим синім. Гістологічні препарати вивчали з використанням мікроскопа «Olympus BX 51», цифрової камери «Olympus C 5050 Z» і програмного забезпечення «Olympus DP-Soft».

**Результати.** В результаті цих досліджень було виявлено, що від лінії накладання електродів до периферичних відділів смугастого м'яза формується три зони морфологічних змін: зона коагуляційного некрозу з втратою клітинної і тканинної структурної організації і формуванням щільного електрозварювального шва. Ця зона знаходиться між поверхнями електродів; зона коагуляційного некрозу зі збереженням характерною клітинної і тканинної структурної організації. Ця зона безпосередньо прилягає до електродів і поширюється на 1–2 мм до периферії; зона парціального коагуляційного некрозу і дистрофічних змін зі збереженням ознак життєдіяльності окремих клітинних і тканинних структур. Ця зона поширюється дистально попередньої зони на глибину до 0,5 см.

Температура, виміряна при нагріванні живої тканини джерелом–зварювачем, коливалась від 4 до 146 °С. Середня робоча температура під час зварювання складала 88,4 °С.

#### **Висновки:**

1. Міцність з'єднання тканин в зоні утворення електрозварювального шва залежить від ступеня гомогенізації тканин, що утворюють його субстанцію. Основним компонентом субстанції електрозварювального шва, який надає йому міцності, є колагенові волокна тканин.
2. При біполярному зварюванні біологічних тканин нагрів здійснюється внаслідок виділення тепла в електропровідній біологічній рідині, що є електролітом, при проходженні через неї електричного струму.
3. Тверді речовини біологічних тканин, що оточують біологічні рідини або що знаходяться в них, не електропровідні, електричним струмом не нагріваються і, отже, завжди більш холодні за рідини.

## Современные методы диагностики и лечения ТЭЛА

А. А. Никоненко<sup>1</sup>, А. С. Никоненко<sup>1,2</sup>, С. А. Матвеев<sup>1</sup>, В. В. Осауленко<sup>2</sup>,  
С. Ю. Наконечный<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup> Запорожская медицинская академия последипломного образования

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – распространенное заболевание, и является одной из основных причин внезапной смерти и инвалидности в мире. По данным мировой литературы ТЭЛА встречается с частотой вот 0,5 до 2 случаев на 100000 населения, а среди пациентов старше 75 лет – 1 на 100. Золотым стандартом диагностики ТЭЛА считается ангиопульмонография (АПП), однако доступная сравнительно недавно мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (МСКТ ОГК) с внутривенным контрастным демонстрирует более информативные результаты.

Целью исследования было улучшить результаты диагностики, профилактики и лечения ТЭЛА.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 146 больных с диагнозом ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении, в отделении кардиохирургии Запорожской областной клинической больницы в период с января 2013 по январь 2016 г.г. МСКТ ОГК была проведена 96 (65,8%), остальным – 49 (33,6%) селективная АПГ. Степень эмболии ветвей легочной артерии, по результатам АПГ, оценивали с помощью индекса Миллера, аналогичным способом оценивали степень эмболии по результатам МСКТ ОГК. Индекс Миллера от 1 до 16 – немассивная ТЭЛА, с 17 до 21 включительно – субмассивная, 22 и более – массивная ТЭЛА. ТЛТ при массивной и субмассивной ТЭЛА и отсутствии противопоказаний к тромболизису выполняли 113 (77,4%) пациентам. В остальных случаях, для лечения использовали только антикоагулянты проводили в остальных случаях, у 33 (22,6%) пациентов. Контрольную АПГ или МСКТ ОГК выполняли на 3–и – 4–е сутки после тромболизиса. Положительным результатом тромболизиса считали снижение индекса Миллера ниже 16 или полный лизис тромбоемболов, нормальные показатели сатурации кислорода, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, исчезновение одышки.

**Результаты исследования и обсуждение.** В группе тромболитической терапии, хороший результат лечения после первичного тромболизиса получен у 92 (81,4%) пациентов, 15 (13,3%) пациентам был проведен повторный тромболизис альтеплазой с хорошим клиническим эффектом. После использования тромболитической терапии из 113, 107 (94,7%) пациентов были выписаны из стационара с клиническим улучшением. У пациентов с лечением только антикоагулянтами положительный результат получено у 31 (93,9%) пациентов. В нашем исследовании 138 (94,6%) пациентов выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность составила 5,5%, и при строгом выполнении профилактических мероприятий по предупреждению геморрагических осложнений и рецидивов ТЭЛА уровень летальности можно снизить значительно ниже.

#### **Выводы**

1. При тяжелой ТЭЛА, сопровождается гемодинамическим шоком, при угрозе кровотечения, при относительных противопоказаниях к тромболизису, целесообразнее использовать r-tPA чем стрептокиназу благодаря более быстрому лизису.

2. Для предупреждения геморрагических осложнений необходимо тщательное обследование пациентов для выявления возможных источников кровотечения и определения противопоказаний к ТЛТ.

## **Хірургічна профілактика венозного тромбоемболізму**

**А. О. Никоненко<sup>1</sup>, Д. А. Буга<sup>2</sup>, Є. В. Єрмолаєв<sup>2</sup>, І. В. Перцов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Запорізька медична академія післядипломної освіти

**Актуальність:** Актуальність проблеми обумовлена значною поширеністю тромбозів глибоких вен (ТГВ) з загрозою тромбемболічних ускладнень. У 35,3 – 41,0% хворих, госпіталізованих з ТГВ в системі нижньої порожнистої вени, діагностується ембологенний характер тромбозу (Кириєнко А.І. і др., 2004 г.). Антикоагулянтна терапія сприяє обмеженню росту тромбу (Седова В.М., 2004 г.), але не завжди перешкоджає розвитку

посттромботичної хвороби (M.P. Jaff, 2016 p.). При використанні лише консервативної терапії ТГВ частота нелетальних ТЕЛА складає 0,2% випадків, летальних – 1,3% (Куклин А.Г., 2004 г.), що обумовлює пошук нових (гібридна оперативна тромбектомія, L.Rodrigues, 2016 p.) та вдосконалення існуючих методів хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень при лікуванні ТГВ.

**Мета:** Проаналізувати безпосередні результати хірургічного лікування тромбозу глибоких вен та деталізувати показання до хірургічної венозної тромбектомії як методу профілактики тромбемболічних ускладнень.

**Матеріали та методи:** За період 2016–2017 роки досліджено 229 хворих, госпіталізованих у Центр судинної та ендovasкулярної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні з ТГВ. Для оцінки ризику ТЕЛА в групі досліджених в 2014 році 98 пацієнтів використовували діагностичний індекс «Geneva» (European Society of Cardiology, 2014). За даними УЗДС вен верифіковано локалізацію тромбу та визначено характер тромбозу (пристінковий, оклюзійний або флотуючий). На основі аналізу розробленого протоколу УЗДС визначались критерії ембологенного флотуючого тромбу та показання до венозної тромбектомії (довжина більш ніж 40 мм в незалежності від його діаметру та строків захворювання).

Серед хірургічних методів лікування виконували: відкриту венозну тромбектомію / тромбектомію з одномоментною перев'язкою або сегментарною резекцією поверхневої стегнової вени (ПСВ) чи перев'язку ПСВ дистальніше біфуркації загальної стегнової вени без тромбектомії.

**Результати.** За діагностичним індексом «Geneva» у 2014 році визначено: низький ризик ТЕЛА – у 2 (2%), проміжний – у 86 (88%), високий – у 10 (10%) хворих. Наявність флотуючого тромбу верифіковано у 17 (17%) пацієнтів, з них – 14 випадків – загальної стегнової вени, 3 – ПСВ.

Протягом 2014 року виконано: венозних тромбектомій – 12, перев'язок ПСВ без тромбектомії – 3; за 2015 рік – тромбектомій – 9, перев'язок ПСВ – 2. В післяопераційному періоді Тромбемболічних ускладнень не було.

Таким чином, механічна венозна тромбектомія у хворих на ТГВ при верифікованому ембологенному флотуючому тромбі є достатньо ефективним методом хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень.

## Нестандартные ситуации в хирургии аневризм брюшной аорты

А. С. Никоненко<sup>1</sup>, Е. В. Ермолаев<sup>2</sup>, А. А. Никоненко<sup>1</sup>, И. В. Перцов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

Подходы в хирургическом лечении аневризм брюшной аорты (АБА) претерпевают изменения в связи с развитием эндоваскулярных технологий. Однако, открытые операции не утратили свое значение. На результаты лечения АБА влияет комплекс факторов: коморбидный фон, наличие осложнений (разрыв) и т.д. Также, на частоту негативных результатов могут существенно влиять клинично-анатомические особенности АБА, которые повышают риск технической неудачи или развития периоперационных осложнений.

С 2013 по 2017 гг. в центре сосудистой и эндоваскулярной хирургии Запорожской

областной клинической больницы находилось на лечении 104 пациента с АБА. В 58 (55,8%) случаях оперативное лечение было плановым, 46 (44,2%) пациентов хирургическая операция выполнялась в ургентном порядке в связи с клиникой разрыва АБА. Мужчин было – 95 (91,3%), женщин – 9 (8,7%). Средний возраст пациентов составил 68,1(11,4±) лет. Для верификации диагноза и хирургической тактике (в т.ч. у больных с разрывом АБА) отдавали предпочтение мультиспиральной компьютерной томографии. При ретроспективном анализе выделена группа больных с клиническими и анатомическими особенностями АБА, которые требовали индивидуального подхода и принятия нестандартных решений – 29 (27,9%) пациентов.

Группу пациентов с «нестандартными» АБА, условно, разделили на подгруппы в зависимости от характера клинико–анатомических особенностей.

а) Больные с особенностями анатомии АБА: «гигантская» АБА (n–5); сочетание АБА и «гигантской» аневризмой подвздошной артерии (n–2); юкстаренальная АБА (n–2); воспалительная АБА (n–6); истинная АБА в отдаленном периоде после аорто–бедренного шунтирования (n–1); АБА в стадии хронического разрыва с наличием ложной дочерней аневризмы (n–1)

б) Сочетание АБА с анатомическими особенностями или заболеванием окружающих органов: ретроаортальное расположение левой почечной вены (n–2); аномалия (расположение слева от аорты) нижней полой вены (n–1); сочетание АБА и «подковообразной» почки (n–2); сочетание АБА и «гигантской» кисты почки.

в) Сочетание АБА и значимого поражение других сосудистых бассейнов требующих хирургической коррекции: (каротидный стеноз (n–2); ИБС (n–1); окклюзионное поражение периферических артерий нижних конечностей с неудовлетворительными «путями оттока» (n–1).

г) АБА с редкими формами разрыва: аорто–дуоденальный свищ (n–1); аорто–кавальный свищ (n–2).

Диагностированные особенности АБА во время операции корригировались дополнительными хирургическими приемами, модификацией хирургического доступа и этапности операции. Больным выполнялась резекция АБА, аллопротезирование аорты. Среднее пребывание на койке интенсивной терапии после операции составила 3,2 (1,4±) суток. Летальность при плановой резекции АБА была – 1,7%, при разрыве АБА – 42%.

Хирургия аневризм брюшной аорты остается одним из сложных разделов сосудистой хирургии. Для улучшения результатов хирургического лечения АБА и снижения риска периоперационных осложнений необходимо учитывать возможные особенности течения заболевания.

## Интраоперационный сонографический мониторинг при каротидной эндартерэктомии

А. С. Никоненко<sup>1</sup>, Е. В. Ермолаев<sup>2</sup>, В. В. Якименко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

От 35 до 50% ишемических инсультов развиваются по эмболическому или гемодинамическому механизму. Атеросклеротические стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) приводят, как к гемодинамической гипоперфузии, так и к атерэмболическим



нарушениям церебрального кровотока.

Цель работы: интраоперационно (до и после эндартерэктомии из ВСА) оценить состояние зоны стеноза, ультразвуковые характеристики атеросклеротической бляшки (АС-бляшки), параметров кровотока в пре- и постстенотическом участках.

Проведено интраоперационное ультразвуковое (УЗ) исследование 18 пациентам, со значимыми стенозами ВСА, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). Исследование проведено УЗ сканером Siemens Acuson X300 с помощью линейного датчика с частотой 8 МГц. Датчик устанавливался непосредственно на стенку артерии с соблюдением правил асептики. Проводилось сканирование в продольной и поперечной плоскостях по отношению к оси сосуда, с оценкой УЗ характеристик исследуемой области (ВСА, общая сонная артерия (ОСА), зона сосудистого шва после реконструкции).

Оценка АС-бляшки проводилась согласно ультразвуковой классификации Geroulakos et al. (1993), использованной в международном многоцентровом исследовании по протоколу "Asymptomatic Carotid Stenosis and Risk of Stroke" (ACSRS). Процент степени стеноза или редукции просвета сосуда оценивался как по диаметру, так и по площади сосуда по протоколу ECST.

У всех пациентов наблюдалась неоднородность структуры, эксцентрическое расположение и неровность контуров АС-бляшки; причем у 12 общая экзогенность бляшки была снижена, у 6 повышена; в 7 случаях АС-бляшка была пролонгированная, в 11 – локальная; кальцинация определялась в 10 случаях, изъязвление – в 13 случаях (наличие непрокрашиваемых «немых» зон над бляшкой, неровность контуров). В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) в 7 случаях определялись цветочные локусы в проекции самой АС-бляшки, что указывает на высокий риск эмбологенности. В 1 случае АС-бляшка сочеталась с гемодинамически значимым изгибом ВСА.

Стеноз ВСА, пораженной атеросклеротическим процессом составила от 67% до 90%.

При проведении доплерографии в 7 случаях кровотока в зоне стеноза имел характерную для стенотического потока кривую с увеличением пиковой систолической скорости более чем в 2 раза по сравнению с престенотической областью. В постстенотическом отделе кровотока не регистрировался в 4 случаях. После проведения эндартерэктомии – в 17 случаях возросла скорость кровотока в ВСА (в т.ч. в 4 случаях отмечено появление цветового прокрашивания просвета сосуда в режиме ЦДК, при доплеровской спектральном исследовании появление характерной доплеровской кривой при минимальной доступной шкале скоростей и мощности УЗ). В 6 случаях после эндартерэктомии определялись экзогенные пристеночные фиксированные включения (флопы) до 0,5 мм.

Таким образом, интраоперационный мониторинг позволяет дать оценку АС-бляшке, распространенность (пролонгацию) процесса, эмбологенный риск. Допплерографическое исследование после эндартерэктомии позволяет оценить восстановление кровотока по ВСА, дать оценку стенок сосуда после удаления АС-бляшки.

## Можливості гібридних оперативних втручань на периферичному артеріальному руслі нижніх кінцівок у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок на тлі облітеруючого атеросклерозу

П. І. Нікульников, А. М. Бицай, А. І. Яценко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМНУ

**Актуальність проблеми.** Одним з пріоритетних завдань для практикуючого ангіохірурга в сфері виконання багаторівневих реконструктивних операцій на стегно–підколінно–стопному артеріальних сегментах є зменшення периферичного судинного опору. Цей критерій є ключовим задля подовження терміну функціонування проксимального рівня реконструкції, зокрема та збільшення кількості збережених кінцівок, в цілому. При наявності дистальної (гомілково–стопної) оклюзії у 30–45% випадків виконання додаткового підколінно–стопного шунтування неможливо внаслідок дифузного процесу ураження. В цих випадках деякі спеціалісти рекомендують акцентувати увагу на оптимізації консервативного лікування, використанні непрямих методів реваскуляризації. В протилежність – інші вважають за потрібне одночасне проведення ендovasкулярної дилатації (стентування) гомілково–стопного сегменту.

**Мета роботи.** Покращити результати оперативних втручань при виконанні багаторівневих дистальних реконструкцій у хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок.

**Матеріали та методи.** Робота базується на ретроспективному аналізі результатів оперативних втручань у 132 хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок з стегно–підколінно–гомілковим оклюзійним ураженням. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні НІХ та Т з 2013 по 2016 рр. У всіх пацієнтів діагностована критична ішемія нижніх кінцівок, згідно з рекомендаціями TASC II. А саме IIIa стадія діагностована у 47(35,6%) хворих, IIIb – 53(40,2%), IV – 32(24,2%). Чоловіків було 125 (94,7%), жінок – 7 (5,3%). Вік пацієнтів складав від 61 до 78 років, в середньому – 71,3±2,5 років. Діагностичний алгоритм базувався на результатах загальноклінічних досліджень, визначення змін з боку регіонарної гемодинаміки за допомогою УЗДС (амбулаторно) та рентгенконтрастної артеріографії чи МСКТ (стаціонарно). Типи топографо–анатомічних оклюзійних уражень стегно–підколінно–стопних сегментів відповідали С і D типам згідно класифікації TASC II. При стандартизації шляхів «відтоку», згідно класифікації R. Rutherford, з метою визначення рівня периферичного опору, діагностовано 9–10 балів у всіх хворих. Пацієнтів було розділено на 2 групи. Критерієм диференціації слугувало використання у хворих основної групи (65 (49,2%) пацієнтів) ендovasкулярної дилатації гомілкового сегменту одночасно з реконструкцією стегно–підколінного. До групи порівняння – 67(50,8%) увійшли пацієнти, яким виконано стегно–підколінне шунтування з включенням «підвішаної» підколінної артерії. Усім хворим обох груп виконано стегно–підколінне автовенозне ортоградне шунтування. В якості консервативного лікування хворим групи порівняння було призначено в/в введення простагландинів в дозі 40 мкг/добу на протязі 10 днів.

**Результати та їх обговорення.** Термін спостереження склав 2 роки. Слід зауважити, що прохідність стегно–підколінних шунтів у пацієнтів обох груп в перші 6 міс після виконання втручання достовірно не відрізнялась ( $p < 0,05$ ). Показник складав 93,4% в основній групі та 92,3% – в групі порівняння. Однак, вже до 12 міс спостереження мали

статистичну різницю, а саме прохідність реконструкції в основній групі склала 87,4%; а в групі порівняння – 67,3% при  $p < 0,05$ . На при кінці 24 міс спостереження, результати також зберігали тенденцію до різниці в обох групах. Так, прохідність шунтів в основній групі склала 75,4%, а в групі порівняння – 54,3%. Причому частота збереження нижніх кінцівок склала 82,3% та 61,4%; відповідно.

Слід зауважити, що показники лінійної швидкості кровообігу по стегно–підколінним шунтам у хворих обох груп достовірно не відрізнявся в перші 3 міс спостереження та склав  $54,3 \pm 3,7$  см/с, при  $p < 0,05$ . А от після 9 міс спостереження відмічено суттєву різницю: в основній групі –  $52,3 \pm 3,1$  см/с, а в групі порівняння –  $46,2 \pm 2,8$  см/с. Цей факт обумовлений зростанням периферичного судинного опору у пацієнтів групи порівняння внаслідок як гемодинамічного перерозподілу кровоплину з шунта і гомілково–стопного сегменту, так і активацією реакцій системної запальної відповіді. Згідно з результатами робіт R.T. Grone et al. (2015) активація системної запальної відповіді в післяопераційному періоді каталізується гемодинамічною невідповідністю між артеріальним притоком та розподілом кровоплину в басейні ішемії і корелює зі зростанням периферичного судинного опору. На думку R. Gandini et al. (2014) активація реакцій системної запальної відповіді має більш значущу роль в аспекті розвитку тромбозів мікроциркуляторного русла в строк до 1 року післяопераційного періоду ніж дисліпопротеїдемія в той же термін спостереження. Саме тому, на нашу думку, використання периферичних гібридних втручань обґрунтовує гемодинамічну збалансованість шляхів артеріального притоку та його перерозподілу в зоні ішемії, зі зменшенням периферичного опору та запобігає активації реакцій системної запальної відповіді.

**Висновок** У хворих на багаторівневі оклюзійні ураження периферичного артеріального русла нижніх кінцівок, з типами C і D за TASC II, слід надавати пріоритет гібридним втручанням; за відсутності умов для виконання додаткового підколінно–стопного шунтування.

## Хірургічне лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок

О. А. Носенко, В. В. Русин, Я. М. Попович, О. М. Кочмарь

Ужгородський національний університет

**Вступ.** Хронічна венозна недостатність на даний час одне з найбільш поширених захворювань у світі, яким страждає від 5% до 25–50% дорослого населення розвинутих країн Європи і Америки, при цьому більш ніж у половини (51,2%) пацієнтів виявляють ознаки інвалідизації. Трофічні виразки, як найбільш важке ускладнення хронічної венозної недостатності, зустрічаються приблизно у 0,2–5% населення земної кулі та складають 300–350 випадків на 100 000 населення. Загальні витрати на лікування венозних трофічних виразок у країнах Європейського Союзу щороку досягають 600–900 млн євро, що становить 1–2% загального бюджету охорони здоров'я, а у США – до 2,5–3 млрд доларів. Незважаючи на весь арсенал консервативних засобів частота венозних трофічних виразок неухильно зростає. Лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок є однією з актуальних і складних проблем сучасної медицини. Медичне і соціальне значення проблеми пов'язане зі складним патогенезом, поширеністю цієї патології, захворюванням осіб працездатного віку, високим рівнем інвалідизації, трива-

лим терміном лікування, схильністю до рецидивів трофічних виразок і тенденцією до прогресування, значними економічними витратами, соціально-побутовими аспектами проблеми, пов'язаної з погіршенням якості життя хворих

**Мета роботи:** покращення результатів хірургічного лікування хворих з венозними трофічними виразками.

**Матеріали та методи.** В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 367 хворих з венозними трофічними виразками нижніх кінцівок, які проліковано у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2010 – 2017 років. Вік хворих коливався від 32 до 81 років, середній вік –  $43,5 \pm 1,7$  років. Серед них чоловіків було 134 (36,5%), а жінок – 233 (63,5%). Хворі залежно від методу лікування були поділені на дві групи. Основну групу склали 246 (67,0%) пацієнти, яким проведено комбіноване лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок. Контрольну групу склали 121 (33,0%) хворих, яким проводили консервативне лікування.

**Результати та обговорення.** Загоєння ранового дефекту не усуває проблему лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок. Ліквідація патогенетичних механізмів, які призводять до виникнення трофічних виразок, зокрема венозної гіпертензії та венозного рефлюксу дозволяє не тількивилікувати, а й попередити рецидив трофічної виразки.

Хворі основної групи (n=246) залежно від проведеного лікування поділені наступним чином:

- I А група – 168 (68,3%) хворих з декомпенсованою варикозною хворобою, яким виконано накладання вакуумної пов'язки на трофічну виразку з наступною кросектомією та коротким стріпінгом на стегні. Після виповнення трофічної виразки здоровою грануляційною тканиною всім хворим виконували аутодермопластику вільним розщепленим перфорованим клаптом;

- I Б група – 37 (15,0%) хворих з варикозною хворобою ускладненою трофічною виразкою, яким виконано накладання вакуумної пов'язки на трофічну виразку з наступною кросектомією та стовбуровою склероблітерацією. Після виповнення трофічної виразки грануляційною тканиною всім хворим виконували аутодермопластику;

- I В група – 24 (9,8%) хворих з варикозною хворобою ускладненою трансфасціальним тромбозом та трофічною виразкою, яким виконано накладання вакуумної пов'язки на трофічну виразку з наступною тромбектомією з глибокої венозної системи, кросектомією та коротким стріпінгом на стегні. Після виповнення трофічної виразки здоровою грануляційною тканиною всім хворим виконували аутодермопластику;

- I Г група – 17 (6,9%) хворих з посттромбофлебітичним синдромом ускладненим трофічною виразкою, яким виконано склероблітерацію пронизної вени, яка підтримувала трофічну виразку з наступним накладанням вакуумної пов'язки. Після виповнення трофічної виразки грануляційною тканиною всім хворим виконували аутодермопластику.

У 121 пацієнта контрольної групи проводили консервативне лікування трофічних виразок, що включало в себе туалет виразок, застосування сучасних ранових покриттів, компресійну терапію багат шаровим бандажем та медичними еластичними компресійними виробами, призначенням фармакологічних препаратів.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам основної групи призначали компресійні трикотажні вироби II–III класу компресії, флеботропні препарати та при потребі антикоагулянти.

Загоєння трофічних виразок у основній групі спостерігали протягом 4–6 тижнів після початку лікування. При цьому, рецидив трофічної виразки протягом 5 років спостереження виявили у 11 (4,5%) пацієнтів. При консервативному лікуванні період

загоєння трофічних виразок склав 3–6 місяців. При цьому рецидив трофічних виразок протягом 5 років спостереження виявили у 43 (35,5%) хворих.

## **Висновки.**

Впровадження комплексного хірургічного лікування спрямованого ліквідацію патогенетичної причини хронічної венозної недостатності та пластичного закриття венозних трофічних виразок дозволило значно знизити тривалість загоєння та частоту рецидиву трофічних виразок.

## **Хирургическая тактика при травматических повреждениях магистральных сосудов**

**И. В. Перцов<sup>1</sup>, А. С. Никоненко<sup>1</sup>, Е. В. Ермолаев<sup>2</sup>, В. А. Губка<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

**Цель работы** – улучшение результатов хирургического лечения травматических повреждений магистральных сосудов на основе оптимизации диагностических мероприятий и дифференцированного подхода к выбору методов оперативных вмешательств и этапности их выполнения.

Проведен анализ данных 124 больных с изолированными и сочетанными травматическими повреждениями магистральных сосудов. Выделяли колото–резанные повреждения – у 58 (46,8%), ушиблено–рваные – у 29 (23,4%), тупые повреждения – у 25 (20,1%), огнестрельные – у 12 (9,7%) пациентов. Всем пациентам выполнены диагностические мероприятия и оказана хирургическая помощь согласно разработанным локальным клиническим протоколам.

В остром периоде травмы 71,7% клинического осмотра было достаточно для определения показаний к оперативному вмешательству. При повреждении нескольких анатомических областей, множественных повреждениях конечностей, закрытой травме, проникающих ранениях шеи, подостром пи отдаленных периодах травмы потребовалось использование дополнительных методов исследований.

Выявлены особенности функциональной взаимосвязи регионарной гемодинамики и иннервации, которые существенно влияют на выбор лечебной тактики при сочетанных повреждениях сосудов и нервов, что сказывается на тактике первичного вмешательства и позволяет детализировать показания к повторным и отсроченным вмешательствам на сосудисто–нервных структурах конечностей.

Таким образом, использование разработанного алгоритма и дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства и этапности его выполнения при изолированных и сочетанных повреждениях магистральных сосудов конечности позволяет сохранить конечность в 91,9% случаев. Позитивные результаты восстановления функции конечности достигнуто у 84,7% оперированных.

## Реперфузійний синдром в лікуванні хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок

О. В. Пиптюк, М. Г. Гончар, С. Б. Телмуха, В. О. Пиптюк

Івано-Франківський національний медичний університет

В дослідженнях останніх років показано, що в патогенезі ішемії тканин важлива роль належить оксидантному стресу, який розвивається в результаті дисбалансу між оксидантною і антиоксидантною системами. Пік активації ПОЛ спостерігається при тиску  $pO_2$  в межах від 0 до 30 – 40 мм рт. ст.

У дослідження були включені пацієнти з неоперабельними ураженнями дистального артеріального русла нижніх кінцівок. Критерієм відбору хворих були: наявність «болю спокою», як клінічний прояв даного захворювання, набряк тканин гомілки. Кількість обстежених пацієнтів, склало 57 чоловік у віці  $62 \pm 5$  років. Тривалість захворювання коливалася від декількох місяців до 5 років. 14 пацієнтів (24,5%) в анамнезі перенесли прямі реваскуляризуючі операції, 43 (75,5%), госпіталізовані вперше.

Ступінь операбельності артеріального русла нижніх кінцівок, з точки зору можливості проведення реваскуляризуючих операцій визначали на підставі даних ультразвукового дуплексного сканування і рентгеноконтрастної ангіографії. При дуплексному обстеженні судин, у 100% виявлено перешкоду на шляху току крові, на різних рівнях, на КТ ангіографії – багатоповерхова оклюзія із відсутністю контрастування периферичного судинного русла. Показники регіонарної макрогемодинаміки, за даними доплероманометричного вимірювання регіонарного систолічного тиску гомілки (РСТГ), у 78% хворих становили менше 50 мм рт. ст., кісточково-плечовий індекс (КПІ), нижче 0,35. Дефіцит регіонарного систолічного перфузійного тиску (ДРСПТ), дорівнював від  $72,9 \pm 6,4\%$  до 100%. Показники черезшкірного визначення напруги кисню ( $TrO_2$ ), становили  $25,3 \pm 3,7$  мм рт. ст., при нормі  $Tr O_2$  –  $62,3 \pm 4,8$  мм рт. ст.

При госпіталізації хворих із III ст. ішемії в системному кровотоці виявлено, збільшення вмісту МДА на 73,4% ( $p < 0,05$ ), при зниженні активності СОД на 13,3% ( $p < 0,05$ ), каталази на 14,1% ( $p < 0,01$ ), факторів антиоксидантної системи (ФАОС) на 45,5%, ( $p < 0,01$ ) нижче контрольного рівня. Таким чином, в ішемізованих м'язах кінцівок спостерігаються метаболічний ацидоз, оксидантний стрес, при зниженні антиоксидантного захисту (АОЗ). Хворі були поділені на дві групи – I (39 хворих), якій була врахована концепція метаболічного захисту м'язевої тканини (міоцитопротекції), і запропоновано в передопераційному і післяопераційному періодах введення актовегіну 20 мл на 100 мл фізіологічного розчину, 900 мг тіоктової кислоти на 200 мл. фізіологічного розчину один раз на добу, впродовж 10–12 діб, з наступною ревзією гомілкових артерій, остеоперфорацією великогомілкової кістки ураженої кінцівки. II група (18 хворих), якій в передопераційному періоді не була проведена цитопротекційна терапія.

В післяопераційному періоді, в перші 3 доби у II групі було відмічено наростання факторів на 28% ( $p < 0,01$ ) перекисного окислення ліпідів, при зменшенні ФАОС на 11% ФАОС у порівнянні із госпіталізацією, тоді, як в I групі не було такого різкого зрушення показників (5–8% при  $p < 0,05$ ). Виявлений феномен, сутність якого полягає в тому, що при реваскуляризації відбувається різка активація процесів перекисного окислення ліпідів, зумовлена надходженням кисню в клітини, із утворенням в них великої кількості вільних радикалів. Клінічна картина, проявлялася зменшенням болювого синдрому, при появі і наростанні набряку, як відповідь капілярів на розвиток процесу під час ішемії /

реперфузії. Для усунення даного клінічного симптому, нами пропонується використання препарату флавоноїдну фракцію 500 мг, (діосміну 450 мг, гесперидину 50 мг), Київський вітамінний завод, 2 рази на добу, впродовж 1 міс.

Таким чином, реперфузійний синдром є не стільки непередбачуваним ускладненням, скільки програмованим і невід'ємним станом після хірургічних втручань у даній категорії хворих і потребує корекції.

## Вибір обсягу оперативних втручань при багаторівневій емболії артеріального русла нижньої кінцівки

**В. О. Прасол, К. О. Коновалова, І. Г. Бежушвілі, Б. О. Гігіташвілі**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків**

Емболія артеріального русла кінцівок є актуальною проблемою екстреної судинної хірургії. В разі багаторівневої емболії артерій нижньої кінцівки перед хірургами часто постає питання про оптимальний обсяг оперативного втручання. У пацієнтів з важкою супутньою патологією є доцільним включення в кровотік обмеженої кількості найбільш важливих магістральних артерій. Таким чином одночасно вирішуються дві задачі: регрес ішемії і компенсація кровопостачання кінцівки, а також відмова від великого і тривалого оперативного втручання у ослаблених пацієнтів.

Мета: визначити оптимальний обсяг операції при багаторівневої емболії артерій нижньої кінцівки шляхом виявлення найбільш значущих щодо компенсації кровопостачання стопи і гомілки артеріальних магістралей.

Матеріали і методи: нами були обстежені 57 пацієнтів, які були госпіталізовані в екстреному порядку з діагнозом багаторівневої емболії артеріального русла нижньої кінцівки. Давність емболії становила від 2 годин до 8 діб. Вік пацієнтів був від 43 до 88 років. У всіх пацієнтів мала місце виражена супутня патологія у вигляді ІХС, наявності миготливої аритмії і / або перенесеного інфаркту міокарда в анамнезі. На доопераційному етапі хворим обов'язково виконували триплексне сканування (ТС) з метою визначення стану судинної стінки артерій, а також локалізації емболів і продовжених тромбів. Для досягнення мети нашого дослідження у всіх пацієнтів в відібраній групі мала місце емболія з продовженим тромбозом поверхневої стегнової артерії (ПСА), підколінної артерії (ПА), від однієї до трьох гомілкових артерій (з продовженням тромбозу на стопі). У 33 (57,9%) пацієнтів емболи візуалізувалися також в просвіті глибокої артерії стегна (ГАС). Випадки емболії клубових артерій, а також емболії зони біфуркації загальної стегнової артерії не входили в зону нашого інтересу. У 73,7% хворих (n = 42) були виявлені ознаки облітеруючого атеросклерозу у вигляді гемодинамічно незначущих стенотичних уражень. Пацієнти з вираженим атеросклеротичним ураженням не включалися у досліджувану групу. У решти пацієнтів (26,3%) артеріальна стінка була інтактною. У 8,8% випадків (у 5 пацієнтів) була діагностована емболія інших артеріальних басейнів (3 випадки емболії артерій верхньої кінцівки, 2 випадки емболії центральної артерії сітківки).

Результати: у всіх випадках була виконана емболотромбектомія з ПСА, ПА (в тому числі тібіоперонеального стовбура (ТПС) при його ураженні) з відновленням магістрального кровотоку. У всіх пацієнтів застосовувався медіальний доступ в в / 3 гомілки. У 16 випадках (28%) він був доповнений доступом в в / 3 стегна з метою видалення емболів з ГАС. Емболотромбектомію з гомілкових артерій виконували за допомогою зонда Фогарті

з основного доступу. З огляду на сумнівний регрес ішемії стопи, у 35 пацієнтів (61,4%) були виконані доступи на рівні гомілковостопного суглоба або стопи для включення в кровотік відповідних артерій. Незважаючи на початкове відновлення прохідності артерій, в найближчому післяопераційному періоді (на 1-у добу після операції) майже у половини пацієнтів зазначеної групи ( $n = 16$  з 35), настав повторний тромбоз на рівні стопи. Проте, у даних пацієнтів при прохідних ПСА, ПА, ТПС, гомілкових артерій (хоча б однієї з них з перетіканнями в басейні інших), спостерігався регрес гострої ішемії стопи і гомілки з відновленням життєздатності тканин за рахунок компенсованого кровотоку по колатераліям. Виконання емболектомії зі стовбура ГАС або ж відмова від неї не виявили значної різниці в ступені регресу ішемії стопи і гомілки (враховуючи відновлення прохідності ПСА і ПА). Дане втручання мало більший вплив на регрес ішемії м'язів стегна.

Обговорення: аналізуючи результати дослідження, основними артеріальними магістралями, значущими для компенсації кровопостачання стопи і гомілки при гострій ішемії, є ПСА, ПА, гомілкові артерії на гомілці з «виходом» на стопу безпосередньо самих артеріальних стовбурів або ж їх колатералей.

Висновки: таким чином, є доцільним у ослаблених пацієнтів при багаторівневої емболії артерій нижньої кінцівки обмежуватися включенням в кровотік лише основних магістральних стовбурів, здатних компенсувати кровопостачання стопи і гомілки.

## Шляхи підвищення ефективності повторних операцій при гострому тромбозі інфраінгвінальних шунтів

**В. О. Прасол, К. О. Коновалова, І. Г. Бежушвілі, Б. О. Гігіташвілі**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків**

В даний час різноманітні причини тромбозу шунтів широко описані в літературі. Однак, незважаючи на це, на практиці вирішити питання тривалого функціонування шунтів не завжди вдається. У даній роботі ми представляємо наш погляд на успішне вирішення зазначеної проблеми.

Мета: шляхом аналізу причин розвитку гострих тромбозів інфраінгвінальних шунтів визначити оптимальний обсяг повторної операції.

Матеріали і методи: нами було проаналізовано 52 випадки повторних оперативних втручань, виконаних в найближчому післяопераційному періоді з приводу гострого тромбозу інфраінгвінальних (дистальних стегново-підколінних або стегново-гомілкових шунтів). У всіх пацієнтів мав місце облігеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок. У кожному разі були досліджені індивідуальні гемодинамічні особливості.

Ми зробили висновок – тромбоз шунта, що стався в результаті незадовільного стану дистального артеріального русла (а не внаслідок технічних помилок), є природною реакцією судинного русла як виключення зайвої ланки в стійкій гемодинамічній системі «приплив відповідає відтоку». Збереження прохідності артерії-реципієнта в разі тромбозу шунта підтверджує зазначену гіпотезу. Всі випадки були поділені на дві групи. Перша група – 32 випадки – повторна операція полягала в рещунтуванні з переміщенням зони дистального анастомозу, в ряді випадків ( $n = 9$ ) – в поєднанні з накладенням «проміжного» анастомозу (більш проксимально) між шунтом і підколінною артерією з метою включення в кровотік максимальної кількості колатералей, а, отже, – для збільшення функціональної ємності дистального русла. Таким чином, поряд зі збільшенням



припливу здійснювалося поліпшення відтоку. Друга група – 20 випадків – була виконана тільки тромбектомія з шунта.

Результати: 90,6% позитивних результатів (прохідність шунта відновлена) були отримані в 1-й групі (29 з 32 випадків). У другій групі в найближчому післяопераційному періоді в 9 випадках (45%) знову настав тромбоз шунта (55% позитивних результатів).

Обговорення: дані цього дослідження підтверджують справедливість нашої гіпотези про формування природної системи «приплив відповідає відтоку» при атеросклеротичному ураженні судин. Отже, причиною тромбозу шунта (при відсутності технічних погрешностей) часто є невідповідність функціональних можливостей притоку і відтоку – «феномен невідповідності» між штучно поліпшеним припливом і колишнім, функціонально неповноцінним відтоком. Тому, для більш тривалого функціонування шунтів ми вважаємо за необхідне вибір адекватних шляхів відтоку (можливо, при додатковому виконанні їх корекції, в тому числі, за допомогою непрямих методів реваскуляризації, ендovasкулярних ретроградних втручань). Таким чином можливо досягти збільшення функціональної ємності периферичного русла з метою відповідності його кровотоку по штучному шунту.

Висновки: щоб уникнути тромбозу шунтів при формуванні анастомозів (як проксимального, так і дистального) слід враховувати функціональні можливості притоку і відтоку артеріальних сегментів. Розглядаючи судинне русло як стійку гемодинамічну систему, в якій є відповідність між припливом і відтоком, можна зробити висновок – оперативна корекція припливу вимагає оперативної корекції відтоку.

## Результати різних методів реваскуляризації при дистальних формах ураження артерій нижніх кінцівок

В. І. Русин, В. В. Корсак, Ф. В. Горленко, В. В. Русин, О. В. Лангазо

Ужгородський національний університет

**Вступ.** Серед серцево–судинних захворювань оклюзійно–стенотичні ураження артерій нижніх кінцівок займають друге місце після ішемічної хвороби серця. Критична ішемія реєструється від 400 до 1000 випадків на 1 млн. населення в рік. До 1% чоловіків старше 55 років страждають цією патологією. Однак, реконструктивну операцію можливо виконати лише половині таких хворих, а без операції протягом року у 95% пацієнтів виконується ампутація нижньої кінцівки.

**Мета:** вивчити результати прямої та непрямой реваскуляризації нижніх кінцівок та їх поєднання при хронічній ішемії.

**Об'єкт і методи дослідження.** Результати лікування 567 хворих, яких прооперовано у відділенні судинної хірургії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака в період з 2005 до 2018 року з приводу оклюзійно–стенотичного ураження стегново–підколінно–гомількового сегмента при хронічній ішемії нижніх кінцівок. Залежно від способу виконаного операційного втручання, пацієнт були поділені на наступні групи: I група – пацієнти, яким виконали відкриті реконструкційно–відновні операції – 340 (60%); II група – пацієнти, яким виконали операції непрямой реваскуляризації – у 119 (21%) хворих та III група – пацієнти, яким виконали відкриті реконструкційно–відновні операції поєднані з методами непрямой реваскуляризації – у 108 (19%) хворих. Діа-

гностичний алгоритм включав загальноклінічне обстеження, ультразвукове дуплексне сканування артерій з кольоровим картуванням кровоплину, реовазографію нижніх кінцівок з нітрогліцерином; мультиспіральну комп'ютерну томографію артерій нижніх кінцівок з контрастуванням та рентген контрастну артеріографію.

**Результати та їх обговорення.** Найбільш показовий результат відмічали у I та III групах хворих після виконаних стегново–підколінних автовенозних шунтувань вище колінного суглоба, де відсоток відновленого кровопостачання становив 73,9%, найгірший – у I, III групах хворих після стегново–гомількових шунтувань, де кровоплин було відновлено у третини пацієнтів (28,6%). В строки до 6 місяців виконано 37 ампутацій нижньої кінцівки, до кінця року – ще 73. Тобто, протягом першого року спостереження виконано 110 (20,9%) ампутацій та збережено 79,1% кінцівок. Кумулятивний аналіз стабільності задовільних результатів за методом Каплан–Мейера в III групі хворих показав, що прохідність після дистального стегново–підколінного шунтування до 5-го року спостереження становила 49,4%, а відсоток збережених кінцівок – 69,1%. В I групі хворих дані показники становили 43,7% та 54,2%. Тобто, в III групі хворих показник прохідності був вищий на 6%, полказник збережених кінцівок на 15% вищий, ніж в I групі пацієнтів.

Після проведеного гомількового шунтування прохідність до 5 року становила 16,8% в III групі, а в I – 14,3%, збережених кінцівок – 36,1% і 24,2% відповідно, також в даній групі хворих визначено перевагу поєднаної реконструкції: прохідність шунтів вища на 2,5%, а збережених кінцівок на 12%.

У III групі хворих, яким виконано профундопластику в поєднанні з РОТ при II–Б – III–А ст. ішемії, показник збережених кінцівок становив 56,3%, що майже вдвічі більше, ніж показник збережених кінцівок після гомількових шунтувань та незначно перевищував показник після дистальних стегново–підколінних шунтувань.

Тому запропоноване виконання поєднаної прямої та непрямої реконструктивної операції має значні переваги, оскільки переводить ішемію нижньої кінцівки у компенсовану стадію (II А–Б ст.). Таке поєднане оперативне втручання стає альтернативою методам клітинної терапії, які є дороговартісними і не знайшли широкого впровадження в клінічну практику.

#### **Висновки.**

1. Найбільш показовий безпосередній результат отримано у групі хворих після виконання прямої реваскуляризації, зокрема, стегново–підколінних автовенозних шунтувань вище колінного суглоба, де відсоток відновленого кровоплину становив 73,9%, найгірший – у групі хворих із стегново–гомільковими шунтуваннями, де кровоплин відновлено лише у 28,6% пацієнтів.

2. Застосування поєднання прямих та непрямих методів реваскуляризації забезпечує більш стійкий позитивний результат у віддаленому післяопераційному періоді.

## **Хірургічне лікування тромбозів глибоких вен нижніх кінцівок**

**В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович**

**Ужгородський національний університет**

**Вступ.** Лікуванню тромбозів глибоких вен нижніх кінцівок присвячено велика кількість робіт, що торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних про-

явів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. Тромбоемболію легеневої артерії, як і раніше, рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності неухильно зростає.

**Мета роботи:** покращення результатів хірургічного лікування хворих з тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок.

**Матеріали та методи.** В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 678 хворих з тромбозами глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени, які проліковано у відділенні хірургії магістральних судин та урології Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2006 – 2016 років. Вік хворих коливався у широких межах від 17 до 83 років, середній вік –  $45 \pm 2,3$  роки. Серед них чоловіків було 194 (43,8%), а жінок – 249 (56,2%). Хворі залежно від методу лікування були поділені на дві групи. Основну групу склали 443 (65,3%) пацієнти, яким проведено операційні способи лікування тромбозів глибоких вен та профілактики тромбоемболії легеневої артерії. Контрольну групу склали 235 (33,7%) хворих, яким проводили консервативне лікування.

**Результати та обговорення.** Механічна тромбектомія не усуває причини тромбоутворення, але дозволяє відновити порушений венозний кровоплин. Клінічне покращення після такої операції пов'язане з розкриттям венозних колатералей і покращенням венозного відтоку, а не з звільненням тромбованої магістралі. При цьому можливість виконання повної тромбектомії часто обмежена важкістю стану пацієнта та наявністю супутньої патології.

При тромботичному ураженні гомілково-підколінного сегменту операційні втручання виконані у 105 (23,7%) хворих, зокрема у 70 (66,7%) пацієнтів було виконано тромбектомію з підколінної вени та/або суральних синусів з наступним лігуванням суральних синусів у місці впадіння в підколінну вену. У 35 (33,3%) пацієнтів було виконано тромбектомію з підколінної вени з наступним лігуванням тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння в підколінну вену.

Відкриті операційні втручання з приводу тромбозу глибоких вен з локалізацією процесу в підколінно-стегновому сегменті виконані у 143 (32,3%) пацієнтів. При цьому верхівка тромботичних мас у 67 (46,9%) локалізувалася в поверхневій стегновій вені, у 76 (53,1%) – у загальній стегновій вені. У 21 (14,7%) з 143 пацієнтів тромботичний процес поширювався на загальну стегнову вену із басейну глибокої стегнової вени.

У 81 (18,3%) пацієнта виконані операційні втручання з приводу тромботичного ураження стегново-клубового сегменту. При цьому, флотуючу верхівку тромботичних мас у зовнішній клубовій вені діагностували у 74 (91,4%) пацієнтів, а у 7 (8,6%) хворих – у загальній клубовій вені. З метою зменшення частоти післяопераційних ретромбозів і покращення результатів тромбектомії із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен після звільнення венозної магістралі від тромбів у 13 (16,1%) з 81 пацієнта формували тимчасову артеріовенозну фістулу, яку накладали по типу «кінець вени в бік артерії».

У 114 пацієнтів виконана відкрита тромбектомія з нижньої порожнистої вени з наступним ушиванням венотомної рани. При потребі резекції стінки нижньої порожнистої вени у пацієнтів з імплантаційними тромбами дефекти заміщували синтетичною латкою або протезом. У 45 (39,5%) із 114 пацієнтів операцію завершили неповною апаратною плікацією нижньої порожнистої вени. При виборі місця кавалікації переважав інфраренальний відділ нижньої порожнистої вени безпосередньо під нирковими венами – у 32 (71,1%) пацієнтів, у 12 (26,7%) – вище ниркових вен, у 1 (2,2%) хворого – вище печінкових вен.

На кінець 3 року спостереження ознаки хронічної венозної недостатності у основній групі спостерігали у 10,2% пацієнтів після парціальної та у 2,9% хворих після повної тромбектомії. Кумуляційний аналіз результатів післяопераційного періоду показав, що добрі та задовільні результати хірургічного лікування тромбозів глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени спостерігали у 89,5% пацієнтів на кінець 3 року спостереження.

На кінець 3 року спостереження виражені клінічні прояви хронічної венозної недостатності виявили у 32 (51,6%) із 62 пацієнтів контрольної групи, в тому числі у 7 спостерігали трофічні виразки. Таким чином, позитивний результат у віддаленому періоді при консервативному лікуванні тромбозу системи нижньої порожнистої вени по даним кумуляційного аналізу вдається досягти лише у 48,8% пацієнтів.

#### **Висновки:**

1. Операційне лікування тромбозів глибоких вен по даним кумуляційного аналізу дозволило досягти позитивного результату лікування в 89,5% пацієнтів, а при консервативному лікуванні – лише в 48,8% хворих.

2. На кінець 3 року спостереження виражені ознаки хронічної венозної недостатності у пацієнтів контрольної групи спостерігали в 51,6% пацієнтів, а в основній групі – лише в 10,2%.

## **Наш досвід комплексного лікування хворих на варикозне розширення вен нижніх кінцівок**

**Г. Є. Самойленко, Р. В. Пилипенко, С. О. Жаріков**

*Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

**Вступ.** Хронічне захворювання вен (ХЗВ) нижніх кінцівок є надзвичайно актуальною медичною і соціальною проблемою. За даними досліджень, проведених асоціацією ангіологів і судинних хірургів України, 76% хворих на ХЗВ мають вік від 30 до 65 років. Приблизно в 2% випадків хворі на варикозну хворобу вен (ВХВ) нижніх кінцівок мають трофічні виразки. Ендовазальна лазерна коагуляція (ЕВЛК), радіочастотна абляція (ЕВР-ЧА) підшкірних вен нижніх кінцівок в поєднанні з мініфлебектомією та склеротерапією, на сьогодні є досить поширеними в лікуванні ХЗВ.

**Мета дослідження.** Провести аналіз ефективності ЕВЛК, динаміки клінічних проявів ВХВ нижніх кінцівок, якості життя пацієнтів впродовж комплексного лікування даного контингенту хворих.

**Матеріал та методи.** Проаналізовано результат лікування 46 хворих на ВХВ нижніх кінцівок, що знаходилися в клініці хірургії, ендоскопії та реконструктивно-відновлювальної хірургії Донецького національного медичного університету (м. Лиман) в період з грудня 2016 до січня 2018 року. Середній вік хворих склав  $43,2 \pm 12,7$  років. Співвідношення чоловіків та жінок склало 1:1,7. В 5 випадках мала місце ВХВ обох нижніх кінцівок. Всім хворим перед операцією виконували дуплексне ангіосканування венозної системи нижніх кінцівок. Операцією вибору була ЕВЛК з використанням діодного лазера, довжиною хвилі 1470 нм – «Фотоніка Ліка-Хірург» (Україна) з торцевим лазерним світловодом в поєднанні з мініфлебектомією. Потужність лазерного випромінювання становила 10 – 12,5 Вт (в залежності від діаметру вени). Для проведення світловода до судини застосовували венозний катетер, розміру 16G, або підключичний катетер KB-2,

розміром Fr:5. Тумесцентна анестезія виконувалася за стандартною методикою. Всі маніпуляції були соно-асистованими. Операцію завершували одяганням компресійної панчохи 2 класу компресії. Строки компресійної терапії – 1 місяць. Впродовж перших двох тижнів після втручання пацієнтам призначали клопідогрель 75 мг один раз на добу. Також рекомендували препарати діосміна та гесперидина.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього було прооперовано 51 стовбур підшкірних вен нижніх кінцівок. За СЕАР класифікацією клінічний клас захворювання становив: С2 – 14 (30%), С3 – 22 (48%), С4 (а, b) – 8 (17%), С5 – 1 (2%), С6 – 1 (2%). Середня довжина великої підшкірної вени (ВПВ), що підлягала ЕВЛК склала  $29,2 \pm 12,4$  см, а малої підшкірної вени (МПВ) –  $14,6 \pm 6,9$  см. При сонографічному моніторингу стану венозної системи в післяопераційному періоді в строки до 1 місяця не було зареєстровано кровотоку стовбуром ВПВ чи МПВ. В одному випадку (1,9%) за 6 місяців після оперативного втручання мала місце неповна реканалізація стовбура ВПВ стегнового сегмента на ділянці вени близько 25 см. Клінічних проявів рецидиву ВХВ в даному випадку не спостерігалось. В двох випадках (3,8%) був констатований рецидив захворювання причиною якого був рефлюкс перфорантними венами гомілки з неспроможним клапанним апаратом, що був ліквідований при повторному втручанні. Для визначення якості життя пацієнтів з ВХВ використовували опитувальник CIVIQ-20. В доопераційному періоді загальний індекс (за реверсивною шкалою) склав  $48,2 \pm 18,5$ . Через 1 місяць після операції –  $60,8 \pm 10,7$ . Через 6 місяців після операції глобальний індекс склав вже  $66 \pm 8,4$ . В одного хворого (1,9%) після операції було виявлено флеботромбоз стегнової вени, та був призначений ривароксабан в дозі 15 мг двічі на добу впродовж 1 місяця. При контрольній УЗДГ ехо-ознак флеботромбозу виявлено не було.

**Висновки.** ЕВЛК є ефективною в лікуванні ВХВ, дозволяє підвищити якість життя таких пацієнтів. Отримані результати диктують необхідність подальшого пошуку шляхів вдосконалення лікування даного контингенту хворих.

## Антикоагулянтна терапія в лікуванні венозних тромбозів та їх ускладнень у онкологічних хворих

В. М. Селюк<sup>1</sup>, Л. Б. Малиновська<sup>1</sup>, С. О. Махиня<sup>1</sup>, П. П. Мінченко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Олександрівська клінічна лікарня м.Києва

Однією з найбільш складних проблем патології судин залишається проблема венозних тромбозів (ВТ), які займають 3 місце серед найбільш поширених серцево-судинних захворювань. Особливістю ВТ у хворих на злоякісні новоутворення є розповсюдженість, мігруючий та рецидивуючий характер останніх; вони погано піддаються лікуванню та часто призводять до тромбоемболії гілок легеневої артерії (ТЕГЛА) з вірогідним летальним результатом. Серед хворих, що померли від злоякісних новоутворень, частота виявлення ВТ сягає 50% за умови виконаної аутопсії. Тромбоемболічні ускладнення також погіршують результати протипухлинного лікування: однорічна виживаність при цьому складає 12% порівняно з 36% за умови відсутності останніх. Саме лікування (хірургічне, променева та хіміотерапія) посилює процес гіперкоагуляції, вже запущений самим новоутворенням.

Тривала нерухомість та викид тканьового тромбoplastину під час оперативного втручання додатково активують систему згортання крові. Додаткові фактори ризику –

довготривала імобілізація, часті венепункції, катетери, інфекція, супутня патологія, пухлинна компресія венозного кровотоку – на фоні наявної гіперкоагуляції призводять до розвитку тромботичних ускладнень. Аналіз досліджень, виконаних під керівництвом Nicolaidas, показав, що у 50–60% оперованих онкологічних хворих розвивається безсимптомний тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У пацієнтів, що отримують хіміотерапію, частота ВТ сягає 10% на рік та підвищується до 20% в залежності від класу та комбінації призначених препаратів. Основний механізм активації гемостазу при проведенні хіміотерапії – пошкодження клітин ендотелію, пряма активація тромбоцитів, підвищення рівня фактору Віллебранта, зниження фібринолітичної активності крові, зниження рівня антикоагулянтів внаслідок гепатотоксичності та вивільнення прокоагулянтів та цитокінів клітинами пухлин при пошкодженні їх цитостатиками. Протипухлинна терапія є незалежним фактором ризику розвитку тромботичних ускладнень у онкологічних хворих. Ці ускладнення, в свою чергу, є причиною зниження ефективності та призупинення лікування злоякісного новоутворення на невизначений час.

У відділенні судинної хірургії Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період 2010–2017 рр. стаціонарно та амбулаторно нами проліковано 57 хворих з гострими тромбозами глибоких та тромбофлебитами поверхневих вен нижніх кінцівок, що були спровоковані злоякісними новоутвореннями різної локалізації.

Всі пацієнти отримували лікувальні дози низькомолекулярних гепаринів (НМГ): еноксапарин – 1мг/кг маси тіла кожні 12 годин підшкірно. Тривалість прийому НМГ в лікувальних дозах вирішувалась індивідуально, залежно від схеми лікування основного захворювання – злоякісного новоутворення, та складала не менше 1 місяця. В подальшому всі пацієнти переводилися на 75–80% первинної дози, яку продовжували приймати до закінчення протипухлинного лікування.

Надалі хворих переводили на таблетовані форми антитромботичних засобів; на наш погляд найкращими для довготривалого застосування є таблетовані антикоагулянти, а саме ривароксабан в дозі 20 мг/добу, прийом яких хворі продовжували доти, доки в організмі зберігалась активність онкологічного процесу. У даної групи хворих рецидивів тромбоемболічних ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, онкологічні хворі відносяться до групи високого ризику розвитку ВТ та їх ускладнень, зокрема ТЕГЛА. Застосування НМГ в адекватних дозах та тривалий термін лікування ВТ допомагає запобігти летальній ТЕГЛА, розширює можливості протипухлинного лікування та подовжує тривалість та покращує якість життя хворих на онкологічну патологію.

## Ортоградна аутовенозна реконструкція стегно–підколінного сегменту, як метод вибору? Маленькі нюанси великого успіху.

### Узагальнення досвіду 819 артеріальних реконструкцій

**О. О. Сергєєв, О. М. Попова**

Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова, м. Дніпро

**Вступ:** На сьогоднішній день більшість ангіохірургічних клінік для аутовенозних реконструкцій інфраінгвінальних судин використовують реверсовану велику підшкірну вену, значно рідше – методику *in situ*, і лише одиниці використовують нереверсовану

вену. Використання нереверсованої вени має ряд переваг. Це гемодинамічна відповідність судин, що зшиваються, забезпечення кращої об'ємної швидкості кровотоку по шунту, відсутність зон турбулентного кровотоку в шунт, що сприяє його більш тривалому функціонуванню.

**Матеріали і методи:** Проаналізувавши виявлені проблеми, ми запропонували наступні шляхи їх вирішення: 1. Була розроблена оригінальна модель вальвулотома для багаторазового використання, конструкція якого значно знижує вірогідність перфорації вени і пошкодження її ендотелію, неповної вальвулотомії, що було доведено на аутопсійному матеріалі, а потім – і в клініці. 2. Виконання профундопластики проксимальним анастомозом, що покращує гемодинамічні показники роботи шунта, але технічно більш доцільно при використанні нереверсованого шунта через достатній діаметр вени. Після впровадження в клінічну роботу зазначених моментів, були проаналізовані результати 819 аутовенозних реконструкцій стегно–підколінного сегмента, виконані хворим з критичною ішемією нижніх кінцівок і оклюзією артерій стегно–підколінного сегмента з грудня 2001 по грудень 2017 року. Хворі були розподілені на три стандартизовані групи наступним чином: I група (224 пацієнта) виконано аутовенозне шунтування реверсованою аутовеною, II група (371 пацієнт) виконано шунтування нереверсованою аутовеною (ортоградна методика), III група (224 пацієнта) шунтування аутовеною за методикою *in situ*. Оцінка результатів проводилася за наступними критеріями: клінічний стан (КС) за Рутерфордом, тривалість функціонування шунта, показники регіонального систолічного тиску (РСТ), кістчочково–плечового індексу (КПІ), об'ємної швидкості кровотоку по шунту (ОШК). Для стандартизації функції аутовенозного шунта, був запропонований шунт–плечовий індекс (ШПІ), який є відношенням об'ємної швидкості кровотоку по шунту до артеріального тиску на плечовій артерії. Всі показники оцінювалися в динаміці (через 1, 6, 12, 24 і 36 місяців). Термін спостереження за хворими склав 3 роки після операції.

**Результати:** Регіональний систолічний тиск склав у середньому 114 мм рт ст для 1ї групи, 125 для 2ї та 105 для 3ї у перший місяць після операції. Тоді як у віддаленому періоді найкращі результати виявлено у 2ї групи (115), потім у 3ї (104) і у 1ї (92). КПІ і у віддаленому періоді і у короткотривалому був найвищий у 2ї групі (0.8 та 0.9 у середньому відповідно), а у 1 та 3 був приблизно зіставним (близько 0.8 для усіх проміжків), тоді як для ШПІ 3я група все ж демонструє перевагу над 1ю (2.1 та 1.8 у 3ї проти 2.1 та 1.6 у 1ї). ОШК по шунту також була найвищою у 2ї групі (256 через місяць ті 236 через 36 міс.), потім перевагу мала 3я група (185 та 162 відповідно) та 1 а (175 та 145)

**Висновки:** Ортоградному стегно–підколінному шунтуванню властиві всі гемодинамічні переваги, характерні для аутовенозного шунтування *in situ* і відсутні недоліки цієї методики, пов'язані з необхідністю додаткової операції для перев'язки артеріовенозних фістул, зі складнощами формування проксимального анастомозу і підвищеною вірогідністю пошкодження венозного ендотелію і гемодинамічно несприятливими кутами накладення проксимальних анастомозів. При стегно–підколінному шунтуванні отримані значно кращі як безпосередні, так і віддалені результати при нереверсованих варіантах в порівнянні з реверсованою методикою. Безпосередні і віддалені результати при ортоградній методиці і шунтуванні *in situ* істотно не відрізняються.

## Реконструктивні втручання на магістральних судинах в онкохірургії

О. О. Сергєєв, О. М. Попова

Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова, м. Дніпро

Незважаючи на вдосконалення підходів в діагностиці онкологічної патології, донині зберігається досить високим число хворих із запущеною формою захворювання. Місцево–поширені новоутворення нерідко втягають в пухлинний інфільтрат магістральні судини. В даний час при впровадженні комплексного лікування збільшилася частка органозберігаючих оперативних втручань, розширені показання для оперативних втручань при залученні в пухлинний процес магістральних судин.

Реконструктивні втручання з судинним компонентом виконувалися співробітниками нашої клініки в випадках операцій з приводу: заочеревинних пухлин, місцево–поширених пухлин органів малого таза (пухлини прямої кишки, жіночих статевих органів), сарком м'яких тканин і кісток з вираженим м'якотканинним позакістковим компонентом, місцево–поширених пухлин шкіри, пухлин органів шиї, метастазів в клубові, парааортальні і шийні лімфатичні вузли. У ряді випадків, при задовільному розвитку колатералей (частіше при залученні в процес вен) було можливим лігування і перетин судини (загальна клубова вена). В абсолютній більшості випадків виникла необхідність в одному з варіантів реконструкції судини. Всього з грудня 2007 по грудень 2017 рр нами прооперовано 51 пацієнт із злоякісними новоутвореннями, що залучають в пухлинний інфільтрат магістральні судини, як в нашій клініці, так і в інших лікарнях міста.

Виконувалися операції з протезуванням артерій верхніх і нижніх кінцівок, аорти, клубових артерій і вен. У більшості випадків (44 пацієнта) виконувалася реконструкція синтетичним протезом, оскільки вони випускаються різних типів і розмірів, дозволяють заміщати дефекти судин значної протяжності. У 7 випадках післяопераційний дефект судини заміщений веною (велика підшкірна вена стегна). Серед оперативних втручань можна виділити наступні групи: реконструкція стегових артерій (21), реконструкція підколінної артерії (6), реконструкція плечової артерії(8), реконструкція підключичної артерії (6), протезування клубових артерій(7), резекція нижньої порожнистої вени(2), заміщення нижньої порожнистої вени (1). Так само надзвичайно був важливий вибір методу адекватного знеболення та корекції гемостазу. Тромбоз зони реконструкції був діагностований у 3 пацієнтів. З них: у 1 хворого він був компенсований на тлі консервативної терапії в лікувальних дозах, 2 хворим виконані повторні втручання (тромбектомія – 1, ампутація кінцівки – 1).

У 10% пацієнтів розвинувся рецидив основного захворювання, який потребував повторного втручання. Терміни розвитку рецидиву варіювали від 7 місяців до 3 років.

### Висновки:

1. Реконструктивні втручання на магістральних судинах при онкологічних операціях підвищують резектабельність пухлини, значно сприяючи радикальності оперативного втручання.

2. В зв'язку з сучасними тенденціями комплексного мультидисциплінарного підходу в лікуванні, розширені показання для реконструктивно–пластичних втручань на судинах при онкологічній патології, збільшилася частка органозберігаючих, функціонально–зберігаючих втручань.



3. Беручи до уваги розширення показань для операцій при пухлинах з реконструктивно-пластичним судинним компонентом, є необхідність навчання онкохірургів навичкам ангіо- та мікрохірургії.

## Компресійна флебосклерозуюча терапія в лікуванні телеангіектазій та ретикулярного варикозу

Ю. О. Супрун, Т. М. Галига, Ю. А. Діброва

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України

**Вступ.** Ретикулярний варикоз (РВ) та телеангіектазії (ТАЕ) відносяться до першого клінічного класу С1 хронічних захворювань вен (ХЗВ) згідно міжнародної класифікації СЕАР.

Серед хворих з патологією венозної системи пацієнти з ТАЕ і РВ складають чисельну групу, а в загальній когорті респондентів питома вага класу С1 досягає 22%. Способом вибору лікування цієї патології є флебосклерозуюча терапія (ФСТ) в різних її варіантах.

**Мета дослідження.** Покращити результати лікування хворих на ТАЕ та РВ шляхом вдосконалення способу компресійної флебосклерозуючої терапії.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період 2015–2017 роки спостерігали 89 хворих з ТЕА та РВ. Одиночні форми визначались у 11 хворих, множинні у вигляді гребінця – у 78 пацієнтів. Інтрадермальні форми мали місце у 49 хворих, екстрадермальні (субепітеліальні) – у 40 випадках. ТАЕ та РВ у 48 (54%) пацієнтів локалізувалися на стегні, у 41 (46%) – на гомілці.

Чоловіків було 11, жінок – 78. За віком розподіл був наступний: до 25 років було 30 пацієнтів, від 26 до 55 – 39, від 56–до 77 років – 20 хворих. Середній вік пацієнтів становив 47+7,8 років. Тривалість існування ТАЕ та РВ становила 13,4±4,9 років. Всі хворі були обстежені (дуплексне ангіосканування, загальний аналіз крові, сечі, біохімічні аналізи, коагулограму, огляд гінеколога).

**Результати та їх обговорення.** Всім хворим була проведена компресійна флебосклерозуюча терапія (ФСТ). Для проведення ФСТ застосовували 0,5% розчин полідаконолу та тетрадецил сульфату натрію. При цьому 20 пацієнтам було проведено по 2 сеанси флебосклерозування, 41 – по 3–4 сеанси та 28 пацієнтам по 5–8 сеансів ФСТ. Повторні сеанси проводили через 2 тижні. Необхідність проведення повторних сеансів визначалась розповсюдженням РВ та ТАЕ та ефективністю попередніх ін'єкцій.

Для попередження міграції кінчика голки за межі просвіту вени, яка могла бути обумовлена фізіологічним тремтінням (тремором) руки, останнім часом стали застосовувати пункційний адаптер МР-2473 апарату ультразвукової діагностики Aloka SSD-1700. Застосування цього адаптера давало змогу надійно фіксувати кінчик голки в просвіті вени при зміні положення кінцівки та уникнути виникнення ускладнень, пов'язаних з пункцією ТАЕ чи то РВ. Після введення склерозанту проводили еластичне бинтування кінцівки. В перші 2–3 доби еластичний бинт був фіксований на кінцівці постійно, а в подальшому знімався на ніч до наступного сеансу.

Оцінку результатів лікування проводили через кожні 3–4 місяців на протязі 1,5 років.

Відмінні та добрі результати отримані у 62 (70,2%) хворого (зникли чи значно зменшилися в розмірах судинні зірочки, значно зменшилась вираженість РВ). Зникли чи майже не турбували скарги на відчуття печіння, повзання мурашок, парестезії в гомілці

чи стегні. У 21 (22,9%) пацієнті отримано задовільний результат компресійної ФСТ. У 6 (6,9%) пацієнтів позитивний результат практично не був досягнутий, що визначалося візуальною оцінкою та клінічними проявами.

**Висновки:**

1. Компресійна флебосклерозуюча терапія є дієвим способом лікування ТАЕ та РВ нижніх кінцівок.

2. Застосування пункційного адаптера MP-2473 апарату ультразвукової діагностики Aloka SSD-1700 дало змогу покращити результати лікування пацієнтів з ТАЕ та РВ та уникнути ускладнень під час пункції РВ та ТАЕ.

## Шляхи переривання патологічного венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення

**В. В. Теплий, І. В. Колосович, Х. О. Корольова**

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

В розвитку ретикулярного варикозу (РВ) ключову роль відіграє венозний рефлюкс, який може бути як із поверхневої так і з глибокої венозної системи. За даними більшості авторів капіляри сосочкового шару дерми дренуються в підсосочкові венозні сплетення, які в свою чергу з'єднуються в ретикулярні венозні сплетення, які впадають в поверхневу венозну систему, або інколи по нетиповим комунікантам в глибоку венозну систему. Головною причиною рецидивів РВ є неусунення джерел рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення.

**Мета роботи.** Порівняти різні методики переривання венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення. Визначити найбільш ефективну та найменш інвазивну комбінацію методик.

**Матеріали та методи.** Було виконано проспективне рандомізоване контрольоване дослідження до якого залучено 44 хворих віком від 20 до 48 років. В усіх пацієнтів вдалося визначити місця рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення за допомогою рутинного дуплексного обстеження нижніх кінцівок. Всіх обстежених розділили на 2 групи. Першій групі пацієнтів (21 хворий) перфорантні вени з венозним рефлюксом, які живили ретикулярні венозні сплетення та спричиняли прояви ретикулярного варикозу склерозували пінними склерозантом (полідоканолом 0,5% концентрації) під контролем УЗД. Другій групі (23 пацієнти) ліквідацію рефлюксу проводили шляхом пересічення та лігування перфорантних судин шляхом мініфлебектомії. В обох групах пацієнтів після ліквідації венозного рефлюксу проводили склерозацію усіх видимих ретикулярних вен та телеангіектазій рідким 0,25% полідоканолом.

Результати лікування оцінені в одно-, шестимісячний та річний терміни. Для цього за рекомендаціями European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders достатньо лише клінічної, візуальної оцінки отриманого результату. Усім пацієнтам проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали відновлення візуалізації судин, які підлягали склерозації, або відновлення кровотоку в перфорантних венах, що реєструвалось при УЗД.

**Результати та обговорення.** В групі обстежених, яким окрім склеротерапії ліквідовано венозний рефлюкс за допомогою мініфлебектомії не зареєстровано рецидивів захворювання як в місячний, так і в 6-ти місячний та річний терміни.

У групі пацієнтів, яким виконували пінну склероблітерацію перфорантних живлячих судин, рецидив РВ в місячний термін виник у 1 пацієнта, та ще в одного при УЗД

почало рееструватися поновлення кровотоку в склерозованій судині. В даній ділянці впродовж наступних 6 місяців виник рецидив РВ ( $p < 0,001$ ). Обом пацієнтам була виконана мініфлебектомія та повторна склерозація ретикулярних вен. Ще у двох пацієнтів цієї групи – не повністю склерозувалися судини після першої процедури склеротерапії, що потребувало повторних сеансів склерозації.

В обох групах не зареєстровано серйозних ускладнень склеротерапії. Невеликі ускладнення: біль, відчуття печії та гіперемія шкіри в місці ін'єкції спостерігались у 9 пацієнтів першої групи та 7 пацієнтів другої групи ( $p=0,4$ ; різниця не є статистично значущою) та минали самостійно протягом перших трьох діб після проведення процедури.

Вдоволення результатом проведеного лікування висловили 17 пацієнтів (81%) першої та 23 пацієнтів (100,0%) другої групи ( $p=0,03$ ).

Варто також відзначити, що місця проколів після мініфлебектомії у річний термін стали практично непомітними неозброєному оку, тобто косметичність та естетичність результату цілком відповідає суто ін'єкційному методу лікування.

**Висновки.** Найбільш ефективну ліквідацію венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій забезпечує мініінвазивне хірургічне припинення венозного рефлюксу шляхом мініфлебектомії та пересічення під УЗД контролем перфорантних судин, що безпосередньо живлять ретикулярні венозні сплетення. Перевагами даного підходу є низька травматичність, гарний косметичний ефект та довготривалість отриманого результату лікування.

## Аналіз летальності у хворих за ускладненого синдрому діабетичної стопи з проявами сепсису в сучасних умовах

О. В. Трибушний

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

**Вступ.** Збільшення тривалості життя у хворих на цукровий діабет (ЦД) призводить до розвитку пізніх ускладнень, в тому числі синдрому діабетичної стопи (СДС), частота якого збільшується кожного року на 2–6%.

Якщо прийняти до уваги, що серед хворих на сепсис близько 8–19% є пацієнти з порушенням вуглеводного обміну, то логічним є припущення щодо збільшення розвитку останнього у хворих на ускладнений СДС.

**Мета.** З'ясувати паралелі між показниками летальності у хворих на сепсис на тлі ускладненого СДС за протоколом Погоджувальної конференції (1992 р.) та настанови експертів («Sepsis 3»).

**Матеріали і методи.** Ретроспективно і проспективно проаналізовано 938 історій хвороб пацієнтів на ускладнений СДС, у 9,2% хворих захворювання було обтяжене сепсисом. Згідно з настановами III Міжнародного консенсусу по визначенню сепсису та септичного шоку використовували новий приліжковий клінічний показник – qSOFA. Проаналізувавши 42 випадків летальності хворих на сепсис на тлі ускладненого СДС встановлено, що згідно класифікації R.C. Bone[3] вони були розподілені наступним чином: сепсис – 5, тяжкий сепсис – 19, септичний шок – 10, синдром ПОН – 8. Співвідношення між сепсисом та його ускладненими формами було: 11,9 до 88,1%.

Співставивши попередні випадки летальності з такими, які висвітлені в настанові «Sepsis 3» встановлено, що деякі форми септичного процесу були віднесені до усклад-

нених форм перебільшено. Тобто кількість балів за клінічним показником qSOFA не перевищував 1 бал. Це дало можливість віднести до категорії сепсис 5 випадків летальності (11,9%), а до септичного шоку – 37 (88,1%).

Тобто, з 92 хворих з ознаками сепсису до групи сепсису віднесено 31 пацієнт (33,7%), до групи СШ – 61 (66,3%). З 42 померлих (45,7%) летальність у хворих на сепсис склала 16,1%, при СШ – 60,7%. Пацієнти, що видужали від сепсису склали 83,9% (26 з 36 хворих), тоді як при СШ – лише 24 (39,3%).

Померли 13 хворих (30,9%), які не були оперовані: з них 5 – категорично відмовилися від оперативного втручання, що документально підтверджено в історіях хвороби. Тривалість перебування їх в стаціонарі становило в середньому ( $4,6 \pm 0,6$ ) доби. Вісім хворих померли в перші години після госпіталізації у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Їх стан був розцінений як неоперабельний.

Інші 29 хворих, які померли, оперовані під загальним знеболенням. Їм, як правило, виконувалися «високі» ампутації нижньої кінцівки з приводу вологої гангрені.

**Результати.** Проаналізувавши попередні випадки летальності з такими, які висвітлені в настанові «Sepsis 3», встановлено, що деякі форми септичного процесу були віднесені до ускладнених форм перебільшено. Тобто, кількість балів за клінічним показником qSOFA не перевищував 1 бал. Це дало можливість віднести до категорії сепсис 5 випадків летальності (11,9%), а до септичного шоку – 37 (88,1%).

**Висновки.** Аналіз отриманих даних свідчать про те, що впровадження настанов III Міжнародного консенсусу по визначенню сепсису та септичного шоку в клінічну практику дозволить уникнути розбіжностей в постановці діагнозу та структури летальності.

## Найсучасніші модифікації ендовазальних термічних методик: аналіз власного досвіду

О. Ю. Усенко, М. О. Артеменко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

**Постановка проблеми.** За останні роки ендовазальні термічні (ЕТ) методики показали свою високу ефективність в лікуванні варикозної хвороби. Найбільш розповсюдженими та задокументованими методиками є ендовазальна лазерна коагуляція (ЕВЛК) та радіочастотна облітерація (РЧО). Найсучасніша методика ЕВЛК являє собою поєднання лазера з довжиною хвилі 1470 нм та 2 кільцевого радіального світловоду (Biolitec, ФРН). Найновішою системою РЧО є ClosureFast (Medtronic, США). Питання вибору найкращої ЕТ методики залишається відкритим.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було порівняння результатів та побічних явищ після ЕВЛК із застосуванням поєднання 1470 нм діодного лазера із використанням 2 кільцевого радіального світловоду та РЧО системи ClosureFast.

**Матеріал і методи дослідження.** Нерандомізоване, проспективне дослідження включало 152 кінцівки у 140 пацієнтів з варикозною хворобою (ВХ) з підтвердженою ультразвуковим дослідженням неспроможністю ВПВ (77,36%) або МПВ (22,64%). Пацієнти були розділені на 2 групи: 70 пацієнтам була проведена ЕВЛК, 70 пацієнтам РЧО. Втручання проводились із застосуванням тумесцентної анестезії розчином Klein. Проводилась безперервна автоматична тракція світловоду на потужності 10 Вт, середній LEED складав 72 Дж/см. РЧО проводилась згідно стандартного протоколу, проводилось по

2 цикли на всіх сегментах ВПВ та 1 цикл на всіх сегментах МПВ. Компресійні панчохи 2 класу призначались на 30 днів. Контрольні огляди з обов'язковим ультразвуковим контролем проводились на 1, 10, 30 та 90 день. Всі процедури виконувались в режимі стаціонару 1 дня.

**Результати та їх обговорення.** Жодного пацієнта не було втрачено для спостереження. Через 3, 6 та 12 місяців всі оброблені вени були оклюзовані, нового рефлюксу на пролікованих кінцівках виявлено не було. Через 24 місяці реканалізації також відмічено не було, але новий рефлюкс на пролікованій кінцівці був виявлений у 4% пацієнтів з групи ЕВЛК та 5% пацієнтів з групи РЧО. Жодного тромботичного ускладнення (ВТЕ) виявлено не було. В групі ЕВЛК у 4% пацієнтів в період 10 днів та у 3% пацієнтів в період 1 місяць були виявлені локальні парестезії; кількість локальних парестезій в групі РЧО складала 4% пацієнтів в період 10 днів та 2% пацієнтів в період 1 місяць. У 64% пацієнтів в групі ЕВЛК та 68% пацієнтів в групі РЧО післяопераційно був відсутній больовий синдром; 80% пацієнтів в групі ЕВЛК та 81% в групі РЧО взагалі не вживали анальгетиків. Післяопераційні ехімози нечасто зустрічалися в обох групах, різниця в їх частоті між групами статистично незначна. Середня кількість балів VCSS після лікування складала 4,1 в обох групах, через 1 місяць в групі РЧО VCSS складав 1,8; а в групі ЕВЛК – 1,9; через 6 та 12 місяців кількість балів VCSS складала 1,4 та 1,3 в обох групах.

**Висновки.** Обидві застосовані ЕТ методики є водночас безпечними та ефективними. В групі РЧО вираженість післяопераційного больового синдрому була нижчою, а якість життя (за VCSS) вищою, але різниця є статистично незначною. Залежності вірогідності прогресування захворювання від застосованої методики чітко не встановлено, необхідні подальші дослідження.

**Ключові слова:** ендовазальна лазерна коагуляція, радіочастотна облітерація, варикозна хвороба, велика підшкірна вена, мала підшкірна вена.

## Тактика хірургічного лікування хворих з мультифокальним атеросклеротичним ураженням артерій

О. Ю. Усенко, П. І. Нікульников, А. В. Ратушнюк, С. М. Фуркало,  
А. В. Габрієлян, О. В. Ліксунов, В. В. Белейович

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** По даним ВООЗ сьогодні серцево–судинні захворювання посідають перше місце серед всіх причин смертності в світі. На їх долю припадає 30% всіх смертей. Майже у третини хворих спостерігаються поєднані ураження артерій декількох артеріальних басейнів. На теперішній час відсутня єдина обґрунтована тактика лікування цих хворих. (етапність, послідовність, вибір способу реконструктивного втручання)

**Матеріали і методи.** Дослідження ґрунтується на результатах обстеження та оперативного лікування 985 пацієнтів з атеросклеротичними ураженнями різних артеріальних басейнів. Серед них у 352 (35,7%) пацієнтів діагностоване поєднане ураження 2 та більше артеріальних басейнів. Середній вік пацієнтів склав  $64,3 \pm 2,8$  р. Більшість пацієнтів було чоловічої статі – 294 (83,5%). Всім пацієнтам проведено комплексне обстеження: лабораторні обстеження, дослідження експресії генів (VEGF, TNF, APOE, VCAM), дослідження системи нейтрофільних гранулоцитів, визначення ABI, УЗДС гілок дуги

аорти, УЗД серця, ЕКГ, КТ ангіографія різних артеріальних басейнів, коронарографія, артеріографія артерій різних басейнів, КТ головного мозку з дослідженням перфузії, морфологічні, анкетування (опитувальники MMSE, EQ5D).

Показами до хірургічного лікування були симптомні та асимптомні ембологенні стенози внутрішніх сонних артерій понад 70%, стенотичні чи оклюзійні ураження коронарних артерій, оклюзійні ураження магістральних артерій нижніх кінцівок (МАНК) з хронічною недостатністю артеріального кровообігу 3–4 ступеню (Fontaine). Всі пацієнти з мультифокальним атеросклеротичним ураженням розподілені на групи: з поєднаним ураженням сонних та коронарних артерій (62(18%)), сонних та МАНК (186(53%)), коронарних та МАНК (92(26%)), пацієнти з ураженням сонних, коронарних та МАНК (12(3%)).

В усіх групах пацієнти оперовані етапно чи симультантно в різній послідовності реваскуляризації того чи іншого басейну. В основну групу ввійшли пацієнти яким застосована хірургічна тактика згідно розробленому в клініці лікувально-діагностичному алгоритму в групу порівняння – пацієнти, які оперувались першочергово на клінічно-маніфестуючому басейні.

**Результати та їх обговорення.** У пацієнтів з поєднаним ураженням сонних та коронарних артерій найкращі результати (інсульт/інфаркт міокарду/смерть – 0/0/0) отримані у пацієнтів де застосовувалась розроблена в клініці хірургічна тактика – каротидна ендартеректомія під місцевою анестезією з анестезіологічним супроводом і аортокоронарне шунтування на працюючому серці. В групі хворих де виконували каротидну ендартеректомію першим етапом під загальною анестезією та аортокоронарне шунтування трапився летальний ішемічний інсульт (1(8,3%)). Загальна кількість інсультів у цих хворих склала 1 (1.6%).

У хворих з поєднаним ураженням сонних артерій та МАНК кращі результати (інсульт/смерть від інсульту/смерть від інших причин – 1(1,3%)/0(0%)/1(1,3%)) ми отримали в групі, де виконували реваскуляризацію сонних артерій перед реконструктивним втручанням на МАНК. В групі де проводили первинно реваскуляризацію МАНК без ураження сонних артерій у 2 (6,9%) трапився ішемічний інсульт.

При поєднаних ураженнях коронарних артерій та МАНК найгірші результати (5(15,6%) інфарктів міокарду, з них 2 з летальним виходом) отримали в групі пацієнтів, яким проводились реконструктивні втручання на МАНК без обстеження та корекції уражень коронарних артерій.

Загалом, завдяки розробленій та впровадженій лікувально-діагностичній тактиці у пацієнтів з мультифокальними атеросклеротичними ураженнями артерій вдалося уникнути летальності від інсульту чи інфаркту міокарду у них взагалі, та знизити рівень післяопераційного інсульту до 0,5%, кількість інфарктів міокарду до 0%.

## Динамика размеров аневризматического мешка после эндопротезирования брюшного отдела аорты. Результаты 10-ти летнего наблюдения

С. Н. Фуркало, В. И. Смержевский, И. В. Хасянова, Е. А. Власенко

Национальный Институт хирургии и трансплантологии НАМНУ им. А.А.Шалимова

Полное исключение аневризматического мешка из кровотока у больных с аневризмой брюшного отдела аорты и стабильность эндопротеза являются ключевыми в определении долгосрочного результата эндопротезирования аорты. Общеизвестно, что такие пациенты после должны находиться под наблюдением пожизненно.

**Цель исследования.** Оценить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения аневризм брюшного отдела аорты, динамику размеров аневризматического мешка, как одного из показателей долгосрочной эффективности вмешательства, частоту возникновения осложнений и необходимость повторных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты эндопротезирования брюшного отдела аорты у 120 последовательных больных с аневризмой брюшного отдела аорты, причем 114 были мужского пола. Во всех случаях применен бифуркационный стент-графт.

Средний возраст пациентов составил 68,5(9,8) лет, при этом пациенты старше 65 лет составили более 50%. ИБС зафиксирована у 78,2% больных, гипертоническая болезнь у 86,5%.

Предоперационное обследование включало мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с ангиографическим усилением, по которому оценивалась возможность проведения эндопротезирования и проводился индивидуальный подбор стент-графта. В соответствии с результатами МСКТ размер аневризматического мешка дооперационно составил 5,7(0,9) см.

**Результаты и обсуждение.** Непосредственный результат эндопротезирования составил 100%. Время операции колебалось от 20 до 140 минут и зависело от анатомических особенностей и компонентности эндопротеза. Операционная и 30-ти дневная летальность составила 0%. В раннем послеоперационном периоде не было ни одного крупного кардиального или церебрального осложнения.

На протяжении 10-летнего периода наблюдения больным осуществлена серия МСКТ и регистрация размеров аневризматического мешка. Так в период от 1 до 3 лет после операции у 81% пациентов зафиксировано уменьшение размеров мешка, тогда, как размеры увеличились у 7% больных. В период от 4 до 6 лет увеличение размеров мешка, как правило не требовавшее вмешательства зафиксировано у 17% пациентов, уменьшение размеров аневризматического мешка в этот период отмечено у 78%. В период наблюдения 6–7–10 лет уменьшение размера мешка отмечено у 64%, а рост мешка зафиксирован у 18% больных. В остальных случаях размер аневризматического мешка не отличался от дооперационного.

В отдаленном периоде (от 1 года до 10 лет) у троих больных возникли тромбозы бранши протеза, потребовавшие проведения повторных эндоваскулярных вмешательств. У одного пациента через 11 лет после эндопротезирования была выполнена конверсия – иссечение стент-графта и аллопротезирование инфраренального отдела аорты в связи с быстрым увеличением аневризмы из-за ее инфицирования. За весь период наблюдения за пациентами не было смертей связанных с аневризмой.

**Выводы.**

Эндоваскулярная коррекция аневризм брюшного отдела аорты является хорошей альтернативой традиционной хирургической коррекции.

В процессе наблюдения отмечена динамика размеров аневризматического мешка, более заметная с удлинением периода наблюдения, как правило не требовавшая повторной коррекции.

При возникновении эндоликов I и III типа в отдаленном периоде необходимо рассматривать вопрос повторного эндоваскулярного вмешательства, при невозможности – открытой хирургической конверсии.

## Место внутрисосудистой визуализации при имплантации биорезорбирующихся коронарных стентов у больных ИБС. Непосредственные и отдаленные результаты

С. Н. Фуркало, И. В. Хасянова, П. А. Гиндич

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова НАМНУ

Биорезорбирующие коронарные стенты (БРС) представляют собой одно из существенных достижений в сфере перкутанных коронарных вмешательств. Однако имплантация и наблюдение за пациентами после БРС стентирования имеют некоторые особенности.

**Целью** настоящей работы явился анализ применения биорезорбирующих стентов (БРС) и определение места внутрисосудистой визуализации – оптической когерентной томографии (ОКТ) в клинической практике.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 72 последовательных больных, где было имплантировано 91 биорезорбирующего стента «Абсорб» из полимолочной кислоты компании «Abbott» и 1 стент «MeRes» компании «Meril». У 23 больных из них были осуществлены серии первичных и контрольных ОКТ исследований. По результатам ОКТ, в случае необходимости, выполнялась повторная ангиопластика или дополнительное стентирование. Возраст больных составил 56,1(7,4) года, 20 (86,9%) больных были мужского пола, наиболее часто стентирование и ОКТ исследование выполнено при поражении ПМЖВ ЛКА (50%), ПКА (38,4%) и ОВ (11,5%). ОКТ выполнена у 5 больных с ОКС, причем в 3 случаях с ИМ с ST элевацией, у 10 больных с хроническими коронарными окклюзиями, у 3 с рестенозом в металлическом стенте при последующем применении биодеградирующих стентов по методике стент в стент, у 5 больных при однососудистом поражении коронарных артерий и стабильном течении заболевания. У 8 больных после ранее перенесенного стентирования БРС платформой выполнена ОКТ в отдаленном периоде наблюдения (в период от 6 мес. до 4 лет)

**Результаты и обсуждение.** Наиболее часто субоптимальный результат стентирования, по данным внутрисосудистой визуализации, отмечен у больных со сложным поражением коронарных артерий. Оптимизация результата по данным ОКТ после имплантации БРС и адекватной ангиографической картине потребовалось у одного из 4 больных со стентированием ПМЖВ ЛКА и в каждом третьем случае при стентировании ПКА. Так, при типе поражения С необходимость в оптимизации имплантированного стента составила 28,6%. Наиболее часто оптимизация результата имплантации биорезорбирующего стента потребовалась после реканализации хронически окклюзированных артерий – в 7 из 10 случаев (70%), а также у больных при выполнении методики стент в



стент – во всех трех случаях. Нами не было зафиксировано случаев острого тромбоза БРС, периоперационного ИМ и случаев летальных исходов.

В отдаленном периоде наблюдения полное растворение БРС отмечено в период от 3 до 4 лет в зависимости от условий имплантации.

## **Выводы.**

Оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом визуализации внутрисосудистых структур и незаменимой методикой в изучении и оптимизации применения БРС.

По данным ОКТ оптимизация результата имплантированных биорезорбирующихся стентов потребовалась в 25% при поражении типа А и в 28,5% при поражении типа С.

Условия имплантации БРС определяют время полной резорбции стента.

## **Електромеханічна обробка кісток під час малих ампутацій у хворих з синдромом діабетичної ступні**

**Ю. М. Футуйма, А. Д. Беденюк, І. І. Смачило, А. Є. Бурак**

**Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського**

**Вступ.** Згідно даних IDF (The International Diabetes Federation) синдром діабетичної стопи ускладнює перебіг цукрового діабету в 4,6–25% пацієнтів з щорічною діагностикою нових випадків ураження в межах 2,2–5,9%. З метою збереження опірної функції стопи, що є надто важливим в продовженні активного життя таких пацієнтів, за сприятливих умов слід надавати перевагу хірургічній обробці чи “малим ампутаціям” із максимальним збереженням опірної функції ступні.

**Мета.** Покращити якість хірургічного лікування хворих з СДС удосконаленим способом хірургічної обробки гнійно–некротичних уражень стопи.

**Об’єкт і методи дослідження.** В період 2014–2017 років прооперовано 109 пацієнтів. З них – ампутацій на рівні нижньої третини стегна – 6 (5,5%), на рівні середньо–верхньої третини гомілки – 3 (2,75%), решта 103 (91,75%) – різного виду “малі ампутації” ділянок дистальної частини ступні з хірургічною обробкою за запропонованим нами методом (патент на корисну модель № 109065). Даний спосіб відрізняється від раніше відомого видалення некротичної частини фаланги пальця за допомогою кусачок Люєра, Лістона чи навіть пилою Джиглі, після яких залишаються осколки та мікротріщини кісток, травмування м’яких тканин, тощо, що негативно впливає на процес загоєння післяопераційної рани та лікування в цілому.

**Результати, їх обговорення.** Ампутації на рівні фаланг пальців чи головок плюсневих кісток, високі трансметатарзальні ампутації проводили за допомогою відрізного диску 12 чи 22 мм (залежно від діаметру кістки, площі доступу чи об’єму ампутації), що обертається зі швидкістю 20000 обертів за хвилину. Після відрізання кістки в межах здорових тканин місце ампутації шліфували корундовою шліфувальною насадкою до 10 мм діаметром у вигляді шару впродовж 1–2 хвилин зі швидкістю обертання 10000 за хвилину та корундовою насадкою 5 мм у вигляді конуса впродовж 2–3 хвилин зі швидкістю 15000–20000 обертів за хвилину.

**Висновок.** Дана методика ампутації дозволила швидко та якісно відсікти змертвілу ділянку, мінімізувати додаткову травматизацію навколишніх тканин, що прискорило час заживлення ран та, відповідно, скоротило перебування хворого на стаціонарному лікуванні від 5 до 10 ліжкоднів.

## Результати ендопротезування черевного відділу аорти у пацієнтів похилого віку

І. В. Хасянова, С. М. Фуркало

НІХТ ім. О. О. Шалімова АМНУ, Київ

Актуальність проблеми аневризми черевного відділу аорти (ААА) обумовлена, перш за все, соціальною значимістю, частотою і поширеністю захворювання. Близько 2% всіх чоловіків у віці від 65 до 75 років мають аневризму черевної аорти. Як і у випадку більшості судинних захворювань, поширеність ААА зростає з віком і відбувається набагато частіше у чоловіків, ніж у жінок.

**Мета:** Поліпшення результатів лікування хворих старших вікових груп з ААА при ендоваскулярному ендопротезуванні аорти на основі оцінки ризику ускладнень і розробки заходів по їх профілактиці.

**Матеріали і методи:** В основу роботи покладено клінічні дані пацієнтів похилого віку з аневризмами черевного відділу аорти, які перебували на лікуванні в НІХТ АМН України з 2005 по 2017 роки. Основну групу склали 106 пацієнтів, яким було виконано EVAR.

До групи були включені пацієнти літнього і старечого віку, тобто пацієнти старше 60 років. Середній вік пацієнтів був  $68,01 \pm 5,62$  років. Більшість пацієнтів були чоловіки, їх було 101 і це склало 95,28%, жінок було 5 і це склало 4,72%. Середня кількість супутніх захворювань склало  $5,8 \pm 1,3$ . Традиційно, особлива увага приділялася тим супутнім захворюванням, які можуть впливати на тривалість життя пацієнтів та результати лікування ААА – кардіальна патологія, артеріальна гіпертензія, захворювання нирок. Ішемічна хвороба серця зустрічалася у абсолютної більшості хворих – 81 (76,14%). У 43 (40,42%) пацієнтів в анамнезі перенесений інфаркт міокарда. Артеріальна гіпертензія у хворих з ААА зустрічалася в 96,82% спостереженнях, що вимагало медикаментозного лікування. У 6 пацієнтів в анамнезі були дані про перенесені порушення мозкового кровообігу. Супутня ниркова патологія була у 35 (32,9%) пацієнта. У 7 (6,58%) пацієнтів була хронічна ниркова недостатність з креатинінемією до 200 мкмоль/л.

Для прогнозування результатів планових операцій по протезуванню ААА ми в своїй роботі використовували інтегральну оціночну систему POSSUM–V.

**Результати та обговорення:** Всім пацієнтам було виконано ендоваскулярне ендопротезування аорти. В 65 випадках (61,1%) був імплантований протез Excluder Gore, у 3 випадках (2,82%) Treovance Bolton, та починаючи з 2013 року у 38 випадках (35,72%) імплантувалися протези Endurant Medtronic. У 100% випадках був отриманий гарний безпосередній результат – повне виключення аневризми з кровотоку. Госпітальна летальність склала 0%.

При оцінці пацієнтів по системі POSSUM–V в групі в середньому по фізіологічній шкалою було набране 23 балів, з розкидом від 14 до 28, що цілком відображає вихідне клінічний стан пацієнтів цієї групи. Так в даній групі пацієнтів прогнозований ризик ускладнень в середньому склав 37,3%, а ризик летального результату склав 7,6%. Порівнюючи отримані дані з реальними результатами видно, що розрахункові дані дещо завищені і не збігаються з отриманими результатами лікування.

Проведений аналіз за шкалою оцінки супутніх захворювань показав, що більшість пацієнтів в даній групі мали проміжний ризик втручання. В основному це визначалося наявністю ІХС та АГ.

**Висновки.** Таким чином, пацієнти старших вікових груп мають більшу кількість супутніх захворювань, що закономірно погіршує результати їх лікування, особливо

такої складної патології як аневризма черевного відділу аорти. У деяких пацієнтів вправуючи супутню патологію, перш за все кардіологічну, виконання хірургії аневризми аорти стає неможливим. У таких випадках ендопротезування аорти може бути розумною альтернативою традиційної хірургічної корекції. Шкали оцінки ризику дещо завищують прогнозовані ризики стосовно до хворих, яким проводять ендovasкулярне втручання, і можуть використовуватися тільки як орієнтовна.

## Використання ротаційної тромбектомії в лікуванні артеріальних тромбозів

Я. В. Хребтій, В. В. Петрушенко, О. М. Скупий, О. І. Мітюк,  
С. А. Чешенчук, М. О. Мельничук

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова,  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ** Ротаційна тромбектомія є сучасним методом лікування захворювань периферичних артерій. На сьогоднішній день відсутні будь-які рандомізовані дослідження стосовно ротаційної тромбектомії. Ми хочемо поділитись власними результатами лікування пацієнтів з артеріальним тромбозом з

**Матеріали та методи** Проліковано 8 пацієнтів з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок, ускладнених тромбозом. У одного пацієнта був системний червоний вовчак. Пацієнти мали тромбози стегово-підколінних артеріальних сегментів. Усі пацієнти мали критичну ішемію нижніх кінцівок. Чоловіків було 6, жінки – 2. 2(25%) пацієнта мали тромбоз стенту поверхневої стегової артерії. У 8 (100%) випадках використовували ротаційну тромбектомію з катетером ротарекс. У 6 (75%) випадках після тромбектомії використовували балонування враженого сегменту балоном, покритим політакселом.

**Результати** У 8 (100%) хворих спостерігалось клінічне поліпшення. У 8(100%) пацієнтів контрольна артеріографія показала повну прохідність вражених сегментів стегової та підколінної артерії. У 8 пацієнтів ішемія регресувала. Випадки ретромбозу не спостерігались.

**Висновки** Ротаційна тромбектомія є сучасним та ефективним методом лікування артеріальних тромбозів стегово-підколінного сегменту.

## Використання ротаційної тромбектомії для лікування тромбоемболії легеневої артерії

Я. В. Хребтій, В. В. Петрушенко, О. М. Скупий, О. І. Мітюк, К. Л. Лонський,  
С. А. Чешенчук, М. О. Мельничук

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова,  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Лікування легеневої емболії є однією з найбільш актуальних і не вирішеної проблеми сучасної ангіології. Одним з хірургічних методів лікування легеневої емболії є ротаційна тромбектомія. На сьогоднішній день відсутні рандомізовані дослідження з даного питання. Наш власний досвід хірургічного лікування емболії легеневої артерії з вико-

ристанням ротаційної тромбектомії може допомогти колегам у формуванні стратегії лікування пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії.

Пацієнт 65 років. Чоловік. Вага 83 кг. У анамнезі нефрэктомія з приводу раку лівої нирки. Пацієнт звернувся до клініки з симптомами задишки в спокої, які турбують пацієнта протягом 15 днів. Симптоми тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок були відсутні. Дуплексне сканування венозної системи нижніх кінцівок показало відсутність будь-яких патологічних змін. Ехокардіографія показала легеневу гіпертензію II стадії, дилатацію правих порожнин серця. Для виключення тромбоемболії легеневої артерії використали спіральну комп'ютерну томографію грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням легеневої артерії. На СКТ було виявлено масивну емболію легеневої артерії. Тромб локалізувався у правій легеневій артерії та закривав просвіт на 80%. Хворий був пролікований з використанням ротаційної тромбектомії з застосуванням катетеру аспірекс. Тромботичні маси були видалені з правої легеневої артерії. Ми використовували для лікування еноксапарин в дозі 1 мг / кг кожні 12 годин. Ангіопульмонографія після процедури показала відсутність масивної емболії легеневої артерії даного пацієнта. Стан пацієнта покращився, задишка регресувала. Ехокардіографія після лікування показала відсутність патології. Пацієнт знаходився у стаціонарі протягом 12 днів.

Отже, аналіз даного випадку показав, що ротаційна тромбектомія з легеневої артерії є мініінвазивним та ефективним методом лікування легеневої емболії та може використовуватись для покращення стану пацієнту при лікуванні даної нозології.

## Вроджені судинні мальформації: сучасні стратегії в діагностиці і лікуванні

Л. М. Чернуха, О. В. Каширова, А. О. Гуч, Г. Г. Влайков, О. А. Власенко, В. А. Кондратюк, І. В. Гомоляко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМНУ

**Вступ.** Вроджені судинні мальформації (ВСМ) зустрічаються в 1,5–10% від загальної чисельності населення. Помилки в діагностиці та лікуванні призводять до інвалідності, втраті кінцівок, а іноді й смерті пацієнта.

Метою дослідження було розробка диференційованого підходу при лікуванні ВСМ з урахуванням даних патогенезу та клініко-анатомічної картини захворювання.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано дані про 630 пацієнтів з ВСМ (період 2005–2017 рр.), переважали жінки (55%), більшість склали дифузні форми з ураженням кінцівок. Методи дослідження включали: ультразвукове дуплексне сканування, селективну артеріографію, флебографію при наявності дефекту глибокої венозної системи, спіральну комп'ютерну томографію з ангіографією, патоморфологічне (n = 145) та імуногістохімічне дослідження (n = 35) проліферативної активності ВСМ (VEGF, Ki67), вивчення гемостазу плазми (D-димер, розчинний фібрин, фібриноген) та рівня показника системи фібринолізу (протеїн С) в передопераційному періоді і в ранньому післяопераційному періоді (до 3 днів) при артеріовенозних (АВ) формах ВСМ (n = 23).

**Результати.** Джерелом прогресування для обох форм ВСМ (венозної та АВ), з огляду на рівень експресії VEGF та Ki67, є саме мікроциркуляторна судинна система через наявність АВ мікрофістул, що необхідно враховувати для збільшення радикальності використовуваних методів лікування. Виявлено значний дисбаланс системи гемостазу

в передопераційному періоді у 9 (43%) пацієнтів з АВ формами ВСМ, що проявляється у значній активації згортання з нормальною активністю фібринолітичної системи з розвитком хронічної (латентної) стадії синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. У 10 (62,5%) активація системи гемостазу була помірною, гіпокоагуляція спостерігалась у 4 (57%) хворих. У лікуванні використовували індивідуалізований етапний підхід, що включає ендovasкулярні методи під час передопераційного етапу та комбінацію хірургічних, емболізаційних, лазерних та склеротичних методів під час інтраопераційного етапу (комбіноване лікування). Застосовували наступні стратегії лікування:

1. Корекція АВ шунтування окремо або у поєднанні з корекцією венозної гіпертензії була використана при обох формах ВСМ: венозній і АВ; при венозних формах (n = 357) корекцію АВ шунтування було проведено через наявність окремих мікрофістул або мікрофістул із гілок третього, четвертого та п'ятого порядків. У випадках АВ ВСМ (n = 201) артеріографія змінилася з діагностичної процедури на лікувальну. Відкриті втручання включали скелетизацію з інтраопераційною емболізацією та видаленням ВСМ, у випадках аневризми – скелетизації судин та протезування магістральної артерії.

3. Корекція вторинної венозної гіпертензії в поверхневій та/або глибокій венозній системах. Реконструктивні втручання проводились з резекцією аневризми магістральної вени та її протезування аутовеною, що містить повноцінні клапани. У випадках вираженого больового синдрому виконували невроліз з фасцикулярною дисекцією.

4. Корекція лімфатичного відтоку (лімфодренування, лімфангіопластика та ліполімфоаспірація, лімфовенозні анастомози) – у 72 пацієнтів;

5. Лікування трофічних виразок: відкрите втручання поєднувалося з шейв-терапією, алло- або аутодермопластиком.

**Висновки.** Лікування дифузних форм ВСМ повинно бути патогенетично обґрунтованим, диференційованим та поетапним втручанням. Одночасне застосування хірургічних та міні-інвазивних додаткових методів (ендovasкулярна лазерна коагуляція, емболізація, склеротерапія) підвищує ефективність і дозволяє досягти задовільних довгострокових результатів у 84,4% хворих.

## Новітні підходи в діагностиці динамічної екстравазальної компресії хребтової артерії на сегментах V1, V2 у хворих із хронічним порушенням кровообігу у вертебробазиллярному басейні на фоні порушення функцій шийного відділу хребта

В. А. Черняк<sup>1</sup>, С. В. Дибкалюк<sup>1</sup>, Г. І. Герцен<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ.

Проявами компресії ХА є нападоподібні стани, пов'язані з поворотами голови. Важливе патогенетичне значення також має розвиток рефлекторних вазоспастичних реакцій внаслідок подразнення симпатичного сплетення ХА. Тривалий час екстравазальна компресія ХА може протікати безсимптомно, що ускладнює ранню її діагностику. Інструментальна діагностика цього синдрому базується на проведенні ультразвукової

доплерографії (УЗДГ) з позиційними пробами та мультиспіральної комп'ютерної томографії–ангіографії (МСКТ–АГ) з позиційними пробами. Недоліками останнього способу є: 1) проведення МСКТ–АГ у поєднанні зі стандартними позиційними ортопедичними пробами, що є недостатнім для діагностики вертеброгенних міогенних форм динамічної екстравазальної компресії хребтової артерії, що виявляються у русі; 2) проведення МСКТ–АГ як мінімум у двох позиційних пробах подовжує загальний час дослідження, а відповідно – й експозицію іонізуючого випромінювання, а також збільшує необхідний для тугого наповнення об'єм контрастної речовини і внаслідок цього – збільшує навантаження на нирки.

**Мета.** Запропонувати оптимальний за чутливістю спосіб діагностики компресії хребтової артерії на фоні порушення статико–динамічних функцій відділу хребта.

**Матеріал і методи.** Діагностика динамічної екстравазальної компресії ХА на сегментах V1, V2 була проведена 217 хворим із хронічним порушенням мозкового кровообігу у вертебробазиллярному басейні на фоні клінічних ознак порушення статико–динамічних функцій шийного відділу хребта шляхом проведення МСКТ–АГ, який відрізнявся тим, що попередньо виконувалась УЗДГ у положенні хворого з максимальною компресією хребтових артерій з визначенням мінімальних діаметрів хребтової артерії на сегментах V1 та V2, МСКТ–АГ виконують одночасно при нейтральному положенні голови та в положенні з максимальною компресією хребтової артерії, з вимірюванням мінімальних діаметрів хребтової артерії на сегментах V1, V2 та виявленням патологічної звивистості хребтової артерії, чим забезпечувалась точність виявлення динамічної екстравазальної компресії хребтової артерії на сегментах V1 та V2, що виявлялась у русі, а також скорочувався загальний час дослідження, а відповідно – і експозиція іонізуючого випромінювання, а також зменшувався необхідний для тугого наповнення об'єм контрастної речовини.

УЗДГ проводили апараті АЛОКА 5000 вихідною потужністю 10–200 мВт/см з можливістю триплексного картування за допомогою датчика 7,5–13 МГц. МСКТ–АГ виконували на апараті TOSHIBA AQUILION 64, із розміткою зони сканування від дуги грудного відділу аорти до основи черепа, під час введення Ультравісту–370, із розрахунку 2 мл/кг ваги пацієнта у 10–20 мл 0,9%–го розчину хлориду натрію, зі швидкістю 4,5–5 мл/с, початком сканування на 20–й секунді від моменту ін'єкції при нейтральному положенні голови та в позиції з максимальною компресією хребтової артерії.

**Результати та їх обговорення.** Використання нестандартного способу діагностики екстравазальної компресії хребтових артерій при наявності клінічних порушень статико–динамічних функцій шийного відділу хребта дозволило збільшити інформативність нейровізуалізуючих методів діагностики за рахунок збільшення чутливості методу з  $35,2 \pm 7,2\%$  ( $p < 0,05$ ) до  $88,5 \pm 4,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Був описаний «новий» радіологічний феномен «фіксованої артерії».

#### **Висновки.**

Доповнення стандартних методів діагностики функціонально–ортопедичними пробами дозволяє суттєво підвищити ефективність та інформативність дослідження.

## Діагностика, лікування і контроль трофічних виразок нижніх кінцівок різного генезу

В. А. Черняк<sup>1</sup>, Я. Л. Заруцький<sup>2</sup>, В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, Н. Ю. Літвінова<sup>1</sup>,  
С. В. Дибкалюк<sup>1</sup>, С. О. Король<sup>2</sup>, К. К. Карпенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, Київ

Розглянуто три найпоширеніших причини розвитку трофічних виразок нижніх кінцівок (ТВНК): венозна, артеріальна, нейротрофічна. Вирішальним фактором, що впливає на загоєння ТВНК є ліквідація причин її розвитку. Так, ліквідація патологічного рефлексу у випадку венозної, ліквідація ішемії нижньої кінцівки у випадку артеріальної і покращення нервової трофіки у випадку нейротрофічної ТВНК є визначальною хірургічною дією. Але важливу роль грають вторинні фактори, нехтування якими може погіршити результати лікування хворих. Так, під час лікування пацієнтів з ураженням (дефектом) шкірного покриву будь-якого походження виникає необхідність покращення мікроциркуляції тканин, корекція ендотеліальної дисфункції, підбір антисептиків та антибактеріальної терапії, контролю динаміки лікування або зміни дефекту шляхом визначення площі дефекту шкіри в динаміці.

**Мета роботи.** Розробка алгоритмів лікування ТВНК різного генезу з використанням сучасних патогенетично обґрунтованих хірургічних методів лікування, новітніх інструментів і лікарських засобів, а також безконтактного методу визначення площі уражених ділянок шкіри.

**Матеріали і методи.** За період 2014–2017 років обстежено і проліковано 96 хворих з ТВНК. Серед них венозні причини діагностовані у 32 хворих, артеріальні – у 38, нейротрофічні – у 26. Всі хворі були прооперовані. Пацієнти з венозною ТВНК на першому етапі лікування перенесли субфасціальну дистанційну ендоскопічну дисекцію перфорантних вен (17 з них – за розробленим нами методом електрозварювання). Артеріальні ТВНК лікували за допомогою як відкритих, так і ендovasкулярних методів реваскуляризації, нейротрофічні – лоскутними методами та шляхом відновлення кровопостачання спинного мозку і його корінців. Антисептичним препаратом вибору для рани був декасан. Санацію шкіри виконували препаратом горостен. З метою профілактики інфекційних ускладнень використовували антибактеріальний препарат широкого спектру дії фторхинолонового ряду левофлоксацин. Він був активним по відношенню до широкого спектру грамнегативних та грампозитивних мікроорганізмів, анаеробів, *Helicobacter pylori* та атиппових форм, таких як *Mycoplasma*, *Chlamidia*, *Legionella*. В особливо важких випадках у пацієнтів основної групи використовували вітчизняний препарат грандазол (внутрішньовенно введення по 100 і 200 мл) — комбінований антибактеріальний препарат, до складу якого входить левофлоксацина гемігідрат та орнідазол. Використовували також препарат тіворель (4,2 г аргініну гідрохлорид + 2,0 г L-карнітину) і латрен. Ендотеліальну дисфункцію оцінювали натщесерце по величині ПОВД, яка відображає здатність плечової артерії розширюватися у відповідь на індуковану ішемію гіперемію, а також дозволяє оцінити локальну біологічну активність. У комплекс засобів залучали препарати вітчизняного виробництва: ксилат, реосорбілакт, сорбілакт.

**Результати.** Результати оцінювали за допомогою розробленого способу контролю за виразками, що характеризується доволі швидким виконанням та об'єктивним комп'ютерним оцінюванням: на отримання зображення витрачається приблизно 15–20 секунд,

на комп'ютерну обробку та обчислення цифрового фотознімку в програмі "ImageJ" – не більше двох хвилин. Достовірно кращі результати отримані після використання розроблених високотехнологічних методів лікування.

#### **Висновок.**

Розроблені та впроваджені в клінічну практику способи лікування трофічних виразок венозного генезу та медикаментозної підтримки за результатами оціночного методу показали хороші та задовільні результати у 87% спостережень.

## **Застосування ендоскопічного субфасціального електрозварювання неспроможних перфорантних вен в лікуванні посттромботичної хвороби нижніх кінцівок**

**В. А. Черняк<sup>1</sup>, Я. Л. Заруцький<sup>2</sup>, В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, П. Ф. Музиченко<sup>1</sup>,  
С. О. Король<sup>2</sup>, К. К. Карпенко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ

Трофічні виразки є серйозним ускладненням хронічних захворювань вен, що призводить до функціональної недостатності нижніх кінцівок і суттєвого зниження якості життя пацієнтів. В Україні 25–30% жінок та 10–20% чоловіків страждають від хронічної венозної недостатності, яка в 40–90% випадків ускладнюється трофічною виразкою. При посттромбофлеботичному синдромі нижніх кінцівок трофічні виразки виникають у 25–30% хворих, що призводить до стійкої інвалідизації. У 45% хворих тривалість існування венозних виразок нижніх кінцівок перевищує більше 10 років. У 35% пацієнтів спостерігається частий рецидив захворювання, що призводить до обмеження фізичної активності 80–90% хворих, втрати роботи у 5%. Незадовільні результати хірургічного лікування спонукали нас до пошуку нових технологічних рішень.

На першому етапі лікування таких хворих ми використовували спосіб хірургічного лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок шляхом відеоасистованої субфасціальної лазерної облітерації неспроможних перфорантних вен. Спосіб вимагає використання коагулюючого пристрою, яким є в даному випадку лазерний світловод. Для застосування даного способу необхідно виконати ендоскопічний доступ в типових місцях на гомілці, а саме: проксимальний порт – на відстані 10 см дистальніше великого бугра великогомілкової кістки, другий порт – посередині між медіальною кісточкою кінцівки та проксимальним портом. Для візуалізації перфорантних вен використовували дисекцію субфасціального простору. Для припинення кровотоку по перфорантним венам проводять їх коагуляцію, використовуючи лазерний світловод. Таким чином досягали припинення патологічного рефлюксу крові між поверхневими та глибокими венозними басейнами. Недоліками даного способу є необхідність заміни лазерного світловоду в процесі його використання, можливість його забруднення при коагуляції тканин, що потребує вакуумної аспірації і промивання ділянки коагуляції та збільшує тривалість операції. В процесі коагуляції тканин налипання коагульованого білку зменшує силу випромінювання. У випадках обвуглювання світловода останній сколюється з подальшим зниженням потужності випромінювання, що викликає необхідність його заміни. Лазерний світловод при коагуляції контактує лише з одного боку судини, що викликало реканалізацію судини при неповній циркулярній коагуляції. При досягненні глибокої



коагуляції тканин зазвичай відбувається їх карбонізація, обуглені тканини можуть бути джерелом нагноєння післяопераційної рани.

Нами вперше застосована хірургічна технологія для лікування захворювань, пов'язаних з недостатністю перфорантних вен нижніх кінцівок в стадії трофічних змін, а саме: індурації, пігментації, екзематозних змін шкіри, венозних трофічних виразок, шляхом малотраumaticного та ефективного впливу на живі тканини при мініінвазивній субфасціальній коагуляції перфорантних вен із застосуванням електрозварювання. Спосіб є безпечним, швидким і простим у виконанні, не потребує прямого контакту з поверхнею трофічної виразки. Технічний результат полягає у простоті, відсутності карбонізації тканин, безпечності при лікуванні трофічних виразок, зменшенні тривалості проведення хірургічних операцій, надійності і герметичності з'єднання тканин без застосування лігатур, надійності гемостазу, зниженні втрат крові, уникненні нагноєння і некрозу тканин, точності впливу на тканини, скорочення періоду реабілітації в п/о періоді. Результати лікування пацієнтів за розробленим способом субфасціальної коагуляції перфорантних вен шляхом електрозварювання виявилися достовірно кращими в порівнянні з результатами застосування лазерної коагуляції.

## Використання аутологічних стовбурових клітин для лікування хронічної критичної ішемії нижньої кінцівки у кролика

В. А. Черняк, Н. Ю. Літвінова, О. І. Кефелі–Яновська, Д. Є. Дубенко,  
В. В. Ліходієвський, В. Б. Орел

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

На сьогодні, в Україні щорічно зростає кількість пацієнтів з хронічною критичною ішемією нижньої кінцівки (ХКІНК), що в свою чергу призводить до різкого збільшення інвалідизації працездатного населення. Нажаль, не всім хворим для збереження ураженої кінцівки можна виконати оперативне втручання шляхом прямої реваскуляризації, що зумовлює необхідність пошуку альтернативних методів терапії, наприклад використання аутологічних стовбурових клітин. Проте, широке запровадження даної методики можливе тільки після її детального експериментального дослідження на лабораторних тваринах.

**Мета роботи** – експериментально підтвердити можливість застосування терапії аутологічними мезенхімальними стовбуровими клітинами у тварин із раніше змодельованою ХКІНК.

**Матеріали і методи.** В дослідженні ми використали 20 кролів породи Шиншила, яким була створена штучна хронічна критична ішемія нижньої кінцівки шляхом оперативного втручання за запатентованим нами методом. Усі оперативні втручання враховували анатомічні особливості васкуляризації нижньої кінцівки тварини. Тварини були поділені на основну групу (15 кролів) та групу порівняння (5 кролів). Основна група, в свою чергу була поділена на 1(10 кролів) та 2 (5 кролів) підгрупи відповідно до отриманої стадії ХКІНК (відповідно до класифікації Фонтейн). Під час оперативного втручання у тварин було взято ділянки жирової тканини для подальшого виділення та культивування стовбурових клітин. На 28 день після проведеного оперативного втручання тваринам з основної групи було проведення одноразове введення отриманих клітин в

4 точках на ураженій нижній кінцівці. В групі порівняння лікування не проводилось. Усі медичні процедури та утримання лабораторних тварин здійснювалось відповідно до (назва протоколу американського по поводженню з тваринами). Визначення рівня ішемічного процесу та ефективності лікування здійснювалось шляхом проведення дослідження гістологічного матеріалу (м'язи ураженої кінцівки), дослідження параметрів мікроциркуляції за допомогою лазерного флоуметра, проведенням специфічних тестів (макретричні та вагові дослідження кінцівок, визначення кутів згину кінцівок та рівня розходження пальців).

**Результати.** На 28 день після введення клітин (56 день після операції) у обох групах було проведено визначення рівня ішемії та ефективності лікування у основній групі. У основній групі спостерігалось значне покращення показників мікроциркуляції (на 36%), та клінічне покращення (тварини використовували уражену кінцівку при ходьбі і бігу). При гістологічному дослідженні спостерігалось підвищення мязово-капілярного індексу у порівнянні з групою порівняння, що свідчить про часткову регенерацію мязової тканини та посилення процесів неоангіогенезу в ураженій кінцівці.

#### **Висновки.**

Отримані нами позитивні результати терапії аутологічними стовбуровими клітинами дозволяють припустити можливість їх застосування в якості терапії ХКІНК, особливо у хворих, яким неможливо виконати оперативне втручання шляхом прямої ревазуляризації.

## **Іліокавальна реконструкція стентами у пацієнтів з посттромботичною обструкцією венозного відтоку (результати першого моноцентрового дослідження)**

**В. А. Черняк<sup>1</sup>, В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, К. К. Карпенко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ

Хронічна венозна обструкція як результат глибокого венозного тромбозу може призводити до хронічної венозної недостатності або до посттромботичного синдрому нижніх кінцівок. Ендоваскулярна реконструкція при хронічній обструкції шляхів іліокавального венозного відтоку за допомогою стентів є технічно здійсненою, мінімально інвазивною і має прийнятний рівень безпеки, в той час як консервативна терапія даного захворювання має незадовільний результат або виконується досить ризикована інвазивна відкрита операція» – пояснив Джеймс Бадж. З першою такою інформацією він виступив на щорічній науковій конференції в Манчестері (Великобританія), де представив короткострокові результати ендоваскулярної реконструкції іліокавального сегменту шляхом стентування, що проводилися одноцентрово. За інформацією Баджа, пацієнти, які пройшли через цю процедуру, відзначають раннє покращення при важкому посттромботичному синдромі. Однак, на нашу думку необхідна більша кількість спостережень та дані довготривалих результатів і великих мультицентрових досліджень.

Були отримані дані від пролікованих пацієнтів, які пройшли ендоваскулярну іліокавальну реконструкцію шляхом стентування у період з 01 лютого 2013 по 01 серпня 2017. Дані були визначені ретроспективно від проспективно зібраної бази пацієнтів. Результативні вимірювання і збір даних включав у себе демографічні показники; прохідність

судини (первинна, первинно–пролікована, а також вторинна, або закрита). Також були зібрані периопераційні деталі, включаючи технічні та ускладнення на той період. Були зібрані та проаналізовані пре – та постоперативні індекси Віллалта.

Найбільш типовою конфігурацією стентів, що використовувалася в цьому дослідженні були double–barrelled венозні нітінолові стенти.

Дослідження включає дані від 36 пацієнтів (23 чоловіки; з медіаною віку 34 роки [19–73]); 32 пацієнти з попереднім глибоким венозним тромбозом; 3 пацієнти з попереднім випадком легеневого емболізму; 13 хворих – діагностовано тромбофілію та два пацієнти які зазнали венозних інтервенцій. Медіана подальшого дослідження складала 15 місяців.

«Для розподілу патології були виділені 30 пацієнтів з інфраренальними ураженнями зі звуженням клубових судин або без нього. Інші 6 пацієнтів мали супра– та інфраренальну патологію, з наявним або відсутнім втягненням до процесу клубових вен» – пояснив доповідач. «В дослідженні не було статистично значущого постінтервенційного ураження функції нирок (за даними рівня креатиніну в плазмі крові та швидкістю клубочкової фільтрації). В даному дослідженні ми не побачили великої симптоматичної кровотечі, хоча 3 пацієнтам була необхідна трансфузія 1 дози еритроцитів. Також не було відмічено інших невідкладних або значних ускладнень» – зазначив Бадж.

«Результати протягом першого року показали наступне: рівень первинної прохідності було досягнуто у 47% випадків (67% – первинно–лікованої прохідності і 80% –вторинної прохідності раніше стенозованих судин). Отриманий нами рівень первинної прохідності судин порівнюється з даними інших груп, описаних в літературі, хоча період спостереження в нашому дослідженні значно коротший. Передопераційна медіана шкали Віллалта була 18, що відповідає тяжкому посттромботичному синдрому. Постопераційно медіана знизилась до 9,5, що відповідає слабкому ступеню посттромботичному синдрому. Це є статистично значимим покращенням» – підсумував Бадж.

Таким чином, перші дослідження ендovasкулярного лікування посттромботичної хвороби нижніх кінцівок дають надію на радикальне малоінвазивне вирішення даної проблеми і спонукають нас активно діяти в цьому напрямку.

## Исследование уровней гомоцистеина и витамина D у больных ИБС и мультифокальным атеросклерозом и их прогностическое значения

К. О. Чмуть<sup>1</sup>, А. С. Никоненко<sup>1</sup>, А. А. Никоненко<sup>1</sup>, В. В. Осауленко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время установлено, что высокое содержание гомоцистеина (ГЦ) и дефицит витамина D оказывают отрицательное влияние на течение ИБС, в результате эндотелиальной дисфункции, пролиферации и миграции гладкомышечных клеток, кальцификации стенок артерий, что приводит к прогрессированию атеросклероза и неблагоприятно воздействуя на результаты хирургической и эндovasкулярной реваскуляризации миокарда.

**Цель работы** – изучить влияние гипергомоцистеинемии (ГГЦ) и дефицита витамина D на течение ИБС у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и в случаях преимущественного поражения коронарных артерий.

**Матеріали и методи.** В исследовании был проведен анализ данных 58 пациентов, страдающих атеросклерозом. Лиц мужского пола было 55, женского – 3. Средний возраст пациентов составил –  $58,2 \pm 5,48$  лет. В зависимости от распространенности атеросклероза пациентов распределили на 2 группы. 1-ю группу составили с мультифокальным атеросклеротическим поражением (коронарные и сонные артерии), а ко 2-й группе были отнесены пациенты с изолированным поражением коронарных артерий.

**Методы обследования:** определение уровней ГЦ и витамина Д, дуплексное сканирование сонных артерий, селективная коронарография (КАГ), ангиография ветвей дуги аорты.

**Результаты и обсуждение.** По результатам селективной КАГ у 56 (96,5%) пациентов было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий (КА), у 2 (3,44%) больных было выявлено изолированное поражение одной КА. У 33 (56,8%) больных выявлено поражение брахиоцефальных артерий, преимущественно ВСА с двух сторон. 58 (93,1%) пациентам была выполнена прямая реваскуляризация миокарда, а 4 (6,89%) пациентам были имплантированы стенты в коронарные артерии. В 1-й группе 9 пациентам (27,2%) было выполнено simultанное хирургическое вмешательство, а во 2-ой группе только прямая реваскуляризация миокарда. Практический интерес представляет проведенный анализ значений концентраций ГЦ плазмы крови в зависимости от степени и площади атеросклеротического поражения. В 1 группе у лиц с мультифокальным атеросклерозом медиана концентрации ГЦ плазмы крови была достоверно выше и составила 19,5 (14–28,7) мкмоль/л, а у пациентов 2-й группы всего – 16,62 (11,19 – 29,24) мкмоль/л. В 1-й группе пациентов витамин Д составил – 18,84 (14,27–27,62) нг/мл, а во 2-й – 23,78 (19,41 – 40,08) нг/мл. Была установлена четкая зависимость между уровнем содержания ГЦ и распространенностью атеросклеротического поражения, что может свидетельствовать о возможном агрессивном течении атеросклероза при ГГЦ в сочетании с дефицитом витамина Д. Следовательно, имеется двойное неблагоприятное воздействие на течение атеросклероза и результаты реваскуляризации миокарда, что следует учитывать в медикаментозной терапии после проведенных хирургических вмешательств.

#### **Выводы.**

1. Гипергомоцистеинемия и дефицит витамина Д являются факторами риска развития ИБС и ассоциирована с неблагоприятным течением коронарной болезни.

2. У всех пациентов ИБС был выявлен дефицит витамина Д и ГГЦ, более выраженные при мультифокальном атеросклерозе, что следует учитывать при назначении медикаментозной терапии после реваскуляризации миокарда и вмешательств на сонных артериях.

## **Прокальцитонін, с-реактивний білок та цитокиновий статус у хворих на гнійно-запальні процеси стопи діабетика і сепсис**

**С. Д. Шаповал, О. В. Трибушний, І. Л. Савон, Л. Ю. Слободченко**

**Запорізька медична академія післядипломної освіти**

**Вступ.** На сьогодні рання діагностика сепсису визначається сукупністю клінічних критерій і мікробіологічних досліджень, які не завжди дозволяють об'єктивно та однозначно оцінити ступінь і активність інфекційного процесу, прогнозувати його перебіг і кінцеві наслідки.

**Мета.** Визначити інформативність показників прокальцитоніну, С-реактивного білка та прозапальних цитокінів в діагностиці сепсису та оцінки ефективності проведеної терапії.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 92 хворих на сепсис, причиною якого був ускладнений синдром діабетичної стопи (СДС). У переважній більшості випадків це були вологі гангренни нижніх кінцівок. Серед популяції хворих на ускладнення СДС, пацієнти, у яких захворювання було обтяжено сепсисом, склали 9,8%.

Визначення прокальцитоніну (ПКТ) у сироватці крові виконували за допомогою тесту РСТ в О фірми «BRAHMS», С-реактивний білок (СРБ) на біохімічному аналізаторі Vitalob Fexor, цитокінів (IL- $\beta$  TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-10) – за допомогою ІФА.

**Результати та їх обговорення.** При госпіталізації тільки рівні ПКТ більш ніж 10 нг/мл свідчили про генералізацію інфекції, тоді як рівні від 0,5 до 2,0 нг/мл не дозволяли із впевненістю ставити діагноз сепсис.

СРБ – один із центральних компонентів гострої фази запалення – загально визнаний «золотий маркер». Його підвищення, навіть значне (в 20–100 разів), завжди супроводжувало розвиток сепсису. Слід зазначити, що підвищений рівень СРБ був притаманний і гнійно-запальним процесам стопи діабетика без розвитку сепсису.

Більш інформативні показники отримані при вивченні цитокінового статусу. При госпіталізації вміст IL- $\beta$  у хворих на сепсис більш ніж вдвічі перевищував аналогічний показник у пацієнтів із гнійно-запальними процесами стопи діабетика. Надлишковий синтез IL- $\beta$  у хворих на сепсис може сприяти інтенсивному зросту пула проліферативних клітин, їх диспластичним змінам, які прямо пропорційні важкості захворювання.

Рівні системного цитокіну TNF- $\alpha$  та IL-6 як при госпіталізації, та і в динаміці дослідження, свідчили про важливу роль цитокінових медіаторів у підтримці гомеостазу, який у хворих на сепсис був більш виразливим.

Найбільш інформативними змінами (значне підвищення) було при визначенні рівня IL-10. Дослідження останнього в динаміці використовували, в деякій мірі, для прогнозування тяжкості перебігу захворювання і вибору тактики лікування.

## **Висновки.**

1. Сполучене визначення ПКТ та СРБ дозволяє проводити ранню диференційну діагностику запальних процесів, прогнозувати їх перебіг й здійснювати моніторинг їх важкості на основі якого об'єктивно проводити обґрунтовану терапію.

2. Зниження концентрації ПКТ та СРБ свідчить про ефективність інтенсивної терапії, що проводиться.

3. Порушення цитокінової регуляції у хворих із гнійно-запальними процесами стопи діабетика та при розвитку у них сепсису, призводить до важких імунних розладів – від дисфункції до імунодепресії.

## **Корекція деформацій при нейропатичній формі ускладненого синдрому діабетичної стопи**

**С. Д. Шаповал, І. Л. Савон, В. О. Белінська, О. О. Максимова**

**Запорізька медична академія післядипломної освіти**

На цукровий діабет (ЦД), за даними медичної статистики, хворіють близько 400 млн. осіб. Одним з ускладнень ЦД є діабетична нейропатія (ДН), що розвивається у 60–90%

хворих. Периферична полінейропатія характеризується розвитком комплексу рухових (моторна) і чутливих (сенсорна) розладів, які найбільш виражені з боку кінцівок. Розвивається нечутливість до температурних та тактильних подразників, супроводжується м'язовою слабкістю, послабленням або втратою рефлексів, що приводить до зміни ходи та порушень координації рухів. Утворюється молоточко- та дзьобоподібна деформація пальців ніг, порушується склепіння стопи, збільшується патологічний тиск на передній відділ стопи. Утворення виразок нижніх кінцівок фіксується у 40–60% випадків. Перспективним напрямком, на наш погляд, є розробка нових оперативних втручань, для корекції деформацій та розвантаження певних ділянок стопи.

**Мета роботи:** розробити хірургічні втручання у хворих на нейропатичну форму ускладненого СДС для виправлення деформації.

**Матеріали та методи.** Обстежено 75 хворих на ускладнений СДС, що перебували на лікуванні в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3» м Запоріжжя за період 2014–2018 рр. Середній вік пацієнтів склав  $59,6 \pm 3,9$  роки. Середня тривалість ЦД II типу становила  $11,47 \pm 3,2$  років. Хворі рандомізовані на дві групи: основна – 43 та порівняльна – 32 пацієнтів. За всіма характеристиками групи були репрезентативні ( $P > 0,05$ ). В анамнезі хворі обох груп мали рецидивні виразки плантарної поверхні переднього відділу стопи. Хворим основної групи додатково виконували операції за розробленою методикою, які були спрямовані на зменшення тиску в цих ділянках при ході.

Для статистичного аналізу використовували методи описової статистики. Достовірність відмінностей оцінювали в залежності від аналізованих даних з використанням непараметричних критеріїв:  $\chi^2$ -квдрат та  $\chi^2$ -квдрат з поправкою Йейтса – для непов'язаних вибірок. Відмінності вважали достовірними при  $P < 0,05$ .

**Результати та обговорення.** У пацієнтів обох груп причинами виразок були деформації стопи на тлі вираженої нейропатії. Через послаблену іннервацію стопи спостерігалось порушення балансу між м'язами, що контролюють сухожилля згиначів та розгиначів. Скорочення сухожилків згиначів призводило до розвитку деформацій. Пацієнтам основної групи виконані корегуючі операції, що були спрямовані на виправлення деформації пальців та переднього відділу стопи. В залежності від локалізації виразки, стану навколишніх м'яких тканин та стану кістково-суглобової системи – запропоновані різні хірургічні підходи. При розташуванні виразки в ділянці дистальної фаланги одного з пальців виконували розсічення сухожилля згинача крізь невеликий розтин на рівні проксимальної фаланги. При розвитку остеомієліту проводили резекцію суглобу. При скороченні ахіллового сухожилля – його подовження, за методикою дозованого перетину крізь невеликі проколи шкіри.

#### **Висновки**

Через 12 місяців, в основній групі рецидив виразки відмічено лише у 5 (11,6%) пацієнтів, в групі порівняння частоту рецидиву спостерігали вірогідно більше – 11 (34,4%) ( $P=0,0427$ ;  $\chi^2= 4,17$ ). Таким чином, корегуючі операції на стопі у комплексі з антибактеріальною терапією та розвантаженням нижньої кінцівки дозволяють вірогідно знизити кількість рецидивів та повторних ускладнень на рівні переднього відділу стопи.

## Хірургічні втручання в лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок

В. В. Шапринський, Ю. М. Гупало, О. Є. Швед, А. В. Шамрай–Сас,  
О. І. Наболотний, Д. Ю. Шаповалов

Науково–практичний центр профілактичної та клінічної медицини, м. Київ

**Вступ.** Кількість випадків критичної ішемії нижніх кінцівок (КІНК) складає від 50 до 100 на кожні 100 тис. населення популяції Європейських держав та США. За результатами MRCТs, у частини пацієнтів, в яких з різних причин не вдається провести реконструктивну операцію на артеріях, через 6 місяців спостерігається втрата кінцівки в 40%, та смертність до 20%. Кількість великих ампутацій коливається від 120 до 500 на 1 млн населення у загальній популяції щороку. У пацієнтів із багаторівневим ураженням артеріального русла (БУАР) для досягнення кращих віддалених результатів прохідності артеріального русла, необхідним є реваскуляризація артерій привідного (проксимального) та відвідного (дистального) кровотоку.

**Мета.** Оцінити ефективність гібридних хірургічних втручань при багаторівневому ураженні артеріального русла у пацієнтів із КІНК.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведений аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів із КІНК III, IV ст. за Fontaine (або IV, V, VI за Rutherford) 212 пацієнтів, яким виконано 218 операцій. Середній вік хворих становив 64,3 роки, жінок було 69 (32,5%), чоловіків 143 (67,5%), на цукровий діабет хворіли – 83 (39%) пацієнтів. При ультразвуковому дуплексному скануванні (УЗДС) нижніх кінцівок БУАР виявлено у 78 (36,8%) спостережень.

Пацієнти із БУАР були розподілені на дві групи. Хворих, яким виконано відновлення рівнів прохідності здухвинно–гомілкового артеріального сегменту гібридним способом, або тільки ендovasкулярним віднесено до першої групи (основна група). Їх кількість становила – 50 (64%) спостережень. До другої (контрольна) групи віднесено пацієнтів, яким виконано відновлення прохідності здухвинно–підколінного артеріального сегменту відкритим способом без втручання на артеріях дистального русла у 28 (36%) спостережень.

**Результати та обговорення.** Період післяопераційного спостереження становив 16 місяців. Первинна прохідність зони стегнової реконструкції у пацієнтів першої групи при застосуванням методів гібридної хірургії протягом періоду спостереження становила 92%, збереження кінцівки – 96%. У пацієнтів другої групи, яким була виконана ізольована реконструкція стегового артеріального сегменту без реваскуляризації дистального русла, прохідність зони реконструкції становила 75%, збереження кінцівки – 82%.

**Висновки.** За умови поєднання оклюзії здухвинно – стегового сегменту із стено-тично–оклюзійним ураженням артерій підколінно–гомілкового сегменту, застосування одномоментної реваскуляризації двох поверхів стено–оклюзивного ураження артеріального русла дозволяє розширити покази до реваскуляризації артерій у даної категорії хворих та достовірно покращити результати лікування у вигляді регресії ішемії, збільшенні дистанції безбольової ходи та збереження кінцівки.

## Клініко–анатомічне обґрунтування економних ампутацій в хірургічному лікуванні гнійно–некротичних ускладнень при синдромі діабетичної стопи

М. Б. Шулик, К. Л. Цуркан, В. В. Сопілка

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький

Гнійно–некротичні ураження нижніх кінцівок, при синдромі діабетичної стопи, – є однією з основних причин інвалідності та ампутації кінцівки. Ряд лікувально–тактичних питань (вибір рівня ампутації, методи обробки тканин кукси) не отримали певного вирішення.

**Мета роботи:** вибір оптимального рівня ампутації кінцівки на основі диференційованого підходу до клінічних проявів та особливостей гнійного процесу.

**Матеріали і методи:** під нашим спостереженням знаходилися 67 пацієнтів, яким в період з 2009 по 2017 роки були виконані економні ампутації нижніх кінцівок. Вік хворих від 41 до 85 років. Кількість чоловіків 39 (58,7%) та жінок 28 (41,3%).

Проводилась оцінка стану тканин, прилеглих до зони некрозу (зміни кольору, трофічні ураження шкіри, набряк і наявність остеофітів у м'яких тканинах), відмінність температури шкіри між проксимальними та дистальними відділами. Іррадіація болі з уражених пальців на кісточку або гомілку, відсутність ефекту від знеболювальних препаратів, сон з опущеною з ліжка кінцівкою, – були враховані для оцінки стану деструктивного процесу в кінцівці. Наявність пульсу на підколінній артерії або артерії тилу ступні дозволяє розраховувати на загоєння рани після ампутації пальців або транслатеральної ампутації. Крім того, виконувалася ультразвукова доплерографія та визначення гомілково–плечевого індексу та ортостатична проба.

При побудові показань до оперативного лікування використовувались критерії: ступінь ішемії; локалізація та поширення гнійно–некротичного ураження; ступінь деструкції; характер запальної реакції; ознаки сепсису.

**Результати та їх обговорення:** всі хворі, яким виконувалися малі операції були розділені на дві групи. Першу склали 15 хворих (22,3%) з первинною ампутацією. При цьому хворим було проведено тільки одне оперативне втручання — екзартикуляцію одного пальця 9 (67%) та двох й більше пальців — у 6 пацієнтів. Результати операції позитивні. Другу групу становили 52 хворих (77,7%), у яких виникли повторні некротичні зміни на ступні. Їм зроблені реампутації в середньому через 2–3 тижні після попередньої операції.

Після неодноразових реампутацій та некретомій 16 хворим (30,7%) виконані високі ампутації на рівні стегна з одним летальним випадком після ампутації єдиної ноги.

Аналіз незадовільних результатів лікування хворих показав, що в їх основі лежать анатомічні особливості ступні — сухожильно–синовіальні комплекси. При локалізації патологічного процесу на 1 пальці ступні інфекція по ним може перейти на глибокі клітковинні проміжки гомілки. Тому потрібне радикальне хірургічне втручання — розрізи по тильній та подошовній поверхні широкими розрізами до здорових тканин з ревізією гнійного вогнища висіченням нежиттєздатних тканин, видаленням сухожилків згиначів та розгиначів уражених пальців, висіченням суглобових капсул плюсно–фалангових з'єднань та резекції головки або екстирпації плюсневої кістки.

### Висновок:

1. Рівень ампутації вказує на ефективність подальших лікувально–реабілітаційних заходів.



2. Виправдане виконання малих ампутацій у хворих з цукровим діабетом з гнійно-некротичним процесом, внаслідок більш сприятливих умов для лікування та соціального прогнозу.

3. Малі ампутації кінцівок не означають закінчення медикаментозного та оперативного лікування хворих з цукровим діабетом. Хворий повинен розглядатися як претендент на наступну судину реконструкцію.

## Хірургічне лікування мезентеріального тромбозу

М. Б. Шулик, К. Л. Цуркан, В. В. Сопілка

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький

Мезентеріальний тромбоз – одне з найбільш тяжких захворювань в невідкладній хірургії з високою летальністю. Шанси на виживання мізерні.

**Мета роботи:** визначення діагностичної та оперативної тактики лікування у хворих з мезентеріальним тромбозом.

**Матеріали і методи:** представлені результати діагностики та лікування 36 хворих з гострим порушенням мезентеріального кровообігу за період 2000 –2017 рр. Чоловіків було 25, жінок –11. Вік хворих від 46 до 83 років. Старше 70 років віку у 54,2%.

Відмічалась різноманітність патогенетично обумовленої супутньої патології (гіпертонічна хвороба 77,3%, ішемічна хвороба 48%). Біля 15% хворих в анамнезі мали інфаркт міокарда або гостре порушення мозкового кровообігу.

При направленні хворих у стаціонар вірний діагноз встановлений тільки у третини хворих. У решти діагностували «гострий живіт» (гострий панкреатит, холецистопанкреатит, кишкова непрохідність, перитоніт).

Під час госпіталізації проводили комплекс клініко–лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Класичні симптоми «катастрофи» у черевній порожнині (виражений больовий синдром, сухий язик, піддутий живіт, відсутність перистальтики, напруженість м'язів передньої черевної стінки, пальпаторно виявлена тістоподібна пухлина, часта дефекація з рідкими кров'янистими виділеннями з прямої кишки, симптоми подразнення очеревини та ознаки інтоксикації – критерії інфаркту кишківника.

При оглядовій рентгенографії черевної порожнини у положенні стоячи виявленні вузькі та мілкі чаші Клойберга й товсті складки Керкринга. Ультразвукове дослідження виявило гіперпневматоз, розширення кишківника з відсутньою перистальтикою, наявну вільну рідину та її консистенцію. Найбільш достовірною ознакою інфаркта кишківника є геморагічний випіт отриманий під час лапароцентезу.

Консервативне лікування проведено 4 хворим через надто важкий стан або відмову пацієнтів та їх родичів від оперативного втручання.

Оперовано 32 хворих, у 19 виявлено ураження всієї тонкої кишки, а у 13 –сегментарне. У більшості хворих геодинамічні порушення виявленні в С/3 тонкої кишки, а у решти у термінальному відділі.

Діагностичні операції виконанні у 14 (43,7%), радикальні – у 28 (56,3%) хворих. Сегментарна резекція тонкої кишки виконана у 68,1% хворих ; субтотальна (2/3 і більше) – у 14,2%; резекція тонкої кишки з правобічною геміколектомією 14,2% хворих та резекція сигмоподібної кишки по Гартману одному хворому.

Резекція проводилась з висіченням некротичної ділянки в межах здорових тканин (в залежності від кольору стінки кишки, набряку, некрозу, пульсації судин брижі та видимої перистальтики). У 8 хворих резекція завершена виведенням кінцевої ілеостоми. Обов'язково проводилась трансназальна інтубація кишківника з проведенням зонду за анастомоз (для компресії та ентерального харчування).

У трьох випадках в зв'язку з ретромбозом відвідної петлі під час релапаротомії зроблено повторна резекція кишки з анастомозом та накладанням стоми.

Померли 87,1% від прогресуючого перетоніту та поліорганної недостатності у перші дні після госпіталізації або оперативного втручання.


**Висновки.**

1. Поставлений діагноз гострого тромбозу мезентеріальних судин є абсолютним показанням до виконання лапаротомії.
2. Резекція некротизованої кишки оправдана.
3. Ретромбоз у післяопераційному періоді виникає в відвідній петлі.

# 9

**МІКРОСУДИННА  
ТА ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ,  
КОМБУСТІОЛОГІЯ**

---



## Комплексный подход к лечению осложненных стернальных ран

О. В. Андреев, Г. Г. Касрашвили, П. О. Андреев

Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск

**Введение:** Заживление ран в области грудины имеет свои особенности, что наиболее актуально, так как срединная стернотомия является основным оперативным доступом в кардиоторакальной хирургии. Локальные инфекционные осложнения ран в этой зоне возникают у 0,4–6% больных. Лечение таких больных требует комплексного подхода, включающего консервативные и оперативные мероприятия.

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности двухэтапного и одноэтапного тактического подхода к пластическому закрытию осложненных стернальных ран на основе активной хирургической тактики и локального вакуумного дренирования.

**Материалы и методы:** Нами обобщены результаты лечения 11 больных с осложнениями ран в области грудины. 9 пациентов перенесли операции в отделениях кардиохирургии, 1 военнослужащий получил минно-взрывное ранение и 1 больная — высоковольтный электроожог. Возраст больных, оперированных по поводу кардиохирургических операций, составил от 4 до 67 лет. У всех них имела место сопутствующая патология, осложненный кардиологический анамнез, у 3 пациентов имелись приобретенные пороки сердца, у 5 стенокардия, у одной пациентки инфаркт миокарда отмечен дважды. Один ребенок перенес операцию по поводу врожденного порока сердца. Сахарным диабетом 2 типа страдали 2 больных. Среди кардиохирургических операций в 5 случаях выполнялось аортокоронарное шунтирование, использовалась внутренняя грудная артерия, в трех случаях операции на аортальном и в 1 – на митральном клапанах. Средняя длительность лечения при первичной госпитализации составила  $29,5 \pm 12,6$  дней, при повторной госпитализации –  $32,5 \pm 9,7$  дня. У всех больных имелись незажившие раны в области грудины, а структура осложнений была следующая: острый послеоперационный остеомиелит грудины, свищевая форма 7; острый послеоперационный стерномедиастинит 1; хронический послеоперационный остеомиелит грудины, свищевая форма – 2; хронический остеомиелит ребер – 1. При повторной госпитализации у наблюдаемых больных ( $n=3$ ) установлены следующие клинические диагнозы: хронический послеоперационный стерномедиастинит 2; хронический остеомиелит ребер 1, один из пациентов с остеомиелитом грудины и передних отрезков ребер, госпитализирован трижды. Подготовка ран к пластическому закрытию проводилась с использованием аппарата локального отрицательного давления «АГАТ–Днепр» – 4 больных (1 группа) и повязочным методом 7 больных (2 группа). Для пластического закрытия раны нами использован как одноэтапный (2 группа), так и двухэтапный подход (1 группа).

**Результаты и их обсуждение:** У всех больных нами использована активная хирургическая тактика. Выбор осуществляли в зависимости от характера и глубины поражения тканей. Для ускорения очищения раны и подготовки ее к пластическому закрытию в 1 группе применяли терапию локальным отрицательным давлением. В нашей практике мы чаще использовали разрежение 70–90 мм. рт. ст., Применение избыточного разрежения на поверхности средостения потенциально опасно вентиляционными нарушениями. Использование вакуум-терапии в последние годы способствовало оптимизации течения раневого процесса, по сравнению с пациентами группы 2. Но в отношении уменьшения бактериальной обсемененности статистически значимого улучшения не отметили.

При закрытии дефекта как правило, использовали комбинированную пластику за счет мобилизации больших грудных мышц и местных скользящих, или «островковых» кожно-фасциальных лоскутов. К моменту выписки полного заживления раны передней грудной стенки добились у 81,8% больных.

**Выводы.** При использовании вакуум-терапии у пациентов с инфекционными осложнениями стерильных ран снижается риск возникновения рецидивов и сокращаются сроки лечения.

## Инструментальная объективизация диагностики глубины ожогового поражения

**В. В. Бойко, А. В. Кравцов, Ю. И. Исаев, Ю. И. Козин, А. А. Цогоев, Т. А. Курбанов, Е. А. Кравцова**

**Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков**

Два основных фактора определяют тяжесть термической травмы – площадь и глубина ожога. Определение площади не представляет существенных затруднений в клинической практике – предложенные методы – от самых простых, основанных на визуализации, до сложных, с использованием локационной техники и современных компьютеров дают примерно одну и ту же ошибку – от 1 до 3 – 4%. Гораздо труднее и не всегда возможно определить истинную глубину ожога, что связано с динамикой процесса некробиоза в термически пораженных тканях, возможностями обратимости процессов в зоне паранекроза под влиянием проводимого лечения. Глубина поражения определяет объем и качественный состав терапии, показания к проведению некоторых оперативных вмешательств и позволяет установить вероятный прогноз исхода термической травмы.

В настоящее время в медицине широко используются методы исследования (тепловизионные, УЗИ, магнитно – резонансная томография), которые дают объективную характеристику состояния тканей и при ожоге позволяют установить глубину поражения не только при первичной диагностике но и в динамике наблюдения.

Нами предложен способ ранней диагностики глубины ожогового поражения (патент Украины № 102438) основанный на термографическом исследовании ожоговых поверхностей и окружающих тканей с помощью тепловизора Ti 32, Ti 400 Fluke Corporation (USA) с программным обеспечением SmartView<sup>®</sup>. Глубину ожога устанавливали по разнице температур тканей термического поражения которые соответствовали степени ожогового поражения.

При УЗИ диагностике глубины ожогов (Патент Украины №100841) проводили ультразвуковое доплеровское исследование микроциркуляторного русла зон термически поврежденных тканей для установления показаний к некротомии с целью декомпрессии. Адекватность некротомии устанавливали по доплеровскому исследованию и эластометрии, что позволяло определять плотность тканей и рассчитывать их эластометрические индексы.

Нами для определения глубины ожога использован метод магнитно-резонансной томографии (Патент Украины №106977) который позволяет на основании качественного и количественного анализа МР-сигнала на диффузно-взвешенных изображениях, и по отсроченному накоплению парамагнитного контрастного вещества объективизировать диагностику глубины поражения.

Способ включал в себя проведение магнитно–резонансного исследование пострадавших на высокопольном томографе фирмы Siemens Symphony с напряжением магнитного поля 1,5 Т. Анализ полученных изображений проводили с помощью программ Syngo (2002B).

МРТ исследования проводились в два этапа. На первом этапе (DWI–MRI) выявляли целостность клеточных мембран и уточняли объем повреждения на клеточном уровне что являлось фоновым исследованием для последующей оценки регионального тканевого кровотока методом PI–MRI. На втором этапе оценивали активность тканевых процессов и жизнеспособность поврежденных клеток по артериально–капиллярному кровотоку. Суммарная оценка микроциркуляторного русла позволяла четко определить, в каких зонах сосудистые нарушения являлись необратимыми дегенеративно–некротическими, а в каких они сохранили свои регенераторные свойства.

Таким образом современные методы инструментальной диагностики глубины ожогового поражения позволяют не только с большой точностью определить степень ожога, но и установить показания к проведению соответствующих лечебных мероприятий.

## Методы ревитализации зоны паранекроза при ожогах

**В. В. Бойко, А. В. Кравцов, Ю. И. Козин, А. А. Цогоев,  
Ю. И. Исаев, Т. А. Курбанов**

*Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков*

Распространённость термического травматизма в быту, на производстве и при чрезвычайных ситуациях определяет его медицинскую и социальную актуальность. Важной задачей комбустиологии является усовершенствование патогенетически обоснованных методов лечения. Глубину ожогового поражения определяют два основных фактора: экзогенный – термический, который формирует первичный некроз, глубина которого прямо пропорциональна уровню повреждающих температур и экспозиции их воздействия. Под первичным некрозом формируется зона паранекроза, в которой продолжается распад межклеточных связей, внутриклеточных и ядерных структур клеток, что является вторым деструктивным фактором. Применение адекватной терапии направленной на сохранение жизнеспособности клеток в этой зоне позволяет уменьшить глубину и сократить площадь глубокого поражения, что обеспечивает сокращение объемов и количества операций кожной пластики и в целом – уменьшения сроков лечения пострадавших.

Нами разработаны методы активного воздействия на паранекротическую зону термического поражения в виде модифицированной инфузионной, местной терапии и раннего хирургического лечения.

Для защиты клеток зоны паранекроза, которые находятся в условиях нарушенной микроциркуляции и гипоксии, что может привести к их гибели и углублению термического повреждения, нами использованы инфузионные растворы и медикаментозные средства насыщенные озоном в оптимальной концентрации на аппарате Озон УМ – 80.

Согласно патента Украины № 98398 базовая инфузионная терапия дополнялась последовательным введением озонированных реополиглокина и реамберина в количестве до 1000 мл каждого. Озонированные растворы реополиглокина и реамберина изготавливали *ex tempore* путем барботажа озono–кислородной смесью при концентрации озона  $16 - 20 \pm 2$  мг/л в течение 20 – 30 минут.

Для защиты клеток паранекротического слоя при операциях секвенциальной некрэктомии использовано закрытие раневого ложа синтетическими (Grassolind neutral) и биологическими (лиофилизированные ксенодермоимплантаты) покрытиями. После пластики производилось орошение Grassolind neutral оригинальным многокомпонентным раствором (патент Украины № 116950), а ксенодермоимплантаты подвергались модификации путем увлажнения в озонированном физиологическом растворе с концентрацией озона  $4,0 \pm 0,4$  мкг / мл с добавлением липина.

Предложен способ ранней некрэктомии при глубоких ожогах с целью устранения компартмент – синдрома, заключающийся в выполнении чередующихся дугообразных разрезов и орошением озонированным физиологическим раствором через микроирригаторные трубки (патент Украины № 95223).

При глубоких поражениях в функционально активных зонах (особенно в проекции суставов) наиболее эффективным действием на зону паранекроза, особенно перед выполнением операций реваскуляризации является предложенный способ аутолипографтинга. При этом взятие аутожира производилось после пропитки донорской зоны озонированным физиологическим раствором, а введение средней фракции аспирата после центрифугирования выполнялось под зону ожога с целью ревитализации паранекротических тканей ежедневно многофокусно до проведения основного этапа оперативного вмешательства (патент Украины № 97648).

Разработанные способы активной защиты зоны паранекроза нами использованы при лечении 41 пациента с пограничными и глубокими ожогами с хорошим клиническим и социальным эффектом.

## Хирургическое лечение дефектов щечной области

С. П. Галич, О. А. Гиндич, А. Ю. Дабижа, Я. П. Огородник

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова  
НАМН Украины

Сложность реконструкции щеки определяется не только локализацией и параметрами дефекта, но и особенностями утраченных тканей, их взаимоотношением с важными анатомическими структурами (веки, крыло носа и т.д). В случаях обширных полнослойных «сквозных» дефектов, возникает необходимость не только замещения покровных тканей, но и воссоздания слизистой выстилки полости рта. Закрытие дефектов с помощью традиционных способов (свободная кожная пластика, рандомизированные, дерматензионные лоскуты и т.д.) в большинстве случаев не позволяют достичь хороших результатов. Поэтому при планировании операции правильный выбор метода замещения дефекта щеки является определяющим.

**Материалы и методы.** В период с 2011 по 2018 гг. под наблюдением находилось 20 пациентов с обширными полнослойными дефектами тканей щечной области – 11 мужчин, 9 женщин. Возраст варьировал от 35 до 60 лет. В ходе предоперационного обследования наряду с общеклиническими методами, по показаниям, выполняли ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, ангиографию сосудов головы и шеи, КТ, МРТ. При планировании оперативных вмешательств учитывали этиологию дефекта, локализацию, состав утраченных тканей и состояние прилежащих к дефекту крупных сосудов и их ветвей. Все пациенты с учетом этиологии дефекта тканей были условно разделены на

несколько групп. В первую группу вошли 7 пациентов с мальформациями и опухолями различного генеза, которым выполнялась удаление патологического образования в пределах здоровых тканей с одномоментным закрытием дефекта тканей. Площадь дефекта варьировала от 50–150 см<sup>2</sup>. Вторую, наиболее сложную группу составили 7 пациентов с отдаленными последствиями удаления новообразований, перенесших неоднократные оперативные вмешательства с курсами химио- и лучевой терапии. Во всех случаях отмечалась выраженная трансформация окружающих дефект тканей с их незначительной мобильностью. В третью группу вошли 6 пациентов с посттравматическими и постожоговыми дефектами тканей щеки. При анализе особенностей дефектов было выявлено вовлечение в процесс губ (n=4), комиссуры рта (n=3), крыла носа (n=3) и нижнего века (n=3).

У 12 пациентов необходимо было формировать выстилку ротовой полости. В одном случае дефект слизистой закрыли слизисто-мышечным лоскутом на лицевой артерии (FAMM-flap). В 11 случаях выстилку ротовой полости формировали за счет местных рандомизированных «опрокидывающихся» кожно-жировых или кожно-фасциальных лоскутов (n=3), транспозиции комплексов тканей из прилегающих или отдаленных зон (n=7). У пациентов II группы при формировании выстилки возникали технические трудности в связи с измененными тканями вследствие неоднократных сеансов лучевой терапии. Поэтому, для формирования слизистой выстилки использовали транспозицию сложных комплексов тканей из прилегающих неизмененных зон на питающей сосудистой ножке (надключичный (n=3), грудной (n=1), субментальный лоскут (n=3)). У 1 пациента полнослойный дефект щеки закрыли с помощью свободной пересадки лучевого лоскута, с использованием методики «folded-flap». Для закрытия дефекта покровных тканей применяли транспозицию местных (рандомизированные лоскуты смежных зон – 5) и/или дистанционных (субментальный–2, надключичный–5, грудной–2) лоскутов или свободную пересадку сложных комплексов тканей (лучевой лоскут предплечья – 3, перфорантный лоскут торакодorzальной артерии – 2).

**Результаты и обсуждение.** Оценивали результаты хирургического лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. В ранние сроки после операции гематомы в реципиентной области наблюдали у 4 пациентов и у 2 пациентов отмечены серомы донорской области. У 16 пациентов лоскуты полностью прижились. В одном случае наблюдали тотальный некроз лоскута, в 3 случаях – краевой некроз лоскутов, что потребовало выполнения небольших по объему корригирующих операций. Хорошие эстетические и функциональные отдаленные результаты получены в 16 случаях. Корригирующие операции выполнили 10 пациентам в сроки от 6 до 12 месяцев после первичного вмешательства (липоаспирация, иссечение рубцов, перемещение тканей).

Анализ результатов после выполнения корригирующих операций показал, что замещение дефектов щеки, по-прежнему, остается сложной проблемой. Основная проблема возникает при полнослойных «сквозных» дефектах, поскольку требуется формирование «выстилки» ротовой полости. При выборе метода реконструктивной операции предпочтение следует по возможности отдавать более надежному и простому методу. По мнению большинства специалистов идеальным вариантом формирования выстилки является транспозиция слизистых лоскутов, прилегающих к дефекту, особенно с гарантированным кровоснабжением, таких как слизисто-мышечный лоскут на лицевой артерии (FAMM-flap).



## Хирургическое лечение гинекомастии и псевдогинекомастии

С. П. Галич, А. Ю. Дабижа, Д. В. Боровик

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова  
НАМН Украины

**Цель работы:** оценка и анализ результатов хирургического лечения пациентов с различной степенью гинекомастии и псевдогинекомастии.

Гинекомастия – это физиологическое состояние, связанное с дисбалансом в организации женских и мужских половых гормонов. Псевдогинекомастия – это жировая гипертрофия груди без увеличения самой грудной железы, часто с птозом и избытком кожных покровов с формированием кожно-жировых складок на боковой поверхности грудной клетки. Чаще всего состояние это наблюдается у молодых людей с повышенным питанием и у пациентов после массивной потери веса.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 62 пациента: с гинекомастией – 29, с псевдогинекомастией после массивной потери веса – 22 и с жировой гипертрофией груди – 11. Проводили клинические исследования, определяя величину грудной железы и степень ее птоза, параметры САК избыточный объем кожно-жировых складок подлежащих удалению. В обязательном порядке выполняли УЗ исследование груди и МРТ для исключения различных новообразований, а также определения соотношения жировой и стромально-железистой ткани – основных критериев, определяющих выбор метода оперативного вмешательства.

В соответствии с клиническими исследованиями всех пациентов условно разделили на четыре группы. I – группу составили 15 пациентов с истинной гинекомастией I–II ст. II группу составили 11 пациентов с жировой гипертрофией груди и незначительным избытком кожных покровов. В III группу вошли 14 пациентов с гинекомастией III–IV ст. с птозом груди и избытком кожи. IV группу составили 22 наиболее сложных пациента после массивной потери веса II–III ст., с птозом груди, значительным избытком кожи и выраженными кожно-жировыми складками на боковой поверхности грудной клетки. В каждой из групп использовали различные подходы к хирургическому лечению – липосакция, прямое иссечение избыточных тканей груди и различные комбинации этих методов.

**Результаты и обсуждение.** Все оперированные пациенты наблюдались в сроки от 6 мес. до 12 лет. Контрольные осмотры проводились от месяца до года после хирургического лечения. Ближайшие и отдаленные результаты оценивались отдельно во всех клинических группах. Отдаленные послеоперационные результаты оценивали с учетом основных критериев: форма груди и САК, количество и качество послеоперационных рубцов, наличие или отсутствие рецидива.

Из осложнений раннего и позднего послеоперационного периода отмечены: гематома, серома, чрезмерная или неполная резекция тканей, смещение САК и др. Одним из наиболее частых осложнений являлись гипертрофические рубцы и неровность контура боковых поверхностей грудной клетки вследствие иссечения кожно-жировых складок. Использование разработанной методики коррекции боковых кожно-жировых складок позволило улучшить контур грудной клетки у сложного контингента пациентов. В целом, наилучшие отдаленные результаты получены нами у пациентов I и II групп. Во III и IV группе пациентов для достижения максимальных эстетических результатов выполнили корригирующие операции у 17 из 36 пациентов.

**Выводи.** Маскулинизация грудной клетки на фоне гинекомастии и псевдогинекомастии представляет собой сложную проблему пластической хирургии. Только дифференцированный подход к выбору оптимального метода хирургического вмешательства позволяет достичь максимального эстетического результата операции.

## Можливості закриття складних дефектів передньої черевної стінки

С. П. Галич, Є. В. Симулик

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Мета роботи** – закриття складних дефектів передньої черевної стінки.

**Матеріали та методи.** У дослідження включили 15 пацієнтів з наскрізними дефектами передньої черевної стінки після онкологічних втручань та мінно–вибухових поранень. Для закриття дефекту використовували клапоть прямого м'язу стегна, передньо–латеральний клапоть стегна, клапоть напружувача широкої фасції стегна. У 2–х пацієнтів закриття дефекту виконано поєднаним використанням клаптя напружувача широкої фасції стегна та клаптя прямого м'язу живота. У 13–ти випадках проводилася транспозиція клаптів на живлячій судинній ніжці, у 2–х – вільна мікрохірургічна пересадка торако–дорсального клаптя. При необхідності використовували синтетичну поліпропіленову сітку.

**Результати і обговорення.** Аналіз віддалених результатів показав, що при використанні ізольованої транспозиції або вільної мікрохірургічної пересадки складних комплексів тканин, а також, при необхідності в поєднанні з імплантацією синтетичної сітки вдалося закрити існуючий дефект у всіх випадках. Завдяки автономній системі кровопостачання таких тканевих комплексів вторинна реваскуляризація реципієнтної зони веде до кращого заживлення рани.

**Висновки.** Диференційований підхід до закриття дефектів черевної стінки з використанням мікрохірургічних та герніологічних технік дозволив відновити каркасну функцію, замінити втрачені тканини та забезпечити хороші віддалені післяопераційні результати.

## Способи закриття дефектів донорської та реципієнтної зони при реконструкції молочної залози

С. П. Галич, Є. В. Симулик, О. Ю. Дабіжа

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Мета роботи** – закриття дефектів донорської та реципієнтної зони при реконструкції молочної залози.

**Матеріали та методи.** У дослідження включили 55 пацієнток після виконаної мастектомії. Пацієнткам виконувалася реконструкція молочної залози шляхом транспозиції або вільної мікрохірургічної пересадки клаптів. З метою формування неокаркасу черевної стінки при заборі клаптів використовували синтетичну сітку в різних модифікаціях. Дефекти реципієнтної зони у післяопераційному періоді були обумовлені неадекватним застосуванням імплантів молочної залози та експандерів із виникненням пролежнів та

їх екструзій, а також крайовим некрозом переміщеного або пересадженого комплексу тканин. В таких випадках використовували клапті суміжних ділянок на живлячій ніжці.

**Результати і обговорення.** Аналіз віддалених результатів показав, що при закритті дефектів передньої черевної стінки після забору TRAM – клаптя синтетичною сіткою був сформований стабільний неофіброзний каркас, а використання клаптів близлежащих зон для закриття дефектів реципієнтної зони забезпечив хороший естетичний результат за рахунок спорідненості навколишніх тканин.

**Висновки.** При реконструкції молочної залози повне структурне та контурне заміщення дефектів донорської та реципієнтної зони дає стабільний функціональний та естетичний результат у віддаленому післяопераційному періоді.

## Інтегративна оцінка хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз

**Р. В. Гонза, В. В. Храпач, О. В. Балабан, І. А. Назаренко**

**Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ**

Потреба в хірургічному лікуванні постлактаційної інволюції молочних залоз в Україні щороку зростає. Спроби створення методики суб'єктивної оцінки результатів хірургічного лікування постлактаційної інволюції молочних залоз поодинокі і не охоплюють належний спектр питань. Це зумовило відсутність на сьогодні обґрунтованого підходу до вибору методу оперативного втручання при різних видах постлактаційної інволюції молочних залоз та дефіцит розробок нових ефективних оперативних втручань.

**Мета роботи** – провести порівняльний аналіз ефективності хірургічного лікування гіпомастії.

**Матеріали та методи.** У відділенні пластичної та реконструктивної хірургії Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період з 2000 по 2017 рік хірургічне лікування гіпомастії було здійснено 119 пацієнткам: субгляндулярне ендопротезування – 48, субмускулярне ендопротезування – 71. До 2002 року виконували субгляндулярне ендопротезування, з 2002 року – субмускулярне. Результати хірургічного лікування простежені в ранньому та у віддаленому (в строки 3, 6, 12, 24 та 36 місяців) післяопераційному періоді.

**Результати та обговорення.** Аналіз результатів хірургічного лікування гіпомастії за об'єктивними критеріями показав перевагу сумаскулярного ендопротезування у віддаленому післяопераційному періоді. Починаючи з 6-го місяця після операції більшою була частка добрих і менша частка задовільних і незідовільних результатів після субмускулярного ендопротезування порівняно з субгляндулярним ендопротезуванням (всі  $p < 0,05$ ). Аналіз результатів оперативного лікування гіпомастії за різними методиками по результатам анкетування показав, що субгляндулярне ендопротезування не забезпечує стійкий ефект, який задовольняє пацієнток. Якщо в строки до 6 місяців переважно більшість жінок задовольняє досягнутий косметичний ефект, то в подальшому все більше респонденток розчаровуються з тих, чи інших міркувань станом молочних залоз. Через три роки лише 48% жінок вважають результат операції добрим, а 28% – незадовільним. Після року субмускулярне ендопротезування починає переважати за результатами субгляндулярне ендопротезування, і через два роки відмінності між ними набувають статистичної значущості, а частка добрих результатів сягає 80,6%. Це зумовлено не тільки погіршенням результатів в групі контролю у віддалені строки

порівняно з першими місяцями, а й покращанням результатів в досліджуваній групі у віддаленому післяопераційному періоді.

Статистичний аналіз показав, що в строки від 1 до 3 місяців після операції, та в строки від 3,1 – 6 місяців достовірно кращими виявилися результати субгляндулярного ендопротезування. В строки від 6,1– 12 місяців з'явилася тенденція до відносного покращання результатів субмаскулярного ендопротезування і хоча відсоток добрих результатів в цій групі був більшим, а відсоток незадовільних – меншим, статистично значущою відмінності в структурі результатів між групами не було ( $p=0,352$ ). Лише через рік після операцій динаміка ефективності лікування призвели до достовірно кращих результатів в групі хворих, яким виконувалося субмаскулярне ендопротезування, порівняно з субгляндулярним. Зазначені відмінності зберігалися до кінця нашого дослідження (до 3 років).

**Висновки.** В ранньому післяопераційному періоді (до 3 місяців) субгляндулярне ендопротезування забезпечує високий відсоток добрих результатів – 88,6%. В подальшому спостерігається зменшення частки добрих результатів, які через 36 місяців становлять 35,7%. Через рік субмаскулярне ендопротезування переважає за результатами субгляндулярне, а через 2 роки відмінності між ними набувають статистичної значущості, а частка добрих результатів сягає 80,6%. Кореляційний аналіз виявив достовірний ( $p < 0,05$ ) зворотній кореляційний зв'язок між часткою добрих результатів і строком що минув після операції в усіх групах і складав відповідно  $r = - 0,43$ .

## Пошук причин ускладнень операції фейсліфтингу

Н. Р. Грицевич<sup>1</sup>, Н. С. Нікітіна<sup>2</sup>, Л. І. Степанова<sup>2</sup>, С. М. Береговий<sup>2</sup>,  
К. О. Дворщенко<sup>2</sup>, В. В. Верещака<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клініка «Мати та дитина»,

<sup>2</sup>Навчально-науковий центр «Інститут біології і медицини»  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Вступ.** Омолодження обличчя залишається однією з найбільш поширених естетичних процедур. Відомо хірургічна методика – підтяжку обличчя або фейсліфтинг, багато хто вважає стандартом для лікування структури старіючого обличчя. Як будь-яке інше оперативне втручання, фейсліфтинг має певний відсоток ускладнень. До численних факторів ризику розвитку останніх належить вік пацієнтів. Аналіз літератури свідчить, що біохімічні механізми вікових особливостей регенерації шкіри після фейсліфтингу досліджені недостатньо.

**Метою** роботи було з'ясувати стан про-/антиоксидантної системи сироватки крові, як неспецифічного показника запального процесу, та вміст гіпоксія індуцибельного фактору (Hif-1 $\alpha$ ), матричних металопротеїназ (ММР) ММР-2 і ММР-9 в шкірі щурів різних вікових груп, яким виконана операція фейсліфтингу.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проведені на 40 лабораторних білих нелінійних щурах-самках, поділених на 2 групи по 20 в кожній. До першої групи входили тварини 2-х місячного, а до другої – 6-ти місячного віку. Кожна група щурів включала 2 підгрупи. До 1-ої підгрупи належали інтактні (не оперовані) тварини, які слугували контролем. У щурів 2-ої підгрупи під загальним наркозом виконана операція фейсліфтингу. Через 7 днів у оперованих тварин знімали шви, а через 14 днів щурів всіх груп умертвляли. В сироватці крові тварин контрольних та дослідних підгруп визначали

вміст ТБК–активних продуктів за реакцією з тіобарбітуровою кислотою [Стальная И.Д., 1977], концентрацію білка – за методом Лоурі [Lowry O.H., 1951], визначали супероксид-дисмутазу (СОД) активність [Чеварі С. і співавт., 1981] та каталазу (КАТ) активність [Королюк М.А. і співавт., 1988]. У оперованих щурів вирізали шматочки шкіри в ділянці бувшої ранової поверхні, а у контрольних щурів – в ділянках, що за локалізацією відповідали оперованим. В гомогенаті зразків шкіри методом імуноферментного аналізу (ELISE) визначали вміст Ніф-1α, MMP-2 та MMP-9.

**Результати та їх обговорення.** У 2-х місячних щурів через 14 днів після операції вміст ТБК–активних продуктів в сироватці крові статистично значуще не відрізнявся від інтактних щурів такого ж віку. У 6-ти місячних не оперованих щурів вміст ТБК–активних продуктів був таким же, як і у 2-х місячних інтактних щурів. Проте у 6-ти місячних щурів через 14 днів після операції вміст ТБК–активних продуктів в сироватці крові був на 31,9% ( $p < 0,05$ ) більше, ніж у не оперованих щурів аналогічного віку. У щурів 2-х місячного віку через 14 днів після операції СОД активність сироватки крові була на 96,2% ( $p < 0,001$ ) менше у порівнянні з не оперованими щурами такого ж віку. У не оперованих щурів 6-ти місячного віку СОД активність сироватки крові статистично значуще не відрізнялася від даного показника у не оперованих щурів 2-х місячного віку. СОД активність сироватки крові у оперованих щурів 6-ти місячного віку була на 97,0% ( $p < 0,001$ ) менше у порівнянні з не оперованими щурами такого ж віку. КАТ активність сироватки крові у не оперованих щурів 6-ти місячного віку не зазнавала статистично достовірних змін у порівнянні з щурами 2-х місячного віку. Проте у оперованих щурів 2-х та 6-ти місячного віку вона була на 31,1% ( $p < 0,05$ ) і 49,5% ( $p < 0,05$ ) менше у порівнянні з відповідним контролем.

У щурів 2-х місячного віку через 14 днів після операції вміст Ніф-1α, MMP-2, MMP-9 в гомогенаті шкіри в ділянці бувшої ранової поверхні не відрізнявся від контролю. У щурів віком 6 місяців через 14 днів після операції вміст Ніф-1α, MMP-2 та MMP-9 був більшим на 221,5% ( $p < 0,001$ ), 92,6% ( $p < 0,05$ ) і 100% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з відповідним контролем.

**Висновок.** На відміну від 2-х місячних щурів, у щурів 6-ти місяців в ранньому післяопераційному періоді зберігаються ознаки запального процесу в організмі, гіпоксії та посиленого рубцювання в ділянці бувшої ранової поверхні, що може бути причиною ускладнень у віддаленому періоді.

## Трофічні гнійно–некротичні ураження верхньої кінцівки при компресійних синдромах в брахіоцефальній області

С. В. Дибкалюк<sup>1,2</sup>, В. А. Черняк<sup>2</sup>, В. Г. Мішалов<sup>2</sup>, Г. І. Герцен<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Трофічні та гнійно–некротичні ураження верхньої кінцівки при дегенеративних захворюваннях шийного відділу хребта, що супроводжуються вираженими нейро–судинними компресійно–рефлекторними синдромами (КРС), відрізняються високою резистентністю до загально прийнятих стандартів лікування ранової інфекції, прогресуючим перебігом та високим рівнем ускладнень. Об'єктивним критерієм, що визначає вираженість КРС, може виступати характеристика об'ємного кровоплину в брахіоцефальних артеріях та зміни цієї величини в залежності від положення голови та верхньої кінцівки.

**Мета роботи** – визначити роль позиційної компресії хребцевої і підключичної артерії при прогресуючих гнійно–некротичних ураженнях верхньої кінцівки у хворих з дегенеративною патологією шийного відділу хребта. Розробити діагностичні критерії та патогенетично обґрунтований підхід в хірургічному лікуванні хворих з гнійно–некротичними ураженнями верхньої кінцівки та позиційною компресією брахіоцефальних артерій.

**Матеріали і методи.** В роботі проведений клінічний аналіз результатів діагностики і хірургічного лікування 128 хворих віком від 32 до 67 років (середній вік  $49 \pm 0,5$  років, 58 чоловіків, 70 жінок). За клінічною ознакою хворі були розподілені в залежності від домінуючого гнійно–некротичного ураження верхньої кінцівки. Гнійно–некротичні ураження дистальних фаланг пальців на фоні вперше діагностованої хвороби Рейно (72 хворих), гнійні ураження кисті та пальців на фоні прогресуючої лімфедми верхньої кінцівки (26 хворих), хронічна рецидивуюча флегмона передпліччя (30 хворих). Всі хворі пройшли клініко–неврологічне, ортопедичне, інструментальне обстеження в динаміці, на фоні консервативного (ортезування, антибактеріальна, протизапальна, імуномодуюча, фізіотерапія) і хірургічного лікування. Хірургічне лікування безпосередньо області гнійно–некротичного ураження проводилось по загально прийнятим стандартам спеціалізованих стаціонарів гнійної хірургії. Після досягнення ремісії проводились хірургічні втручання з приводу усунення екстравазальної компресії брахіоцефальних артерій.

Інструментальне обстеження включало: рентгенографію шийного відділу хребта (ШВХ); електронейроміографію (ЕНМГ) верхньої кінцівки в різних ортопедичних положеннях; ультразвукову доплерографію (УЗДГ) брахіоцефальних артерій з вимірюванням об'ємного кровоплину в різних ортопедичних положеннях голови і верхньої кінцівки; магнітно–резонансну томографію (МРТ); ультразвукову діагностику скелетних м'язів шиї (УЗД); магнітно–резонансну ангиографію (МРА) з контрастуванням при зміні положення верхніх кінцівок; мультизрізову спіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) із зміною положення голови і верхніх кінцівок .

**Результати та їх обговорення.** Серед гнійно–некротичних уражень верхньої кінцівки при наявності виражених компресійно–рефлекторних синдромів брахіоцефальних артерій, гнійно–некротичні ураження фаланг пальців мали найбільш несприятливий клінічний перебіг. Для визначення лікувальної тактики найвагоміше значення мали: УЗДГ магістральних судин шиї в триплексному режимі з ортопедичними динамічними пробами, МРА брахіоцефальних артерій в різних положеннях верхньої кінцівки.

**Висновок.** Хірургічна тактика, спрямована на безпосереднє втручання в області гнійно–некротичного ураження верхньої кінцівки (на I етапі), хірургічне лікування компресійно–рефлекторного синдрому (на II етапі), повністю себе виправдовує при наявності хронічних рецидивуючих або швидко прогресуючих гнійно–некротичних уражень, пов'язаних з порушенням трофіки верхньої кінцівки.

## Шкала для оцінки результатів оперативного лікування рубцевих деформацій та контрактур

О. А. Жернов, А. О. Жернов, С. В. Стаскевич

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ,

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня №2

**Актуальність.** Для оцінки результатів оперативного лікування післяопікових деформацій і контрактур використовують інструментальні методи або шкали (Patient and Observer Scar Assessment Scale, Manchester Scale, Visual analogue scale). Недоліками цих шкал є суб'єктивність, необхідність наявності коштовної апаратури, відсутність у шкалах таких ознак, як ширина рубця та ступінь контрактури.

**Мета** – розробити шкалу для визначення ефективності лікування післяопікових деформацій та контрактур.

**Матеріали і методи.** Запропонована шкала базується на бальному визначенні пігментації, висоти, кольору, рухливості, ширини рубця та ступінь контрактури при її наявності. У кожній ознаці виділяли від 4 до 5 її характеристик. При наявності контрактур до цифр додавали літеру.

Пігментацію, рухливість та колір рубця оцінювали клінічно. Висоту та ширину рубця визначали при їх вимірюванні штангенциркулем. Ступінь контрактури та обсяг рухів вимірювали допомогою гоніометра. Рубець, який не відрізнявся за пігментацією від оточуючої шкіри, відповідав 0 балам, гіпопігментація – 1, помірно виражена пігментація – 2 та гіперпігментація – 3 балам. Розташування рубця на рівні шкіри відповідало 0 балам, висота у 1–2 мм – 1 балу, 3–4 мм – 2, 5–6 мм – 3 та більше 6 мм – 4 балам. При рухомому рубці кількість балів дорівнювала 0, при м'якому – 1, щільний рубець – 2, непластичний цупкий – 3 та джгутоподібний нерухомий рубець – 4 балам.

Колір рубця, який не відрізнявся від оточуючої шкіри відповідав 0 балам, рожевий – 1, червоний – 2 та багровий – 3 балам.

Рубець, ширина якого до 2 мм, відповідав 0 балам, ширина рубця від 3 до 7 мм – 1, 8–10 мм – 2 та рубець, ширина якого перевищує 10 мм відповідала 3 балам.

Наявність контрактури I ступеню відповідала літері a, контрактура II ступеню – літері b, III ступеню – літері c та IV ступеню – літері d.

Максимальна сума балів за шкалою дорівнювала 17. При наявності у хворого контрактури до суми балів додавалась літера в залежності від ступеню контрактури.

Підрахунок суми балів здійснювали через 2 – 3 тижні, через 4 – 6 місяців, 6 – 12 та більше 12 місяців після лікування. У разі зменшення ступеню контрактури після суми балів ставиться відповідна літера, якщо контрактури не спостерігається літера не ставиться.

Результати лікування:

- добрий: 0–7, без літери або a
- задовільний: 8–13, a, b
- незадовільний: 14–17, a, b, c, d.

**Результати.** Заявлений спосіб оцінки лікування був використаний у 28 хворих. До операції у 7 хворих сума балів дорівнювала 16, у 5 – 18a, у 3 – 15b, та у 13 – 14. Через 3 тижня після операції у 25 хворих отримано добрий результат лікування, у 3 хворих – задовільний результат. Через 6 місяців після лікування у 10 хворих відзначено добрий результат лікування, у 6 хворих – задовільний результат та у 2 хворих – незадовільний результат.

**Висновки.** Дана шкала є ефективною та об'єктивною для оцінки результатів лікування хворих з післяопіковими деформаціями та контрактурами з використанням методу розтягування тканин, для її використання не потрібна коштовна апаратура – усі вимірювання здійснюються штангенциркулем та гоніометром. Шкала є простою у застосуванні та може бути використана на різних строках спостереження.

## Уніфікована класифікація деформацій та контрактур після термічних уражень

О. А. Жернов, Г. П. Козинець

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

**Актуальність.** Пусковим фактором виникнення контрактур є термічна травма і їх формування тісно зв'язано з розвитком опікової рани, змінами у підлеглих тканинах, загальними порушеннями в організмі постраждалого.

**Мета** – розробити класифікацію деформацій та контрактур після термічних уражень для визначення основних особливостей структурно-функціональних порушень, диференційовано й об'єктивно підійти до вибору лікувальної тактики та ефективності лікування.

**Матеріал та методи.** Розроблена класифікація була використана при лікуванні 300 хворих з післяопіковими деформаціями і контрактурами різних локалізацій. В основу утворення класифікації покладено системний підхід. Фундаментальним принципом класифікації є побудова діагнозу з поєднанням морфологічних характеристик контрактури та її анатомічного положення, що є ключами до класифікації. Для визначення діагнозу, утворення комп'ютерної бази даних було вибрано літерно-цифрова система. За типом контрактури розподілялися в залежності від важкості ураження тканин, які утворюють анатомічний сегмент, в основу чого покладено їх морфологічні та функціональні зміни. Форми різних рангів відрізняли в залежності від точності визначення структурних порушень. Після встановлення типу визначалася група, де відмічався характер обмеження рухів та ступінь контрактури.

Для вимірів обсягу рухів в суглобах використовували спосіб, при якому анатомічні позиції рахуються вихідними – 0° за SFTR – методикою. Цим забезпечувалася однотипність на різних етапах дослідження, лікування і реабілітації пошкоджень апарата опори та руху.

Кваліфікаційну підгрупу склали дані, які визначали критерії уражень м'язів і сухожилів (МТ) за ступенем тяжкості, нейроваскулярні розлади (NV) та ураження кістково-суглобових утворень (ОА).

Анатомічна локалізація патологічного процесу визначалася одним чи декількома номерами з літерами (для кисті і стопи) перед якими виставлялася сторона ураження.

У відсутності контрактур при рубцевих ураженнях сегментів тіла використовували такі позначки, як рубцеві поля, гіпертрофічні келоїдні рубці.

**Результати та обговорення.** Всі післяопікові деформації та контрактури типу А, В і С мали дерматогенний компонент, корекцію якого здійснювали методами шкірної пластики. Дермато-десмо-міогенні контрактури типу В і С з ураженнями сухожилів та м'язів МТ1, МТ2, МТ3 потребували втручання на сухожилках та(чи) м'язах. При дермато-десмо-міо-остеогенних контрактурах типу С з кістково-суглобовими ураженнями ОА1, ОА2, ОА3 виконували втручання на кістках чи суглобах. При нейроваскулярних



пошкодженнях NV1, NV2, NV3 визначали можливість використання васкуляризованих клаптів з однойменної кінцівки чи сегмента, а механічне пошкодження нервових стовбурів потребувало нейропластики. втручань на уражених структурах.

**Висновки.** Розроблена класифікація післяопікових деформацій і контрактур суглобів на основі морфологічної характеристики та анатомічної локалізації ураження дозволила індивідуально оцінити патологічний процес, визначити основні структурно-функціональні порушення при певній контрактурі і обрати патогенетично обґрунтовану тактику та методи хірургічного лікування. Деформації типу А доцільно усувати тільки з використанням шкірно-пластичних методів. Контрактури суглобів типу В і С потребують втручань на уражених анатомічних структурах. При тендоміогенних пошкодженнях доцільно використання мобілізуючих втручань, а при підключенні важких нейроvasкулярних та остеоартрогенних порушень – стабілізуючих операцій.

## Хірургічне лікування великих гнійно-некротичних дефектів м'яких тканин склепіння черепа

А. О. Жернов, С. В. Стаскевич

Київська міська клінічна лікарня № 2

**Вступ.** Ураження м'яких тканин склепіння черепа з утворенням дефектів виникають після глибоких опіків полум'ям, електричних і термомеханічних впливів, а також після механічних травм та інфекційних уражень. Хірургічне лікування цієї категорії хворих вимагає нестандартного підходу при виборі хірургічної тактики та методів лікування.

**Мета роботи** – покращення результатів лікування хворих з великими дефектами м'яких тканин склепіння черепа шляхом використання нових технологій реконструкції склепіння черепа.

**Матеріал і методи.** Під нашим спостереженням перебувало 18 хворих, в тому числі 10 дітей з ураженням склепіння черепа. У 6(33,3%) дефекти виникли в результаті високовольтних (5) і низьковольтних уражень (1), у 4(22,2%) – після механічних травм, у 3(16,7%) – після укушених ран і у 5(27,8%) – в результаті гнійно-запальних процесів. Залежно від глибини ураження виділили 7 пацієнтів із збереженим окістям та 11 постраждалих з оголенням і (або) некрозом кісток склепіння черепа. Всім хворим здійснено хірургічне відновлення покривних тканин із застосуванням комбінованих методів пластики. Клаптева пластика місцевими шкірно-апоневротичними клаптями (9), віддаленими шкірно – фасціальними (2) та шкірно – м'язовими (5) клаптями супроводжувалася вільною аутодермопластиком. Аутодермопластика вільними розщепленими, як окреме втручання здійснено у 2 постраждалих. При ураженні окістя та кісток склепіння у 4 пацієнтів виконали остеонекректомії і у 7 – фрезерування кісток.

**Результати та їх обговорення.** У зв'язку з різним поширенням гнійно – некротичного процесу по глибини і площі, проведена розробка методологічного підходу і тактики хірургічного лікування хворих з ураженням склепіння черепа. Постраждалим без ураження окістя після видалення некротичних тканин здійснювали закриття дефекту місцевим клаптями у поєднанні з вільною аутодермопластиком. Постраждалим з ураженням окістя та кісток були потрібні реваскуляризуючі втручання для збереження кісток склепіння черепа. Здійснювали закриття непошкоджених кісток або глибокого дефекту після видалення некрозу до внутрішньої кортикальної пластинки складними

шкірно–складовими клаптями з осьовим кровообігом або шкірно–апоневротических клаптів із суміжних областей. При дефіциті шкірних ресурсів і важкому стані пацієнтів проводили фрезерування ураженої кістки до появи точкового кровотечі з отвору. Після формування грануляційної тканини з фрезевих отворів рану закривали вільним аутодермотрансплантатами. У двох випадках після видалення омертвілої тім'яної кістки і оголення твердої мозкової оболонки для усунення пролабировавання мозкової речовини в рановий дефект вшили поліпропіленову сітку і, після формування грануляцій, дефект закривали вільними аутодермотрансплантами.

У післяопераційному періоді у 7 постраждалих без ураження глибоких структур відбулося повне приживлення клаптів. Після підготовки ран оголені ділянки знову були закриті вільними трансплантами. У хворих з ураженням окістя та кісток повне приживлення складних клаптів спостерігали у 9 пацієнтів, у 2 виник частковий дистальний некроз, після видалення якого рани закрили вільний трансплантами.

**Висновки.** Пошкодження тільки м'яких тканин склепіння черепа із збереженням життєздатності окістя дозволяє закрити дефект методом аутодермопластики. При ураженні тканин глибше окістя потрібні реваскуляризуючих втручання з використанням складних клаптів, фрезерування кісток або їх видалення. Використання диференційованого підходу при лікуванні дефектів склепіння черепа дозволяє досягти позитивних результатів лікування постраждалих.

## Кількісні та якісні зміни грудних м'язів після первинної аугументаційної мамопластики у віддаленому післяопераційному періоді та зв'язок з ротацією протезу

О. І. Захарцева<sup>1</sup>, Л. Ю. Маркулан<sup>1</sup>, Е. Г. Курик<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Науково–практичний центр профілактичної та клінічної медицини, м. Київ

**Мета роботи:** Визначити зміни структури грудних м'язів жінок після аугументаційної субмускулярної маммопластики (АСМ) у віддаленому післяопераційному періоді та її зв'язок з ротацією протезу.

**Метериали та методи.** У дослідження включено 45 жінок, яких було поділено на три незалежні групи, по 15 в кожній: група порівняння (група П) –первинна АСМ; перша основна група (Група О1) – жінки через рік після АСМ; друга основна група (група О2) – через три роки після АСМ. Гістологічний матеріал отримували інтєропераційно (зразки m.pectoralis major розміром 1,5x1,5x0,5 см брали по нижньому краю в проекції соскової лінії). З кожного шматочка м'язу виготовляли 5 зрізів, таким чином, в кожній групі отримано 75 зрізів. Визначали відсоток площі м'язових волокон (ВПМВ) в кожному препараті, та середнє значення ВПМВ у кожної пацієнтки. Ступінь ротації протезу МЗ у віддаленому періоді після АМ оцінювали із застосуванням УЗД.

**Результати.** Після САМ відбуваються зміни великого грудного м'язу, які виражаються у атрофії м'язових волокон, розростанні фіброзної тканини із заміщенням м'язових волокон і відповідно збільшенням відсотку фіброзної тканини у загальній площі. В групі О1 середній ВПМВ становив 81,5±0,6%, що на 13,5% менше вихідного (група П), а через три роки (група О2) – 71,0±0,3%, що на 4,8% менше порівняно з групою О1.

ВПМВ, як через рік так і через три роки, після САМ згідно регресійного аналізу, обернено залежав від маси протезу:  $R^2=0,665$  та  $R^2=0,620$  відповідно.

У 80,0% пацієток (через рік) та у 93,3% (через три роки), в віддаленому післяопераційному періоді, відбулася ротація протезу МЗ на кут від  $30^\circ$  до  $180^\circ$ , яка достовірно від'ємно корелювала з ВПМВ (через рік:  $r = -0,816$ ; через три роки:  $r = -0,788$ ).

## Висновки.

1. У жінок після АСМ достовірно зменшується ВПМВ, в препаратах великого грудного м'язу порівняно з доопераційним ( $94,1 \pm 0,02\%$ ): через рік до  $80,7 \pm 0,5\%$ , через три роки до  $71,0 \pm 0,3\%$  і обернено залежить від маси протезу: лінійний  $R^2=0,604$  та лінійний  $R^2=0,582$  відповідно.

2. Ротація протезів МЗ, яка діагностована у 80,0% пацієток (через рік) та у 93,3% (через три роки) на кут від  $30^\circ$  до  $180^\circ$  достовірно від'ємно корелює з ВПМВ (через рік:  $r = -0,816$ ; через три роки:  $r = -0,788$ ).

## Роль та місце аутогенних клітин кістковомозкового та адіпогенного походження у лікуванні трофічних виразок та хронічних ран

В. І. Кірімов, М. Ф. Дрюк, І. Є. Барна

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Лікування трофічних виразок та некротично-ранових дефектів тканин кінцівок залишається складною проблемою. Можливості та ефективність застосування традиційних методів лікування обмежені. Одним з найбільш перспективних напрямків є використання інноваційних регенеративних технологій, зокрема клітинно-тканинних трансплантацій. Лікувальна дія їх засновано на здатності відновлення та оптимізації репаративних процесів стовбуровими клітинами різного рівня потентності, а також стимуляції проліферації диференційованих клітинних популяцій.

**Мета.** Покращення результатів лікування хворих з виразково-рановими дефектами тканин на основі застосування аутогенних клітинно-тканинних трансплантацій (КТТ).

**Матеріали і методи.** У відділенні мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії НІХТ НАМН України впроваджені нові методи лікування з використанням КТТ та пептидної терапії (ПТ) з метою стимуляції локальних регенеративно-репаративних процесів та стимуляції ангиогенезу в ішемізованих тканинах. Розроблені алгоритм і методи лікування застосовані у більш ніж 180 хворих (2007–2018 рр.) з трофічними виразками та некротично-рановими дефектами тканин, які виникли внаслідок хронічної ішемії (III–IV ст.) при тромбоблітуючих «нереконструктабельних» ураженнях артерій, патології венозних судин, системних захворювань сполучної тканини з порушенням мікроциркуляції, а також травматичного генезу.

КТТ та ПТ включали застосування аутологічних клітин та пептидів: аспірата кісткового мозку (АКМ) та виділеної фракції моноклеарних клітин (МНК) кісткового мозку (КМ), жирової тканини (ЖТ), що містять, клітини-попередники, мезенхімально-стромальні клітини, цитокіни, сигнальні молекули, а також плазми крові збагаченої тромбоцитами (БаТП) та фібринового гелю збагаченого тромбоцитами (БаТФГ). Комплексне лікування включало також хірургічні коригуючі та етапні втручання (санація, некректомія, використання «дермальних еквівалентів», аутодермопластики), а також по

показам реконструктивні судинні, ендоваскулярні та інші реваскуляризуючі втручання, коригуючи операції на венозних судинах.

Ми використовували реально найбільш доступні для клінічного застосування на даний момент аутотрансплантації АКМ, виділених МНК КМ, аспірата ЖТ у вигляді підготовленого мікро–нанографта, а також БаТП виділеної із периферичної крові, як джерело факторів росту і цитокінів. Забір та виділення даних субстратів ми виконуємо одночасно з хірургічним втручанням в умовах операційної та передопераційної. БаТП застосовувалася в двох варіантах: шляхом ін'єкційного введення її в тканини по периметру ранових дефектів, а також у вигляді аплікації згустків БаТФГ на поверхню рани, у т.ч. і кісток після остеонекретомиї. Трансплантація МНК КМ, а також ліпографта (аспірата ЖТ) з БаТП (у співвідношенні 9: 1) виконувалася шляхом ін'єкцій в тканини (1 ін'єкція: 0,2–0,4 мл) по периметру і дна дефекту. При цьому ці маніпуляції з метою пролонгації дії позитивного впливу даних факторів також застосовували повторно (через певний інтервал часу). Хірургічне лікування включало некретомиї (дебридмент) та закриття дефектів тканин штучним покриттям, а також одномоментну або відстрочену аутодермопластику.

З 2011 по 2016 рр. зазначені тактика і методи лікування застосовані більш ніж у 60 хворих (основна група) з різною патологією: ішемічними некрозами (облітеруючий ендартеріт, атеросклероз, синдром діабетичної стопи), трофічними виразками венотної етіології і хронічними ранами іншого генезу. У групі порівняння (20 хворих, які перебували у відділенні з 2007 по 2010 рр.) застосовували хірургічні методи лікування ран без використання КТТ та ПТ.

**Результати.** В основній групі у всіх пацієнтів з трофічними виразками внаслідок захворювання вен та з дефектами тканин іншого генезу досягнуто повне загоєння ран. Практично всім пацієнтам з ураженням артеріального судинного русла кінцівок, ускладнених виразково–некротичними дефектами тканин у ранньому післяопераційному періоді виконана додаткова повторна аутодермопластика з досягненням повного загоєння ран.

Повне загоєння ранових дефектів та збереження опорної функції кінцівки досягнуті більш як у 80% хворих з хронічною ішемією нижніх кінцівок III–IV ст.. Специфічних ускладнень обумовлених застосуванням КТТ та ПТ не відмічено.

У групі порівняння загоєння ран і збереження опорної функції кінцівки у віддалений період складало менше 40%.

**Висновок.** Застосування методів КТТ та ПТ у хворих забезпечує активацію процесів ангиогенезу, репарації та регенерації тканин та відкриває нові підходи і можливості в лікуванні чисельних хворих з тяжкою патологією.

## Ранові покриття у хворих з поверхневими дермальними опіками

А. О. Коваленко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ,  
Центр термічних уражень і пластичної хірургії КМКЛ № 2

**Вступ.** Термін відновлення шкірного покриву у обпечених визначає перебіг опікової хвороби, формування ускладнень, косметичний результат. Надзвичайно велике значення має вибір засобу місцевого лікування ран. При поверхневих дермальних опіках

важливо забезпечити повноту власної регенерації: знизити кратність та травматичність перев'язок і створити комфортні умови для регенерації. Ранові покриття забезпечують високу терапевтичну ефективність при лікуванні опікових ран, володіють антибактеріальною та протизапальною активністю, здатні сорбувати рановий ексудат, стимулюють регенерацію тканин.

**Мета роботи** – підвищити ефективність лікування постраждалих з поверхневими дермальними ураженнями шляхом використання сучасних ранових покриттів.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилось 150 хворих із поверхневими дермальними термічними ураження площі ураження 5–30% поверхні тіла віком 10–64 років, які лікувались у Центрі термічної травми і пластичної хірургії Київської міської клінічної лікарні №2 протягом 2013–2017 рр. В ході лікування був застосований диференційований підхід щодо місцевого консервативного лікування опікових ран.

Основну групу склали 120 хворих, лікування опіків яким проводилося під рановими покриттями у вологому середовищі (гідрогелеві покриття, губчасті поліуретанові, плівкові покриття). Групу порівняння склали 30 хворих, лікування ран яких проводилось традиційним накладанням волого-висихаючих пов'язок або з гіперосмолярними водорозчинними антибактеріальними мазями. Хворі основної групи поділені на 2 підгрупи.

90 хворим з ІТУ до 30 од. рани закривали після ПХО плівковими, гелевими або губчастими покриттями. Під покриттям відбувався аутоліз поверхнього дермального некрозу. Хворим з ІТУ більше 30 од ранові покриття накладалися на рану після надтонкого парціального висічення поверхнього некротичного струпу. Після висічення некротичних тканин рани закривалися губчастими покриттями, які знаходилися на ранах до остаточної епітелізації.

**Результати та обговорення.** При застосуванні ранових покриттів визначено зміни перебігу ранового процесу, зміни запального типу цитограм на запально – регенераторний і регенераторний тип на 7–9 добу після травми в порівнянні з традиційним лікуванням на 13–14 добу. Видалення поверхнього некрозу призвело до зменшення кількості мікробної асоціації у хворих до  $1,1 \pm 0,4$  на 9–11 добу після травми, колонізація ранових поверхонь змінилася не значно до  $3 \times 10^3$  на 1гр. Напроти у хворих групи порівняння в період секвестрації поверхнього некротичного струпу збільшилася кількість мікробних асоціатів до  $2,8 \pm 0,7$ , колонізація ран зросла до  $10^5$  на г/тканини. Мікрофлора опікових ран була представлена коковою флорою при чому ріст мікрофлори визначався у 87% досліджуваних контрольної і 69% хворих групи з покриттями. В період активної епітелізації у хворих основної групи кількість мікробних асоціатів зменшилася до  $1,1 \pm 0,3$  проти  $1,7 \pm 0,4$  хворих групи порівняння. Використання гідрогельових, гідроколоїдних, губчастих, плівкових пов'язок у зв'язку із активною сорбцією ранового виділення дозволяє видаляти дермальний некроз на значній площі. Але після висічення дермального некрозу більш доцільні губчасті покриття або ксеноскіра.

**Висновки.** Ранові покриття, які утримають рану у вологому стані, є ефективним засобом впливу на рановий процес, яким можливо регулювати.

Ведення ран у вологій закритій камері змінює якісний і кількісний склад мікрофлори ран, знижує мікробну забрудненість опікових ран на два порядки. Поверхневі дермальні опіки загоюються під рановими покриттями на  $13,8 \pm 1,5$  доби, проти  $19,2 \pm 2,1$  при традиційному лікуванні.

## Особливості ентерального харчування важкообпечених

О. М. Коваленко, Д. А. Дубинин, Н. Г. Белинская

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Центр термічної травми і пластичної хірургії КМКЛ № 2, м. Київ

**Вступ.** Пацієнти з опіковою травмою, площа ураження яких перевищує 40% поверхні тіла, знаходяться в групі ризику з високими множинними ускладненнями і летальністю. Лікування цих пацієнтів пов'язано зі значними труднощами. Опікова хвороба призводить до глибоких метаболічних порушень із розвитком синдрому гіперметаболічного гіперкатаболізму, внаслідок цього швидко прогресує втрата маси тіла і відбувається виснаження білків та імуносупресія. Існує кореляційний взаємозв'язок між трофічним забезпеченням постраждалих від термічних уражень та їх летальністю: чим вище енергетичний дефіцит, тим частіше спостерігається розвиток тяжкої поліорганної недостатності.

**Мета.** Вивчити вплив раннього ентерального харчування на розвиток ускладнень опікової хвороби.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз лікування 60 хворих (основна група) з площею термічного ураження 40–70% поверхні тіла, госпіталізованих до центру термічних уражень і пластичної хірургії Київської міської клінічної лікарні №2 протягом 2015–2017 рр. Для контролю із архива проаналізовані 30 історій хвороби за 2001 – 2003 р. У 60 хворих основної групи вивчалася динаміка клінічного перебігу опікової хвороби під впливом нутритивної підтримки через гастроінтестинальний зонд. У хворих групи порівняння для декомпресії і харчування був застосован тільки назогастральний зонд.

**Результати та обговорення.** Лікування включало інфузійну терапію із застосуванням формули Паркланда, респираторну підтримку, щоденну бронхоскопію при наявності інгаляційної травми; роботу з ранами, включаючи використання штучних інтерактивних пов'язок; ретельний контроль інфекції, включаючи використання емпіричної антибіотикотерапії та контролю над мультирезистентною *Acinetobacter Baumannii* і ванкоміін резистентним ентерококком, адекватне харчування за допомогою засобів для ентерального харчування. У тяжких, хворих, особливо що знаходяться на штучній вентиляції завжди спостерігаються порушення моторики шлунка і товстого кишківника, тоді як моторика тонкого кишківника страждає набагато менше. Тому в перші 48–96 годин після травми із-за парезу шлунка і значного обсягу застійного вмісту не можливо годувати хворого адекватно, необхідно видаляти застійний вміст шлунку і одночасно проводити зонд в клубову кишку сліпим методом або ендоскопічно для годування. Хворим основної групи при надходженні до реанімаційного відділення було поставлено два ентеральних зонда – назогастральний зонд, для видалення застійного вмісту шлунку. І одночасно було заведено тонкого зонда за звязку Трейця, для проведення ентерального годування сумішами для ентерального харчування. Наявність двох зондів гірше переносяться хворими, і тому можна використовувати двоканальні зонди. Хворим групи порівняння декомпресія шлунку і відмивання проводилася з перших годин після травми, але реальне харчування було розпочато через цей же зонд через  $5,5 \pm 2,1$  доби після травми після відновлення пасажу шлунка. У хворих основної групи і декомпресія шлунка, і реальне харчування розпочато з першої доби, включаючи дієту для імунної системи. У хворих з двома зондами зменшено кількість ускладнень зі сторони шлунково-кишкового тракту в 2 рази. Шлунковокишкові кровотечі спостерігалися у 12% хворих проти 4% хворих групи порівняння. Диспротеїнемія відновлена на  $4 \pm 1,9$  добу

проти  $8 \pm 2,3$  доби у хворих групи порівняння. У хворих основної групи протромбіновий індекс вище на всіх строках дослідження.

## Висновки.

1. Ентеральне харчування слід проводити так рано, як це тільки можливо через назогастральний зонд, якщо немає інших протипоказань.  
2. Починати ентеральне харчування доцільно зі швидкості 30 мл / год. Ранній еюнальний шлях введення поживних сумішей призводить до зменшення кількості шлункових кровотеч, тривалості гіпопротеїнемії, покращення плазмово-коагуляційний потенціалу хворих з тяжкими опіками.

## Хірургічне лікування дермальних опіків

О. М. Коваленко, А. О. Коваленко

Центр термічних уражень і пластичної хірургії КМКЛ № 2,  
Інститут гематології та трансфузіології НАМНУ

**Вступ.** Особливе місце у структурі опікової травми займають дермальні опіки. В Україні щорічно термічні ураження отримують близько 50 тис. осіб. Більша частина із них – дермальні опіки (Козинець)]. Глибокі дермальні опіки які загоюються при консервативному лікуванні в терміни більше 4 тижнів, утворюють в 60% випадків гіпертрофічні рубці і рубцеві деформації в 60%.

Це в свою чергу погіршує якість життя хворих, які перенесли опіки

**Мета роботи** – Покращити результати лікування постраждалих з глибокими дермальними опіками за рахунок оптимізації перебігу ранового процесу, шляхом удосконалення методів хірургічного лікування з використанням сучасних ранових покриттів.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилось 75 хворих із глибокими дермальними термічними ураженнями загальною площею 5–50% поверхні тіла віком 18–65 років, які лікувались у Київському центрі термічної травми і пластичної хірургії протягом 2013–2017 рр.

В залежності від тактики хірургічного лікування глибоких дермальних уражень (використання ранових покриттів різного походження, строків і методів проведення операцій, строків видалення некротичного струпу, способу закриття ран) хворі були поділені на групи: При аналізі результатів лікування враховувалися середні терміни лікування, кількість операцій, кількість наркозов, кількість некретомій та аутодермопластик(АДП), вираженість рубцевих змін в періоді реконвалесценції.

**Результати та обговорення.** Клінічну оцінку глибини опіку порівнювали із значенням параметрів інфрочервоної термометрії та рН метрії опікової ран протягом першої доби (через 16–24 год. після травми).

Хворим основної групи (35 осіб) з глибокими дермальними опіками проводилось раннє хірургічне висічення(РХВ) та поетапні висічення некротичних тканин з закриттям ран утворених після висічення, штучними тимчасовими рановими покриттями на поліуретановій основі (18 хворих), або ксенодермотрансплантатами (17 хворих) з наступною АДП, через 5–7 діб після висічення. Вибір тимчасового ранового покриття у хворих основної групи вирішувався перед- та інтраопераційно в залежності від рН ран. Хворим групи порівняння (30 осіб) виконувалося поетапне висічення некротичних тканин по 3–5% в різні терміни після отримання травми, із одночасною після висічення АДП.

РХВ у хворих основної групи відбувалося на  $3,4 \pm 1,0$  добу після травми. В залежності від загальної площі глибоких опікових ран кількість некретомій становила  $3,3 \pm 1,04$  на одного хворого проти  $4,2 \pm 1,5$  у хворих групи порівняння ( $p \leq 0,05$ ). АДП було виконано на  $8,3 \pm 1,6$  добу після травми. Для повного відновлення шкірного покриву хворим основної групи знадобилося виконати  $3,1 \pm 0,9$  АДП проти  $4,7 \pm 1,9$  у хворих групи порівняння ( $p \leq 0,05$ ). Загальна кількість операцій у хворих групи порівняння склала  $8,6 \pm 2,9$  проти  $6,4 \pm 1,8$  у хворих основної групи ( $p \leq 0,05$ ). Менша кількість операцій пояснюється тим, що при виконанні некретомій у хворих основної групи висікалася одночасно більша площа некротичних тканин.

#### **Висновки.**

1. Відстрокова аутодермопластика у хворих основної групи дозволяє вилучати в ранні строки після травми значну частину некротичних тканин, закриваючи рани тимчасовими покриттями, що сприяє зменшенню інтоксикаційного синдрому. В той же час пересадка АДТ на ранні грануляції (до 7 доби) сприяє відмінному приживленню без втрат аутологічної шкіри і без зайвого рубцеутворювання.

2. Доведено вплив ранових покриттів на зменшення ранових ускладнень при лікуванні дермальних опіків. Розвиток рубцевих деформацій, які би потребували оперативного лікування в перші півроку пвсля травми не спостерігалось. Через рік хороші результати відзначені в 84% спостережень.

## **Хірургічне лікування постраждалих з поширеними механічними дефектами м'яких тканин в опіковому стаціонарі**

**Г. П. Козинець<sup>1</sup>, А. В. Воронін<sup>2</sup>, В. П. Циганков<sup>1</sup>, В. Н. Назаренко<sup>2</sup>,  
Ю. А. Солодкий<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>НМАПО імені П. Л. Шупика,

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 2

**Вступ:** Успіхи в використанні методів комбустіології для відновлення шкіряного покриву у постраждалих з травмами неопікової етіології зумовили збільшення цього контингенту постраждалих які проходять лікування в опікових відділеннях України.

**Мета:** удосконалення методів хірургічного лікування хворих з поширеною механічною травмою м'яких тканин з використанням методів пластичної хірургії.

**Об'єкт дослідження:** проведено аналіз лікування 15 постраждалих з тяжкою та надтяжкою механічною травмою м'яких тканин що знаходились в центрі термічної травми та пластичної хірургії (КМКЛ №2) в 2015–17 рр. Ушкодження отримані внаслідок дорожньо транспортних пригод – 14 постраждалих, вибухова травма – 1 постраждала. У всіх хворих визначалась втрата шкіряного покриву на площі від 3 до 20% поверхні тіла. Відшарування шкірно–підшкірних клаптів на площі від 3 до 12% поверхні тіла, з явищами первинного інфікування та некротичних змін підшкірної клітковини, поверхневої фасції, м'язевих масивів. У 9 хворих травма м'яких тканин поєднувалась із переломами кісток різної локалізації. Хворі потрапляли в опікове відділення в строки від 2 до 14 діб після ураження з травматологічних відділень інших ЛПЗ України.

Місцеве лікування ран виконувалось з використанням сучасних атисептичних препаратів (іодвміщуючих, четвертинно–амонієвих сполук), мазей на водорозчинній основі, кремів з



включенням іонізованого срібла. Для тимчасового закриття поширених дефектів застосовували сучасні синтетичні ранові покриття з дренажними властивостями. Хірургічне лікування полягало в підготовці ран до пластичного відновлення втраченого шкіряного покриву за рахунок ревізії ран, дренивання між'язових та субфасціальних просторів, розкриття ранових «кішень», висічення шкірно-підшкірних клаптів з явищами некробіотичних змін. Остаточне закриття дефектів виконувалось шляхом одного з видів пластичної операції, або їх комбінацій, який визначався площиною дефекту, локалізацією, структурами дна рани. Обсяг втручання визначався згідно принципів «damage control surgery».

Принципи яких дотримувались при лікуванні хворих: первинна стабілізація загального стану постраждалого з використанням методів інтенсивної терапії, виконання тільки екстрених хірургічних втручань направлених на стабілізацію загального стану в шоківому та ранньому післяшовковому періоді (ревізія та дренивання ран, декомпресивні операції). При переломах кісток – зовнішня іммобілізація зони перелому без виконання репозиції та хірургічного втручання на кісткових фрагментах. Висічення відшарованих шкірно-підшкірних сегментів з ознаками інфікування, та некробіотичними змінами підшкірної клітковини, некротично зміненої м'язової тканини. Остаточне відновлення шкіряного покриву за рахунок комплексу оперативних втручань після стабілізації загального стану. До відновлення шкіряного покриву остаточні хірургічні втручання в зонах ураження кісткової тканини не виконувались. Реконструктивно-відновлювані операції через 6–12 місяців після проходження курсів консервативної реабілітації.

Дотримання даної програми лікування хворих з поширеним механічним ураженням м'яких тканин дозволило отримати задовільні функціональні та косметичні результати. Летальних випадків в процесі лікування не було.

**Висновки:** ефективність лікування постраждалих з поширеними механічними дефектами м'яких тканин полягає в:

- дотриманні принципів «damage control surgery» при визначенні обсягів хірургічного втручання;
- виконання комплексу хірургічних втручань направлених на підготовку ран до остаточного пластичного закриття;
- визначенні методу пластичного закриття дефекту згідно з анатомічними структурами дна рани;
- відтермінування репозиції та хірургічного втручання на кісткових фрагментах до відновлення шкіряного покриву.

## Інтервенційна ультрасонографія у діагностиці та лікуванні гнійних процесів м'яких тканин

Ю. Ф. Кушта, Р. В. Яремкевич, М. Г. Журавель

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На сьогодні в Україні утримується стійкий рівень захворюваності на гнійні процеси м'яких тканин. Це зумовлено багатьма етіологічними чинниками, до яких слід віднести інфікування при механічних пошкодженнях м'яких тканин організму, недотримання гігієнічних заходів населенням країни, значним відсотком хворих на цукровий діабет.

Метою нашого дослідження є визначення особливостей застосування ультрасонографії (УСГ) у діагностиці та ефективному лікуванні нагнійних захворювань м'яких тканин:

абсцесу, флегмони, гідраденіту, лімфаденіту, підшкірного та сіднично – прямокишкового парапроктиту, маститу, фурункула, флегмонозної форми бешихи, панарицію.

Об'єктом дослідження були 78 пацієнтів, які лікувалися у клініці загальної хірургії за трьохрічний період (2015 – 2017 роки). Вік хворих становив від 18 до 92. Осіб жіночої статі було 43 (55%), відповідно осіб чоловічої статі – 35 (45%). У роботі був використаний аналітичний метод дослідження. Для реалізації завдання був застосований апарат УЗД з поверхневим конвексним датчиком 5 мГц, з доплер функцією.

При звертанні вищевказаних пацієнтів у клініку їм виконувалася ультразвукографія у місці патологічного вогнища. Гнійний процес був представлений анехогенною або гіпоехогенною структурою. У випадках, коли гній був дуже концентрованим, відповідно, його ехогенність вважалась вищою. При наявності у зоні ураження гнійного детриту рідинний вміст візуалізувався неоднорідним. При абсцесах, гідраденітах, лімфаденітах, маститах чіткіше виявляється контур скупчення гною, оскільки ці патологічні процеси оточені піогенною капсулою. Метод ультразвукографії ми використовуємо і для диференційної діагностики. У випадках, якщо рідина (гній) не візуалізується, патологічний стан вважається як запальний інфільтрат. Іншим прикладом є диференційна діагностика гнійних захворювань з анаеробними процесами. При анаеробних неклостридіальних флегмонах візуалізується газ чи некротично змінені тканини. Дані структури гіперехогенні. Їм притаманний нечіткий, деколи розмитий контур.

У випадках невеликих гнійних скупчень достатньо виконати їх пункцію з евакуацією субстрату під контролем УСГ. При виявленні більших за розмірами гнійних виділень проводиться їх пункційне дренивання з подальшою евакуацією гною. Цих заходів достатньо для остаточного виздоровлення хворих. При наявності великих гнійних скупчень з можливими «запливами» у сусідні тканини та органи під контролем УЗД намічаємо межі розрізу чи розрізів з його (їх) маркуванням. Цей захід забезпечує евакуацію максимальної кількості гною під час операції. У ситуаціях, коли гнійне вогнище є досить великим, також проводиться під контролем УСГ пункція з дрениванням субстрату для декомпресії, а наступного дня – операція розкриття гнійника з повноцінною ревізією ураженої зони.

Завдяки методу УСГ можна вирішити наступні запитання: оперувати чи не оперувати пацієнта, використати пункційне дренивання як остаточний метод лікування, визначити зону оптимального розрізу чи розрізів у місці патологічного вогнища. Вищеназвані заходи забезпечують скорочення термінів лікування даної категорії пацієнтів на  $1 \pm 0,5$  доби.

## Передопераційне тестування сумісності ортопедичних імплантатів за допомогою атомно–силової мікроскопії

**О. М. Лазаренко, Г. О. Лазаренко, І. В. Бойко, В. Б. Зафт, Т. А. Алексєєва,  
П. М. Литвин**

**Науково–практичний центр профілактичної та клінічної медицини, м. Київ,  
Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України, м. Київ,  
Інститут фізики напівпровідників ім. В.Є. Лашкарьова НАН України, м. Київ**

**Вступ.** Арсенал ортопедів–травматологів складається з різноманітних імплантатів (металокопункції, протези та інші). На жаль, кожен з імплантатів за своєї природи є чужорідним для організму. Реакція відторгнення або прояв гіперчутливості на матеріал

імплантату може спостерігатися у 6 – 30% прооперованих. Однією з причин ускладнень є негативна реакція тканини на імплантати. Реакція відторгнення організмом екзогенних матеріалів (імплантатів) проявляється, як локальне асептичне запалення, що може призвести до втрати їх функціональних властивостей. Різноманітність реакції тканин реципієнта на стороннє тіло залежить від обох гілок його імунітету, а особливе значення в них має первинна абсорбція імуноглобулінів класу G (IgG) та реакція клітин організму на поверхню імплантатів.

**Мета дослідження:** встановити можливість застосування атомно-силового мікроскопу (АСМ) для передбачення реакції організму на різноманітні ортопедичні імплантати.

**Об'єкт та методи дослідження.** Існує ряд методів для досліджень внутрішніх та міжмолекулярних сил. Найбільш ефективними інструментами для таких досліджень є АСМ. В клінічні випробування були включені пацієнти, яким було показано встановлення імплантатів згідно протоколів лікування.

Перед операцію у хворих набирали 5 мл венозної крові, з сироватки якої за стандартною методикою виділялися сумарні IgG. Після очищення та розведення до відповідної концентрації, 2 мкг/мл., IgG наносили на зонд АСМ. Детальна технологія описана в методичній рекомендації «Клінічне застосування тестування хірургічних імплантатів на біосумісність з організмом реципієнта» 210.14/77.15. Зондами із нанесеними IgG пацієнта проводили тестування на сумісність матеріалу імплантату з організмом хворого. Значення сили утримання зонду з IgG реципієнта поверхнею імплантату вважали за оцінку сумісності матеріалу з організмом пацієнта. Чим більше було значення сили утримання поверхнею зонду з IgG тим імовірнішим був розвиток реакції відторгнення імплантату організмом.

**Результати.** Результати тестування вказали, що сила утримання IgG поверхнею металевого елемента протезу (титан) значно перевищують силу без IgG (32–56 нН проти 5–8 нН відповідно). Показники серологічних досліджень вказують на наявність напруження імунної системи організму після встановлення імплантату. Згідно клінічним спостереженням у віддаленому періоді у 8 з 11 (73%) пацієнтів, у яких значення сили утримання зонду поверхнею було у межах 40–56 нН, через три місяці виникли скарги на біль в області встановлення імплантату.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать, що у пацієнтів після імплантації, визначається напруженість імунної системи, яка постійно підтримується наявністю імплантату, і специфічність імуноглобулінів до матеріалу протезу зостається дуже високою;

Високе значення сили утримання зонду з IgG поверхнею імплантату за АСМ-тестування у всіх випадках співпадало з клінічними спостереженнями – у реципієнтів розвилось локальне асептичне запалення у місці встановлення імплантату.

## Симультанні операції у хворих з естетичними деформаціями передньої черевної стінки

В. М. Лазько

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
Волинська філія кафедри хірургії і ендоскопії ФПДО, Луцька ЦРЛ

**Вступ.** Хірургічне лікування естетичних вад передньої черевної стінки (ПЧС) є пріоритетом пластичних хірургів. Нерідко серед пацієнтів з патологією черевної стінки виявляють інші (супутні) хвороби, які також потребують хірургічного втручання. Бажання

пацієнта позбутись обох захворювань одночасно може не співпадати з можливостями лікаря. Адже виконання симультанних оперативних втручань у хворих з естетичними деформаціями ПЧС та супутніми захворюваннями органів черевної порожнини вимагають від оперуючого хірурга, розширення діапазону практичних навиків та достатньо глибоких знань в розділах як абдомінальної, так і пластичної хірургії.

**Мета.** Проаналізувати результати оперативного лікування хворих із естетичними деформаціями ПЧС та супутньою абдомінальною хірургічною патологією для визначення критеріїв, які допомагають у відборі пацієнтів для виконання симультанних операцій.

**Матеріали і методи.** З 2010 до 2017 року в загальнохірургічному відділенні пролікували 38 хворих із естетичними деформаціями ПЧС та супутніми абдомінальними хірургічними захворюваннями. Всі пацієнти були жіночої статі. Середній вік становив 42,7 року (від 25 до 64 років).

За типом деформації ПЧС 2 хворих були віднесені до I типу, 5 – до II, 16 – до III, 6 – до IV і решта 9 – до V (С. П. Галич і співав., 2013).

Серед пацієнтів цієї групи супутня хірургічна патологія була представлена різними вентральними грижами (у 34 хворих було 36 гриж), хронічним калькульозним холециститом (4 хворих), ендометріюїдною пухлиною черевної стінки, кістою яйника, рубцевим стенозом тонкої кишки (по 1 випадку). В однієї пацієнтки, за її бажанням, була виконана лапароскопічна стерилізація.

Рубцеві вентральні грижі діагностували у 21 пацієнтки, у 6 з них грижі були рецидивними. Пупкові грижі були виявлені у 7, грижі білої лінії – у 2, діастаз прямих м'язів живота – у 6 пацієнток. У 2 хворих виявили по дві грижі одночасно. За розмірами: 8 грижових дефектів були малого і середнього діаметра ( $W_1$ ), 18 – великого ( $W_2$ ) та 4 – гігантського ( $W_3$ ). У 32 хворих із естетичними деформаціями ПЧС було діагностовано одну супутню абдомінальну патологію, у 5 хворих – 2 і у однієї пацієнтки – 3.

Різні ступені надлишкової ваги констатували у 34 (89,4%) пацієнток. Гіпертонічну хворобу виявили у 26 (68,4%) хворих, ішемічну хворобу серця – у 16 (42,1%), цукровий діабет – у 6 (15,8%).

**Результати і обговорення.** У пацієнтів із гігантськими вентральними грижами проводили доопераційну медикаментозну підготовку та бандажування черевної стінки. За показами хворим виконували стандартну профілактику тромбоемболічних ускладнень з використанням низькомолекулярних гепаринів. Після повноцінного лабораторно-інструментального обстеження пацієнтів та огляду їх терапевтом (кардіологом, ендокринологом) виконували операції під загальним знеболенням. Всі оперативні втручання проводила одна хірургічна бригада.

Першими виконували абдомінальні операції. За показаннями перевагу надавали відеолапароскопічним втручанням: холецистектомію виконали у 4 хворих, цистектомію та стерилізацію – у двох пацієнток. Для лікування вентральних гриж у 27 хворих застосували алогерніопластику, переважно за методом *sublay*. У 3 хворих із малими грижовими воротами використали аутопластику. Усунення діастазу прямих м'язів живота виконували методом зшивання обох піхов безперервним швом (плікацією), що одночасно було корекцією естетичної вади ПЧС у вигляді абдомінопластики. У 4 хворих із гігантськими грижами для зменшення внутрішньоабдомінального тиску провели часткову резекцію великого чепця.

Після виконання абдомінальних операцій приступали до корекції естетичних деформацій ПЧС. Ліподермектомію виконали у 37 (97,3%) пацієнток, у однієї, з діастазом м'язів, застосували лише вертикальну абдомінопластику. Одну пластичну операцію

– ліподерматопластику – виконали у 26 хворих, у 11 її доповнили ще й другою операцією: абдомінопластикою (у 7 хворих) та ліпосакцією (у 4 хворих). Транспозицію пупка застосували у 6 хворих.

Серед ускладнень, які виникли після абдомінальних операцій, були сероми в зонах сітчастих експлантів (у 4 хворих). Ускладнення ліквідувати за допомогою пункцій. Зі сторони пластичних операцій спостерігались такі ускладнення, як крайовий некроз шкіри (у 3 хворих) та частковий некроз пупкової лійки після її транспозиції (у 1 хворої), сероми і гематоми рани (по 2 випадки). Середній термін лікування становив 12,9 дня. Всі хворі видужали.

## Висновки

1. Виконання симультанних операцій у хворих із естетичними деформаціями ПЧС та супутньою хірургічною абдомінальною патологією можливе при чіткому відборі пацієнтів після повноцінного обстеження та наявності підготовлених кваліфікованих спеціалістів із академічними знаннями та практичними навиками як в абдомінальній, так і в пластичній хірургії.

2. Застосування симультанних операцій такого типу знижує загальний психоемоційний стрес, що виникає у хворих перед операцією, скорочує період реабілітації та знижує загальні фінансові витрати, що, відповідно, економічно вигідно як медичній установі, так і пацієнту.

## Лікування гнійно–некротичних захворювань кисті

О. В. Лігоненко, А. Б. Зубаха, І. О. Чорна, І. А. Шумейко,  
О. В. Стороженко. І. І. Дігтяр

Українська медична стоматологічна академія

**Вступ.** Лікування гнійно–некротичних захворювань кисті залишається актуальною проблемою хірургії.

При несвоєчасному та неповноцінному лікуванні даних захворювань значно збільшуються терміни непрацездатності, косметичні дефекти, а іноді й стійкі порушення функції кисті.

Труднощі лікування даної патології пов'язані головним чином з необґрунтовано тривалим консервативним лікуванням і недостатньо радикальним первинним хірургічним втручанням.

**Мета дослідження:** покращити лікування гнійно–некротичних захворювань кисті, шляхом використання розробленого комплексу оперативного та післяопераційного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Представлені результати лікування гнійно–некротичних захворювань кисті у 24 хворих. Більшість хворих надходили після тривалого періоду амбулаторного лікування та неодноразових оперативних втручань.

Хворі були обстежені клінічно та інструментально. Всі хворі піддавалися оперативному втручанням. Хірургічну обробку гнійних вогнищ виконували наступним чином: гнійний осередок розкривали скальпелем по найкоротшому шляху з урахуванням анатомо–фізіологічних особливостей ураженої області, при цьому висікали некротично змінені тканини. Після евакуації детриту рану ретельно промивали розчинами антисептиків з наступним її дрениванням. Кисть і передпліччя фіксували гіпсовою лонгетою.

В післяопераційному періоді був застосований наступний комплекс лікувальних заходів: місцева антеградна нодулолімфатична антибіотикотерапія з урахуванням чутливості ранової мікрофлори, лазеротерапія апаратом «Алок» – місцево після промивання і осушення ранової порожнини та порошок і гель «Тірозур», механізм дії якого полягав у швидкому очищенні рани, зняття болю і набряку і прискоренні процесів регенерації. З 5–6 дня після операції для попередження рубцевих зрощень і контрактур застосовували лікувальну фізкультуру.

**Результати та їх обговорення.** Розроблений комплекс лікування сприяє більш сприятливому перебігу післяопераційного періоду. Середня тривалість лікування в стаціонарі при флегмоні гіпотенара склала  $7 \pm 1,2$  діб, при комісуральній флегмоні –  $8,2 \pm 2,1$  доби, флегмоні тилу кисті –  $9,1 \pm 1,7$  доби, надапоневротичній флегмоні –  $9,6 \pm 1,4$  діб, флегмоні тенора –  $11,4 \pm 2,1$  діб, підапоневротичній флегмоні –  $12,2 \pm 2,3$  діб, кістково–суглобовому панариції –  $18,2 \pm 2,2$  діб, пандактиліті –  $16,3 \pm 1,6$  доби.

Існуючі методи і комплекси лікування гнійно–запальних захворювань кисті, що супроводжуються розвитком ендогенної інтоксикації, не в повній мірі відповідають сучасним вимогам. Пропонований комплекс лікування з місцевим застосуванням лазеротерапії, антеградної нодулолімфатичної антибіотикотерапії, а також місцевого застосування порошку і гелю «Тірозур» сприяє більш сприятливому перебігу післяопераційного періоду, скорочення термінів стаціонарного лікування на  $3,1 \pm 0,7$  доби.

## Об'ємна асиметрія молочних залоз у молодих жінок, що не страждають ожирінням

В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, М. І. Слюсарев<sup>2</sup>, І. Ю. Слюсарев<sup>2</sup>, Л. Ю. Маркулан<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ,

<sup>2</sup>Медичний центр ТОВ «Клініка пластичної косметичної хірургії», Полтава

Асиметрія молочної залози (МЗ) визначається як чітка різниця між зовнішнім виглядом правої та лівої грудей жінок. Планування операції з приводу асиметрії МЗ, в тому числі об'ємної асиметрії (ОА) МЗ, оцінка її ефективності стикається з проблемою відсутності об'єктивних критеріїв межі норми.

**Мета роботи** дослідити варіабільність ОАМЗ та визначити її популяційну норму у жінок дітородного віку, що не страждають ожирінням.

**Матеріали та методи.** В дослідження увійшло 200 жінок, які проходили плановий огляд МЗ в Полтавському онкологічному диспансері в період з 2015 р. по 2016 р. з середнім віком  $28,4 \pm 0,3$  роки (від 18 років до 35 років), індексом маси тіла –  $23,6 \pm 0,1$  кг/м кв. (від  $19,0$  кг/м кв. до  $29,7$  кг/м кв.). Лактація в анамнезі була у 133 (66,5%).

Об'єм МЗ визначали авторським методом. Об'єм правої і лівої МЗ у жінки вимірювали почергово тричі з подальшим визначенням середнього об'єму кожної МЗ

Для оцінки ОАМЗ розраховували відносну об'ємну асиметрію МЗ (ВОАМЗ), тобто, на який відсоток відрізнявся об'єм більшої МЗ від меншої.

Отримані дані оцінювалися з використанням дискриптивної статистики, кореляційного та лінійного регресійного аналізів з використанням програми IBM SPSS Statistics 22.

**Результати.** ОАМЗ спостерігалась у 99,0%, Абсолютна різниця в об'ємах правої і лівої МЗ складала в середньому  $39,1 \pm 1,6$  мл (від 0 мл до 108 мл) та сильно корелювала із масою МЗ,  $r=0,807$ . Згідно регресійного аналізу абсолютної асиметрії МЗ залежала від їх об'єму,  $R^2=0,661$ .

Середнє значення показника ВОАМЗ складало  $13,3 \pm 0,4\%$  (від 0% до 30,0%), стандартне відхилення (SD) 6,1%. Середнє значення ВОАМЗ складало в середньому  $13,3 \pm 0,4\%$ , (SD=6,1%), з нормальним розподілом показників і не залежало від середньої маси МЗ ( $R^2=0,024$ ).

Згідно закону нормального розподілу ймовірностей випадкової величини Гауса 68% очікуваних майбутніх значень ВОАМЗ потрапляють в межі одного SD від середнього значення (тобто можна очікувати, що 68% жінок будуть мати ВОАМЗ в межах від 7,2% до 19,3%). У 95% очікувані значення ВОАМЗ будуть знаходитися в межах двох SD (від 1,1% до 25,4%). У 5% жінок, тобто з ймовірністю менше 0,05 значення ВОАМЗ будуть перевищувати 25,4%. Це означає, що значення ВОАМЗ більші за 25,4% є відхилення від норми коливань показника а інтервал від 19,3% до 25,4% можна розглядати, як інтервал верхньої межі норми.

## **Висновок.**

1. У жінок у віці від 18 років до 35 років, які не страждають ожирінням ОАМЗ спостерігається у 99,0%, абсолютна різниця в об'ємах правої і лівої МЗ складає в середньому  $39,1 \pm 1,6$  мл ( $M \pm m$ ) та залежить від середньої маси МЗ ( $R^2=0,661$ ). Середнє значення ВОАМЗ складає в середньому  $13,3 \pm 0,4\%$ , (SD=6,1%), з нормальним розподілом показників і не залежить від середньої маси МЗ ( $R^2=0,024$ ). (SD) 6,1%.

2. Згідно закону нормального розподілу Гауса у 95% випадків очікувані значення ВОАМЗ мають межі двох SD (від 1,1% до 25,4%), які можна вважати такими, що відповідають популяційній нормі у даної категорії жінок.

## **Алгоритм надання допомоги потерпілим від струму високої напруги на залізничному транспорті**

**В. І. Нагайчук, В. О. Зеленько, А. М. Поворозник, Р. М. Чернопищук,  
М. Б. Присяжнюк, І. С. Гірник**

**Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,  
Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова**

Відомо, що ураження електричною дугою на даху залізничних вагонів відносяться до зверх критичних опіків, які характеризуються вкрай тяжким перебігом опікової хвороби, тривалим лікуванням, високою інвалідністю та летальністю. Електротравми на даху вагонів пов'язані з виробничим та побутовим травматизмом, як наслідок халатного відношення до техніки безпеки. Причин побутового травматизму декілька: «зацепери», «руфери», крадії. «Зацепери» – підлітки, які заради екстремальних розваг, мандрують на дахах залізничних вагонів. «Руфінг» – ним займаються також підлітки, які залазять на висотні об'єкти, в тому числі і на дахи залізничних вагонів, виконують різні трюки заради красивої фотографії. Ну, і зрозуміло, чому на дахах вагонів з'являються крадії.

Опіки на дахах вагонів від електричного струму та дуги напругою 27000 В спричиняють смертність від 30 до 50% за різними авторами [Koller J., 1991].

**Мета роботи.** Підвищити ефективність лікування хворих з опіками після високовольтних травм.

**Матеріали і методи дослідження.** За останні 10 років у відділенні лікувалось 11 хворих чоловічої статі, які отримали високовольтні травми на даху залізничних вагонів від 50 до 90% поверхні тіла. Серед них дорослих 6, дітей 5. У 1 хворого травма виробнича, 2

хворих були «зацеперами», 3 хворих хотіли зробити «селфі» і у 5 хворих причину травми, яку вони отримали між 1–3 годинами ночі встановити не вдалось.

Був розроблений та розповсюджений по районах області алгоритм надання допомоги хворим з опіками після високовольтних травм: провести штучну вентиляцію легенів, непрямий масаж серця (за показаннями); провести електричну дефібриляцію серця, інтубацію трахеї чи трахеостомію (за показаннями); провести нейтралізацію травмуючого екзогенного чинника ураження; накласти волого–висихаючі пов'язки на уражені ділянки тіла з антисептиком; ввести внутрішньом'язово анальгін 50% – 2,0; димедрол 1% – 2,0; сибазон 0,5% – 2,0 (за показаннями); транспортувати хворого в медичний заклад; продовжити нейтралізацію травмуючого ендogenous чинника ураження; виконати катетеризацію центральних чи периферичних вен; провести якісну інфузійну та медикаментозну терапію; виконати ранню хірургічну некректомію із закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами, при необхідності провести хірургічну ревізію ушкоджених м'язових масивів; лікування післяопераційних ран проводити в умовах вологої камери з використанням струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел живлення; баротерапія (за показаннями); магнітотерапія та ін.; постійний моніторинг серцево–судинної, дихальної, центральної нервової систем, функції нирок, показників крові та сечі.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Усім хворим на 2–3 добу після травми проводилось раннє хірургічне лікування, яке полягало у видаленні некротичних тканин електричним дерматомом до кров'яної роси. Поверхневі рани закривали ксенодермоімплантатами. На глибокі рани накладали волого–висихаючі пов'язки з бетадином, проводили їх біогальванізацію в умовах вологої камери під полівінілхлоридними плівками та готували до пересадки шкіри. Гранулюючі рани поетапно закривали вільними сітчастими аутодермотрансплантатами. 10 хворих виписані по одужанню, 1 хворий – помер. Середній термін лікування склав 75 діб.

**Висновки.** Швидка нейтралізація травмуючої дії екзо–, ендogenous чинників ураження, рання хірургічна некректомія із закриттям післяопераційних ран ксенодермоімплантатами, лікування хворих в умовах вологої камери з використанням струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел дозволяє зберегти життя тій категорії хворих, яка раніше не виживала.

## Комбинированное лечение нарушений дифференцировки наружных половых органов у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников

И. А. Назаренко, Н. Л. Погадаева

г. Киев

Лечение нарушений дифференцировки наружных половых органов у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников является сложной, многоэтапной и не до конца решенной проблемой.

Международные и украинские нормативные документы по поводу тактики и этапности лечения врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) у детей с картиотипом 46 XX, принятые в 2006, 2008 и 2010 гг., имеют рекомендательный характер.

Первой этап лечения детей по поводу ВДКН состоял в достижении стабильности гормонального статуса организма путем медикаментозной коррекции в эндокрино-



логическом отделении центра «ОХМАДЕТ» Второй этап – хирургическое лечение, при наличии выраженной маскулинизации наружных гениталий у девочек, проводился в период после двух лет, когда выполнение клиторопластики и интроитуспластики менее затруднительно. Третий этап – формирование неовлагалища мы считаем целесообразным проводить в позднем пубертатном периоде, что связано с гормональным созреванием и особенностями реабилитации.

Основной проблемой при выполнении первого хирургического этапа: резекции кавернозных тел и при необходимости уретры, с клиторопластикой и при необходимости уретеростомией, лабиопластикой является сохранение артерий, вен и нервов питающих и иннервирующих головку псевдопениса – гипертрофированного клитора. Без сохранения сосудисто–нервных связей головка–неоклитор неизбежно некротизируется и одна из самых важных сенситивных зон будет отсутствовать. Выполнение операций на таких тонких структурах требует определенного обеспечения и навыков. В центре микро-сосудистой и пластической хирургии к настоящему времени было выполнено 8 таких операций. Три последних операции были выполнены по нестандартной оригинальной методике. Особенность технического выполнения заключалась в технике выделения сосудисто–нервных пучков и использовании перемещенных кожных лоскутов. Осложнений не было. Ближайшие и отдаленные (через 4 года) результаты проведенного комбинированного лечения расценили как хорошие.

## Динаміка цитологічної картини ранового процесу у пацієнтів з хронічними ранами при застосуванні PRP–терапії

Я. В.Рибалка, С. В.Малик

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Лікування ран є однією з найдавніших хірургічних проблем, яка дотепер не втратила своєї актуальності. При лікуванні ран часто хірурги мають справу з дефектами покривних тканин, для яких властиві ознаки хронічного запалення, висока бактеріальна контамінація, а також переважають дегенеративних процесів над регенеративними, що значно ускладнює найближчі та віддалені результати.

Наведені в літературі експериментальні та клінічні дані свідчать про позитивний вплив аутологічної плазми, збагаченої тромбоцитами (АПЗТ, PRP) у стимуляції ангіогенезу тканин та ранозагоєння, що дозволяє припустити ефективність застосування методики PRP у пацієнтів з хронічними ранами (ХР).

Метою роботи було покращення результатів лікування хронічних ран шляхом впливу на регенераторні процеси за допомогою застосування в комплексі лікувальних заходів PRP–терапії.

В період з 2011 по 2017 рік на базі хірургічного відділення 1 МКЛ м. Полтави проведено комплексне обстеження і лікування за допомогою запропонованої та обґрунтованої методики 99 хворим з ХР. Дана група складала основну (I група), яка додатково до комплексного лікування ХР отримували місцеве лікування плазмою збагаченою тромбоцитами (PRP). Групу порівняння (II група) склали 101 пацієнт з ХР, що лікувалися за традиційними підходами.

Групи були ідентичні по кількості хворих з трофічними виразками при хронічній артеріальній недостатності, з трофічними виразками при хронічній венозній недостатності, ХР іншої етіології.

Хворим основної групи застосовували АПЗТ у вигляді щоденних підшкірних та внутрішньошкірних ін'єкцій та аплікацій, яку отримували методикою J.Chukrun шляхом центрифугування. Утворену плазму набирали в два інсулінових шприца по 1 мл кожен і вводили по периферії рани (близько 20 ін'єкцій по 0,1 мл). Частину плазми, що залишилася, у вигляді аплікації прикладали на рановий дефект і закривали сухою серветкою на 24 год.

Цитологічна картина ранового процесу визначалася з виділенням 6 типів цитологічної картини мазків-відбитків за Штейнбергом. Дослідження виконувалось на 4 та 10 добу після початку лікувальних заходів.

Аналіз результатів досліджень показав, що на 4 добу IV тип цитограми превалював у пацієнтів I (основної) групи, а отже і відносна «готовність» до подальшого пластичного закриття ранового дефекту, що виявлено всього у 3 (3,03%) пацієнтів. У II групі це був 1 (0,99%) пацієнт. Різниця статистично достовірна, що свідчить про позитивний вплив PRP-терапії на перебіг ранового процесу.

На 10-ту добу ранового процесу спостерігалось статистично значуще зміщення цитологічної картини у підгрупах, що отримували PRP-терапію, в бік регенераторних типів, IV, V, VI типу цитограми, а отже відмічалася відносна «готовність» до подальшого пластичного закриття ранового дефекту, що підтверджує позитивний терапевтичний вплив PRP-терапії на перебіг ранового процесу у пацієнтів з ХР.

Таким чином, використання PRP-терапії в комплексі лікування хронічних ран є клінічно ефективним, що підтверджується даними динамічного цитологічного дослідження. Метод дозволяє прискорити процеси репарації ран, підготувати рану до пластичних відновних втручань. Отримані дані дозволяють рекомендувати застосування PRP-терапії в якості додаткового засобу лікування пацієнтів з ХР.

## Ефективність інтрамаргинального иссечения обширных послеожоговых рубцов лица и шеи

Г. Е. Самойленко, О. В. Андреев, Г. Г. Касрашвили

Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск

**Введение:** Хирургическое иссечение небольших гипертрофических или келоидных рубцов в косметически неблагоприятных зонах головы и шеи, может привести к удовлетворительному эстетическому результату, особенно при адекватном консервативном пред- и послеоперационном лечении. Однако, довольно часто возникают ситуации, когда радикальное удаление рубцового поля ввиду своей площади поражения или особой анатомической локализации чревато возникновением вторичного тканевого дефекта, прогрессированием рубцевания или нарушением функции. Зачастую устранение таких рубцов требует использования для восстановления микрохирургической пересадки комплексов тканей или этапной дерматензии, что требует дорогостоящего оборудования, материалов и не всегда доступно пациенту.

**Цель работы:** Оценка эффективности интрамаргинального иссечения патологических послеожоговых рубцов лица и шеи.

**Материал и методы:** Нами обследованы 9 больных, у которых в результате перенесенного ожога сформировались грубые обширные, рубцовые, деформации. У 6 в области нижней трети лица и шеи. У 3 в области рукоятки грудины. Пациенты с обширными

рубцовими деформаціями в залежності від об'єму здорових донорських ресурсів тканин, угрози наявності натяження або деформації природних тканин, які призведуть до косметических або функціональних порушень після зашивання країв рани, в результаті висічення рубця, були поділені на групи з натяженням і без нього. 1-ю групу склали больні, пролічені частинним висіченням патологічних рубців, деяким з яких ексцизія проводилася в декілька етапів. В 2-ю групу включили пацієнтів, яким ввиду неможливості висічення без косметическої деформації проводили тільки розсічення і перерозподілення рубцової тканини з висіченням тільки базальних відділів тканини рубця. Середня тривалість від моменту опікової травми до операції була  $8,71 \pm 3,86$  місяців в 1-ій групі і  $11,89 \pm 6,31$  місяців в 2-ій групі. Тривалість спостереження після операції була  $15,25 \pm 4,18$  місяців в 1 групі і  $12,16 \pm 4,74$  місяців в 2-ій групі. Якщо в першу групу ввійшли больні як з гіпертрофічними так і келоїдними рубцями, то другу переважно склали пацієнти з келоїдним процесом.

Для верифікації типу рубця, визначення його глибини і зв'язі з підлеглими анатоміческими структурами, а також для динамічного спостереження патологіческого рубцевання тканин нами виконано ультразвукове дослідження рубців всіма пацієнтами. Дослідження також проводили спущі 1 місяць і 6 місяців після зняття швів.

**Результати і їх обговорення:** Всі операції виконувалися під загальною анестезією. Інтрамаргінальне висічення проводили в межах гіпертрофіческого рубця з залишенням країв не менше 2–6 мм. В усіх випадках повністю видалялася з'єднательна тканина в пограничній до здорових тканин зоні основи гіпертрофіческого рубця іноді разом з рубцово-зміненою власною і м'язовою фасцією. Всі операційні рани і сформовані з рубцової тканини лоскути зажили без некротических ускладнень. Ні один з пацієнтів не отримав післяопераційного ін'єкційного введення кортикостероїдів, але всім використовувалися силіконові гелі або покриття в термін 3–5 місяців після операції. Нами відмічено, що частинне висічення показало значно більшу ефективність, ніж розсічення і перерозподілення тканин рубця. У семерих пацієнтів (всіх в 1-ій групі і у одного в 2-ій) вже через 1–6 місяців після операції спостережали зменшення висоти, зміну щільності і кольору рубця. У всіх больних з келоїдом зникнув свербіж. Надійність різниці частоти рецидивів в групах ( $p = 0,011$ ).

**Висновки** Інтрамаргінальне висічення – ефективний прийом лікування обширних патологіческих післяопікових рубців обличчя і шиї.

## Об'єктивна інтраопераційна оцінка об'єму висічення некроза при проведенні ранньої некректомії у обожжених

Г. Е. Самойленко, А. І. Колесник

Донецький національний медичний університет, г. Краматорськ

В Україні від опіків щорічно страждає близько півмільйона осіб. Для лікування таких пацієнтів необхідно визначити площу опіку. І в кожному четвертому випадку [1] розрахунки призводять до значущих помилок, особливо у обожжених дітей. Помилки в розрахунку площі опікової поверхні більш ніж на 4% ведуть до погіршення стану пацієнта впродовж до несприятливого перебігу опікової хвороби.

Кроме того, при проведении раннего оперативного иссечения ожогов необходимо представлять объем иссекаемых тканей, ориентируясь на площадь раневой поверхности, чтобы не превысить шокогенный порог из-за травматичности манипуляции, а также иметь представление о площади необходимых покрытий для временного закрытия или аутокожи, что затруднительно при иссечении пограничных анатомических регионов (шеи, подмышечной области, суставных поверхностей).

**Цель** усовершенствование контроля при проведении местного лечения обожженных за счет использования вспомогательного мобильного приложения для быстрого, удобного и точного до- и интраоперационного определения площади ожога и иссеченных ожоговых ран.

**Материал и методы** Для неотложной и динамической оценки площади иссечения некроза в условиях операционной при проведении ранней некрэктомии или дермабразии нами у 30 больных использовано приложение для мобильного телефона. Проведено сопоставление площади иссеченной раны с измерением интраоперационной кровопотери, проведенной гравиметрическим способом.

**Результаты и их обсуждение.** Приложение для вычисления площади ожога должно соответствовать следующим требованиям: иметь минимальную погрешность; быть легким в использовании и не требовать специальной подготовки пользователя; может быть использован в машинах скорой помощи; давать возможность быстрого получения необходимой информации для оказания квалифицированной помощи. Такое приложение может использоваться врачами в медицинских учреждениях и на скорой помощи для унификации оценки тяжести поражения и уточнения объема оказания помощи.

Мы обратили внимание на простое приложение для мобильного телефона Lesion Meter. При фиксации ожога или иссеченной в операционной ожоговой раны на модели используем камеру смартфона или планшета. От врача требуется осмотреть пострадавшего и сделать снимок вместе с проецированной возле раны кредитной карточкой, которая является эталоном расчета размера на плоскости.

Фотографию можно повернуть, приблизить, подвинуть и т.д. Реализован способ выделения ожога: "рисование" на модели. Выделенный контур анализируется программой и выдается в виде цифрового параметра площади соответствующей области в единицах СИ (см<sup>2</sup>).

Точные измерения площади ожоговых ран, позволили осуществить контроль не только местного лечения обожженных, но оценить риски и оптимизировать ведение их в до- и послеоперационном периоде. В частности при проведении ранней некрэктомии определили кровопотерю с 1 см<sup>2</sup> раны. И сравнили результаты измерений при применении различных методов гемостаза. Средняя величина кровопотери составила при классической некрэктомии скальпелем (контрольная группа) (0,92±0,03) мл/см<sup>2</sup>, в первой основной группе Оа – (0,3±0,06) мл/см<sup>2</sup>, Об – (0,21±0,03) мл/см.

Интерфейс программы имеет модуль базы данных, который может хранить записи пациентов (ФИО, история болезни, дата травмы и т.п.) и документировать в динамике для последующей статистической оценки и контроля динамики раны в процессе лечения. Программа позволяет вести множество больных в одном приложении. Это является важной особенностью, так как ожоговые травмы требуют длительного лечения и наблюдения.

## Вибір методу корекції зовнішнього носа при повторних ринопластиках

Є. В. Симулик

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Мета роботи** – досягнення хорошого естетичного та функціонального результату при повторних корекціях зовнішнього носа.

**Матеріали та методи.** В дослідження увійшло 24 пацієнти з деформаціями зовнішнього носа та порушенням носового дихання після попередніх ринопластик. Причиною даних ускладнень були технічні та тактичні помилки при виконанні оперативних втручань, а також індивідуальні особливості протікання післяопераційного періоду. Основними недоліками були наявність депресій та чересзірного підвищення контуру носа в боковій проекції, сагітальні девіації та несиметричність бокових скатів носа, що вело за собою порушення функції внутрішнього та зовнішнього носових клапанів. З метою корекції даних ускладнень повторні оперативні втручання проводилися в більшості випадків у виді відкритої ринопластики. При необхідності використовувалися хрящові трансплантати носової переділки, вушного або реберного хряща.

**Результати і обговорення.** Аналіз віддалених результатів показав, що формування стабільного каркасу при повторних ринопластиках у випадках значних деформацій за допомогою хрящових трансплантатів обумовлює не тільки хороших естетичний, а і функціональний ефект операції за рахунок корекції носових клапанів.

**Висновки.** Комбінація резекційних методик з укріпленням або відновленням хрящового каркасу дозволяє досягти бажаної форми носа та покращити функцію зовнішнього дихання.

## Патогенетичне обґрунтування методу лікування гнійних ран підвищеним тиском аеродисперсної суміші

С. С. Скальський

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Від 40% до 70% пацієнтів хірургічного профілю звертаються з гнійною хірургічною інфекцією м'яких тканин. Головними принципами місцевого лікування гнійних ран залишаються некректомія та адекватне дренирування. Застосування локальних антимікробних препаратів має ряд переваг, доставка лікарського засобу безпосередньо у вогнище інфекції, висока локальна концентрація та ефективність при мінімальній системній дії. Адекватна аерація, посилює захисні механізми організму, прискорює очищення рани. Вологе середовище в рані – необхідна умова для росту та розмноження клітин організму. рН ран відображає динаміку загоєння та безпосередньо на нього впливає, як і на ефективність препаратів для місцевого лікування. Одним із способів лікування гнійних ран є запропонований нами метод “Лікування аеродисперсною сумішшю під підвищеним керованим тиском” (патент України на корисну модель №100923 від 10.08.2015 р.). Він враховує наведені вище основні принципи лікування та включає дренирування рани, боротьбу інфекцією, створення вологого середовища за умов достатньої аерації під керованим підвищеним тиском антибактеріального аерозолу, який сприяє проникненню препарату в тканини та прискорює евакуацію ексудату.

**Мета дослідження:** дослідити зміни в гнійних ранах на цитологічному та морфологічному рівнях, дані морфометрії ран, які лікувались підвищеним керованим тиском аеродисперсною сумішшю, та порівняти їх з традиційними.

**Матеріали та методи:** Усього проліковано 50 хворих з гнійними ранами, в тому числі і на фоні цукрового діабету (44 хворих). З них основна група – 24 хворих, проліковані за вказаною методикою. Контрольній групі (26 пацієнтів) лікування проводилось відкритим методом “під пов’язкою”. Групи зіставні за віком та статтю. Хворим обох груп проводилось вимірювання рН та площі ран, проаналізовані цитологічні відбитки та гістологічні зрізи рани на 1,3,5,7 добу.

**Результати досліджень:** На 1 добу результати рН-метрії хворих основної та контрольної груп становили відповідно 8,58 та 8,46, мікробна забрудненість в середньому  $1 \times 10^7$  у кожній з груп. Цитологічна картина відповідала II типу цитограм за М.Ф. Камаєвим. Гістологічно спостерігались некробіотичні зміни, гемоліз еритроцитів, вогнища клітинної інфільтрації полінуклеарами на фоні загальної запально-клітинної інфільтрації. На 3 та 5 добу відмічене збільшення різниці між показниками рН в групах, на 0,3 та 0,9 од відповідно, в бік зменшення в основній групі. Цитологічно – відмічали «відставання» контрольної групи в очищенні ран. Так, на 3 добу основна група була представлена цитограмами III типу, на 5 добу – I фазою IV типу. В той же час відбитки контрольної групи II та III типу відповідно. Гістологічно у хворих основної групи при порівнянні з контрольною відмічали достовірне збільшення кількості фібробластів та макрофагів за повної відсутності некротичних мас та незначної кількості мікрофлори. На 7 добу середній показник рН ран хворих основної групи склав 7,25, контрольної – 7,87. Морфологічно у хворих основної групи спостерігали подальше дозрівання грануляційної тканини, збільшення кількості фібробластів з активними мітозами, посилення неоангіогенезу та епітелізації, в той же час у контрольній групі утворення грануляцій проходило нижчими темпами, ознаки неоангіогенезу були виражені слабо, епітелізація відсутня. Найбільший темп зменшення розмірів ран в основній групі мав місце в перші 5 діб, крива зменшення розмірів ран хворих контрольної групи мала більш однорідний характер, характеризувалась меншою швидкістю закриття рани.

**Висновки.** Таким чином встановлено, що застосування методу лікування гнійних ран запропонованим способом є найбільш ефективним в I фазі ранового процесу, дозволяє прискорити очищення гнійної рани, зменшити тривалість фази запалення в порівнянні з традиційними методами лікування.

## Лікування рубців шляхом застосування аутоліпографтингу та збагаченої тромбоцитами плазми

С. В. Слесаренко., І. В. Баранов, Н. М. Нор

Дніпровська медична академія, м. Дніпро,  
Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

**Мета.** Покращити результати лікування пацієнтів з рубцями різної етіології та локалізації шляхом застосування комплексного лікування, яке включає пересадження аутологічних жирових клітин та введення збагаченої тромбоцитами плазми. **Матеріали і методи.** У відділенні термічної травми і пластичної хірургії м. Дніпро був проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 126 хворих з рубцями і ру-

бцевими контрактурами, які знаходились на лікуванні з 2012 по 2018 рік, у віці від 18 до 59 років, з них: чоловіків–51; жінок–75. Хворі були розділені на дві групи. Перша група основна (ОГ)– 67 пацієнтів, яким застосовували пересадження аутологічних жирових клітин та введення збагаченої тромбоцитами плазми (ЗТП). Друга група порівняння (ГП)–59 пацієнтів, яким застосовували хірургічне лікування рубців з використанням: пластики місцевими тканинами, комбінованої пластики, клаптом на тимчасовій живлячій ніжці, невідної пластики на судинній ніжці. Хворі в ОГ розподілялись на дві підгрупи: 1–використовувалась вся фракція аутоліпотрансплантату (АЛТ); 2– тільки щільна фракція АЛТ, одержана шляхом подвійної пурифікації. Оцінку ефективності лікування проводили на підставі вивчення кількості тромбоцитів; ультразвукового сканування (УЗС) – для оцінки стану приживлення жирових клітин та стану рубцевої тканини; вимірювання амплітуди активних і пасивних рухів у суглобах за SFTR методикою; показників Ванкуверської шкали оцінки рубців (Vancouver Scar Scale, VSS, 1990 p.); дослідження якості життя за методикою EuroQol EQ–5D.

**Результати та їх обговорення.** За шкалою VSS оцінювались чотири параметри: васкуляризація, висота/товщина, еластичність, пігментація. Максимальна кількість балів–13. Чим вище оцінка, тим гірше результат. Оцінку проводили при надходженні і через три місяці після операції. При надходженні хворі всіх груп мали середню кількість балів–11,3±0,2 ( $p<0,01$ ). Через 3 місяці в ОГ–3,5±0,3 ( $p<0,01$ ), в ГП – 6,2±0,2 ( $p<0,01$ ). За даними УЗС рубцевої тканини у пацієнтів, яким застосовували введення щільної фракції жиру й ЗТП відсоток приживлення складав 75–81%, а в першій підгрупі ОГ відсоток приживлення складав 45–50%. Через три місяці після операції у хворих ОГ спостерігалось покращення пігментації на 41%, зменшення гіперпігментації на 76,3%, покращення еластичності на 56%, зменшення гіпертрофії на 61% та загальний показник покращився на 56,7%. При рубцевих контрактурах після операції у хворих ОГ загальний активний рух складав 81,4±1,9% (M±SD), а у хворих ГП – 75,6±3,9%. Через 3 місяці відповідно: для ОГ – 92,3±2,0%; для хворих ГП – 87,8±1,5%, тобто ЗАР в основній групі збільшився на 16,1% ( $p<0,004$ ), а в групі порівняння – на 7,9% ( $p<0,0001$ ). При надходженні із стаціонару у хворих ОГ якість життя (ЯЖ) складала 79,0±2,0 бали (M±SD), а у хворих ГП – 76,3±2,0 бали і не мала вірогідних розбіжностей ( $p>0,05$ ). Через 3 місяці після операції оцінка ЯЖ в обох групах достовірно ( $p<0,01$ ) підвищилася на 10% і склала в ОГ 97,0±1,3 бали, а у хворих ГП– 87,4±1,9.

**Висновок.** Метод подвійної пурифікації жирових клітин у поєднанні з введенням плазми збагаченої тромбоцитами дозволив покращити відсоток приживлення жирової тканини на 27%, що значно покращило функціональні й естетичні результати лікування хворих з рубцями і рубцевими контрактурами, призвело до зниження розвитку рецидивів у 2 рази з 36,9% до 14,6% ( $p<0,01$ ).

# 10

ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ





## Перевага малоінвазивних втручань у дітей з післяопераційними інтраабдомінальними інфільтратами

В. В. Антонюк, М. Г. Мельниченко

Одеський національний медичний університет

**Вступ.** Післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення у дітей з апендикулярним перитонітом складають 30 – 35% невідкладних лапаротомій.

**Мета:** вивчити відмінності проявів та перебігу післяопераційних інтраабдомінальних інфільтратів (ПІ) у дітей в залежності від способу первинного оперативного втручання.

**Матеріал та методи.** Проведено аналіз клінічних проявів та перебігу ПІ у 152 дитини, які лікувалися у хірургічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Одеса. Локальні специфічні ознаки ПІ не залежали від способу первинного оперативного втручання – лапаротомії або лапароскопії. Провідною ознакою при виникненні ПІ у всіх хворих був суб'єктивний та провокований біль у животі (152 пацієнтів; 81,7%), симптом пальпованої «пухлини» (152 пацієнтів; 81,7%), локалізація яких достовірно вказувала на топіку інтраабдомінального інфільтрату і частіше у 4 рази біль спостерігався праворуч (124; 66,7%), ніж внизу живота (28; 15,1%) при інфільтраті малого тазу. Подразнення очеревини та “defense musculare” були наявні тільки при абсцедуванні ПІ над містом його локалізації, в цілому виявлялися частіше праворуч у 2,5 рази, ніж внизу живота.

**Результати дослідження.** Кількість ускладнень залежить від первинного способу втручання: серед дітей групи контролю в 1,7 разів більш ускладнень спостерігалось при відкритому способі хірургічного втручання (61,5%) у порівнянні з лапароскопічним способом (36,8%); у дітей з групи порівняння при малоінвазивному втручанні ускладнень виникло в 2 рази менш (9,5%) за дітей з відкритою лапаротомією (21,9%).

**Висновки.** Безпосередні результати показали, що у дітей з інтраабдомінальними інфільтратами після апендикулярного перитоніту, оперованих первинно лапароскопією, взагалі у півтора рази було менше ускладнень, тобто, первинне ошадливе втручання в цілому приводило до ошадливого перебігу захворювання.

## Діагностика і лікування парапроктитів у дітей

О. М. Барсук, О. Г. Садовенко, М. О. Камінська, В. І. Сушко, В. Г. Хомяков,  
І. В. Царьова, Д. М. Лук'яненко, А. В. Сушко

Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

**Вступ.** Парапроктит – це запалення анальних крипт і анальних залоз, що представляють собою сформовані канали, в які проникає інфекція з просвіту кишки. Існує принципова відмінність між цією патологією в дитячому віці та дорослих.

**Мета дослідження.** Вивчення особливостей перебігу парапроктитів і параректальних нориць у дитячому віці та обґрунтування лікувальної тактики.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням з 2011 по 2016 рік у відділенні гнійної хірургії КЗ «ДОДКЛ»ДОР» міста Дніпро перебувало 148 дітей з діагнозом парапроктит. Дітей до 6 місяців життя було госпіталізовано 77 дітей що склало 52%, від 6 місяців до року – 13 дітей (9%), від 1 до 3 років – 15 дітей (10%), від 3 до 10 років – 19 (13%), діти

старше 10 років – 24 дитини (16%). Серед пацієнтів переважали хлопці – 136 дітей, що склало 91,89%, дівчат було всього лише 12 (8,11%).

Основні методи досліджень при вивченні даної патології у дітей були: клінічний, рентгенологічний, лабораторний, бактеріологічний та ультразвуковий методи досліджень. З діагнозом гострий парапроктит було госпіталізовано 127 дітей, що склало 79,09%, хронічний парапроктит був виставлений 21 малюку (14,19%).

Консервативне лікування включало в себе: антибактеріальну терапію, фізіотерапевтичне лікування. Тільки консервативне лікування проводилося 8 дітям (5,4%). Основні завдання оперативного лікування: ліквідація внутрішнього норицевого отвору, розтин та дренування параректальних абсцесів, видалення норицевого ходу, мінімізація втручання на зовнішньому сфінктері для запобігання його неспроможності, загоєння ран з мінімальним рубцюванням. Всім дітям госпіталізованим до хірургічного відділення з діагнозом парапроктит було проведено оперативне лікування – 140 випадків (94,6%), з них 10 дітей було проліковано з діагнозом природжена параректальна нориця. При виконанні посіву, після оперативного втручання, у 95 дітей (59%) виділені різні мікроорганізми *E. coli* – 19%, стафілококи – 24% (*St.aureus*–15%, *St.epidermicus* – 7%, *St.Faecalis* – 1,8%), грам-позитивна та негативна флора виділена у 25 випадках (15,5%), мікст-флору виявлено у 16 випадках (10%), посів росту не дав в 8 дітей (4,9%).

**Результати та обговорення.** Всі 140 дітей після оперативного лікування видужали. Восьмеро дітей вилікувані консервативно. Переважна більшість дітей з парапроктитами – діти до 1 року. Це вказує на те, що в основі парапроктиту є вроджена патологія. Традиційні методи оперативного лікування часто приводили до рецидивів захворювання. З 2010 року при повних вроджених параректальних норицях ми використовуємо в нашій клініці метод Гіпократа, як результат, всі діти що лікувались за цією методикою видужали без рецидивів захворювання.

У дітей старшого віку, так як і в дорослих основною причиною виникнення парапроктитів є порушення правил особистої гігієни. У дітей молодшого віку, бактеріальний фактор відіграє незначну роль, єдиним поясненням цього, можуть бути тільки анатомічні особливості. Для повного вивчення всіх анатомічних особливостей, повинні проводитись більш глибокі дослідження в цьому напрямку.

#### **Висновки:**

1. Парапроктит у більшості випадків захворювання зустрічалося у дітей раннього та молодшого віку (64%).
2. Причиною гострих парапроктитів у дітей раннього віку є вроджені параректальні нориці.
3. При повних параректальних норицях найбільш ефективним методом є «проведення нитки за Гіпократом»

## **Комбіновані і генералізовані судинні мальформації у дітей: принципи діагностики, потенційні ризики**

**І. М. Бензар, Д. В. Жумік**

**НМУ ім. О. О. Богомольця,  
НДСЛ ОХМАТДИТ**

**Вступ.** Згідно оновленої класифікації ISSVA 2014 року всі судинні аномалії поділяються на судинні пухлини та судинні мальформації, до останніх входять прості, комбіновані, з магістральних судин та асоційовані з іншими аномаліями. Комбіновані характеризують

ються наявністю судинних мальформацій із повільним кровотоком, що поєднуються з ураженнями шкіри і опорно-рухового апарату. Генералізованим мальформаціям властива дифузна або мультицентрова проліферація лімфатичних каналів, що призводить до значної втрати лімфи. Для всіх них характерні рідкісність, агресивність, множинні ураження, нетиповість перебігу, а також поява нових симптомів в різні вікові періоди.

**Матеріали і методи.** В клініці НДСЛ ОХМАТДИТ за період з 2012 по 2017 роки на обстеженні та лікуванні перебувало 18 дітей із такими комбінованими та генералізованими судинними мальформаціями: Bean-синдром (blue rubber bleb nevus syndrome) (n=2), CLOVE (congenital lipomatous overgrowth, vascular malformations, epidermal nevi) (n=7), аномалія центральних сполучних лімфатичних каналів (n=4), генералізовані лімфатичні мальформації (n=3), капошиформний лімфангіоматоз (n=1), синдром Горам-Стаут (n=1). Із них жіночої статі – 12, чоловічої – 6. Віковий діапазон від 2 місяців до 15 років. Діагностика проводилась за допомогою загальноклінічних, лабораторних методів, сонографію та МРТ виконано всім пацієнтам (n=18), КТ із контрастним підсиленням для виявлення мальформацій зі швидким кровотоком та ураження опорно-рухового апарату (n=8), а також сцинтиграфія (n=2) та ПЕТ-КТ (n=1). Всі пацієнти госпіталізовані без клінічного діагнозу (n=18), на попередніх етапах проводились резекційні операції (n=2) та терапія анаприліном (n=3).

**Результати та їх обговорення.** Критеріями діагностики комбінованих та генералізованих судинних мальформацій є наявність судинної мальформації з різними характеристиками кровотоку, множинні вогнища, ураження шкіри і опорно-рухового апарату, коагулопатія. Bean-синдром встановлено на основі наявності домінуючої венозної мальформації, характерних вогнищ в ділянці долонь і підшов, а також множинного ураження ШКТ та хронічної крововтрати (n=1). CLOVE-синдром встановлено враховуючи надмірне розростання жирової тканини, переважно в ділянці тулуба, судинну мальформацію (капілярна, венозна, лімфатична) з повільним кровотоком, а також поєднання зі сколіозом (n=7), макро- або синдактилією (n=3), парціальним гігантизмом нижніх кінцівок з лімфостазом (n=3). Ускладненнями були локальна коагулопатія внаслідок сповільнення току крові в патологічно розширених венозних судинах, що підтверджено підвищенням рівнів D-димеру, РФМК на фоні гіпофібриногенемії та септичні ускладнення внаслідок інфікування лімфатичних елементів. Синдром Горам-Стаут проявився агресивним остеолізісом з ураженням кісток плечового поясу, шийних хребців, груднини та ребер та масивним хілотораксом, хіломедастиномом, хілоперикардом. При генералізованих лімфатичних аномаліях відмічалось багатовогнищеве ураження лімфатичними мальформаціями м'яких тканин шиї, середостіння, органів черевної порожнини, кісток без деструкції кортикального шару по типу локальних, відмежованих дефектів (так звана "штампована кістка"). Захворювання проявляє себе з народження, відмічається високий ступінь рецидиву та лімфореї при повторних резекційних операціях. Аномалію центральних лімфатичних каналів діагностовано на основі хілотораксу, хілоперикарду, хілоперитонеуму з індивідуальними особливостями у всіх пацієнтів, а також лімфедemi верхніх та нижніх кінцівок та ентеропатії з втратою білка, відмічалось розширення грудної протоки на МРТ. У частини пацієнтів (n=2) на фоні масивної лімфореї, вторинного імунодефіциту та поліорганної недостатності розвинувся летальний наслідок.

## **Висновки.**

1. Комбіновані та генералізовані судинні мальформації характеризуються множинним ураженням різних тканин, систем і ділянок організму, прогресуючим перебігом з появою нових симптомів протягом життя.

2. Найбільш інформативними методами візуалізації мальформацій є сонографія та МРТ.

3. Найбільш прогностично несприятливими є ускладнення, що пов'язані з тривалою та резистентною до лікування втратою лімфи.

## Шляхи удосконалення діагностики та лікування дітей із міхуро–сечовідним рефлюксом

М. В. Бойко, Л. М. Харитонюк, О. А. Островська, А. В. Обертинський, К. В. Шевченко, Л. С. Дудка

Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

**Вступ.** Частіть міхурово–сечовідного рефлюксу (МСР) у дітей висока і становить від 35% до 66,4% серед аномалій розвитку та його ускладнення обумовлюють актуальність даної проблеми.

**Мета.** Полягає в подальшому удосконаленню методів діагностики та лікування дітей із МСР.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежені діти із МСР різного віку. Золотим стандартом являється мікційна цистоуретерографія, ультрасонографія із водним навантаженням та доплерографічне обстеження. Проводилась оцінка стану запального процесу та визначався функціональний стан гломерулярного апарату та ступінь нефросклерозу нирок.

**Результати їх обговорення.** Проліковано 844 хворих дітей із різним ступенем та формою МСР у віці від 3–х до 17 років. Консервативне лікування отримали 211 дітей, ендоскопічна корекція виконана 551 хворому та 82 дітям проведено оперативне лікування. Вікова характеристика хворих: до 4–х років 337; 4–9 років 397, а решта старші діти. Двостороннє ураження виявлене в 39% хворих, лівобічний рефлюкс у 47% хворих. Найбільшу групу склали діти із МСР III ступеню – 632.

На сьогодні існує велика кількість прихильників консервативного лікування, які опираються на тезу про «спонтанне» вікове одужання. Консервативне лікування, яке включало проведення антибактеріальної терапії, відновлення уродинаміки за рахунок покращення функції сечового міхура, у 211 дітей та дало позитивний результат.

Ендоскопічна корекція проведена 551 дитині від 6 місяців до 15 років із МСР II–IV ступеню з вираженими розладами уродинаміки, частими загостреннями пієлонефриту та порушенням функції нирки. Приводом до обстеження цих 215 хворих стала тривала активна стадія пієлонефриту, у 121 хворого – нейрогенна дисфункція сечового міхура, у решти – наявність пієлоектазії.

Проведений аналіз цистоскопій виявив у більшості дітей зміни розташування вічка сечоводу та форми вічок, їх зіяння. Наявність гіперемії слизової оболонки сечового міхура, ділянці шийки та трикутника Л'єто, трабекулярність та посилений судинний малюнок свідчив про тривалий запальний процес. Виявлені особливості впливали на обґрунтування методики інтеропераційного втручання.

В клініці в останній час застосовувались методики HIT та DOUBLE HIT, а також їх комбінації гідрогелем «Нубилант». Повне та ефективне змикання вічка сечоводу та досягнення вида «гірського хребта» для сечоводів вважалося критерієм успішного завершення ендоскопічного лікування. Позитивний результат досягнутий у 87,3% випадків.

У 9,7% дітей ефекту від проведеного лікування не було. Цю групу склали діти із тяжкими формами нейром'язових дисплазій та пацієнти із важкими поєднаними аномаліями сечовивідних шляхів. Прооперовано було 82 дітей. Їм проведене неоцистуретеронеостомія за Коеном (75); Політан–Ледбетером – 5 та 2 за Боарі. Гістологічне обстеження у цієї групи дітей виявило фіброзно–м'язову дисплазію та атрофію перехідного епітелію. Ефективність відкритого оперативного лікування склало 96,3%.

**Висновки.** Використання консервативної терапії можливе впродовж 12–18 місяців при МСР невеликої ступені та при відсутності активної форми піелонефриту, рефлюкс – нефропатії на тлі мінімальної дисфункції сечового міхура. Приоритетними у виборі методу лікування МСР на сучасному етапі є застосування консервативних та ендоскопічних методів лікування. При важких ступенях рефлюксу та виражених змінах будови сечового міхура хворі із МСР потребують тривалого консервативного лікування, спрямованого на відновлення трофіки та функції сечового міхура та сечоводів.

## Вибір методу хірургічної корекції гастрошизису і омфалоцеле в залежності від рівня внутрішньочеревного тиску

К. Т. Берцун, О. М. Горбатюк

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

**Вступ.** Одним із шляхів покращення результатів хірургічного лікування новонароджених з вродженими вадами розвитку передньої черевної стінки – гастрошизисом і омфалоцеле – є розробка і впровадження в практичну неонатальну хірургію сучасних способів діагностики внутрішньочеревної гіпертензії і профілактики абдомінального компартмент – синдрому, недооцінка клінічного значення яких може бути причиною несприятливих результатів лікування.

**Матеріал і методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 68 новонароджених з гастрошизисом і омфалоцеле, які знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні у 1993 – 2016 роках. З 2005 року в лікуванні цих пацієнтів велике значення стали приділяти оптимізації передопераційної підготовки, яка включала не тільки корекцію дихальних розладів, але і обов'язковий вимір рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). В залежності від цього визначалась хірургічна тактика, що містила заходи, направлені на зниження високого рівня ВЧТ шляхом збільшення обсягу черевної порожнини під час хірургічної корекції вади. Тиск у порожнині сечового міхура, який відповідає внутрішньочеревному, виміряли за допомогою катетера Фолея за власною методикою. При величинах тиску до 10 мм рт.ст. серйозних відхилень з боку внутрішніх органів і показників гомеостазу не спостерігалось. При тиску вище 10 мм рт.ст. виділяли 3 ступеня внутрішньочеревної гіпертензії: Іст. – 10–20мм рт.ст.; ІІст. – 21–30 мм рт.ст.; ІІІст. – більше 30 мм рт.ст.

**Результати і обговорення.** Нами виявлена пряма залежність внутрішньочеревної гіпертензії від рівня вісцеро – абдомінальної диспропорції – від помірної диспропорції при гіпертензії ІІ ст. до вираженої диспропорції при гіпертензії ІІІст., що стало обґрунтуванням для вибору хірургічної тактики. Спектр хірургічних втручань при омфалоцеле і гастрошизисі був досить широкий – від радикальної пластики передньої черевної стінки

(4 оперативних втручання при омфалоцеле і 18 операцій при гастрошизисі) до операції Гроса з формуванням вентральної грижі (9 оперативних втручань при омфалоцеле і 7 операцій при гастрошизисі), операції Аллена–Вренна з поетапним зануренням внутрішніх органів (7 операцій при гастрошизисі) і пластики передньої черевної стінки з використанням біоімпланта (9 втручань при гастрошизисі).

З 2006 року метод багатовекторної тракції передньої черевної стінки за допомогою розробленого нами пристрою був застосований у 5 новонароджених з гастрошизисом і 4 новонароджених з омфалоцеле. В основі цього методу лежить збільшення обсягу черевної порожнини у пацієнтів з високим півнем ВЧТ і вираженою вісцеро – абдомінальною диспропорцією шляхом розтягнення передньої черевної стінки. Цей метод запобігає розвиткові абдомінального компартмент – синдрому, сприяє швидкому відновленню перистальтики, ранньому вигодовуванню прооперованої дитини і забезпечує зниження післяопераційної летальності у даного контингенту хворих приблизно втричі.

#### **Висновки.**

1. Хірургічні втручання у новонароджених з вродженими вадами розвитку передньої черевної стінки слід виконувати після адекватної передопераційної підготовки з обов'язковим вимірюванням рівня ВЧТ і визначенням ступеня вісцеро – абдомінальної диспропорції.

2. Для корекції ВВР передньої черевної стінки у новонароджених необхідно застосовувати хірургічні методики, які враховують рівень ВЧТ і вісцеро – абдомінальної диспропорції і направлені на збільшення обсягу черевної порожнини.

3. Спосіб багатовекторної тракції передньої черевної стінки, що передбачає збільшення обсягу черевної порожнини з метою зниження рівня ВЧТ і корекції вісцеро – абдомінальної диспропорції, є ефективним і безпечним у новонароджених з омфалоцеле і гастрошизисом.

## **Результати хірургічного лікування вродженої кишкової непрохідності у дітей, що внутрішньоутробно інфіковані**

**С. В. Веселий, Р. П. Кліманський**

*Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

**Вступ.** Протягом останніх років в дитячій хірургічній практиці відбувається зростання захворюваності не тільки за окремими нозологічними одиницями, а й погіршується тяжкість їх перебігу. Одним із факторів виникнення ускладнень є зростання частоти внутрішньоутробних інфекцій (ВУІ), рівень яких за останні роки збільшився удвічі. Внутрішньоутробне інфікування плоду призводить до формування мальформації мозку, дисплазії органів і дисфункції різних систем організму. Тому ця обставина диктує необхідність розробки особливого протоколу ведення даної категорії пацієнтів на всіх етапах госпітального періоду.

**Мета дослідження.** Оцінити вплив внутрішньоутробних інфекцій на перебіг періопераційного періоду у дітей з вродженою кишковою непрохідністю.

**Матеріал та методи дослідження.** В клініці дитячої хірургії на лікуванні знаходилися 26 дітей з вродженою кишковою непрохідністю (ВКН) та підозрою на ВУІ. В структурі високої кишкової непрохідності атрезія дванадцятипалої кишки (ДПК) зустрічалася у 11 дітей (42,3%), перфоративна мембрана ДПК – у 1 пацієнта (3,8%). Кільцеподібна

підшлункова залоза була виявлена у 2 випадках (7,7%), перфоративна мембрана пілоричного відділу шлунку – у 2 пацієнтів (7,7%). В структурі низької кишкової непрохідності атрезія тонкої кишки виявлена у 8 дітей (30,8%), атрезія товстої кишки – у 2 пацієнтів (7,7%). Усі хворі були обстежені лабораторно на наявність ВУІ.

**Результати та їх обговорення.** В залежності від наявності чи відсутності інфекційного агента усі пацієнти були розділені на 2 групи. До основної групи увійшло 10 інфікованих пацієнтів; до контрольної групи – 16 пацієнтів, у яких ВУІ не виявили. Оперативне втручання виконано усім хворим з ВКН. Пацієнтам, у яких була лабораторно підтверджена ВУІ, у передопераційному та післяопераційному періодах призначалась специфічна етіотропна та імуномодельюча терапія – у залежності від стадії інфекційного процесу та виду збудника. Стан дітей, які були інфіковані внутрішньоутробно, був значно гірший і вимагав більш тривалої та інтенсивної передопераційної підготовки. Була проведена оцінка післяопераційних ускладнень в обох групах дітей. Ускладнений перебіг післяопераційного періоду мав місце у 12 дітей (46,2%), з яких 9 дітей (75,0%) були інфіковані ВУІ. Загальна летальність у дітей із вродженою обструктивною кишковою непрохідністю склала 19,2% (5 осіб, 4 із яких – 80% – були інфіковані).

**Висновки.** Внутрішньоутробна інфекція має безпосередній вплив на виникнення вродженої кишкової непрохідності та пагубно впливає на перебіг післяопераційного періоду. Серед 26 дітей, що спостерігалися нами, ускладнений перебіг післяопераційного періоду мав місце у 12 дітей (46,2%), з яких у 9 дітей (75,0%) було лабораторно підтверджено ВУІ. Загальна летальність у дітей із вродженою кишковою непрохідністю склала 19,2%, у 80% випадків – за рахунок інфікованих пацієнтів.

## Зменшення агресивності росту гемангіом у новонароджених і дітей раннього віку

В. П. Вівчарук, Ю. В. Пащенко

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Гемангіома новонароджених (ГН) – доброякісна судинна пухлина найбільш поширена у дітей раннього віку, зустрічається з частотою 5%–10% на протязі першого року життя. Пухлина має характерний цикл існування з проліферативної та інволютивної фаз, що є унікальною моделлю постнатального васкулогенезу, ангиогенезу і судинної регресії.

В попередні часи кортикостероїди були препаратами вибору в лікуванні гемангіом, враховуючи їх спрямовану дію на стовбурові клітини які продукують найбільш активні ангиогенні фактори і присутні в проліферативну фазу.

Місцеве призначення кортикостероїдів має таку ж відповідь як і системне, але з меншими несприятливими ефектами.

За останні роки пріоритети змінилися на користь Р-адреноблокаторів у зв'язку з менш вираженими побічними діями. Локальне застосування Р-адреноблокаторів може бути безпечним при ускладнених і неускладнених гемангіомах з такою ж ефективністю як і системне лікування але без потенційних побічних ефектів. Механізм дії Р-адреноблокаторів на гемангіому продовжує вивчатися. Відомо що вазоконстрикція є швидким ефектом, а пригнічення ангиогенезу і сприяння апоптозу більш довготривалим.

**Мета.** Удосконалення методів лікування гемангіом у новонароджених і дітей раннього віку.

**Об'єкт і методи.** Проведено аналіз результатів застосування комбінованого місцевого впливу на гемангіоми у 23 дітей (7 з них з множинними гемангіомами) у віці до 6 місяців, що отримували лікування в ОДКЛ №1м. Харків. З анамнезу відомо що більшість з них (15) народилися передчасно з ознаками гіпоксії. Критеріями відбору хворих були особливості клінічного перебігу у вигляді поширеності та інтенсивності росту гемангіом незалежно від локалізації. В усіх випадках була наявна підшкірна порція новоутворень. При госпіталізації всім хворим проводилось клініко-анамнестичне, лабораторне, інструментальне обстеження та фотодокументування.

**Результати та їх обговорення.** Місцеве лікування було стартово призначено всім дітям які мали ознаки зростання гемангіом. Терапія в усіх випадках починалася з локального застосування (3-адреноблокатору тричі на день. В анатомічно сприятливих локалізаціях вона доповнювалась компресійним впливом. Вже за місяць застосування у більшості дітей відмічалась стабілізація росту пухлин, у половини з них мала місце зміна кольору до більш світлого з мінімальними ознаками крайової регресії. У 2 дітей з 16, що мали поодинокі новоутворення та у 4 що мали множинні, на фоні вищезазначеного лікування відмічався прогресивний ріст гемангіом. У зв'язку з чим терапію агресивно зростаючих гемангіом було доповнено внутрішньопухлинним введенням суспензії кортикостероїду в 3 випадках і в 1 випадку пероральним прийомом (3-адреноблокатору. За два тижні спостерігалась повна стабілізація росту в усіх випадках, а на протязі наступних двох місяців з'являлись переконливі ознаки регресії.

**Висновки.** Керуючись різнонаправленою дією блокування ангиогенезу кортикостероїдами, активацією апоптозу (3-блокаторами з доповненням компресійним впливом, запропонована ефективна місцева комбінація що забезпечує раннє моделювання стадії регресії з переконливим клінічним ефектом.

## Клінічне застосування імплантаційного кісткового біоматеріалу у вигляді порошку-крихти «ОМС-А» у дитячій ортопедії

П. М. Воронцов, С. О. Хмизов, В. В. Баєв, В. С. Гусак, О. М. Сльота

Інститут патології хребта та суглобів імені М. І. Ситенка НАМН України, Харків

Проблема хірургічного лікування доброякісних новоутворень, а також пухлино-подібних захворювань кісток у дітей та їх діагностика на сучасному рівні актуальна і вимагає до себе особливої уваги. Одним із найважливіших питань дитячої ортопедії є проблема вибору матеріалу для заміщення утворених порожнин після резекції патологічних утворень та забезпечення оптимальних умов для прискорення репаративного процесу і відновлення нормальної структури кісткової тканини.

У відділенні трансплантології системи опори та руху на базі ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» була розроблена нова комплексна методика застосування алокісткового імплантата у формі порошку-крихти «ОМС-А».

**Мета** – представити результати клінічного застосування імплантаційного дегідратованого кісткового біоматеріалу алогенного походження у вигляді порошку-крихти «ОМС-А».

**Об'єкт і методи.** За період з 2016 до 2017 року у відділенні дитячої ортопедії ДУ «Інституту патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» було проведено 9 хірургічних втручань із резекції патологічних утворень кістки з подальшим



заміщенням утворених дефектів кістковим порошком–крихтою «ОМС–А» (Україна). В залежності від нозології пацієнти були розподілені таким чином: фіброзна дисплазія – 5 (55,6%), солітарна кісткова кіста – 3 (33,3%), хвороба Ольє – 1 (11,1%). Розподіл за віком становив: 5–10 років (88%) та 10–14 (12%).

У 7 випадках кістково–пластичний матеріал був введений до зони кісткового дефекту у стандартний спосіб (після кюретажу кісткової порожнини дефект заповнювали вищевказаним матеріалом). Решта хірургічних втручань із заповненням утворених порожнин була проведена за допомогою трубчастого троакару. У цьому випадку, операцію виконували під контролем цифрової мобільної рентгенустановки. Через прокол шкіри до місця необхідного заповнення кісткового дефекту, підводили трубчастий троакар, через який порційно вводили необхідний об'єм попередньо змішаного імплантаційного дегідратованого кісткового біоматеріалу у вигляді порошку–крихти «ОМС–А» з сироваткою крові, насиченою факторами росту. Після отримання достатнього заповнення кісткового дефекту троакар вилучали, на шкірний розріз накладали 1–2 шва та асептичну пов'язку, у разі необхідності використовували додаткову іммобілізацію.

**Результати.** За даними рентгенологічного дослідження перебудова кісткової тканини в зоні операції досягалась через 6–12 місяців. В більш віддаленому періоді через 12–18 місяців структура кісток пацієнтів, в переважній більшості випадків, відповідала нормальній кістці з відсутніми або незначними слідами вкраплення пластичного матеріалу. Специфічних реакцій обумовлених імплантацією, таких як капсулювання імплантата та відторгнення, не виявлено.

### **Висновок.**

Використання фрагментованих кісткових алоімплантатів у суміші з алокістковим порошком, які насичені факторами росту, що знаходяться у сироватці крові, дозволяє активізувати процес репаративної регенерації кісткової тканини. У разі заповнення порожнини у випадках остеопластичних операцій при новоутвореннях кісткової тканини дана методика сприяє швидкій осифікації імплантованого матеріалу та запобігає рецидивам.

## Постнекротичний стеноз товстої кишки у дітей

О. М. Горбатюк

Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Вступ.** Некротичний ентероколіт новонароджених (НЕК) може ускладнитися розвитком постнекротичного стенозу товстої кишки. За даними літературних джерел частота постнекротичного стенозу товстої кишки після НЕК у дітей складає 6 – 33%. Вважається, що запалення кишкової стінки є пусковим чинником надлишкового відкладення колагену та фібрину у кишковій стінці, про що свідчить той факт, що стінка стенозованої товстої кишки має ділянки фіброзу, що чергуються з зонами запалення. В практиці окремих дитячих хірургічних клінік постнекротичний стеноз товстої кишки зустрічається досить рідко.

**Мета дослідження:** представити власні клінічні випадки постнекротичного стенозу товстої кишки у дітей, як ускладнення перенесеного НЕК.

**Клінічний матеріал і методи дослідження.** Ми маємо досвід лікування 6 дітей віком 3 міс. – 1 рік 3 міс. зі стенозом товстої кишки, в анамнезі яких були свідчення про пе-

ренесений НЕК в період новонародженості. Діагностика патології базувалась на даних анамнезу, клінічних проявів патології, фізикального обстеження і інструментальних методів дослідження (УЗД, рентгенологічні методи) та гістологічного дослідження видалених ділянок товстої кишки.

**Результати і обговорення.** Перші симптоми низької кишкової непрохідності з'являлися у дітей на 2 – 3 місяці життя. З часом патологічна інтестинальна симптоматика наростала, консервативні заходи були неефективними і у віці 3міс. (1 дитина), 4 –6 міс. (3 дітей), 1 рік (1 дитина) і 1рік 3міс. (1 дитина) пацієнти були госпіталізовані до хірургічного відділення з симптоматикою низької кишкової непрохідності. Діагнози при направленні: дисбактеріоз, хронічний запор, спастичний коліт. Із 6 досліджуваних дітей 5 (83,3%) були недоношеними. 4 дітей з приводу НЕК лікувались консервативно, 2 перенесли хірургічні втручання. При УЗД та рентгенологічному обстеженні (оглядова рентгенографія і іригографія) були виявлені ділянки стенозування товстої кишки : стеноз нисхідної кишки – у 2 дітей, стеноз висхідної кишки – у 1 дитини, стеноз поперечно–ободової кишки – у 2 дітей і у 1 дитини були 2 ділянки стенозу – в поперечно–ободовій і сигмовидній кишках. Всі 6 пацієнтів були прооперовані – хірургічне лікування включало резекцію стенозованих ділянок товстої кишки з формуванням прямого анастомозу «кінець в кінець». Післяопераційний період перебігав без ускладнень, всі діти видужали. При гістологічному дослідженні видалених патологічних ділянок кишки отримані дані про наявність запальних змін, кальцинозу і рубцювання стінки товстої кишки.

#### **Висновки**

1. Некротичний ентероколіт новонародженого може ускладнитися розвитком постнекротичного стенозу товстої кишки.
2. В переважній більшості випадків стеноз товстої кишки розвивається у недоношених дітей ( у 5 дітей із 6 досліджуваних, що склало 83,3%).
3. Постнекротичний стеноз товстої кишки зустрічається як після консервативного, так і після хірургічного лікування НЕК.
4. Лікування даного контингенту хворих хірургічне, прогноз сприятливий.
5. Діти, що перенесли НЕК, мають знаходитись під диспансерним спостереженням, як загрозливі щодо можливих віддалених хірургічних ускладнень.

## **Щодо питання зменшення периопераційного болю**

**В. В Данилова, Ю. В. Пащенко О. В. Борисов**

**Харківський національний медичний університет,  
Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Харков**

**Вступ.** У зв'язку із впровадженням в клінічну практику ендохірургії, перед анестезіологами виник цілий ряд специфічних проблем, пов'язаних з особливостями анестезіологічного забезпечення. Проведення загальної анестезії при лапароскопічних операціях пов'язано з накладанням карбоксиперитонеуму, що впливає на кровообіг і механіку дихання. Проблема карбоксиперитонеуму у дітей займає одне з перших місць при розробці нових методик загальної анестезії. Саме карбоксиперитонеум приносить найбільше занепокоєння пацієнтам як на початковій стадії втручання, так і в ранньому післяопераційному періоді, Тому для пом'якшення периопераційного дискомфорту застосовуються анальгетичні дози наркотичних засобів.

**Мета.** В наявних роботах проблеми значущості комбінованої загальної анестезії висвітлені недостатньо. Це змусило нас використати мультимодальну комбіновану анестезію каудальну анестезію в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області.

**Об'єкт і методи.** Групи склали хлопчики з варикоцеле ( $n = 16$ ) і дівчатка з двосторонніми паховими грижами ( $n = 7$ ). Середній вік пацієнтів – 10 років  $\pm$  2 роки, вага  $30 \pm 5$  кг. Всі діти ставилися до I класу по ASA. Анестезіологічний ризик по Ракітцкому II ст. Премедикація у всіх дітей проводилася у відділенні в присутності батьків і включала внутрішньовенне введення атропіну (0,1 мг/кг), сибазону (0,3 мг/кг), і 50% анальгін (10 мг/кг). Індукцію проводили пропофолом 3 мг/кг болюсно, підтримання анестезії – пропофолом інфузійно 0,7 мг/кг/хв (2 мг/кг). На тлі загальної анестезії і міорелаксації проводили інтубацію трахеї і ШВЛ.

Після цього виконували пункцію каудального простору з болюсним введенням 0,25% ропівакаїну (наропіну) із розрахунку 1,0 мл/кг маси тіла. Перед накладенням карбоксиперитонеуму проводили інфільтраційну анестезію навколопупкової області 1% ультракаїном. Інтраопераційно наркотичні анальгетики не вводилися. Тривалість оперативного втручання склала в середньому  $35 \pm 10$  хвилин. Інтраопераційно і в післяопераційному періоді монітувати ЧСС, АТ (систоличний, середнє, діастолічний),  $\text{SaO}_2$ , показники газообміну і рівень глікемії. Крім того застосовували BIS-монітор для контролю глибини анестезії. Після пробудження оцінювали больовий синдром за візуально-аналоговою, вербальною і мімічною шкалами оцінки інтенсивності болю. Ускладнень при виконанні каудального блоку не зафіксовано.

**Результати.** Отримані результати свідчать про те, що анестезіологічне забезпечення при лапароскопічних операціях у дітей пропофолом в поєднанні з каудальною анестезією і інфільтраційною анестезією навколопупкової зони 1% ультракаїном не викликає змін гемодинаміки, негативно не впливає на транспорт кисню, зменшує дискомфорт при накладенні карбоксиперитонеуму, забезпечує гладкий вихід з наркозу і хороше знеболення на протязі до 6 годин.

**Висновки.** Застосування каудальної анестезії в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області – ефективний та безпечний метод анестезіологічної допомоги при оперативних втручаннях у дітей, дозволяє скоротити потребу в гіпнотиках і центральних анальгетиках. Комбінована регіонарна анестезія менш затратна та зменшує витрати як на операцію, так і в післяопераційному періоді.

## Современные аспекты лечения аппендикулярного абсцесса у детей

В. А. Дегтярь, А. М. Барсук, С. В. Коваль, Л. Н. Бондарюк

Днепропетровская медицинская академия,  
Днепропетровская областная детская клиническая больница

**Актуальность.** В последние годы внедрение малоинвазивных технологий при аппендикулярном перитоните у детей значительно улучшило как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения. Предлагаются разные способы оперативного лечения и санации в случаях сформированного аппендикулярного абсцесса. Сохраняется достаточно высокий процент интраабдоминальных послеоперационных осложнений, независимо от способа лечения.

**Цель работы.** Улучшить эффективность оперативного лечения аппендикулярного абсцесса у детей.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в клинике оперировано 54 ребёнка по поводу сформированного аппендикулярного абсцесса. Дети поступали в срок от 2 до 9 суток от начала заболевания. Всем детям оперативное лечение начинали лапароскопически, у 4-х из них возникла необходимость в конверсии на лапаротомный доступ. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет: от 6 месяцев – до 3 лет 5 детей, от 4 лет до 7 лет 15 детей, от 8 до 12 лет 17 детей, от 13 до 17 лет 17 детей. По распределению по полу: мальчиков подавляющее большинство – 33 ребенка, девочек – 21. На момент поступления не обращалось за медицинской помощью и не лечилось 28 детей, у 12 родители занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью, 14 находились под наблюдением медицинских работников и получали лечение по поводу соматической патологии. В послеоперационном периоде дети получали АБ терапию по схеме: цефалоспорины+амикацин+метронидазол.

**Результаты и обсуждения.** Детей с аппендикулярным абсцессом без перитонеальных симптомов и возможностью чрезкожной пункции и дренирования полости абсцесса мы не наблюдали. Длительность оперативного вмешательства колебалась от 30 до 120 минут. В 38 случаях в патологический процесс был вовлечен большой сальник, произведена лапароскопическая резекция участка измененного сальника. У 15 детей после разъединения стенок абсцесса париетальная и висцеральная брюшина обрабатывалась противоспаечным гелем, содержащим гиалуронат натрия, с целью уменьшения спаечного процесса и улучшения эффективности дренирования. Культю отростка удалось клипировать у 40 детей, в 8 случаях произведена перевязка лигатурой широкого основания, в 4-х случаях произведено лапароскопическое ушивание купола слепой кишки, в 2-х случаях основание отростка не было выявлено, подводилось по 2 дренажные трубки к ложу абсцесса. Интраоперационные осложнения в виде повреждений стенки подвздошной кишки отмечалось у 1 ребенка, конверсия на лапаротомию, наложение двойной илеостомы. У двоих детей в раннем послеоперационном периоде отмечалось формирование абсцесса брюшной полости, повторная лапароскопическая санация. У двоих детей отмечалось нагноение лапаротомной послеоперационной раны. Госпитальный период длился от 9 дней до 4 недель, после чего пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

#### **Выводы.**

1. Лапароскопический способ лечения аппендикулярного абсцесса у детей позволяет в подавляющем большинстве случаев получить хороший результат .

2. Применение противоспаечного геля, содержащего гиалуронат натрия, позволяет снизить количество послеоперационных интраабдоминальных осложнений и улучшает эффективность дренирования брюшной полости.

## **Досвід хірургічного лікування гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи**

**В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, А. А. Галаган, В. Г. Хомяков, Ю. Ф. Жущман**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України**

**Вступ:** Незважаючи на досягнення в лікуванні гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи у дітей, ця проблема досі залишається актуальною. Це пов'язано з великою кількістю легенево-плевральних форм гострої деструктивної пневмонії та її

ускладнень, що супроводжуються затяжним перебігом, який погіршує якість життя дітей.

**Мета:** На прикладі неефективності лікування затяжних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії шляхом пункцій та закритого торакоцентезного дренивання показати можливості використання торакоскопії.

**Матеріали і методи:** На лікуванні та під спостереженням знаходилося з гнійно-деструктивними змінами легень 177 дітей від 1 року до 17 років, які лікувалися в ОДКБ м. Дніпро в відділенні гнійної хірургії з 2013 по 2017 рік. Хлопчиків було 107 що складає 60,5%, дівчаток – 70 що складає 39,5%. Для дослідження відібрано групу хворих – 30 дітей, з яких хлопчиків було 21, дівчаток – 9 дітей, після тривалого пункційного та дренажного лікування була проведена відеоторакокопічна санація.

**Результати:** Діти поступали в клініку з приводу гнійно-деструктивної пневмонії та її ускладнень – плеврити, абсцеси, піоторакс, піопневмоторакс, на 2–3 тиждень захворювання, попередньо проходячи лікування в інфекційному та соматичному відділеннях іншого лікувального закладу або амбулаторного лікування, з приводу ГРВІ та пневмоній. Даній групі пацієнтів неодноразово проводилась пункція або дренивання плевральної порожнини. Торакокопічна санація проводилася загальноприйнятим методом, орієнтуючись на клініко-рентгенологічні дані, данні ультразвукового дослідження і комп'ютерного томографа. Це давало можливість оцінити зміни вісцеральної і парієтальної плеври, зруйнувати внутрішньоплевральні зрощення, видалити фібринозно-гнійні та некротичні накладення. Проводилася санація плевральної порожнини антисептичними препаратами. Загальний стан дітей нормалізувався на 3–5-у добу, зменшувався інтоксикаційний синдром, зменшувалася дихальна недостатність. Легеня розправлялась. Плевральний дренаж видаляється на 5–7 добу. Це скорочувалася перебування пацієнтів в хірургічному відділенні.

#### **Висновок:**

1. Для визначення лікувальної тактики при легенево-плевральних формах гострої деструктивної пневмонії необхідно проведення спеціального обстеження з застосуванням ультразвукового сканування плевральної порожнини і комп'ютерної томографії грудної клітки, що дозволяють об'єктивно оцінити стан плевральної порожнини.

2. Відеоторакокопічна санація плевральної порожнини є методом вибору в лікуванні тривалих легенево-плевральних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії при неефективності дренажних методів лікування.

## **Використання малоінвазивних методів лікування інвагінації кишечника у дітей**

**В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, М. В. Савенко, М. О. Камінська, С. В. Коваль, О. П. Гладкий, Д. М. Лук'яненко, В. Е. Денисенко**

**Дніпропетровська медична академія,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня**

**Вступ.** У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини інвагінація кишечника у дітей займає друге місце, поступаючи лише гострому апендициту, та займає перше місце серед усіх видів придбаної кишкової непрохідності, складаючи з них 70–80%. Захворюваність коливається в межах від 1,5 до 4,0 випадків на 1000 новонароджених. Найбільш часто захворювання виникає у дітей грудного віку і переважно у хлопчиків.

**Мета.** Аналіз методів та результатів лікування дітей з гострою інвагінацією кишечника та визначення місця лапароскопії в лікуванні даної патології.

**Методи дослідження.** Аналіз лікування 909 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Всі діти знаходилися на лікуванні в дитячій обласній клініці м.Дніпропетровська. В минулому у 506 дітей успішно проведена класична дезінвагінація повітрям, 70 дітей були оперовані шляхом лапаротомії, що складає 12,2% (48 хлопчиків і 22 дівчинки). У 22 (31,4%) – кишка визнана не життєздатна і була проведена резекція кишки. У 48 дітей (68,6%) проведена успішна оперативна дезінвагінація. З 2008р. в клініці використовується метод лапароскопії в лікуванні дітей з гострою інвагінацією кишечника.

**Результати та їх обговорювання.** За останні 10 років на лікуванні знаходилось 333 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Для діагностики використовували метод діагностичної пневмоколонографії та сонографії. Консервативна дезінвагінація була ефективна у 264 дітей, що складає 79%. У решти 69 дітей, що складає 21% від загальної кількості госпіталізованих, після безуспішного консервативного лікування проводилась повторна спроба консервативного розправлення інвагіната в операційній під контролем лапароскопа або лапароскопічно–асистована дезінвагінація кишечника. В результаті з 69 дітей у 47 (68%) випадках після розправлення кишечника визнаний життєздатним і на цьому етапі лікування закінчувалося. У 13 (18,8%) випадках візуально були виявлені некротичні зміни в стінці кишечника, що був розправлений, чи в щільному інвагінаті. У 9 (13%) випадках причиною інвагінації був дивертикул Меккеля. У всіх цих 22 випадках, що потребували резекції кишечника, проводилася лапароскопічно–асистована резекція дивертикула Меккеля або нежиттєздатної кишки з накладенням кишкового анастомозу шляхом мінілапаротомії.

#### **Висновки:**

1. Гостра інвагінація кишечника залишається найчастішим видом кишкової непрохідності у дітей.
2. Основний метод лікування інвагінації кишечника – консервативний. Протипоказанням до консервативної дезінвагінації є: перитоніт, виражена кишкова непрохідність, шок.
3. Терміни надходження хворого не впливають на тактику лікування хворого.
4. У випадках неефективності класичної консервативної дезінвагінації, повторна спроба з лапароскопічним контролем або лапароскопічно–асистоване розправлення інвагінату, що дозволяє досягти хороших результатів при значному зменшенні операційної травми.

## **Корекція лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей**

**В. А. Дігтяр, М. О. Камінська, О. І. Мохов, С. В. Коваль, Л. М. Харитонюк**

*Дніпропетровська медична академія,*

*Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня*

**Вступ.** Лійкоподібна деформація, є найбільш частою вадою розвитку грудної клітини, яка становить 91% всіх вроджених деформацій грудної клітини за даними різних авторів.

Характерною особливістю лійкоподібною деформації грудної клітини (ЛДГК) є схильність до прогресування, яка тісно пов'язана з ростом і віком дитини. Подальший розвиток деформації призводить до більш виражених порушень функції легень, зміщення та ротації серця, що в результаті проявляється декомпенсацією серцево–судинної і дихальної систем.

Загально визнано оперативне лікування ЛДГК, оскільки консервативне – не ефективно. Запропоновано більше 80 різних варіантів хірургічного втручання та їх модифікацій для корекції ЛДГК, але високий відсоток незадовільних результатів – до 41,7% свідчать про актуальність та невирішеність проблеми в цілому і вказують на необхідність її подальшого дослідження.

**Мета роботи** – порівняльна характеристика використання ретростерального та торокоскопічного контролю проведення металевих конструкцій при торакопластиці (ЛДГК) за методикою D.Nuss.

**Об'єкт и методи дослідження.** Під нашим спостереженням і лікуванням перебувала 50 дитини з ЛДГК у віці від 4 до 17 років. Хлопчиків було 42 (84%), дівчат 8 (16%). У всіх пацієнтів ЛДГК проявлялася з раннього віку. Дітей прооперовано частіше у віці від 9 до 15 років. Найбільший темп прогресування припадав на пубертатний період. З симетричною формою деформації було 33 (66%) пацієнтів, асиметричною – 10 (20%), плоско лійкоподібною – 7 (14%). Деформації грудної клітки II ступеня встановлено у 18 (36%) дітей, а III ступеня – 32 (64%). Різноманітні за структурою і тяжкості деформації хребта в сагітальній та фронтальній площині відмічені у 38 (76%) дітей.

Усім пацієнтам проведено торакопластику з використанням пластини з титану. У 18 випадках застосували торакопластику за методом D.Nuss під контролем торокоскопа, у 32 – виконували додатковий розріз в ділянці мечоподібного відростка, та у 5 випадках оперативне втручання включало остеотомію грудини та хондротомію ребр.

**Результати та їх обговорення.** Результати торакопластики за методом D. Nuss були простежені у 50 пацієнтів. Оцінювали результати за наступними критеріями: добрий (деформація повністю усунена, антропометричні показники відповідають віку, косметичний результат влаштовує хворого, функціональні дослідження не виявляють відхилень від норми); задовільний (частковий рецидив деформації, індекс Гіжницької не менше 0,7 або викривлення реберних дуг, скарги на косметичний дефект або відсутні, або мінімальні, функціональні показники в нормі); незадовільний (повний рецидив деформації, скарги на косметичний дефект). У спостережуваної групі пацієнтів добрі результати отримані у 43 (86%) випадках, задовільні у 6 (12%) , незадовільні 1 (2%).

**Висновки.** Хірургічна корекція лійкоподібною деформації грудної клітки за допомогою ретростеральних металевих фіксаторів перспективний напрямок торакопластики і має переваги в порівнянні з резекційними методиками, а саме мініінвазивність та добрий косметичний результат. Торокоскопічне супроводження це позитивний момент як для пацієнта, так і для хірурга. А саме: 1. Повна візуалізація, та можливість виключно екстраплеврального проведення металевих конструкцій, контроль їх стояння та корекції деформації; 2. Відсутня необхідність в хірургічному доступі для ретростерального контролю проведення металевого провідника та фіксатора; 3. В цілому, це підвищення безпечності хірургічного втручання, значне зниження його травматичності та терміну виконання.

## Визначення етапів реабілітації хворих котрі перенесли метаепіфізарний остеомієліт

В. А. Дігтяр, Д. М. Лук'яненко, М. О. Камінська, М. В. Савенко,  
О. Г. Садовенко

Дніпропетровська медична академія

**Вступ.** Хірурги і ортопеди, проводячи лікувальні та реабілітаційні заходи хворим на метаепіфізарний остеомієліт (МЕО) здебільшого мають за мету допомогти цим хворим тільки в фізичному одужанні, у той час, коли вони не меншою мірою потребують соціально-психологічної реабілітації. Вирішення цих задач має велике медико-соціальне значення

**Мета.** Мета дослідження полягає у визначенні обсягу методів медичної реабілітації цього контингенту хворих.

**Методика дослідження.** Дослідження проводилось методом анкетування за спеціально розробленою анкетною. До анкети були включені питання, котрі охоплювали соціально-психологічний та фізичний стан хворих, що перенесли захворювання. Ми звернулися до контингенту осіб (53 респонденти), які перебували на лікуванні до 20 років тому з вираженими ускладненнями та наслідками метаепіфізарного остеомієліту.

**Результати та їх обговорення.** Проведену реабілітацію в дитячому віці й пізніше респонденти оцінили як недостатню. Із них 28 (52,8%) осіб взагалі ніякого лікування після виписки зі стаціонару в поліклініці не отримували, стаціонарне лікування проводилось тільки 11 (20,8%) респондентам, санаторно-курортне лікування отримували лише 13 (24,5%) осіб.

На головне питання анкети – як захворювання вплинуло на реалізацію життєвих планів, 8 (15,1%) респондентів відповіли, що остеомієліт перекреслив усі життєві плани. Такий висновок дещо частіше робили пацієнти чоловічої статі – 18,2% проти 10% жіночої ( $p > 0,05$ ).

З урахуванням результатів дослідження, у теперішній час усім дітям, які надходять до клініки з діагнозом метаепіфізарний остеомієліт, проводиться комплексне лікування. Хворий проходить курс стаціонарного лікування, після чого в умовах поліклініки виконується загальнозміцнююча терапія та динамічне спостереження до 2 місяців. Потім, оцінюється патологічний процес у кістці, проводиться корекція імобілізації, при необхідності – протирецидивне лікування. Через 4–6 місяців після купірування гострого процесу або пізніше, практично усім дітям у залежності від віку (з настанням трьох років) ми рекомендуємо проводити лікування в санаторіях кістково-суглобового профілю. Головними показаннями до санаторно-курортного лікування ми вважаємо порушення кісткової структури, котре призводить до ортопедичних ускладнень та наслідків, спричиняючих інвалідизацію. Протягом 2 років дитина перебуває під наглядом дитячого хірурга та ортопеда поліклініки. Одужання пацієнта оцінюється не тільки по відновленню форми та функції кінцівок, загальному стану, але, найголовніше – по відновленню структури кістки. Нагляд за пацієнтом, лікування ймовірних наслідків захворювання надалі повинен проводити ортопед-травматолог. Робота психолога проводиться з дітьми, у котрих виникли ортопедичні наслідки МЕО, що дозволяє підготувати дитину до життя та праці з урахуванням цих наслідків.

**Висновки.** Виходячи з вище переліченого обґрунтованими є наступні етапи реабілітації у дітей з МЕО: лікування МЕО в гострому періоді та диспансерне спостереження у



хірурга та ортопеда протягом 2–х років (реабілітація); відновлення структури і функцій ураженого сегменту кінцівки протягом росту пацієнта (диспансерне спостереження і корекція у ортопеда); корекція наслідків перенесеного МЕО, котра внаслідок тяжких вад пов'язана насамперед з корекцією психологічного стану, що дозволить адаптуватися хворим в суспільстві (протягом життя у ортопеда та психолога).

## Малоінвазивна корекція кілеподібної деформації грудної клітки у дітей

В. А. Дігтяр, Д. І. Шульга, М. О. Камінська, О. І. Мохов

Дніпропетровська медична академія,  
Криворізька міська клінічна лікарня № 8,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

**Вступ.** Кілеподібна деформація грудної клітки (КДГК) – це важка вада розвитку, що характеризується вираженими косметичним дефектом. У вітчизняній і зарубіжній літературі відзначається великий відсоток добрих результатів корекції цієї патології відкритим способом, проте усі види операцій дуже травматичні, припускають широкий операційний доступ, включають маніпуляції на кістково–хрящовій і м'язових тканинах грудної клітки, при цьому є високий ризик розвитку ускладнень в інтра- і післяопераційному періодах. У зв'язку з цим залишається актуальною необхідність розробки нових малоінвазивних методів оперативної корекції цієї вади розвитку грудної клітини, коли при мінімальній травмі шкірного покриву і грудинно–реберного комплексу усувається деформація з урахуванням естетичних вимог пацієнта.

**Мета роботи** – провести аналіз результатів хірургічного лікування КДГК у дітей з використанням малоінвазивної передньої торакопластики.

**Об'єкт и методи дослідження.** На базі КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» проведено оперативне лікування 35 дітей з КДГК II та III ступеню в стадії компенсації та субкомпенсації. Хлопчиків було 32 (91,4%), дівчаток 3 (8,6%). За класифікацією В.Б. Шаміка (2003) грудинно–реберний I тип трапляється у 15 дітей (42,85%), реберно–грудинний II тип у 20 дітей (57,15%). За формою деформації частіше зустрічалась еліпсова та кругла. Признаки дисплазії сполученої тканини виявлені у всіх пацієнтів. Це проявлялось у вигляді деформації хребта (сколіоз або кіфоз), плоскостопість, малих аномалій розвитку серця, гіпоплазії легеневої тканини. Більшість дітей прооперовано у віці від 11 до 18 років, коли деформація грудної клітки мала найбільш виражені прояви. Прогресування деформації грудної клітки припадало на пубертатний період. Усім дітям виконувалось комплексне обстеження за загально прийнятною методикою. Оперативне за способом малоінвазивної передньої торакопластики з використанням титанової пластини. Спосіб полягає в усуненні КДГК шляхом компресії титанової пластини в ділянках деформації передньої стінки грудної клітки, пластину проводять субфасціалью нагрудинно–реберно через попередньо сформований тунель із двох розрізів в передне–аксілярних ділянках з обох боків.

**Результати, їх обговорення.** У пацієнтів, оперованих за даною методикою, переливання еритроцитарної маси і препаратів крові не виконувалося. Середня тривалість оперативного втручання складала від 60 до 100 хв. Знеболювання наркотичними анальгетиками не проводилося. Застосували епідуральну анестезію, що дало можливість пе-

реводити пацієнтів у вертикальне положення та дозволяти ходити на другу добу після операції. Ранні післяопераційні ускладнення (консервативне лікування пневмотораксу) мали місце у одного хворого (2,85%). У відстроченому післяопераційному періоді виявлено розрив металевої ниті кріплення стабілізаторів у двох хворих (5,7%), серома у одному випадку (2,85%).

Результати лікування простежені у всіх пацієнтів після операції. Добрі результати отримані у 32 (91,4%) випадках, задовільні у 3 (8,6%) , незадовільних результатів не визначено.

**Висновки.** Використання малоінвазивної передньої торакопластики за допомогою титанової пластини має переваги в порівнянні з резекційними методиками, а саме: відсутність резекції ребер та грудини, мобілізації загрудинного простору, скорочення терміну операції, менш виражений больовий синдром, відсутність міграції пластини, можливість росту та розвитку грудної клітини, ліквідується деформація з вдалим функціональним та косметичним результатом.

## Мініінвазивне ендоскопічне лікування дітей з частковою непрохідністю вихідних відділів шлунку

О.Г. Дубровін<sup>1</sup>, І.В. Коломоєць<sup>2</sup>, Д.І. Вороняк<sup>2</sup>, Л.О. Трембач<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,

<sup>2</sup>Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит»

**Вступ.** У дітей часткова непрохідність вихідних відділів шлунку, як ускладнення виразкової хвороби, є рідкісним захворюванням. Порушення прохідності вихідних відділів шлунку при виразковій хворобі зазвичай обумовлено поєднанням набряку, спазму, рубцевого стенозу й атонії шлунку. В літературі є багато інформації щодо методів лікування часткової непрохідності вихідних відділів шлунку у дорослих. Відносно дітей даних недостатньо. Є лише декілька повідомлень, які демонструють досвід застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей зі стенозами вихідних відділів шлунку.

**Мета.** Оцінити ефективність застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей з частковою непрохідністю вихідних відділів шлунку, спричиною післявиразковими стенозами.

**Об'єкт і методи дослідження.** У період з 2013 по 2018 рр. включно в нашу клініку поступило десятеро дітей віком від 2 р 5 міс до 13 р (середній вік 6 р 7міс). Хлопчиків та дівчат порівну. Четверо дітей поступили з діагнозом «пілоростеноз» на оперативне лікування. При проведенні з діагностичною метою ендоскопічного обстеження у нас в клініці звернуло на себе увагу значне укорочення антрального відділу шлунку та звуження його просвіту по центру за рахунок циркулярного рубця, що дозволило встановити діагноз «стеноз антрального відділу шлунку». Одна дитина поступила з виразкою антрального відділу шлунку, виразкою цибулини дванадцятипалої кишки та стенозом пілородуоденальної зони в стані субкомпенсації. Одна дитина поступила зі стенозом пілоруса та цибулини ДПК внаслідок курсу лазерних абляцій виразки ДПК. Четверо дітей поступили з кровотечею з виразки антрального відділу шлунку, яка виникла на фоні прийому нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Був проведений ендоскопічний гемостаз. В подальшому у двох дітей протягом місяця сформувався стеноз антрального відділу шлунку, у двох – груба рубцева деформація антрального відділу

без порушення прохідності. В анамнезі вісьмох дітей були прийоми НПЗП в якості жарознижуючих. У двох дітей був позитивний тест на *Helicobacter pylori*. При вирішенні питання про вибір методу відновлення прохідності зони стенозу нами в якості альтернативи була запропонована ендоскопічна балонна дилатація. Дилатації проводились під інтубаційним наркозом. Використовували ендоскоп GIF-XQ 260 Olympus Lucera та балони для ендоскопічної дилатації стравоходу/пілоруса Boston Scientific діаметром 8–9–10 мм та 10–11–12 мм.

**Результати.** В результаті серії повторних ендоскопічних балонних дилатацій (від 2 до 10 маніпуляцій) вдалося ліквідувати непрохідність вихідних відділів шлунку та досягти стійкого результату у чотирьох дітей. Одна дитина була прооперована за бажанням батьків – виконана резекція зони стенозу (резекція шлунку по Більрот I). Двоє дітей з огляду на грубу деформацію ДПК були прооперовані (резекція шлунку по Більрот I, накладання гастроентероанастомозу). Решта дітей знаходяться під наглядом. Для отримання стійкого результату в підтриманні прохідності вихідних відділів шлунку була потреба проводити серію повторних балонних дилатацій, кількість яких залежить від індивідуальних особливостей стенозу та організму дитини.

**Висновки.** В Україні переважній більшості дітей з післявиразковими стенозами вихідних відділів шлунку проводиться хірургічне лікування. Наш досвід свідчить, що ендоскопічна балонна дилатація є сучасним методом відновлення прохідності вихідних відділів шлунку, який дозволяє уникнути хірургічного лікування і може бути рекомендований, як метод вибору, дітям з частковою непрохідністю вихідних відділів шлунку, спричиноюю післявиразковими стенозами.

## Клінічний випадок лікування тромбозу мезентеріальних судин у дитини із гострим лімфобласним лейкозом

О. О. Калінчук<sup>1</sup>, С. С. Блажко<sup>1</sup>, Т. Г. Король<sup>2</sup>, Д. В. Коноплицький<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня,

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Вступ.** Тромбоз мезентеріальних судин – загрозливий для життя патологічний стан, в основі якого лежить обтурація просвіту судин із подальшою артеріальною або венозною недостатністю ділянки кишківника, яка призводить до порушення трофіки і некрозу стінки кишки з послідуочим розвитком перитоніту. У дітей недуга зустрічається досить рідко та складає 1,4 випадки на 100000 дитячого населення і має дуже високий відсоток летальності. Частіше за все тромбоз мезентеріальних судин виникає як ускладнення інших захворювань. Встановлений зв'язок між неоплазією та розвитком тромбоемболічних станів внаслідок пошкодження ендотелію судин раковими клітинами, активації тромбоцитів та згортання крові.

**Мета.** Описати діагностику та лікування тромбозу мезентеріальних судин як ускладнення цитостатичної хвороби у дитини з гострим лімфобластним лейкозом.

**Об'єкт дослідження.** Хвора Б. з гострим лімфобластним лейкозом, що ускладнився тромбозом мезентеріальних судин.

**Результати та їх обговорення.** Дитина Б., 2 років, госпіталізована 5.01.18 року в онкогематологічне відділення ВОДКЛ. Після проведеного протокольного обстеження дитині був встановлений діагноз: Гострий лімфобластний лейкоз, перший гострий період.

10.01.18 р. дитині було розпочато індукційний курс хіміотерапії. На 18 день першого протоколу лікування, виникли скарги на болі в животі, гіпертермію. При динамічному фізикальному обстеженні наростали явища перитоніту. В гемограмі: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія. Дитині у важкому стані та за життєвими показами була виконана: лапароскопія, ревзія та санація черевної порожнини, апендектомія, біопсія кишкової стінки, накладання ентеростоми, цекостоми, дренажування черевної порожнини. При ревізії органів черевної порожнини було виявлено велику кількість серозно – геморагічного випоту (до 2 літрів), стінка кишки в стані значного набряку, сіро-чорного кольору, перистальтика не візуалізувалась, брижа набрякла, судини не пульсували; пасма великого чіпця та очеревина в множинних крововиливах великих розмірів; печінка різко анемічна; апендикс – набряклий, синюшний, брижа відростка набрякла, пульсація судин не визначається. При резекції апендикса та накладання цекостоми виявлено, що стінка кишки та її брижа не кровоточать. Патогістологічне заключення: тромбоз судин, тотальний некроз стінки відростка та товстої кишки з геморагічним просякненням та помірною поліморфноклітинною запальною інфільтрацією; фрагмент тонкої кишки з імбібіцією крові з боку серози до слизового шару, набряком, дегенеративними змінами, в слизовій – гіперсекреція слизу та десквамація епітелію. В післяопераційному періоді дитині проводилась масивна трансфузійна, антибактеріальна, антимікотична терапія, відновлення гемостазу та гемодинаміки. Антикоагулянтна терапія не проводилась враховуючи швидкий розвиток ДВЗ – синдрому, фази гіпокоагуляції.

Через три тижні після оперативного втручання дитині було виконано ендоскопічне обстеження товстої кишки: слизова оболонка прямої, сигмоподібної та поперечноободової кишки рожевого кольору, з множинними ерозіями та геморагіями, блискуча, судинний кровоток збережений. В кишковому просвіті у великій кількості фібринозно – гнійний вміст густої консистенції. Слизова оболонка сліпої та висхідної кишки гіперемована, із синюшним відтінком, множинними ерозіями.

**Висновки.** Тромбоз мезентеріальних судин являється грізним ускладненням цитостатичної хвороби та при правильному та своєчасному хірургічному і консервативному лікуванні може бути корегованим. Лапароскопічний та ендоскопічний метод може використовуватися при діагностиці та контролі лікування тромбозу мезентеріальних судин у дітей.

## Досвід використання ендоскопічної хірургії при наданні планової та ургентної допомоги дітям вінницької області

О. О. Калінчук, Д. В. Коноплицький, Ю. П. Паламарчук, В. Б. Гончарук

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня,

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**Вступ.** Ендоскопічна хірургія – це сучасний напрямок розвитку хірургії, який знайшов своє широке використання і в лікуванні дитячої хірургічної патології. Ендоскопічна хірургія використовується при лікуванні хірургічної патології органів грудної та черевної порожнини. Вона може використовуватися при наданні планової та ургентної хірургічної патології. Враховуючи те що мініінвазивна хірургія має безліч переваг над традиційною відкритою хірургією, вона набуває більш широкого використання та популярності.

**Мета.** Провести ретроспективний аналіз дітей з хірургічною патологією, яким проводилось ендоскопічне хірургічне лікування в умовах Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2015 по 2018 рр.

**Об'єкти та методи дослідження.** 164 дитини з різноманітною хірургічною патологією, яким проводилось ендоскопічне хірургічне лікування.

**Результати та їх обговорення.** В період з 2015 по 2018 рр. на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні знаходилось 164 дитини із хірургічною патологією, яким проводились ендоскопічні оперативні втручання. Розподіл хірургічної патології та оперативних втручань. Пахова грижа – 51 дитина. Корекція патології проводилась за методикою PIRS. Всі діти поступали з однічною паховою грижею. Під час оперативного втручання у 23.5% дітей був виявлений не зарощений вагінальний відросток з контрлатеральної сторони, що співпадає з даними інших дослідників. При виявленні двобічної пахової грижі, хірургічна корекція проводилась з двох сторін. Лапароскопічна варикоцелектомія була виконана у 20 дітей. Лапароскопічна апендектомія з приводу гострого апендициту проводилась у 9 пацієнтів. 26 дівчат з гінекологічною патологією отримали хірургічне лікування. Оперативні втручання проводились з приводу пухлиноподібних утворень придатків. Із них 20 пацієнток прооперовані в плановому порядку та 6 – в ургентній черзі. Одна з пацієнток була оперована з приводу з приводу вродженої вади розвитку сечо–статевої системи: повне подвоєння матки, лівобічна гематометра, гематосальпінкс, гематокольпос, єдина права нирка. Було виконано оперативне втручання – лапароскопія, екстирпація лівої матки з лівою матковою трубою. Ще у однієї з пацієнток був виявлений зовнішній ендометріоз: ендометріїдна кіста лівого яєчника та едометріома правого яєчника. Спленектомія була виконана у 7 дітей та 5 дітям були виконані оперативні втручання із збереженням селезінки. Оперативні втручання з приводу пухлин: пухлини печінки – 12 дітей, нефробластома – 3 дітей, пухлини кишківника – 2 дітей, пухлини черевної порожнини та за очеревинного простору 6 дітей та 7 дітей з пухлинами легень та середостіння. Холецистектомія була виконана у 4 дітей з приводу ЖКХ та поліпозу жовчного міхура. Одній із пацієнток з ЖКХ, холедохолітіазом та механічною жовтяницею була виконана – лапароскопічна холецистохолангіографія, холецистектомія, холедохолітотомія, ревізія, санація та дренивання жовчних шляхів за Піковським, дренивання черевної порожнини. Коагуляція була при бульозній хворобі легень була виконана у 9 пацієнтів. Цекостома та ентеростома накладалась двом пацієнтам з приводу некротичного коліту та тромбозу мезентеріальних судин. Одному з пацієнтів була виконана лапароскопічна мобілізація сигмовидної кишки при трансанальній ендоректальній резекції прямої та сигмовидної кишки з накладанням колоректального анастомозу, при лікуванні хвороби Гіршпрунга. Всі оперативні втручання проводилися без конверсії. Накладання кишкових анастомозів проводилось екстракорпорально.

**Висновки.** Ендоскопічна хірургія є сучасним мініінвазивним методом лікування та повинна більш широко застосовуватись при більшості хірургічної патології органів черевної та грудної порожнин у дітей, а також і у вигляді діагностичних заходів патологічних станів.

## Зміни в відхідниково–куприковій зв'язці при застарілій травмі куприка

**В. С. Конопліцький, О. О. Лукіянець, Р. В. Шавлюк**

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова**

**Вступ.** Внаслідок підвищеної поведінкової рухливості, серед дитячого населення часто відбуваються падіння на сідниці, які супроводжуються пошкодженнями зв'язкового апарату куприка та самої кістки, аж до його переломів. Застарілі травми куприка

тривалий період часто супроводжуються проявами кокцигодинії і порушеннями акту дефекації у вигляді закрепів та/або енкопрезу. Існуюча на сьогоднішній день методологія лікування цих патологічних станів не має суворо визначеної хірургічної тактики, яка часто полягає лише у видаленні пошкодженого куприка, як радикального засобу боротьби з больовим синдромом. Однак така тактика не завжди доцільна, лишаються невирішеними питання визначення термінів кокцигодинії та необхідності пластики відхідниково–куприкової зв'язки (ВКЗ) у дітей.

**Мета:** Вивчення морфологічних змін відхідниково–куприкової зв'язки при травмі куприка.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідженню підлягали 18 хворих, у яких в анамнезі, в термін від 1 до 2 років, була травма куприка і яким виконувалась кокцигектомія. Дівчаток було 13, хлопчиків 2. Пацієнти при госпіталізації в клініку дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова оглядалися дитячим хірургом та травматологом, проводився зовнішній огляд та пальпація крижово–куприкової ділянки і промежини, пальцьове ректальне дослідження з бімануальною пальпацією куприка, за необхідності ректороманоскопія, консультація невролога, уролога, гінеколога, проводилося рентгенологічне дослідження куприка в прямій та боковій (положення пацієнта на боку із зігнутими в колінних та кульшових суглобах нижніми кінцівками) проекціях при якому оцінювалась ануляція куприка за зміною крижово–куприкового кута. У 8-х пацієнтів, після видалення куприка, проводилось морфологічне дослідження мікропрепарату, а саме його кісткової частини та фрагменту відхідниково–куприкової зв'язки.

**Результати та їх обговорення.** До операції 83,3% хворих висували скарги на кокцигодинію, яка посилювалась в положенні сидячи, з іррадіацією болю, у 55,6% в попереково–крижову ділянку та у 27,8% в нижні кінцівки. Серед всіх хворих, 61,1% пацієнтів, на протязі від 3 до 6 місяців, після отримання травми, висували скарги на порушення акту дефекації вигляді відчуття його неповноти, а в 44,4% сформувались хронічні закрепи. Ануляція куприка у них дорівнювала  $116 \pm 3,1^\circ$ , при нормі  $150 \pm 3,7^\circ$  ( $p < 0,01$ ).

При морфологічному дослідженні ВКЗ в усіх препаратах визначався її набряк, розшарування з гомогенізацією волоконець оформленої фіброзної тканини, спостерігались ділянки осифікації. В цілому ВКЗ представлена грубими різноспрямованими жмутками колагенових волоконець з прошарками фіброзно–жирової тканини між ними, як ознаками виражених дегенеративно–дистрофічних змін. При дослідженні фрагментів куприкової кістки в 5 препаратах по краю хрящової тканини визначалась дегенеративно змінена кісткова тканина різної щільності та рівномірним розташуванням остеоїдів та остеоцитів, з фіброзом між балкового простору, відсутністю кісткового мозку, який був заміщений пухкою фіброзною тканиною. В трьох випадках в між балковому просторі визначався переважно жовтий кістковий мозок із значним фіброзом.

**Висновки.** В терміни 1 рік і більше після травми куприка, в тканині відхідниково–куприкової зв'язки та куприкової кістки виникають виражені дегенеративно–дистрофічні зміни вже на світло–оптичному рівні. Визначені морфологічні зміни в відхідниково–куприковій зв'язці викликають значні порушення її функції, які потребують подальшого вивчення термінів та способу лікування таких посттравматичних змін з метою корекції порушень акту дефекації та зменшення виразності кокцигодинії, що в свою чергу буде сприяти покращенню якості життя пацієнтів.

## Організація і тактика допомоги дітям з політравмою в багатопрофільному хірургічному відділенні ЦРЛ

В. М. Костюкевич, О. В. Токарчук, Ю. Г. Фічук, В. М. Коломийчук,  
В. Л. Зозуляк, В. В. Середюк

Коломийська дитяча центральна лікарня

**Вступ:** Поєднана травма у дітей залишається актуальною проблемою в ургентній хірургії, так як значна частина (понад 50%) травмованих госпіталізується в загальнохірургічний стаціонар. Причиною політравми переважно (більш ніж 90%) є автодорожна травма та падіння з висоти. Клінічні прояви не завжди дозволяють встановити правильний діагноз та визначити єдино вірну тактику надання допомоги постраждалим в перші години. Відсутність конкретизованого алгоритму дій медперсоналу у кожному окремому випадку ускладнює своєчасну діагностику, обумовлює затягування доопераційного періоду, що в свою чергу впливає на вибір методу та результати лікування.

**Мета.** Визначити значимі організаційні аспекти хірургічної допомоги дітям з політравмою, обов'язковий об'єм діагностично – лікувальних заходів, а також розробити локальний протокол дій медперсоналу під час поступлення дітей з політравмою в ЦРЛ.

**Об'єкт і методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз 52 медичних карт стаціонарного хворого, які знаходились на лікуванні в ВАІТ та дитячому хірургічному відділенні Коломийської дитячої лікарні протягом 2001 – 2016 років. Вік дітей був від 9 міс. до 17 років. З 52 дітей, яким був встановлений діагноз політравма, травматичний шок, – краніовертебральна травма діагностована в 3х дітей, краніоторакальна – 2, краніовісцеральна – 6, краніовісцероскелетна – 2, краніоскелетна – 17, торакоабдомінальна – 3, скелетновісцеральна – 7, множинна скелетна – 12. Додатково у 3х дітей з відкритими переломами довгих трубчатих кісток були пошкоджені магістральні артерії.

**Результати та їх обговорення:** Можливість надавати кваліфіковану допомогу дітям з політравмою зумовила наявність в лікарні відділення дитячої анестезіології з ліжками інтенсивної терапії ( ВАІТ ) та багатопрофільного дитячого хірургічного відділення.

При пошкодженні 2х і більше сегментів скелета, або поєднанні скелетної травми з абдомінальною, торакальною чи краніальною травмою дитина госпіталізується в ВАІТ, де проводиться полісистемне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження, визначення показників центральної та периферичної гемодинаміки, дихання, діурезу та інших видів обстеження. Для моніторингу за динамікою загального стану обов'язково використовуємо пульсоксиметрію, та ЕКГ. До обстеження, крім хірурга та анестезіолога, залучалися травматолог, нейрохірург, судинний хірург, офтальмолог, рентгенолог, лікар функціональної діагностики. Принциповим вважаємо, що при підозрі на пошкодження органів грудної або черевної порожнини головним диригентом мультидисциплінарної команди повинен бути дитячий хірург, який визначає ведуче і загрожуюче життю пошкодження, а також терміни та черговість інвазивних втручань.

При черепно-мозковій травмі обов'язковим інструментальним обстеженням є краніографія в двох проєкціях, нейросонографія, дослідження очного дна, люмбальна пункція і спіральна комп'ютерна томографія. При травмах скелету – рентгенографія в палаті.

При пошкодженні грудної клітки – поліпозиційна рентгенографія органів грудної клітки, при наявності патологічного випоту в плевральній порожнині – діагностична пункція.

При підозрі на пошкодження органів живота – УЗД, рентгенографія живота в вертикальному положенні або латеропозиції на лівому боці.

При недостатності отриманої інформації проводили лапароцентез пошуковим катетером.

В гострому періоді виконано 63 невідкладних хірургічних втручань, з них трепанацій черепа – 3, дренажів плевральної порожнини – 3, лапароцентезів – 3, лапаротомій – 5, ОМС – 22 ( з них АЗФ – 10), скелетних витягів – 8, ПХО – 16, операцій на магістральних артеріях – 3. Першочерговими вважали операції при пошкодженні органів черевної та грудної порожнини. При цьому перевагу віддавали органозберігаючим методикам при травмах живота та закритим дренажним методам при травмах грудної клітки. Декомпресійні операції на черепі виконувалися при наростанні неврологічної симптоматики та чітких даних за внутрічерепну гематому нейрохірургічною бригадою санавіації у випадках нетранспортабельності потерпілих. В 3х дітей з пошкодженням магістральних артерій плеча (1) та стегна (2) із залученням судинних хірургів санавіації були виконані такі операції: аутовенозна пластика – 1, тромбінтіомектомія – 1, ревізія судинного пучка – 1.

В лікуванні скелетної травми віддаємо перевагу хірургічній стабілізації переломів малоінвазивним методом – остеосинтезу стержневими апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ), який можливий як при закритих, так і відкритих переломах. Після виведення з шоку накладаємо АЗФ, що значно полегшує дообстеження хворого, лікування супутніх ушкоджень та догляд на подальших етапах лікування. Значною перевагою монтажу АЗФ є можливість виконувати його одномоментно з оперативним втручанням на органах грудної та черевної порожнини, нейрохірургічних втручаннях. Скелетний витяг використовуємо як проміжний підготовчий етап перед оперативним лікуванням.

Результати лікування були такими: повне одужання – 45, вихід на інвалідність – 3 дітей з приводу залишкових явищ, 4 дітей померло. Причинами смерті були: набряк мозку – 2 дітей, розрив шийного відділу спинного мозку – 1, геморагічний шок і тромбоемболія мозкових судин – 1.

#### **Висновки.**

1. Лікування політравми потребує комплексного підходу з участю мультидисциплінарної команди, з урахуванням важкості й домінантності пошкоджень, особливостей дитячого організму.

2. Правильна організація хірургічної та анестезіологічної допомоги дітям з політравмою сприяє отриманню позитивних результатів.

3. Використання малоінвазивних хірургічних методик в курації хворих з політравмою забезпечує максимально швидкий, мінімально травматичний ефект, що є найактуальнішим у дитини з політравмою.

4. Порушення локальних протоколів, недостатній об'єм кваліфікованої медичної допомоги, неадекватність хірургічних втручань ( як за часом, так і за об'ємом ), неправильно організоване або не підготовлене транспортування призводить до сумних результатів лікування політравми.

5. Багатопрофільне дитяче хірургічне відділення ЦРЛ за своїми можливостями відповідає потреби постраждалих дітей з політравмою в отриманні своєчасної кваліфікованої медичної допомоги.



## Діагностика та лікування рубцевого стенозу стравоходу у дітей

Є. Є. Лойко, Д. В. Коноплицький, А. І. Сасюк, О. А. Моравська,  
З. А. Скакун<sup>2</sup>, Г. І. Ордак, В. М. Мельник

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
Вінницька обласна клінічна лікарня<sup>2</sup>

Рубцевий стеноз стравоходу (РСС) – зміна стінки стравоходу органічного характеру внаслідок вроджених та набутих (хімічні опіки, перфорації, операції на стравоході) захворювань. За даними літератури набута стриктура, при хімічних опіках, стравоходу у дітей формується з частотою 4–12% спостережень та близько 50% випадків після ушивання та пластики стінки стравоходу. Частота перфорацій стравоходу при бужуванні спостерігається в межах 2–28% випадків, а летальність – до 3,4% дітей.

**Мета роботи:** вивчення особливостей діагностики та лікування рубцевого стенозу стравоходу у дитячому віці за три роки.

**Матеріали та методи.** Для вивчення особливостей перебігу та формування РСС у дитячому віці проведено ретроспективний аналіз 227 історій хвороби дітей, котрі лікувались у хірургічному стаціонарі ВОДКЛ у 2015–2017 роках. Троє дітей були у віці 4–7 років, решта діти раннього віку. Вивчалася динаміка маси тіла, семіотика захворювання, показники ендогенної інтоксикації в загальних аналізах, реакція–відповіді паренхіматозних органів. У 6-ти дітей після пластики стравоходу з приводу атрезії стравоходу проведено бужування ділянки стенозу, ще у 3-ох з них видалено стороннє тіло стравоходу органічної природи. Перша ступінь хімічного опіку стравоходу діагностована у 75-ти дітей, друга – у 8 дітей. Бужування по провіднику при рубцевому стенозі після хімічного опіку 3-го ступеню проведено у 140 дітей, у чотирьох хворих – за нитку через гастростому, двом з них проведена балонна дилатація стравоходу.

**Результати.** Клінічний перебіг пост опікового РСС залежав від концентрації (понад 7%), природи, кількості вживаного патологічного агента, а також рівня надання першої та першої медичної допомоги. Супутня патологія виявлена у всіх дітей з РСС: гострий трахеобронхіт, реакція парабронхіальних лімфатичних вузлів, гострий медіастеніт, ерозивно-фібринозний езофагіт, гастрит, ацетонемічний синдром, дефіцитна анемія I–III ступеню. При цьому у 2/3 дітей на I–III стадії хімічного опіку стравоходу відмічався важкий або вкрай важкий стан (опік гортані і трахеї, медіастеніт, дефіцитна анемія, втрата маси тіла до 2 кг, вторинний імунодефіцит). У третини дітей на I–II стадіях опікової хвороби, яким проводилася лише інфузійна терапія або відстрочене промивання шлунка на фоні легкого або середнього стану важкості – швидко формувалася хімічний опік стравоходу II–III ступеню або РСС (7–14-та доба), виразково-геморагічний гастрит (5–10-та доба) або ж органічний стеноз шлунка (10–11-та доба). Загальна летальність – 0,5% дітей (хлопчик 6-ти років: сепсис, гнійний менінгоенцефаліт).

### Висновки.

1. Оральне вживання дитиною сучасних м'яких засобів та предметів побуту (батарейки, магніти, тощо) змінюють загальну статистику та збільшують важкість перебігу рубцевого стенозу стравоходу, ерозивного гастриту або стенозу шлунка у дітей.
2. Діагностика, лікування та профілактика РСС передбачає не лише протишокову, протизапальну, антигістамінну, антибактеріальну, гормонотерапію, первинне промивання стравоходу і шлунка на фоні внутрішньовенної комплексної дезінтоксикаційної терапії,

лікування отруєння дитячого організму, але й обов'язкове раннє зменшення площі та ступеню хімічного опіку стравоходу, шляхом тривалого (мінімум 8 год.) зі швидкістю 3–5 крапель/хв., орального або під інтубаційним наркозом, зрошення стравоходу холодним 0,9% розчином хлориду натрію з аміноглікозидами та протианаеробними препаратами і термінове видалення електробатарейки зі стравоходу чи стороннього тіла шлунку, а також тривале оральне застосування унібіолу, мадекассолу.

3. Комплексне лікування РСС включає етапні, з міорелаксантами, бужування по провіднику або за нитку, застосування консервативно–інструментальних методів та методів оперативного лікування.

## Об'єктивізація рухової функції кишечника

М. Г. Мельниченко, Л. Б. Елій, Л. П. Ткаченко

Одеський національний медичний університет

**Вступ** Від ранньої діагностики порушень моторно–евакуаторної функції кишечника залежить виникнення ускладнень та можливість розвитку спайкової непрохідності кишечника у дітей з апендикулярним перитонітом.

**Мета дослідження:** об'єктивізація рухової функції кишечника.

**Матеріал та методи.** З метою об'єктивізації рухової функції кишечника нами запропонований метод реєстрації перистальтичних шумів, посилення і перетворення їх в графічне зображення шляхом використання інтестінофонографа. Під час дослідження умовно виділяються окремі види шумів різноманітної інтенсивності: «перекати», «бульбашки», «сплески» на тлі постійного шуму руху хімусу, що знаходить графічне відображення в сигналах різної амплітуди. Для зручності аналізу графічного зображення рухової активності кишечника ми виділили моторні «комплекси». Частота появи комплексів різна в зонах проекції і відповідає активності перистальтики кишечника.

**Результати дослідження.** Для визначення умовно прийнятого еталону нормальної рухової активності кишечника нами проведений аналіз графічного зображення моторики кишечника 20 пацієнтів (7–14 років), у яких відмічений щоденний самостійний стілець і були відсутні скарги на болі в животі або захворювання шлунково – кишкового тракту. Інтестінофонограма цих пацієнтів прийнята за умовний еталон норми. 2–у групу склали 20 дітей такого ж віку, у яких була порушена перистальтика кишечника після абдомінальних операцій. Проведений запис рухової активності кишечника в залежності від стадії парезу. При відновленні моторно – евакуаторної функції кишечника графічне зображення наближалось до умовно прийнятого еталону.

**Висновки.** Таким чином, застосування інтестінофонографа дозволяє об'єктивізувати моторику кишечника з метою ранньої діагностики порушення рухової активності кишечника і своєчасної їх корекції, а також контролювати відновлення перистальтики у цієї категорії хворих під впливом різних лікувальних чинників.

## Генетичний фактор ризику спайкоутворення у дітей

М. Г. Мельниченко, А. А. Квашніна

Одеський національний медичний університет

**Вступ.** Одним з найважливіших напрямків досліджень перитонеального спайкоутворення, є вивчення питань прогнозування виникнення й можливих варіантів перебігу захворювання. Серед ризику виникнення й розвитку мультифакторних захворювань важливе місце займає спадкоємна схильність. У цьому зв'язку в останні роки все більша увага приділяється пошуку генетичних маркерів захворювань. Виявлення на основі отриманих даних прогностично значимих маркерів буде сприяти розробці шляхів оптимізації діагностики й профілактики післяопераційних спайкових ускладнень в абдомінальній хірургії.

**Мета дослідження:** Визначення прогностичної значущості індивідуальних факторів ризику післяопераційного спайкоутворення у дітей.

**Матеріал і методи:** Об'єктами клінічного дослідження були 62 дитини у віці від 3 до 16 років, що перебували на лікуванні у хірургічних відділеннях Одеської обласної дитячої клінічної лікарні. З них 32 дитини основної групи з приводу спайкової кишкової непрохідності (СКН), та 30 дітей з групи контролю. Всім дітям було визначено генотип ацетилювання шляхом дослідження поліморфізму гену N-Ацетилтрансферази-2 (NAT2) методом аллель-специфічної ампліфікації та оцінка виразності фенотипічних ознак неспецифічної дисплазії сполучної тканини (НДСТ) відповідно до розробленої анкети.

**Результати та їх обговорення:** При вивченні генетичного поліморфізму NAT2 в жодного з досліджуваних дітей не було виявлено мутації у положенні 857, відповідно, всі діти були гомозиготними носіями алелю дикого типу генотипу NAT2\*7A (G 857 – A). Дослідження генотипу NAT2\*5A (C 481 – T) виявило найбільше різноманіття досліджуваних варіантів генотипів, зокрема 33,3% (9) дітей були гомозиготами за диким алелем, 44,4% (18) – гетерозиготами за даним генетичним поліморфізмом, 6 пацієнтів (22,2%) мали гомозиготний мутантний ген. Відповідно до генотипу NAT2\*6A (G 590 – A), більшість пацієнтів – 55,6% (15) – були гетерозиготами, 44,4% (12) – гомозиготами з диким типом гена. Діти, які були гомозиготами за будь-яким з мутантних генотипів, або гетерозиготами за обома поліморфними алелями, визначалися як повільні ацетилятори. Діти-гомозиготи за дикими варіантами генотипів та гетерозиготні носії одного з мутантних алелів – швидкі ацетилятори. Кількість швидких ацетиляторів у основній групі була статистично вищою при порівнянні із контрольною ( $p < 0,05$ ).

Серед дітей з СКН ознаки вираженої сполучнотканинної дисплазії було виявлено у 43,8%, помірної у 50%, що статистично вище ніж у групі порівняння. Також було розраховано коефіцієнт кореляції Пірсона поміж значеннями індексу інтраабдомінального спайкового процесу та кількістю визначених ознак ДСТ для кожного пацієнта з досліджуваної групи, який склав 0.699, що визначає наявність прямого зв'язку між досліджуваними ознаками.

**Висновки:** Генотип швидкого ацетилювання та високий ступень стигматизації НДСТ є фактором ризику надмірного спайкоутворення та предиктором неефективності консервативного лікування СКН. Відповідно хірургічне лікування дітей з цими ознаками потребує застосування комплексних профілактичних та лікувальних заходів.

## Гострий апендицит: рівень надання допомоги?

Ю. В. Пащенко, В. Б. Давиденко, К. Ю. Пащенко, Є. В. Стрілець, О. С. Губар

Харківський національний медичний університет  
Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Харков

**Вступ.** Незважаючи на зниження кількості дітей з гострим апендицитом (ГА), це захворювання як і раніше є найбільш частою причиною ургентних операцій. Сучасні підходи до ведення хворих з цією патологією засновані на наступних принципах:

- апендикс – філогенетично важливий орган, що має низку функцій в організмі.
- простий, флегменозний і гангренозний ГА – це не стадії запального процесу апендиксу, а його різні форми.
- Оперативне видалення апендиксу має бути обґрунтованим і виконується за показаннями після достовірної верифікації діагнозу.

Рекомендації Європейської асоціації дитячих хірургів за 2017 рік містять відомості про можливість консервативного лікування дітей з ГА.

У зв'язку з вищевказаним виникає ряд питань для обговорення:

1. Які допустимі терміни та об'єм необхідного обстеження при спостереженні дитини з синдромом «болю в животі»?
2. Які критерії дозволяють проводити консервативне лікування?

Від вирішення цих питань залежить визначення – який рівень надання спеціалізованої допомоги при ГА. Вторинний чи третинний (тобто в дитячому хірургічному стаціонарі).

**Мета.** Проаналізувати досвід лікування дітей ГА нашого регіону.

**Об'єкт і методи.** В роботі наведений аналіз лікування дітей ГА в Харківській області на підставі звітів районних ЛПЗ і даних клініки дитячої хірургії ХНМУ на базі КЗОЗ ОДКЛ №1 м Харкова.

За 2017 рік у групу аналізу не увійшли діти з перитонітом. У 43 дітей з верифікованим апендицитом використано консервативне лікування. Об'єм обстеження – термометрія, аналіз крові, УЗД, КТ (за показаннями), динаміка СРП.

**Результати та їх обговорення.** Згідно даних районних звітів за рік було виконано 128 апендектомій. З них з приводу простого ГА 76 (60%)! В ОДКЛ №1 кількість оперативних втручань склала 616. З них з приводу простих форм у 8 випадках (1%). Операції виконувалися як відкритим способом, так і з використанням лапароскопії. Лапароскопію починали завжди використовуючи 2 трансумбілікальних порти, які при технічних складнощах доповнювали ще одним лівобічним. Ускладнень не спостерігали.

У 43 дітей з відсутністю перитоніта та підтвердженими УЗД проявами ГА проводилося консервативне лікування під контролем клініки, лабораторних даних (динаміка периферичної крові та СРП), УЗД.

Проведення протимікробної, протизапальної терапії в поєднанні з місцевою гіпотермією дозволило в 39 випадках вилікувати дитину. У 4-х дітей, стан яких в динаміці не мав тенденції до покращення, використовували лапароскопічну апендектомію (ЛА). При цьому незважаючи на деструктивні зміни, явища місцевої перитоніальної реакції були незначними.

Показниками позитивної динаміки консервативного ведення вважали зниження запальної реакції крові, стихання місцевих симптомів, відсутність температури та підвищення рівня СРП.

**Висновки.** Консервативне лікування ГА під об'єктивним контролем може бути з успіхом використано у дітей.

Потребує перегляду доктрина щодо обмеження часу спостереження дитини з підозрою на ГА.

Надання допомоги дітям з ГА найбільш ефективно в спеціалізованому дитячому хірургічному стаціонарі. З урахуванням можливостей ЛА очевидно, що ця установа – III рівня.

## Термометрична панель передньої черевної стінки у дітей з інфільтратами, абсцесами апендикулярного походження та прогностичний аксилярно–абдомінальний коефіцієнт

В. Ф. Рибальченко<sup>1</sup>, Ю. Г. Демиденко<sup>2</sup>, С. Я. Ярмач<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ,

<sup>2</sup>Чернігівська обласна дитяча лікарня, м. Чернігів

**Вступ.** Деструктивні форми гострого апендициту виявляються у 76% випадків, із яких у 43% хворих – перфорація апендикулярного відростка, що призводить до розвитку інфільтратів та абсцесів черевної порожнини. Апендикулярний інфільтрат діагностується від 0,2% до 14,6% випадків. Периапендикулярний абсцес фіксують у хворих від 1,5% до 12,6%. На післяопераційні інфільтрати та абсцеси черевної порожнини припадає від 1,1% до 10,5% пацієнтів від загальної кількості з обмеженими формами перитоніту та до 40,3% хворих із загальним перитонітом, як ускладнення післяопераційний інфільтративний оментит виникає у пацієнтів від 0,02% до 4,52%.

**Мета:** покращити результати комплексного лікування дітей з гострою хірургічною патологією, що призводить до розвитку інфільтратів та абсцесів черевної порожнини, за рахунок удосконалення діагностичних технологій.

**Об'єкт і методи дослідження.** В основу роботи покладено аналіз результатів термометрії передньої черевної стінки 33 пацієнтів з інфільтратами та абсцесами черевної порожнини, в яких застосовувалась дистанційна інфрачервона термометрія, з метою діагностики вогнища запалення та для прогнозування перебігу післяопераційного періоду. До групи порівняння увійшло 70 дітей, які були шпиталізовані в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит. Вік пацієнтів складав від 5 до 17 років (10,21±0,37 років). За статевими характеристиками, будовою тіла групи були рівнозначні.

**Результати, їх обговорення.** Локальну температуру вимірювали в 26 точках, розташованих на площині, утворюючи панель передньої черевної стінки в місцях перетину під прямим кутом 5 вертикальних та 6 горизонтальних ліній, починаючи з верхніх відділів справа наліво. Середня температура передньої черевної стінки у дітей без хірургічної патології, згідно з даними вимірювання в точках термометричної панелі, становила 34,25±0,05°C. Середня аксилярна температура складала 36,65±0,01°C. Аксилярно–абдомінальний коефіцієнт у даній групі пацієнтів був на рівні 2,43±0,07°C.

Встановлено, що у дітей без патології органів черевної порожнини різниця між аксилярною та температурою передньої черевної стінки мала значення 2±0,02°C, вказуючи на відсутність запалення. За розвитку інфільтрату чи абсцесу черевної порожнини апендикулярного генезу аксилярна температура коливалась в межах від 36,6°C до 40,0°C (38±0,14°C). Встановлено, що при ПЧП температура передньої черевної стінки була 37,46±0,41°C, а при ПАЧП температура передньої черевної стінки доходила до 37,71±0,1°C. Встановлено, що при ВЧП температура передньої черевної стінки була 36,4°C, а при ВАЧП температура передньої черевної стінки – 38,09±0,05°C. Середня температура

передньої черевної стінки в цій групі, згідно з даними вимірювання в точках термометричної панелі, складала  $37,65 \pm 0,12^\circ\text{C}$ , що на  $3,4 \pm 0,04^\circ\text{C}$  більше від нормативної ( $p < 0,05$ ).

Аксиллярно–абдомінальний коефіцієнт у групі пацієнтів з інфільтратами та абсцесами черевної порожнини мав значення  $-1,16 \pm 0,06^\circ\text{C} < 0^\circ\text{C}$  – зсув вліво, в максимальній точці гіпертермії ( $39,16 \pm 0,14^\circ\text{C}$ ) на термометричній панелі передньої черевної стінки. При розвитку ПІЧП –  $-0,82 \pm 0,08^\circ\text{C} < 0^\circ\text{C}$  та  $38,9 \pm 0,47^\circ\text{C}$ , ПАЧП –  $-1,25 \pm 0,05^\circ\text{C} < 0^\circ\text{C}$  та  $39,28 \pm 0,14^\circ\text{C}$ , ВІЧП –  $-0,5^\circ\text{C} < 0^\circ\text{C}$  та  $37,9^\circ\text{C}$  (одне спостереження), ВАЧП –  $-1,57 \pm 0,21^\circ\text{C} < 0^\circ\text{C}$  та  $39,45 \pm 0,28^\circ\text{C}$ . Даний показник вказує на осередок запалення та визначає межі поширення запального процесу в черевній порожнині.

**Висновки.** Встановлено, що визначення прогностичного аксиллярно–абдомінального коефіцієнта надає можливість визначити запальні зміни в черевній порожнині, які не були виявлені під час проведення УЗД черевної порожнини. В післяопераційному періоді визначення прогностичного аксиллярно–абдомінального коефіцієнта надало можливість спрогнозувати перебіг захворювання та запобігти розвитку ускладнень у 33,3% пацієнтів.

## До питання діагностики та лікування злукової кишкової непрохідності у дітей

П. С. Русак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

**Мета:** Висвітлити проблемні питання злукової кишкової непрохідності.

**Матеріали і методи дослідження:** у роботі висвітлено досвід обстеження та лікування 183 хворих, які були госпіталізовані в хірургічне відділення Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні з підозрою на злукову хворобу очеревини (ЗХО) в період 2001–2016 рр.

**Результати дослідження та їх обговорення:** з 183 хворих, які були госпіталізовані в лікарню з підозрою на ЗХО, в 76,5% діти госпіталізовані вперше, 12,02% – вдруге, 10,9% – втретє.

Хлопчики – 107 (58,5%), дівчатка – 76 (41,5%). В процесі обстеження у 81-ї дитини (44%), діагноз виключений. Серед прооперованих дітей пізня злукова непрохідність спостерігалася у 77 (75,49%) хворих, рання злукова непрохідність – у 25 (24,50%).

Блювота спостерігалася у 78 хворих (76,5%), порушення відходження газів у 60 (58,8%) хворих, здуття черевної порожнини у 38 (37,3%), затримка стільця у 41 (40,2%) хворих.

Абдомінальний больовий синдром спостерігався у всіх хворих, хоча інтенсивність його була різною. Так, при гострій злуковій непрохідності больовий синдром був різко виражений у всіх, тоді як при хронічній – в 52,63% хворих.

Закономірність верифікації діагнозу залежить від кількості симптомів. Чим більше симптомів, тим більше ймовірність злукової непрохідності.

Патогенетичні симптоми (гіперперистальтика, шум «падаючої краплі») були характерні для ранньої діагностики кишкової обструкції в 63% випадків, а при хронічній – 12,5%.

Рентгенологічні ознаки гострого і хронічного злукового процесу різні. Так, порушення прохідності кишкової трубки при гострій формі спостерігалися в 83%, при хронічній – 47%.

Ознаки внутрішньокішкового накопичення рідини і газів при гострій формі спостерігалося у 91% випадків, при хронічній – у 6,8%.

Ультразвукова діагностика була інформативна в 40% випадків: гіперперистальтика кишківника перед ділянкою можливої перепони, скупчення вмісту кишківника в зоні обструкції.

Лапароскопічне дослідження черевної порожнини проведено у 67,2% (78 дітей): 31 дитині лапароскопія була виконана, як один з етапів діагностики, 47 – лапароскопічний адгезіолізис. Конверсія проведена у 6 хворих (9,57%) і була зумовлена вираженим злуковим процесом, що призвело до технічних труднощів і ускладнень: кровотечі – 1, опік серозної оболонки товстої кишки – 1, перфорація кишечника – 2, кровотечі з судин сальника – 2.

## **Висновки.**

При визначенні тактики обстеження та лікування злукової кишкової непрохідності є необхідність врахування сукупності анамнезу, скарг, даних об'єктивного обстеження, всіх патогенетичних симптомів, оскільки жоден з них не спостерігається в клінічній картині хворих в 100% випадків;

Роль лапароскопії при підозрі на злукову кишкову непрохідність є однією з основних, яка дозволяє виконати як діагностичну, так і лікувальну операцію.

## **Лапароскопічна санація черевної порожнини при перитонітах апендикулярного походження**

**П. С. Русак**

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,  
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня**

**Вступ.** Дискусію в дитячій хірургічній практиці викликають питання щодо діагностики, методів лікування післяопераційного перитоніту у дітей та попередження ускладнень: абсцеси, інфільтрати, кишкова непрохідність, які спостерігаються у 67–93% випадків у дітей і, як наслідок, розвиток поліорганної недостатності з летальністю – 2,3–3,1%, а у дітей раннього віку: 33–89%. (1, 2, 3, 4, 6, 10). Питання релапаротомії в ранньому післяопераційному періоді та виконання програмованих релапаротомій з метою санації черевної порожнини актуальне у зв'язку з зменшенням летальності до 8–32% (3, 5, 7, 10). З впровадженням у практику лапароскопії з'явилась можливість виконувати діагностичні та профілактичні оперативні втручання, які є менш травматичними за відкриті операції (10).

**Мета дослідження.** Систематизувати підходи в проведенні програмованих санацій черевної порожнини з метою попередження ускладнень.

**Матеріали та методи.** На базі хірургічних відділень ЖОДКЛ в період з 2001 по 2016 рр. прооперовано 4318 дітей з приводу гострого апендициту. Із них 781 (18,9%) дитина прооперована з приводу деструктивних форм апендициту (перфорація, перитоніт, непрохідність, абсцеси та інфільтрати черевної порожнини).

В післяопераційному періоді лапароскопічну санацію черевної порожнини проведено у 94 випадках (12,05% у групі дітей з деструктивними формами апендициту), двічі санацію проведено в 45 випадках (5,8%). Причинами, які спонукали до втручання, встановлено: післяопераційний перитоніт – 26 випадків (3,3%); рання злукова кишкова непрохідність – 10 випадків (1,3%); абсцеси черевної порожнини – 34 (4,4%); інфільтрати – 12 (16,9%).

Діагностика післяопераційних ускладнень складалась із анамнезу (тривалість більше 48 годин відмічалась у 52% оперованих), операційно-клінічних даних: гнійний та гнійно-фібринозний перитоніт у 16,8% був причиною повторної санації, перитоніт та часткова кишкова непрохідність в 31,2% відсотка мали повторні санації черевної порожнини.

Беручи до уваги важливість оцінки можливих показів для санаційної лапароскопії під час першого оперативного втручання, потрібно підсумувати, що ключовими при прийнятті рішення про повторне оперативне втручання, були критерії, що оцінювались на 3–5 добу після апендектомії.

При оцінці стану дітей в ранньому післяопераційному періоді значущість підвищення температури тіла понад 38,0 градусів склала 70,6%, повна відсутність вираженої перистальтики або її часткова відсутність була показовою на 40,7% , різко виражені перитоніальні ознаки на 3–5 добу стали показом для санаційної лапароскопії у 93,9% дітей, лейкоцитоз понад 12 Г/л був показовим у 21,7%, УЗД дані вираженого перитоніту та парезу кишківника були показовими у 67,8%.

Проаналізувавши результати лікування гострого апендициту, післяопераційного перитоніту, абсцесів черевної порожнини як ускладнень гострого апендициту можна стверджувати: лапароскопічна санація черевної порожнини дозволила попередити ускладнення в ранньому та пізньому післяопераційному періодах у дітей, які первинно були прооперовані з приводу деструктивних форм апендициту. Патогістологічне та цитологічне дослідження очеревини та видалених під час втручання спайок дозволили стверджувати про формування адгезій уже на третю – п'яту добу після оперативного втручання.

#### **Висновки.**

Маючи досвід у проведенні санаційної лапароскопії при лікуванні післяопераційних перитонітів у хворих, оперованих з приводу ускладненого апендициту, ми оцінили показовість критеріїв, що використовувались для прийняття рішення про проведення лапароскопічної санації. Було виявлено відсутність жодного абсолютного критерію, що б являвся показом до лапароскопічної санації.

В той же час діти з ускладненими формами апендициту (перфорація апендиксу, перитоніт, абсцеси чи інфільтрати черевної порожнини) з тривалістю захворювання понад 48 годин до апендектомії, потребували санаційної лапароскопії у 52,0% випадків, що дозволяє виділити цю категорію хворих в окрему групу ризику по розвитку післяопераційного перитоніту ще до виконання втручання з приводу гострого апендициту.

При візуалізації під час першого оперативного втручання абсцесів чи інфільтратів у черевній порожнині лапароскопічну санацію було виконано 31,2% дітей, що повинно звертати на себе увагу практикуючих лікарів для вибору подальшої лікувальної тактики.

Вирішальними при прийнятті рішення про лапароскопічне санаційне втручання, безумовно, є критерії, що оцінюються на 3 – 5 добу після виконання апендектомії, а саме: перитонеальні симптоми, підвищення температури тіла, ультразвукова картина вираженого перитоніту та парезу кишківника, – з урахуванням анамнезу хвороби та інтраопераційної картини, отриманої під час апендектомії.

Вищенаведені критерії повинні бути оцінені комплексно, враховуючи загальний стан дитини та динаміку захворювання.



## Органозберігаючі оперативні втручання при метастазах в легені у дітей з використанням високочастотного електрозварювання

П. П. Сокур, В. Г. Гетьман, М. М. Багіров, А. В. Макаров,  
О.В. Білоконь, Б. О. Кравчук

НМАПО ім. П.Л. Шупика,  
Національний інститут раку

Онкологічна патологія у дітей має істотні відмінності від такої у дорослих і значно краще піддається лікуванню. Щорічно в Україні фіксуються 11–12 випадків на 100 тис. населення дитячого віку (до 18 років), що складає близько 1000 онкохворих дітей в рік. Ураження легень (первинне метастатичне чи що виникло в разі прогресування хвороби) є частим явищем в практиці дитячого онколога. Проблема метастазів залишається однією із найактуальніших в дитячій онкології та торакальній хірургії. Метастазування злоякісних пухлин значною мірою визначає клінічний перебіг, вибір методів лікування та прогноз захворювання. У практиці торакальних хірургів метастатичні ураження легень зустрічаються досить часто. Обумовлено це тим, що органи грудної клітини, особливо легені, є одним з найбільш разливих місць метастазів злоякісних новоутворень. Частота метастазування злоякісних пухлин в легені, за даними різних авторів, варіює до 55,4%, залежно від локалізації та гістологічної структури первинної пухлини. З вдосконаленням хірургічної техніки та післяопераційного лікування, хірурги стали більш активно давати рекомендації щодо резекції легеневих метастазів. На даний час на кафедрі торакальної хірургії та пульмонології НМАПО ім. П.Л. Шупика проводиться дослідження з приводу використання високочастотної електрозварки для оперування дітей з метастазами в легені.

**Мета дослідження:** поліпшення результатів лікування дітей хворих на солідні злоякісні новоутворення з метастатичним ураженням легень.

**Предмет дослідження** – особливості клінічного перебігу та шляхи підвищення ефективності завчасної діагностики та хірургічного лікування дітей з метастазами в легені.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено ретроспективне дослідження історій хвороб 124 пацієнтів дитячого віку яким було проведено оперативне втручання на легенях з приводу метастатичного ураження на базі відділенні дитячої торакальної хірургії Київської клінічної лікарні №17 та на базі відділення дитячої онкології Національного інституту раку (м.Київ) за період з 2007 по 2017 рр.

Вік хворих коливався від 5 до 18 років ( $13,6 \pm 4,9$ ), гендерний розподіл представлений як 1:1. Розміри первинної пухлини визначалися на основі проведення комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії, з подальшим перерахунком на об'єм. В усіх клінічних випадках для верифікації пухлини була проведена трепан-біопсія так/або відкрита біопсія. Всі пацієнти отримували стандартну хіміотерапію згідно із схемою. Інтервал від періоду лікування первинної пухлини до виявлення метастазів в легені коливався від 0 до 114 місяців (медіана склала – 31 міс.). Основними критеріями відбору хворих для операції видалення легеневих метастазів були: можливість видалення всіх виявлених метастазів, функціональна операбельність хворого.

В 14 випадках виконувалось оперативне втручання з використанням високочастотного електрозварювання для прецизійного видалення метастазів. Тривалість операцій не перевищувала 2-х годин. Крововтрати та ускладнень як під час оперативного втру-

чання так і після не спостерігалось. В трьох випадках проводилось одночасне видалення метастазів з обох сторін. В 2-х випадках проводилось повторне оперативне втручання з приводу рецидиву захворювання з метастазами легені. Максимальна кількість видалених метастазів у одного хвора склала 26 утворень з правої легені та 24 з лівої.

**Висновок:** Застосування методу високочастотного електрозварювання живих тканин при повторних оперативних втручаннях дозволило зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати, скоротити час оперативного втручання, ускладнень, поліпшити функціональну спроможність легеневої тканини.

## Оцінка лікування гнійних ран у дітей з урахуванням здатності мікроорганізмів до формування біоплівок

О. В. Слахі, О. П. Пахольчук, О. Д. Кокоркін

Запобігання хронізації ранових процесів, пошук ефективних методів емпіричної терапії гнійних та інфікованих ран залишаються актуальною проблемою дитячої хірургії. Проблеми місцевого лікування гнійно-септичних процесів в даний час залишаються одними з пріоритетних і актуальних, незважаючи на досягнуті успіхи чисельних досліджень і широке впровадження високих технологій в сучасній хірургії. На сьогоднішній час велику увагу у виборі лікувальної тактики при гнійних ранах приділяють здатності мікроорганізмів до утворення біоплівок.

**Метою нашої** роботи було – вивчити результати лікування гнійних ран у дітей з урахуванням здатності мікроорганізмів до формування біоплівок.

**Матеріали та методи.** В період з 2012 по 2017 рр. в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету МОЗ України проведено лікування 214 дітей з гнійними ранами. Хлопчиків було 128 (59,8%), дівчаток 86 (40,2%). Середній вік дітей становив  $7,1 \pm 4,3$  років. В клінічне спостереження були включені гнійні рани після розтину абсцесів, флегмон та лімфаденітів. В залежності від проведеного лікування пацієнти були розподілені на дві групи, які були статистично однорідними за локалізацією патологічного вогнища, статтю та тривалістю захворювання.

Пацієнти II групи (n=92) отримували загальноприйнятту терапію при гнійних ранах, яка була направлена на корекцію порушень гемостазу, елімінацію збудника інфекції, стимулювання репаративних процесів регенерації. Хворим I групи (n=122) в лікуванні застосовували комплексний вплив змінного магнітного поля та ліпосомально – антибактеріального розчину.

Задля оцінки ефективності лікування враховували динаміку раневого процесу (терміни очищення рани, поява грануляцій, початок краєвої епітелізації) та результати мікробіологічного дослідження, яке проводили на початку лікування та на п'яту добу лікування. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використання пакета прикладних програм «Statistica 7.0».

**Результати та їх обговорення.** Аналіз результатів дослідження визначив, що очищення рани у 84 (68,8%) пацієнтів I групи визначалось з третьої доби лікування, а у II групі лише у 19 (20,6%) пацієнтів. На п'яту добу лікування запальні зміни в I групі при гнійних ранах виявлялись рідше ніж в групі контролю 21 (17,2%) дітей і у 45 (48,9%) пацієнтів, відповідно (p<0,05). У хворих II групи поява грануляційної тканини відмічалась через  $6,5 \pm 2,1$  діб, тоді як в I групі з третьої доби. Початок кураєвої епітелізація

при застосуванні стандартної терапії визначався на дев'яту добу, а в I групі – з 5 доби лікування ( $p < 0,05$ ).

При бактеріологічному дослідженні протягом лікування визначено достовірну різницю ступеню мікробного забруднення гнійних ран в I групі ніж в дітей II групи ( $p < 0,05$ ).

Середня тривалість лікування в досліджуваних групах статистично відрізнялась: в другій групі  $11,3 \pm 2,3$  діб, а в першій групі –  $7,6 \pm 1,0$  діб ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, застосування комплексного лікування з урахуванням впливу на біоплівку прискорює процеси очищення рани та скорочує терміни лікування.

### **Висновки.**

1. Здатність лікування впливати на біоплівку мікроорганізмів є одним з напрямків комплексної терапії гнійних ран у дітей.

2. Застосування комплексного методу лікування з впливом на біоплівку дозволяє поліпшити ефективність лікування гнійних ран.

## **Оцінка результатів лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок у дітей раннього віку**

**О. В. Спахі, В. Я. Барухович, О. Д. Кокоркін, О. П. Пахольчук**

Діагностика та лікування вродженої патології сечової системи у дітей залишається однією з актуальних проблем дитячої хірургії та урології. Вроджена обструкція сечового тракту часто супроводжується пієлонефритом та призводить до необоротних функціональних і деструктивних змін з боку паренхіми нирок, а інколи до інвалідазації та летальності. У зв'язку з цим, задля верифікації вроджених вад сечовивідної системи використовують пренатальну ультразвукову діагностику та магнітно-резонансну томографію плоду. Існуюча практика, щодо корекції вродженої гідронефротичної трансформації нирок за допомогою відкритого хірургічного втручання є оптимальним при III–IV ступені захворювання, лікування I–II ступеня вади як правило проводиться консервативно.

**Мета дослідження** – оцінити результати лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок у дітей раннього віку.

**Матеріали та методи.** На лікування в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету знаходилося 44 пацієнта з вродженим гідронефрозом. Хлопчиків було 24 (54,5%), дівчаток – 20 (45,5%). Середній вік пацієнтів склав  $6,5 \pm 0,5$  місяців.

Всі діти були розділені на дві групи. Першу групу склали 26 (59,1%) дітей, яким верифікація вродженої вади нирки була проведена у пренатальному періоді, з використанням ультразвукового дослідження і МРТ плоду. З яких у 12 (27,3%) дітей був встановлений вроджений гідронефроз I–II ступеня – лікувалися консервативно, у 14 (27,2%) дітей діагностовано аномалія III–IV ступеня цим пацієнтам проведена хірургічна корекція вади. До другої групи увійшли 18 (40,9%) дітей, яким вроджений гідронефроз було діагностовано при проведенні ультразвукового дослідження в постнатальному періоді. З них у 6 (13,6%) дітей верифіковано вроджений гідронефроз I – II ступеня – отримували консервативне лікування, у 12 (27,3%) дітей діагностовано ваду III–IV ступеня – проведена оперативна корекція. З метою оцінки проведеного лікування використовували загальноклінічні, біохімічні, ультразвукові та рентгенологічні методи дослідження сечовивідної системи.

**Результати та обговорення.** Аналіз катамнезу виявив, що діти I групи, які одержували консервативне лікування мали прояви піелонефриту в два рази рідше, ніж пацієнти II групи. У хворих I групи, яким проводилося хірургічне лікування в 1,3 рази рідше відзначалися явища запальних процесів сечової системи. У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів обох груп негативної динаміки з боку морфометрії чашково-мискової системи не виявлено. Пацієнтам I групи оперативна корекція вади проводилася в більш ранньому терміні ( $3,6 \pm 0,8$  місяців), ніж дітям II групи ( $8,4 \pm 0,5$  місяців).

За даними ультразвукового дослідження нирок і сечових шляхів у дітей I групи зменшення розмірів чашково-мискової системи і відновлення паренхіми нирок до показників вікової норми зазначалося через 10–12 місяців після хірургічної корекції вади, а у дітей II групи дана динаміка фіксувалася в середньому через 18–24 місяці.

При оцінці віддалених результатів лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок отримано достовірне зниження кількості запальних ускладнень у дітей з пренатально діагностованою патологією.

#### **Висновки.**

1. Найбільш оптимальним методом діагностики гідронефротичної трансформації нирок є пренатальна верифікація вади за допомогою УЗД та МРТ.

2. Рання діагностика вродженої гідронефротичної трансформації нирок дозволяє своєчасно встановити оптимальну тактику лікування і істотно зменшити кількість ускладнень.

## **Прогнозування результатів та оптимізація тактики лікування гострого неспецифічного мезаденіту у дітей**

**О. І. Юдін, С. В. Веселий**

*Донецький національний медичний університет, м Лиман*

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність прогнозування результату та лікування дітей, що хворіють на гострий неспецифічний мезаденіт.

**Матеріал та методи.** Під нашим спостереженням знаходилися 316 дітей з приводу гострого неспецифічного мезаденіту (ГНМ). Пацієнтів жіночої статі було 170 (53,8%), чоловічої статі – 146 (46,2%). Із загальної кількості хворих 22 пацієнти (6,97%) були у віці від 0 до 3 років, 67 хворих дітей (21,20%) від 4 до 7 років, 98 пацієнтів (31,01%) були у віці від 8 до 11 років і 129 пацієнтів (40,82%) були у віці від 12 до 18 років. Серед дослідної групи хворих було 86 дітей (27,2%), яким були проведені оперативні втручання з приводу неускладнених форм ГНМ.

**Результати та їх обговорення.** На підставі аналізу 205 факторів ризику було відібрано 29 найбільш значущих для прогнозування результату ГНМ. Більшість отриманих показників цінності клінічної інформації узгоджується з даними літератури і відрізняється від них лише тим, що кількісно характеризує тяжкість захворювання. В даному дослідженні були представлені чинники тільки з позитивними значеннями, тобто вони можуть мати тільки негативне значення для прогнозу.

Ряд ознак зустрічався нечасто, проте їх клінічна важливість не викликала сумнівів; значимість цих ознак в балах визначали шляхом евристичної оцінки. Надалі підсумовували прогностичні важливості симптомів, які були виявлені у хворого. Спочатку кількість факторів ризику було трохи більшою. З огляду на небезпеку негативного

збільшення суми балів за рахунок застосування взаємопов'язаних ознак, були перевірені кореляційні зв'язки між обраними клінічними показниками. Виявилося, що суттєвий зв'язок існує тільки між кількома факторами. З огляду на евристичну оцінку факторів «самопочуття погане» виражена полідіпсія та «індекс розподілу хворих менш ніж 0,36» була нижче, в карту ризику їх не внесли. Ознаки, що корелюються без змін, залишили. Аналізуючи чинники ризику, звертали увагу на те, що значна їх кількість узгоджується з даними літератури. До них відносяться симптоми, що характеризують клінічні прояви ендотоксикозу: важкий загальний стан, багаторазова блювота, діарея, сухість шкірних покривів, сухість рогівки. Несподівано високою виявилася цифрова оцінка ознаки паратрофія 4,43 бали. Клінічна і прогностична значимість ознаки страждає алергозами не викликала сумнівів. Наявність алергічного фону накладає несприятливий відбиток на всі етапи лікування в хірургічному стаціонарі в цілому до призначення лікарської терапії і течії можливого післяопераційного періоду.

Усі хворі на ГНМ після обстеження та встановлення діагнозу, що було підтверджено результатами дослідження відповідно до рівнів диференційно-діагностичного алгоритму, розпочинали комплексне консервативне лікування. Оперативне втручання у всіх випадках (86 дітей – 27,2%) було виконано за відеохірургічною методикою. Післяопераційні ускладнення після втручань не спостерігали. Всі діти, які лікувалися з приводу ГНМ, одужали.

**Висновки.** За даними аналізу клінічного перебігу ГНМ більшість випадків (40,8%) спостерігається у віці 8–11 років, із них переважають особи жіночої статі (53,8%). Вивчення факторів ризику та прогнозування перебігу ГНМ у дітей дозволяє оптимізувати лікування, уникнути марної лапаротомії та значно покращити результати лікування.

# 11

**ХІРУРГІЯ  
ЕНДОКРИННИХ  
ОРГАНІВ**



## Роль академіка О. О. Шалімова в розвитку ендокринної хірургії України

М. Д. Тронько, А. Є. Коваленко

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Сучасна ендокринна хірургія – це молодий напрямок медицини, що бере початок і базується на знаннях клінічної та експериментальної хірургії, ендокринології та використовує для лікування патології ендокринних органів сучасні методи оперативної хірургії та анестезіології.

Розвиток хірургії України в 1960–2000 рр. був тісно пов'язаний з ім'ям академіка Олександра Олексійовича Шалімова, що, безсумнівно, зробив вагомий вплив на становлення ендокринної хірургії в нашій країні. Широта його наукових інтересів сприяла розвитку хірургії залоз внутрішньої секреції. В першу чергу це хірургія підшлункової залози, гіперінсулінізма, лікування нейроендокринних панкреатичних, гастроінтестинальних пухлин. Саме О. О. Шалімов заклав основи сучасної бариатричної хірургії, лікування ожиріння, цукрового діабету 2 типу.

З ім'ям О. О. Шалімова пов'язаний розвиток в Україні мікрохірургії, ендovasкулярної хірургії, що дозволило підняти на новий рівень лікування захворювань наднирників, адреналкортикальному раку.

Вперше в Україні в клініці О. О. Шалімова обґрунтовано патогенетичний підхід до хірургічного лікування облітеруючого атеросклерозу черевної аорти та периферичних артерій у хворих на цукровий діабет. Запропоновано сучасні реконструктивні операції при атеросклеротичній оклюзії артерій аорто–клубово–стегнового сегменту, що знизили рівень ампутацій кінцівок.

Відомі роботи О. О. Шалімова, спрямовані на вивчення адаптаційних реакцій організму при операційній травмі. Розробка методів гангліоплегії, керованої гіпотензії, дозволила значно забезпечити виконання оперативних втручань при катехоламінпродукуючих пухлинах надниркових залоз, розширити можливості хірургічного лікування пацієнтів з базедовою хворобою.

Шалімовим О.О. були закладені основи першої вітчизняної трансплантології, спільно з співробітниками Інституту ендокринології НАМН України був розроблений метод ксенотрансплантації культур клітин панкреатичних острівців після хірургічного лікування хронічного панкреатиту.

Одним з пріоритетних напрямків вітчизняної трансплантології, які були засновані О. О. Шалімовим, є одночасна пересадка нирки та підшлункової залози, як методу лікування пацієнтів з діабетом 1 типу та супутньою нирковою недостатністю.

Велику кількість робіт О. О. Шалімова було присвячено розробці нових методів оперативної хірургії, зокрема: впровадження мінімально інвазивних доступів, нових хірургічних інструментів, вітчизняних гемостатичних матеріалів, атравматичних синтетичних ниток, що розсмоктуються, особливо важливо в хірургії залозистих органів.

Академік О. О. Шалімов в своїй клінічній практиці вперше визначив поняття сучасної персоналізованої хірургії, заснованої не так на лікуванні захворювання, як на підборі індивідуального виду втручання в кожному клінічному випадку, широко відомо його кредо: «Кожному пацієнту – своя операція».

Слід відзначити велику організаційну роботу О. О. Шалімова на посаді головного хірурга Міністерства охорони здоров'я України, його роль у формуванні школи молодих

хірургів. Створений О. О. Шалімовим Київський науково-дослідний інститут клінічної та експериментальної хірургії став базою для підготовки великої кількості хірургів з різних регіонів України, які згодом працюють в області ендокринної хірургії. Важливу роль у розвитку хірургії залоз внутрішньої секреції зробив творчий та дружній взаємозв'язок академіка НАМН України О.О.Шалімова з засновником школи ендокринної хірургії членом-кореспондентом НАМН України І. В. Комісаренко, формуючи плеяду учнів, відомих в Україні та за її межами.

Сьогодні в нашій країні досить велика кількість ендокринних хворих, які потребують хірургічного лікування, збереження та поліпшення якості життя після втручання і, безсумнівно, наукові праці та клінічний досвід О. О. Шалімова ще довгі роки будуть значним внеском у лікуванні пацієнтів України.

## Малоінвазивна хірургія захворювань щитоподібної залози, показання та ефективність лазерної інтерстиціальної термодеструкції вузлових форм зобу

І. В. Барінов, С. П. Меренкова, О. О. Янковський, Д. О. Улько

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечнікова

**Вступ:** в сучасних умовах розвитку медицини малоінвазивні методики лікування набувають широкого розповсюдження та впровадження в клінічну і практичну діяльність лікарів. Не стала виключенням і ендокринна хірургія. Відділення ендокринної хірургії лікарні Мечнікова отримало можливість застосування лазерної інтерстиціальної термодеструкції (ЛІТ) для лікування доброякісних пухлин щитоподібної залози, а згодом і впевненість у необхідності, безпечності та результативності даного методу лікування.

**Мета дослідження:** визначення показань для проведення ЛІТ при лікуванні різних форм зобу; ретроспективний аналіз ефективності ЛІТ.

**Матеріали та методи дослідження:** за період з 2012 року по 2017 рік включно в нашій клініці отримали лазерне лікування вузлів щитоподібної залози 840 пацієнтів. З них 91% жінок та 9% чоловіків, у віці від 18 до 80 років. Всім пацієнтам перед виконанням ЛІТ було виконане обстеження: УЗД щитоподібної залози, ТАПБ вузлів щитоподібної залози, дослідження гормональної функції залози. У 100% випадків пацієнти мали доброякісні утворення щитоподібної залози та еутиреоїдний стан. 80% випадків – вузловий зоб і 20% – багатовузлові форми зобу. З урахуванням розміру пухлин пацієнтів можна поділити на 3 групи: 1– розмір пухлини до 2 см, 2–розмір пухлини 2 – 3см, 3– розмір пухлини понад 3.0 см. Пацієнти 3 групи були проінформовані щодо необхідності хірургічного лікування пухлин та категорично відмовлялись від хірургічного лікування або мали похилий вік та важкі супутні захворювання. 1 група нараховує 714 пацієнтів, що складає 85%, 2 група – 84 пацієнта – 10%, 3 група – 42 пацієнта – 5%. З урахуванням УЗД – ознак пухлин щитоподібної залози у 85% (714 хворих) випадків зустрічались гіпоехогенні утворення з кістозним компонентом та у 15% (126 хворих) ізоехогенні вузли.

Виконання ЛІТ здійснювалось під місцевою анестезією, постійним УЗД контролем з використанням діодного лазера «Лікар – хірург» (довжина хвилі 810 нм., безперервний режим, потужність випромінювання в межах від 2.0 до 3.0 Вт.), а при великій кількості кістозного компоненту комбінація з введенням склерозуючого розчину. Після виконання ЛІТ пацієнти протягом 2 – 3 годин знаходились під обов'язковим наглядом лікаря



хірурга у відділені та не потребували додаткового знеболювання. У 24 випадках, що складає 2.86%, зафіксоване утворення підшкірної гематоми, що успішно лікувались консервативними методами.

У подальшому пацієнти здійснювали УЗД- контроль через 1, 3 та 9 міс та щорічно. При необхідності проводились повторні лазерні корекції через 1– 3 місяці спостереження. Зміна гормонального фону у всіх пацієнтів не спостерігалась.

За результатами, в групі пацієнтів з розміром вузлів до 2.0 см відмічається значний регрес вузлів ( за даними УЗД в динаміці) в середньому біля 85% і був відсутній подальший ріст пухлини у 95% хворих. В групі пацієнтів з розміром вузлів від 2 до 3 см – регрес пухлини склав біля 70% і подальший ріст вузлів відсутній у 80% хворих. А в групі пацієнтів з розмірами вузлів більше 3 см зменшення розмірів пухлини було значно меншим і склало біля 50% та у 35% пацієнтів відмічався подальший ріст пухлини. Також можна відмітити, що гіпоехогенні вузли (кістозна дегенерація, колоїдні вузли) після проведення ЛІТ в середньому регресували у 90% випадків, а ізоехогенні – у 50% випадків, серед яких у 10 пацієнтів відмічався ріст вузлів та за результатами повторної ТАПБ у 2 випадках була виявлена малігнізація, з подальшим оперативним лікуванням.

**Висновки:** ЛІТ – сучасний, безпечний, результативний варіант малоінвазивного лікування, що дозволяє хворим уникнути зростання вузлів щитоподібної залози та подальшого оперативного лікування з призначенням замісної терапії L-тироксину. Але для досягнення оптимального, якісного лікувального ефекту при використанні лазерної інтерстиціальної термоабляції при вузлових та багато вузлових формах зобу необхідне чітке дотримання показань– гіпоехогенні вузлові структури розмірами до 2.0 см. Пухлини розмірами більше 3 см. та ізоехогенні вузлові структури більше 2 см. ми не можемо рекомендувати для проведення малоінвазивного лікування ЛІТ.

## Морфофункціональні зміни щитоподібної залози при хірургічному лікуванні хворих з вузловим зобом із застосуванням апарату *ligasure*

А. Д. Беденюк, І. М. Дейкало, Т. В. Боднар, П. Я. Боднар

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**Вступ.** Захворюваність на вузловий і токсичний зоб невинно зростає, а хірургічний метод лікування є одним з основних та ефективних. Операції на щитоподібній залозі мають особливості, обумовлені інтенсивним кровопостачанням органу, відтоком крові та розміщенням паратиреоїдних органів та структур. Технологія *LigaSure* має широке застосування в сучасній тиреоїдній хірургії. Однак, не є вивченим достатньо вплив апарату *LigaSure* на навколишні тканини та структуру щитоподібної залози, особливо при органозберігаючих операціях, недостатньо даних про якість та надійність інтраопераційного гемостазу. Це зумовило потребу морфологічного обґрунтування доцільності та безпечності застосування *LigaSure* в хірургічному лікуванні патології щитоподібної залози.

**Мета дослідження.** Проаналізувати результати морфологічного дослідження надійності гемостазу та зміни структури щитоподібної залози з використанням апарату *LigaSure* в хірургічному лікуванні хворих на вузловий зоб (ВЗ).

**Об'єкт і методи дослідження.** Технологія *LigaSure* використана у 91 пацієнта на ВЗ. У всіх випадках виконана гемітиреоїдектомія Усі пацієнти жіночої статі. Для гістологічного

дослідження тканину щитоподібної залози (видаленої під час операції) розміром 0,5–0,8 см вирізали з трьох ділянок: перша – на місці безпосередньої дії апарату LigaSure, друга – на відстані 0,8 см, третя – на відстані 1–1,5 см від місця електрокоагуляції. Гістологічні дослідження проводились з застосуванням традиційної методики.

**Результати та їх обговорення.** Нами виявлена висока ефективність технології LigaSure у формуванні надійного гемостазу, з мінімальним впливом високочастотного струму на морфофункціональний стан паренхіми щитоподібної залози, залишеної після гемітиреоїдектомії. У ділянці безпосереднього впливу високочастотного струму в просвіті внутрішньоорганних кровоносних судин утворювався коагуляційний тромб гомогенної структури («колагенова плomba»), який щільно прилягав до стінок судин, що вказує на створення надійного та якісного гемостазу. Загалом коагуляційний некроз займає ширину 0,3–0,5 мм. Перифокальна ділянка займає ширину 0,2–0,3 мм та проявляється некротичними і дистрофічними змінами фолікулів тиреоцитів, активізації резорбції колоїду, що може проявлятися клінічно тимчасовим підвищенням секреторної функції щитоподібної залози. У віддалених ділянках відносно коагуляційного некрозу виявлено характерну для вузлового еутиреоїдного зобу структуру. При застосуванні технології LigaSure виявлено переважання репаративного процесу над запальним.

**Висновок.** Використання апарату LigaSure в хірургії вузлового зобу за даними морфологічних досліджень забезпечує надійний та стійкий гемостаз. Це дозволяє оперувати на «сухому» операційному полі, з забезпеченням максимального візуального інтраопераційного контролю за прищитоподібними залозами, гортанними нервами, стравоходом, трахеєю, судинно–нервовим пучком ший без застосування лігатурного гемостазу.

## Доцільність виконання експрес–гістологічних досліджень вулових утворень щитовидної залози залежно від різних висновків тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії

**Т. І. Богданова, Л. Ю. Журнаджи, Т. Л. Дегтярьова, Ю. М. Божок,  
М. Ю. Болгов, С. В. Бурко, С. В. Чернишов, М. Д. Тронько**

**Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка НАМН України**

Основним завданням патологів при виконанні інтраопераційних експрес–гістологічних досліджень (ЕГД) вулових утворень щитовидної залози є допомога хірургам остаточно визначитися з обсягом оперативного втручання, тобто провести тиреоїдектомію при безсумнівному злякисному процесі чи запобігти надмірній радикальності при недостатності ознак злякисності.

**Мета роботи** – проаналізувати ефективність експрес–гістологічних досліджень (ЕГД) вулової патології щитовидної залози (ЩЗ) у хворих віком  $\leq 18$  років на час аварії на ЧАЕС щодо виявлення папілярної тиреоїдної карциноми (ПТК) і визначити обґрунтовані показання для виконання інтраопераційних ЕГД з урахуванням змін у патологічній діагностиці тиреоїдних пухлин на сучасному етапі.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів ЕГД у 406 хворих з вуловими утвореннями ЩЗ, прооперованих протягом періодів від 2009 до 2014 і від 2015 до 2017 років, яким виконувалося передопераційне цитологічне дослідження після проведення ТАПБ. Результати ЕГД, отримані для кожного періоду спостереження, порівняні з остаточними патологічними діагнозами та висновками ТАПБ.

**Результати.** Встановлено вірогідне підвищення ефективності ЕГД у 2015–2017 роках у визначенні ПТК порівняно з 2009–2014 роками за рахунок зростання відсотку випадків, що направлялися на ЕГД, з цитологічним висновком ТАПБ «підозра на карциному» та зменшення відсотку випадків з невизначеним висновком ТАПБ «фолікулярна неоплазія». Доведено, що ефективність ЕГД складає майже 100% при неінкапсульованій ПТК, а за наявності повної капсули пухлини знижується до 30–37%.

**Висновки.** Єдиним, повністю обґрунтованим висновком ТАПБ для виконання ЕГД є «підозра на карциному» (рівень V за TBSRTC), тому що ЕГД за таких умов здатне суттєво вплинути на вибір адекватного обсягу оперативного втручання. При висновках ТАПБ «фолікулярна неоплазія», «атипія», «доброякісне утворення» (IV, III і II рівні за TBSRTC) проводити ЕГД недоцільно.

## Гетерогенность патогенетических механизмов и тактика лечения тимусзависимой и тимуснезависимой миастении

В. В. Бойко, Е. М. Климова, Л. А. Дроздова, Е. В. Лавинская, Д. В. Минухин,  
О. С. Мережко, А. Н. Кудревич, М. В. Скок

Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины,  
Харьковский национальный медицинский университет,  
Институт биохимии им. А. В. Палладина НАН Украины, Киев

Клиническая картина миастении характеризуется флуктуацией мышечной слабости и структурными изменениями тимуса. Иммунная сенсibilизация в ответ на различные антигены вызывает существенные изменения гомеостаза у пациентов с миастенией, которые имеют выраженный клинический полиморфизм. Патогенез миастении чаще связывают с образованием аутоантител к нервно-мышечным синапсам и молекулярным мишеням мышц. Но, кроме антител к никотиновым ацетилхолиновым рецепторам (nAChR) у пациентов с миастенией выявляют другие антитела: к субъединицам концевой мышечной пластинки (MuSK), риадиноновым рецепторам (RyR), цитокинам и белку титину (Romí F., 2002).

Причины аутоиммунных реакций при миастении точно не известны. Несомненное значение в этом процессе имеют не только аутоантитела, но и функциональные нарушения тимуса, в котором происходит дифференцировка T-лимфоцитов и презентация всех собственных антигенов, с последующей негативной селекцией аутореактивных T-лимфоцитов.

При разнообразии этиологических факторов, генетическом полиморфизме и клинической гетерогенности миастении является целесообразным поиск механизмов и индивидуальных маркеров утраты аутоотолерантности при различных фенотипах миастении.

**Цель работы** – выявить генетический полиморфизм антигенов HLA, спектры аутоантител, профили цитокинов, характер экспрессии кластеров CD на T-клетках у пациентов с тимуснезависимой и тимусзависимой миастенией.

**Объект исследования** – иммунные показатели у больных с миастенией без поражения тимуса и у больных с миастенией на фоне структурно-функциональных изменений тимуса.

**Материалы и методы исследования.** Обследовали 427 пациентов с различными клиническими фенотипами миастении (миастения без поражения тимуса М, миастения

с гиперплазией тимуса МГ, миастения на фоне тимомы МТ). В работе использовали световую и люминесцентную микроскопию, иммуноферментный анализ, проточную цитофлуориметрию.

**Результаты и обсуждение.** Выявили генетический полиморфизм лейкоцитарных антигенов, взаимосвязанный с различными клиническими фенотипами миастении. При тимуснезависимой миастении М выявили наличие лейкоцитарных антигенов HLA DR2 и DR5; при тимусзависимой миастении: при МГ – антигены DR1 и DR5 и при МТ – антигены DR2 и DR7.

Показано, что у больных с тимуснезависимой миастенией происходит блокирование  $\alpha 7$ -субъединицы плазматических и митохондриальных nAChR, что приводит к патологическому усилению активации В-лимфоцитов в крови. А при тимусзависимой миастении (МТ) у больных с тимомами после тимэктомии выявили высокую экспрессию  $\alpha 7$ -субъединицы на клетках тимуса. Выявленный спектр аутоантител (ААТ) к различным аутоантигенам сходен у пациентов с тимуснезависимой миастенией (М) и у пациентов с миастенией на фоне тимом (МТ) по 9 эпитопам: ААТ к ДНК, к тиреоглобулину, к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), к митохондриям гепатоцитов, к клеткам желудка и тонкого кишечника, к антигенам легочной ткани, к белку филаментов астроцитов, к  $\beta 2$ -гликопротеину I. При МГ выявили антитела к 4 активным эпитопам: ААТ к рецептору ТТГ и тиреоглобулину, к митохондриям гепатоцитов, к белку филаментов астроцитов. Содержание ИФН- $\gamma$  было повышено во всех обследованных группах. Максимально повышение концентрации ИФН- $\gamma$  наблюдали в группе МГ. Провоспалительный ИЛ-2 превышал контрольные значения у пациентов с тимусзависимой миастенией (МТ) в 5,7 раз и у этих пациентов выявили десятикратное увеличение ИЛ-4 и 60-кратное увеличение ИЛ-8, а противовоспалительный ИЛ-10 был максимально повышен при МГ. У пациентов с М и МТ выявили снижение Т-регуляторных клеток по низкой экспрессии CD4+CD25+, а костимулирующие молекулы CD4+CD28+ были снижены у пациентов с М, что свидетельствует о периферическом механизме утраты аутоотолерантности.

Выявленные маркеры патогенеза могут быть использованы для выбора консервативной или оперативной тактики лечения больных с различными клиническими фенотипами миастении с учетом адресной иммунокоррекции.

## Застосування дистанційних доступів при хірургічному лікуванні доброякісних утворень грудної залози

**В. В. Бойко, В. В. Макаров, Л. Г. Тарасенко, К. В. Пономарьова**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків, Харківський національний медичний університет**

**Вступ.** Більше 80% виявлених вузлових утворень грудних залоз є доброякісними новоутвореннями. Раніше найбільш часто в якості основного доступу при видаленні доброякісної пухлини грудної залози застосовувався радіарний розріз, після якого залишалися грубі, часто гіпертрофічні та іноді келоїдні рубці. З метою поліпшення естетичного ефекту в хірургію грудної залози були впроваджені періареолярний доступ, доступ по субмамарній складці та доступ із пахвової ділянки, які повністю відповідають принципам пластичної хірургії.

**Мета роботи:** вивчення ефективності застосування у хворих з доброякісними новоутвореннями грудної залози дистанційних хірургічних доступів.

**Матеріали и методи.** Під нашим спостереженням перебувало 38 жінок у віці від 18 до 36 років, які були прооперовані з приводу доброякісного новоутворення грудної залози. Пацієнтки були розділені на дві групи. Основну групу склали 18 пацієнток, при хірургічному лікуванні у яких використовувалися дистанційні хірургічні доступи. Групу порівняння – 20 жінок, які були оперовані з використанням радіарного доступу. Всім пацієнткам перед оперативним втручанням виконувався стандартний набір інструментальних досліджень: мамографія, ультразвукове дослідження молочної залози, пункційна біопсія новоутворення з наступним цитологічним дослідженням. У досліджуваних групах у хворих при УЗД визначалися самотні новоутворення розмірами від 1,5–2,5 см, проекція та відстань від пухлини до шкіри грудної залози, що було визначальним у виборі операційного доступу у хворих основою групи. За даними цитологічного дослідження у всіх спостереженнях відзначався доброякісний процес (фіброма, фіброаденома).

У всіх пацієнток основної групи застосовані запропоновані доступи із збереженням косметичного ефекту (у 14 пацієнток застосовували періареолярний доступ, у 2 – х хворих – субмамарний, і ще у 2–х – аксиллярний доступ (з урахуванням локалізації новоутворення).

**Результати та їх обговорення.** В обох досліджуваних групах оперативне лікування виконувалося під загальним знеболенням, середній час якого склало 30–40 хв. У пацієнток групи порівняння застосовували локальний радіарний розріз, а у хворих основної групи – дистанційні доступи з урахуванням локалізації новоутворення грудної залози.

При обстеженні пацієнток обох груп через місяць після оперативного втручання зниження чутливості і неприємні відчуття в зоні рубця на грудній залозі при контакті рубця з одягом зазначалося у 6 пацієнток групи порівняння. Зазначені скарги були відзначені у 2 пацієнток основної групи, які були оперовані з використанням періареолярний доступу.

**Висновки.** Застосування дистанційних доступів з урахуванням локалізації новоутворення грудної залози є радикальним оперативним втручанням, тривалість оперативного втручання із зазначених доступів, вираженість больового синдрому в післяопераційному періоді є ідентичним, як і при використанні традиційних доступів. У даних хворих відзначається гарний косметичний ефект в ранні та пізні терміни оперативного втручання.

## Оцінка ефективності тимектомії у пацієнтів на генералізовану міастенію

В. В. Бойко, Д. В. Мінухін, А. Г. Краснояружський,  
О. М. Клімова, А. А. Серенко

Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків,  
Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Міастенія є аутоімунним захворюванням, яке характеризується м'язовою слабкістю і патологічною стомлюваністю, які зумовлені порушенням нервово-м'язової провідності в результаті утворення аутоантитіл до ацетилхолінових рецепторів. Міастенія займає особливе місце в зв'язку з тим, що механізми її розвитку тісно пов'язані з патологічними змінами тимуса. Необхідність видалення тимуса у пацієнтів з прогресуючим перебігом генералізованої міастенії підкреслюється більшістю авторів. Однак, до теперішнього часу недостатньо чітко розроблені критерії відбору пацієнтів

для оперативного лікування, схеми передопераційної підготовки та ведення хворих в післяопераційному періоді.

**Мета роботи:** оцінити ефективність тимектомії у пацієнтів з генералізованою міастенією.

**Матеріали и методи.** Нами було проаналізовано стан 121 пацієнта з генералізованою міастенією, прооперованих у відділенні торако-абдомінальної хірургії ДУ «ІЗНХ ім.В.Т.Зайцева НАМНУ». Діагноз міастенія був встановлений на основі клінічних, електроміографічних даних, позитивної прозерінової проби, змін на КТ або МРТ переднього середостіння. Тривалість спостереження за пацієнтами після операції склав до 10 років. Всім хворим виконувалася трансстернальна тимектомія. Показанням до операції стали прогресуючий перебіг захворювання, залучення до процесу краніобульбарної мускулатури. Серед обстежених пацієнтів було 95(78,4%) жінок і 26(21,6%) чоловіків у віці від 14 до 65 років.

До операції всі пацієнти отримували калімін, частина отримувала імуносупресивну терапію, проводилися курси плазмаферезу за показаннями. До моменту проведення операції всі хворі були в досить компенсованому стані з мінімальною виразністю міастенічних симптомів.

Для оцінки отриманих результатів використовували схему G. Keynes (1949) в модифікації: А – відмінний ефект, В – хороший, С – задовільний, D – відсутність ефекту, Е – летальність.

**Результати та їх обговорення.** Оцінка результатів хірургічного лікування проводилася з періодичністю в 1 місяць. Поліпшення стану відзначено в терміни від місяця до півтора років. Відмінний і хороший результат (групи А і В) отримано у 74,2% всіх прооперованих хворих, якщо оперативне втручання було виконано протягом перших двох років після початку захворювання. Летальність склала 4,15% (5 пацієнтів) від загального числа прооперованих. Всі випадки летальності пов'язані з розвитком міастенічного кризу у післяопераційному періоді.

**Висновки.** Тимектомія є операцією вибору у пацієнтів з генералізованою міастенією і дозволяє домогтися регресії міастенічної симптоматики у 74,2% хворих. Оптимальними строками для виконання оперативного втручання є період перших двох років після початку захворювання.

## Первинний гіперальдостеронізм: діагностика та методи лікування

Н. І. Бойко, О. З. Новак, Ю. П. Довгань

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Однією з актуальних і маловивчених проблем хірургії надниркових залоз (НЗ) є захворювання клубочкової верстви кори яка продукує альдостерон, при гіперпродукції його розвивається первинний гіперальдостеронізм (ПГА). Клінічну картину ПГА, яку викликала аденома клубочкової верстви наднирника, першим описав Конн у 1955 році.

**Мета дослідження.** Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на ПГА шляхом оцінки клініко-діагностичних критеріїв вивчення об'єму операційних втручань і відтермінованих результатів проведеного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Опрацьовано результати діагностики та хірургічного лікування 118 хворих віком 21–78 на ПГА (із них 74 жінки), які лікувались в клініці впро-

довж 60 років. Відмовились від операції 11 пацієнтів: 7 хворих із двобічною гіперплазією НЗ та 4 пацієнти із множинними аденомами в обох НЗ. Вони лікувались консервативно антагоністами альдостерону – спіронолактоном, блокаторами рецепторів альдостерону – еплереноном та калійвмісними препаратами. Вивчали загально клінічні, біохімічні показники, визначали рівень сироваткового альдостерону, калію і реніну. У зв'язку з малими розмірами альдостером, які частіше були множинними, УСГ не завжди була інформативною, тому в даних випадках допомагала КТ.

**Результати та їх обговорення.** У 28 (24%) хворих домінувала м'язева слабкість, парестезії кінцівок, які виникали раптово в будь який час доби з неоднаковими інтервалами і різної тривалості. У 25 (21.2%) пацієнтів домінували нейром'язеві симптоми, які були спровоковані гіпокаліємією. Ниркові симптоми проявились полідипсією, поліурією, помірною альбумінурією та лужною реакцією сечі у 41 (35%) пацієнта. Домінуючим симптомом у хворих на ПГА був високий артеріальний тиск. У 9 (7.7%) пацієнтів він піднімався до 160–180 на 215–240 мм. рт. ст. Артеріальна гіпертензія важко корегувалась і сприяла розвитку гіпертонічної ретинопатії з крововиливами в сітківку та дегенеративними змінами в ній, що сприяло різкому зниженню зору. У трьох хворих наступила сліпота. В останні роки хворим з некорегованою артеріальною гіпертензією призначали інгібітори альдостерону (альдактон, верошпірон) та інгібітори риніну при високих його показниках (каптоприл, саралазин). Застосовуючи дані препарати вдавалося дещо знизити АТ. Діаметр видалених пухлин був 15–40 мм. При патогістологічному дослідженні видалених альдостером ознак злоякісного росту не виявили. Хворих на ПГА з двобічною гіперплазією НЗ не оперували. При двобічних аденомах, які сприяли розвитку ПГА виконували операцію на НЗ двома етапами: спочатку робили адреналектомію, а при збереженні високого артеріального тиску у післяопераційному періоді 5 хворим виконали резекцію другого наднирника зі збереженням повноцінно васкуляризованої кукси.

Однобічна адреналектомія з резекцією другого наднирника у двох хворих сприяла розвитку хронічної вторинної наднирникової недостатності. Вона прогресувала повільно і проявлялася загальною слабкістю, втомлюваністю, знижувався апетит, наростала м'язева слабкість, порушувалась пам'ять та виникала депресія. З часом наступила гіперпігментація шкіри і розвинулась хвороба Аддісона. Лікування її проводили замісною гормональною терапією глюко- та мінералокортикоїдами преднізолоном, гідрокортизоном, кортинефом.

### **Висновки.**

1. Гіперкаліємія характерна для ПГА, але вона визначалась тільки у 87 (74%) пацієнтів.
2. В даний час найбільш чутливим скринінговим методом ПГА є співвідношення сироваткового альдостерону/ реніну в плазмі.
3. У 25 (23%) хворих нормалізації артеріального тиску в післяопераційному періоді не відбулось, особливо у хворих з високим діастолічним тиском та помірною альбумінурією.
4. При ранній діагностиці у хворих на ПГА з одинокою аденомою операційне лікування сприяло зниженню артеріального тиску до нормальних величин у 51 (46%) хворого.
5. У решти пацієнтів спостерігалось незначне зниження артеріального тиску.
6. Хворим при гіперплазії обох наднирникових залоз на ПГА виконувати двобічну адреналектомію недоцільно.

## Досвід конвенційного та малоінвазивного хірургічного лікування хворих на первинний гіперпаратиреоз

Н. І. Бойко<sup>1</sup>, В. В. Хом'як<sup>1</sup>, О. М. Лерчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

<sup>2</sup> Львівська обласна клінічна лікарня

**Вступ.** Первинний гіперпаратиреоз належить до постійно прогресуючих захворювань, яке незважаючи на безсимптомний перебіг у більшості пацієнтів, рано чи пізно спричиняє зміни в організмі хворих, які вимагають операційного втручання. Конвенційна або традиційна хірургія передбачає ідентифікацію під час операції усіх чотирьох прищитоподібних залоз та видалення патологічно змінених. Ми знаємо, що ПГПТ у 80–85% пацієнтів спричиняє аденому лише однієї прищитоподібної залози (ПЩЗ) і цей факт дозволив запровадити у клінічну практику малотравматичні операції під час яких видаляють лише солітарну аденому ПЩЗ без ідентифікації усіх інших ПЩЗ.

**Мета.** Виявити переваги та недоліки відеоасистованої паратиреоїдектомії та роль конвенційної хірургії ПЩЗ шляхом аналізу результатів хірургічного лікування хворих на ПГПТ.

**Об'єкт і методи дослідження.** Від лютого 2010 року до лютого 2018 року у клініці хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького оперовано 88 пацієнтів з приводу ПГПТ, з них – 76 жінок. Середній вік хворих склав  $58,5 \pm 8,6$  років.

Для діагностики ПГПТ у пацієнтів визначали рівні загального та/або йонізованого кальцію, інтактного ПТТ, неорганічного фосфору, хлору, лужної фосфатази,  $\gamma$ -глутаміл-транспептидази у сироватці крові, кальцій у добовій сечі. З метою топічної локалізації патологічних ПЩЗ застосовували ультрасонографію і за потреби скінтіграфію із  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI, а від 2017 року у модифікації SPECT-CT із  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI. Пацієнтів, яким виконали відеоасистовану паратиреоїдектомію віднесли до I групи (31 (35%) випадків), а хворих оперованих конвенційним методом – до II групи (57 (65%) пацієнт).

**Результати та обговорення.** У 35% хворих, у яких діагностовано спорадичний ПГПТ, за результатами променевого досліджень виявлено солітарну аденому ПЩЗ та не було супровідної патології щитоподібної залози – виконали відеоасистовану паратиреоїдектомію. Тривалість операційного втручання була вірогідно меншою ( $58,1 \pm 8,6$  хв проти  $86,7 \pm 11,2$  хв) та довжина розтину ( $2,7 \pm 0,3$  см проти  $5,7 \pm 1,2$  см) коротшою у пацієнтів I групи у порівнянні із хворими II групи. У двох (2,27%) пацієнтів після традиційної операції розвинувся транзиторний парез поворотного гортанного нерва. Ефективність відеоасистованої паратиреоїдектомії підтверджували експрес-гістологічним інтраопераційним дослідженням. У 16 (18%) пацієнтів II групи виявлено множинне ураження ПЩЗ та видалено більше однієї патологічної ПЩЗ. Після операції в усіх пацієнтів нормалізувався рівень йонізованого кальцію. До головних переваг відеоасистованої паратиреоїдектомії ми відносимо коротшу тривалість операції, відсутність необхідності використання спеціальних інструментів, крім ендоскопу, можливість, при потребі, з одного доступу провести експлорацію шиї з обох сторін, швидкий перехід до конвенційного втручання шляхом збільшення розтину шкіри. До недоліків ми відносимо необхідність застосування двох методів топічної діагностики, що є не завжди можливим в українських реаліях надання медичної допомоги. Конвенційна хірургія, зважаючи на численні протипокази до малоінвазивних втручань, відіграє важливу роль у лікуванні хворих на ПГПТ.



**Висновки.** Аналіз результатів хірургічного лікування дозволяє твердити, що відеоасистована паратиреоїдектомія може бути виконана ефективно у кожного третього хворого на ПГПТ і триває менше часу, а також має меншу частоту післяопераційних ускладнень, у порівнянні із конвенційною операцією.

## Адренокортикальний рак: хірургічні тренди та аналіз безпосередніх результатів лікування в одному центрі

О. В. Васильєв, В. І. Копецький, В. І. Дорожинський,  
Л. В. Бабак, К. В. Копчак

Національний інститут раку

**Матеріали:** Адренокортикальний рак – рідкісне онкологічне захворювання із несприятливим прогнозом. Низька захворюваність не дозволяє належним чином систематизувати клінічні прояви та результати лікування таких хворих.

**Методи:** Було проаналізовано 11 пацієнтів, із проспективної бази даних, прооперованих в Національному інституті раку з 2015 по 2018 рік. Середній вік хворих складав  $45,6 \pm 3,2$  років. Жінок було 5 (45,4), чоловіків 6 (54,6%). Гормонально активних пухлин було 3 (27,2%). По стадіях було наступне розподілення пацієнтів: I стадія – 1 (9%), II стадія – 2 (9%), III стадія – 7 (63%) IV стадія – 1 (9%).

**Результати:** У 8 (72,7%) пацієнтів видалення первинної пухлини комбінувалось із резекцією суміжних органів. В 3 (27,2%) випадках хірургічне втручання комбінувалось із резекцією магістральної судини, в 2 (18,1%) із резекцією печінки, в 3 (27,2%) із дистальною панкреатоспленектомією. Лапараскопічно-асистована резекція наднирника була виконана у 1 (9%) пацієнта. Лімфодисекція виконувалась у 8 (72,7%) хворих. Ускладнення II – IV ступеню за класифікацією Clavien–Dindo розвинулись у 4 (36,3%): у 1 (9,1%) хворого розвинулась рання післяопераційна кровотеча, яка потребувала хірургічної корекції, у 2 (18,1%) хворих розвинулась панкреатична фістула, у 1 (9,1%) хворого розвинулась госпітальна пневмонія. Помер один хворий, летальність склала 9%. Медіана виживаності не досягнута. Однорічна виживаність склала 72,7%. Однорічна безрецидивна виживаність склала 63,6%.

**Висновки:** Розширенні резекції у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями наднирників дозволяють досягти задовільних віддалених результатів з прийнятним ризиком.

## Оптимальный доступ при левосторонней лапароскопической адреналэктомии

В. В. Грубник, Р. С. Парфентьев, А. С. Бурлак, В. В. Ильяшенко

Одесский национальный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница

**Введение.** Опухоли надпочечников представляют собой достаточно частую патологию и встречаются у 2–4% взрослого населения. Лапароскопический трансабдоминальный доступ к левому надпочечнику является сложными в техническом плане, может сопровождаться такими серьезными осложнениями, как травма селезенки, поджелудочной железы, левой селезеночной вены.

**Целью** данного исследования было изучение возможности использования усовершенствованных методик при выполнении левосторонней адреналэктомии.

**Материалы и методы.** За 2010–2015 гг. в клинике было прооперировано 58 больных с опухолями левого надпочечника (возраст 19–79 лет, средний возраст –  $50,5 \pm 11,2$  лет). Женщин – 43, мужчин – 25. У пациентов имелись опухоли левого надпочечника таких видов: инциденталома – 20 больных (29,4%), феохромоцитомы – 21 больной (30,9%), альдостерома – 18 больных (26,5%), кортикостерома – 7 больных (10,3%), миелолипома – 2 пациента (2,9%). Размер опухоли варьировал от 2,2 см до 10,4 см. Средний размер составил  $4,3 \pm 1,2$  см. Оперированные больные были разделены на 2 группы: у больных I-й группы (35 пациентов) выполнялось лапароскопическая трансабдоминальная левосторонняя адреналэктомия. Причем, у 26 из них производили стандартную лапароскопическую адреналэктомию, с мобилизацией селезенки, хвоста поджелудочной железы и селезеночного изгиба толстой кишки, выделением и клипированием главной вены надпочечника, впадающей в левую почечную вену. У 9 пациентов I-й группы произвели усовершенствованную нами трансабдоминальную адреналэктомию. Суть данной операции состояла в пересечении коротких сосудов по большой кривизне желудка, связывающих желудок и селезенку, с широкой мобилизацией фундального отдела желудка, после чего вскрывали брюшину и находили левый надпочечник. Последний мобилизовывали, пересекая все вены и артерии, и клипировали главную вену надпочечника, в месте впадения ее в левую почечную вену. У больных II-й группы (33 пациента) использовали ретроперитонеальный доступ, предложенный немецким хирургом R.A. Waltz. Для выполнения данного вмешательства больные укладывались на живот. В области проекции левой почки, ниже 12 ребра, вводили 3 троакара (один 10 мм и два 5 мм). В забрюшинную клетчатку нагнетали углекислый газ под давлением 20–25 мм рт.ст., при этом происходило отслоение забрюшинной клетчатки от мышц спины и диафрагмы. Мобилизовали сращения и выделяли левый надпочечник, ориентируясь на заднюю поверхность левой почки. Сосуды пересекали с помощью коагулятора LigaSure. Главную вену надпочечника выделяли и клипировали только в 10-ти случаях. В остальных случаях использовали также LigaSure. Удаленную опухоль извлекали в специальном контейнере через 10-ти мм порт. Оценивали длительность оперативного вмешательства, число осложнений, длительности пребывания в стационаре.

**Результаты.** Конверсия была произведена в 5-ти случаях (7,4%) (1 пациент из II-й группы и 4 пациента I-й группы). Причинами конверсии в 3-х случаях была большая опухоль, в 2-х случаях – травма селезенки и хвоста поджелудочной железы. Длительность операции во II-й группе была достоверно меньше, нежели у больных I-й группы и составила 84,2 мин, против 118 минут ( $p < 0,01$ ). Число интраоперационных осложнений было больше в I-й группе (7 случаев) против II-й группы (2 случая) ( $p < 0,05$ ). Больные II-й группы вставать, самостоятельно передвигаться и принимать пищу начинали через  $6,1 \pm 1,2$  часа, в то время, как больные I-й группы – через  $17,4 \pm 4,2$  часов ( $p < 0,01$ ). Больные II-й группы нуждались в меньшем количестве анальгетиков (число доз декскетопрофена у больных II-й группы было в 3,5 раза меньше, чем у больных I-й группы ( $p < 0,01$ )).

**Заключение.** Наше исследование показало, что для выполнения лапароскопической левосторонней адреналэктомии задний ретроперитонеальный доступ имеет значительные преимущества и может быть рекомендован у большинства пациентов.

## Візуальний нейромоніторинг у тиреоїдній хірургії

В. В. Грубнік, Р. С. Парфентьев, М. С. Кресюн

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Актуальність.** Кількість операцій на щитоподібній залозі зростає з різних причин: росте кількість раку щитоподібної залози, кількість токсичного зобу. Також зростає кількість повторних операцій. В складних випадках зростає і вірогідність травми поворотних гортанних нервів, що може призвести до неприємних ускладнень. Розроблені методи ідентифікації нервів, в тому числі фарбування, не є ефективними. Значно кращі результати показав метод нейромоніторингу із застосуванням нейростимулятора та спеціального пристрою, який фіксує рухи голосових зв'язок при подразненні нервів. Недоліком методу є необхідність спеціального пристрою для реєстрації рухів зв'язок та коштовних спеціальних одноразових інтубаційних трубок з датчиками.

**Мета.** Розробити новий більш зручний спосіб нейромоніторингу з метою ідентифікації поворотних гортанних нервів.

**Матеріали та методи дослідження.** З 2014 по 2017 роки в клініці нами виконано 278 операцій на щитоподібній залозі, з них складні оперативні втручання, при яких ризик травми поворотних гортанних нервів був підвищеним, склали 48. З них запущений рак з інвазією за межі залози – 23, рецидивний зоб – 15, токсичний зоб із компресією гортані – 10. У даних випадках ризик травми поворотного гортанного нерву був підвищений. Тому нами була застосована оригінальна методика ідентифікації поворотних гортанних нервів.

Принцип методу полягає в наступному: під час виконання загальної анестезії у гортань пацієнта вводять ларингеальну маску. У просвіті ларингеальної маски розміщують відеоендоскоп діаметром 4 мм (ми використовували холедохоскоп) безпосередньо над голосовими зв'язками, з чіткою візуалізацією голосової щілини. Розпочинають операцію на щитоподібній залозі за стандартною методикою. При досягненні зони високого оперативного ризику травматизації зворотних гортанних нервів спочатку виконують їх анатомічну візуалізацію, далі анатомічна структура, ідентифікована як зворотний гортанний нерв, підлягає електричному подразненню під дією електростимулятора, під час цього за допомогою відеоендоскопа отримують відеозображення голосової щілини, на якому видно рух (чи відсутність руху, – якщо подразнюють інші анатомічні структури) відповідних голосових зв'язок, після чого виконують виділення зворотних гортанних нервів. Операцію завершують стандартно.

**Результати.** Під час операції за допомогою запропонованої методики нам вдалося у 26 пацієнтів ідентифікувати поворотні нерви з обох боків, в 14 випадках – тільки з одного боку. З початку виконувалась візуалізація всіх тяжистих структур, що підходять ззаду до щитоподібної залози. В 17 випадках нам вдалося провести візуальну ідентифікацію поворотних нервів, що було підтверджено за допомогою нашого методу. В інших випадках тільки за допомогою нашого методу нам вдалося відрізнити нервову тканину від судини. В 8 пацієнтів ми не змогли провести достеменну ідентифікацію нервів. Таким чином, з 48 хворих, у яких була висока вірогідність пошкодження поворотного гортанного нерву, запропонована методика у 40 хворих (90%) дозволила запобігти травматизації нервових структур. В післяопераційному періоді нами спостерігався транзиторний парез поворотного гортанного нерву у 5 пацієнтів, всі вони оперовані з приводу інвазивного раку. У всіх із них у віддаленому післяопераційному періоді наступило практично повне відновлення функції. Період спостереження ще триває.

**Висновки.** Новий спосіб нейромоніторингу поворотних гортанних нервів є ефективним, доступним та більш дешевим та інформативним, ніж існуючі аналоги.

## Молекулярно-біологічні та генетичні маркери агресивності високодиференційованого раку щитоподібної залози

**Б. Б. Гуда, В. М. Пушкаръов, В. В. Пушкаръов, Ю. М. Таращенко**

**Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України**

**Обґрунтування.** Проліферативний потенціал ракових клітин – один з найважливіших факторів розвитку пухлини. Проліферативні процеси у клітинах щитоподібної залози контролюються кіназами, що активуються мітогенами. Мутації та перебудови в генах цих кіназ призводять до неконтрольованої проліферації та злоякісної трансформації тканини. Вміст ядерного антигену проліферуючих клітин (PCNA) може свідчити про стан проліферативних процесів у пухлині.

**Мета.** Визначити кількість PCNA та рівень експресії мРНК RET/PTC1/3 в нормальних тканинах, доброякісних та злоякісних пухлинах (з метастазами та без) пухлинах ЩЗ людини.

**Методи.** Дослідження проводилися на післяопераційному матеріалі хворих, одержаному у хірургічному відділенні Інституту. Для визначення кількості PCNA використовували набори для імуно-ферментного аналізу QIA59 фірми Calbiochem (США). Для визначення експресії мРНК RET/PTC-1/3 в зразках пухлинної тканини проводили кількісну полімеразну ланцюгову реакцію.

**Результати.** У злоякісних пухлинах та тканині фолікулярної аденоми спостерігали підвищений рівень експресії PCNA, а кількість антигену в пухлинній тканині, за винятком фолікулярної карциноми, перевищувала його кількість в умовно-нормальній тканині. Важливо відмітити, що в інкапсульованих пухлинах папілярних карцином це перевищення становить тільки 85%, тоді як у неінкапсульованих, пухлинах з метастазами кількість PCNA вище від норми в середньому більш ніж у 3 рази, а у найбільш агресивних пухлинах з метастазами у легені – навіть у 4 рази. У більш агресивних, інвазивних пухлинах рівень експресії мРНК RET/PTC був вищим ніж у інкапсульованих пухлинах.

**Висновки.** Кількість PCNA у тканині ЩЗ може слугувати діагностичним та прогностичним маркером. Рівень експресії RET/PTC може свідчити про інвазивність та агресивність пухлини.

## Віддалені метастази в легені при диференційованому раку щитоподібної залози у пацієнтів молодого віку

**С. В. Гулеватий, Т. К. Сovenко, І. П. Волинець**

**Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМНУ**

Захворюваність диференційованим раком ЩЗ (ДРЩЗ) в країнах світу нестримно росте і за останнє десятиліття, по темпах зростання цього показника, вона вийшла на перше місце серед усіх злоякісних пухлин. Проте на тлі такої негативної статистики слід

зазначити, що летальні випадки фіксують досить рідко (у 4–6% випадків), а 20–30-річна виживаність хворих перевищує 90%. В той же час, у ряді випадків, у хворих з ДРЩЗ можуть розвиватися віддалені метастази (у легені, кістки, мозок та ін.), які істотно ускладнюють життя пацієнта і можуть привести до летальності. За даними літератури рівень смертності через 5 і 10 років після діагностування віддалених метастазів досягає 65% і 75%, відповідно.

У пацієнтів з ДРЩЗ віддалені метастази діагностують відносно рідко – менш ніж в 10% випадків. При цьому деякі автори відмічають, що цей показник варіює залежно від клініко–морфологічних характеристик пухлин, а також від віку. Багато клініцистів виділяють в окрему групу дітей і підлітків з ДРЩЗ. У них віддалені метастази фіксують дещо частіше – в 11–23% випадків, але виключно в легені. При цьому відмічена істотна різниця між спорадичним і радіаційно–індукованим раком – 12,6% і 23,8%, відповідно.

В цій роботі об'єктом дослідження є пацієнти молодого віку з діагнозом рак щитоподібної залози з виявленими віддаленими метастазами в легені (ВМЛ). На протязі 1996 – 2016 років в відділенні радіонуклідної діагностики та терапії проходили лікування 3098 хворих молодого віку (1968– 1986 років народження) з диференційованим раком щитоподібної залози (ДРЩЗ). В 175(5,6%) пацієнтів виявлені ВМЛ. Середній період спостереження – 13 років ( від 2 до 20 років). Клініко морфологічна характеристика: 173 (99%) пацієнти з папілярною карциномою та 2(1%) з фолікулярною карциномою, стадіювання Т4–Т3– 157 (89%), N стадія N1– 172 (98%). Лікування метастазів в легені (МтсЛ), в першу чергу, визначається їх здатністю концентрувати ізотопи йоду. При цьому співвідношення радіоїод–чутливих і радіоїод–резистентних МтсЛ залежить від віку пацієнтів. Зокрема, було показано, що у дітей і підлітків (0–18 років) 95% МтсЛ являються радіоїод–чутливими, у молодих пацієнтів (вік 19–39 років) ця цифра також велика – 87%. Кількість курсів радіоїодтерапії (РІТ) в середньому становила 5 (від 2 до 12), а кумулятивна активність радіоактивного йоду сягала від 7 до 45 ГБк (86 –1216 мСі) в середньому 19 ГБк (514 мСі). Ефективність проведеного лікування при ВМЛ оцінюють за наступними функціональними параметрами – рівень ТТ в крові, результати сканування тіла з радіоактивним йодом, дані КТ або МРТ. За результатами проведеного лікування пацієнтів розділяють на декілька категорій: повна ремісія, стабілізація процесу (чи не повна часткова ремісія), і прогрес захворювання.

Результати лікування: повної ремісії вдалося досягти в 105(60%) пацієнтів з ВМЛ. Досягти стабілізації хвороби або часткової ремісії вдалося в 63(36%) пацієнтів. В 2(1%) пацієнтів прогресія хвороби, 5(3%) летальні випадки.

В 168(96%) хворих вдається досягти повної та часткової ремісії.

В цілому, прогноз для хворих молодого віку з ВМЛ досить сприятливий: 5–10–15–річна виживаність складає 99%, 98,3%, 97%.

## Комплексне лікування хворих на місцево–розповсюджений високодиференційований рак щитоподібної залози

**І. В. Дейнеко, В. А. Кравченко, С. П. Меренкова, Е. В. Жмуренко**

**Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечнікова**

**Вступ:** Не зважаючи на те, що високодиференційований рак щитоподібної залози у початкових стадіях лікується дуже ефективно, місцево–розповсюджені форми у стадії Т4, з проростанням у верхні дихальні шляхи, передхребтову фасцію, верхнє середостіння,

судини шиї є великою складністю для радикального хірургічного лікування, а у ряді випадків вважається неоперабельним. Такі хворі приречені на загибель, найчастіше від проростання та стенозу трахеї.

**Мета:** Обрати оптимальну тактику комбінованого лікування хворих з місцево–розповсюдженим високодиференційованим раком щитоподібної залози Т4, з використанням хіміотерапії, радикального хірургічного лікування та радіоїодтерапії.

**Матеріали і методи:** У відділенні ендокринної хірургії лікарні Мечникова з 2004 року проліковано 1568 хворих на рак щитоподібної залози, у 1442 пацієнтів (92%) мав місце високодиференційований, папілярний або фолікулярний рак. Місцево–розповсюджений рак Т4 стадії відмічався у 73 хворих (5.1%), найчастіше (51 пацієнт) рак проростав у верхні дихальні шляхи, також відмічалися комбіновані розповсюдження пухлини у верхнє середостіння, магістральні судини шиї, стравохід та передхребтову фасцію.

У 56 хворих спостерігалось метастазування у регіонарні лімфатичні вузли, а у 7 віддалені метастази у легені та кістки. У 18 хворих з первинно неоперабельним раком щитоподібної залози Т4b, проведена неоад'ювантна поліхіміотерапія, у 13 випадках внутрішньовенним системним способом, а в 5 випадках селективним внутрішньо-артеріальним способом з катетеризацією магістральної артерії живлячої пухлину, за схемою TP або TPE, з регресом пухлини до 30% та подальшим хірургічним лікуванням.

Усім хворим проведені розширені радикальні тиреоїдектомії, при необхідності з резекціями трахеї та гортані, стравохіда, стернотоміями для доступу у верхнє середостіння. В залежності від розповсюдження пухлини у верхні дихальні шляхи у 35 хворих проведені вікончаті або передньо–бокові резекції трахеї та гортані з накладанням тимчасової трахеостоми та подальшою пластикою. При ураженні пухлиною до 3 кілець трахеї у 14 хворих проведені клиновидні або циркулярні резекції з первинною пластикою трахеї, накладанням анастомозу, у 2 хворих з розповсюдженим ураженням проведені ларингектомії. Усім хворим також проведені різноманітні дісекції шиї від профілактичної до операції Крайля. Також усім хворим проведені один або декілька курсів ад'ювантної радіоїодтерапії, та супресивна терапія левотироксином з тривалим спостереженням.

**Результати:** У хворих з тимчасовими трахеостомами, окрім ларингектомірованих хворих, у продовж 2 місяців, останні були пластично закриті з задовільною функцією дихання та голосовою функцією. У 2 випадках на 3 та 4 добу після операції, відмічалась неможливість первинного анастомозу верхніх дихальних шляхів та додатково були накладені тимчасові трахеостоми. У 40 хворих спостерігалось безрецидивна течія захворювання (1–10 років спостереження), у 20 пацієнтів проводилися лимфадисекції шиї і додаткові курси радіоїодтерапії з приводу рецидиву захворювання місцево та у лімфовузлі шиї або пролонгації у легені та кістки, з задовільною якістю життя, без прогресії віддалених метастазів, 13 пацієнтів загинули, 11 із–за прогресу і генералізації захворювання і в 2 випадках смерть із–за іншої причини. Таким чином медіана п'ятилітньої виживаності в спільній групі склала 82.2%, рецидиви захворювання наголошувалися у 45.2% пацієнтів. Летальність в групі склала – 17.8%. Взагалі у всіх пацієнтів покращені показники якості і тривалості життя.

**Виводи:** використання пропонованого комплексного лікування занедбаних форм високодиференційованого раку щитоподібної залози Т4, з радикальними розширеними хірургічними утручаннями, з використанням, при Т4b стадії, неоад'ювантної поліхіміотерапії, дозволяє значно підвищити безпосередні і віддалені результати лікування, якість і тривалість життя.

## Мікрокарциноми щитоподібної залози, особливості діагностики

В. Б. Доброродний, А. Д. Беденюк, І. І. Смачило,  
Ю. М. Футуйма, І. В. Смачило

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Щитовидна залоза є одним з органів, найбільш чутливих до канцерогенного впливу іонізуючого випромінювання. Особливо ця проблема загострилась в Україні після Чорнобильської трагедії та в регіонах з високим природним фоном. Ризик виникнення тиреоїдних злоякісних новоутворень особливо високий у осіб, вік яких на момент опромінення становить 15 і менше років. Внаслідок тривалого латентного періоду розвитку пухлин пацієнти, опромінені в дитячому віці, повинні спостерігатися у лікарів протягом усього життя.

Проводячи профілактичні сонографічні обстеження щитоподібної залози (ЩЗ), досить часто (до 25%) виявляють вузлові утворення. Згідно протоколу обстеження, лікування і спостереження хворих з вузловими утвореннями ЩЗ тонкоголково аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) показана при багато- чи одновузлових утвореннях розміром понад 1 см. Виходячи з цього, з поля зору випадає підгрупа хворих з розміром новоутворень в поперечному зрізі менше одного сантиметра. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я папілярні мікрокарциноми щитоподібної залози (МКЩЗ) виявляються у вузлах менше 1 см.

Відомо, що більшість неопластичних утворень в ЩЗ гормонально неактивні. Це унеможливує діагностику верифікацію вузлових утворень за допомогою інших методів діагностики. Проте, правильно проведена ТАПБ дозволяє у 80–90% випадках цитологічно встановити наявність злоякісного процесу, також доцільно провести додаткове імуноцитохімічне дослідження.

**Метою** нашої роботи була оцінка результатів ТАПБ вузлів розміром 1 см і менше, морфологічно у яких була виявлена МКЩЗ.

**Матеріали і методи дослідження.** Ми проаналізували власний структурно-морфологічний матеріал на основі сонографічної верифікації вузлових утворень в ЩЗ і морфологічних висновків, отриманих після ТАПБ у 1350 хворих за останні 7 років. ТАПБ проводили під контролем апарату УЗД. Цитологічний аналіз проводився у відділенні патоморфології Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Національному інституті хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова, Київському національному університеті імені Тараса Шевченка, ННЦ «Інститут біології та медицини», на кафедрі фундаментальної медицини.

**Результати досліджень.** З проведених ТАПБ у 1350 пацієнтів первинно діагноз рак був встановлений у 90 (6,7%) хворих. Чоловіки склали 33,3%, жінки – 66,7%. Морфологічно папілярний рак верифікований у 80,1%, медулярний – у 14,4%, недиференційований – 5,5% хворих.

Первинно виявлена МКЩЗ (25 випадків) серед усіх злоякісних новоутворень за даними ТАПБ склала 27,8%. Чоловіки становили 11,1%, жінки – 88,9%. Після пункції солітарних вузлів МКЩЗ виявлена у 66,6% пацієнтів, а у 33,3% – при багатовузлових формах, що свідчить про необхідність пункції усіх технічно можливих вузлів, які діагностовані у ЩЗ.

Вік хворих становив 21 – 79 років. Пік мікрокарцином виявлений у пацієнтів 35–45 років.

**Висновки:**

1. Пункційна біопсія залишається найдоступнішим та оптимальним методом діагностики вузлових утворень щитоподібної залози.

2. З огляду на високий відсоток виявлених мікрокарцином, діагностованих при пункційній біопсії, доцільно розширити покази до її виконання, з включенням в алгоритм обстеження вузлів розміром менше 1 см.

## Рецидив медулярної мікрокарциноми щитоподібної залози та результати лікування

О. Р. Дуда

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ:** Кількість хворих на карциному медулярного раку щитоподібної залози (МРЩЗ) постійно зростає і складає 4,6%. Часто навіть мікрокарцинома дає рецидив захворювання, що вимагає хірургічного лікування. Водночас детальне спостереження за пацієнтом і повторне радикальне хірургічне лікування дозволяють здовжити загальну виживаність та зберегти якість життя пацієнта.

**Мета дослідження:** Вивчити віддалені результати у хворих на мікрокарциноми МРЩЗ та їх рецидиви.

**Об'єкт і методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування у 85 хворих на МРЩЗ, віком 15–80 років. Питома вага жінок склала 76%. У 13 хворих (15,3%) діагностовано мікрокарциноми розміром до 1 см. У 3 випадках за даними ультрасонографії (УСГ) вузли були розпливчаті, не мали чітко вираженої капсули, без ехографічних особливостей васкуляризації. У 12% випадків вони не викликали підозри на карциному ЩЗ. У двох хворих вузли були мультифокальні, розміром 5–7 мм, в 11 – солітарні. У 5% була виявлена симультанна ендокринна патологія – багатовузловий зоб та аутоімунний тиреоїдит. З метою проведення диференційної діагностики між атиповою аденомою і МРЩЗ проводилися загальні клінічні аналізи, ультрасонографія, КТ, рівень сироваткового кальцитоніну, а у двох пацієнтів – імуногістохімічне визначення кальцитоніну в тканині пухлини. За участю мультидисциплінарної команди визначалася найкраща тактика лікування, а група патоморфологів оцінювала результати хірургічного лікування.

**Результати та їх обговорення:** Доопераційний рівень сироваткового кальцитоніну у хворих на медулярні мікрокарциноми склав  $62.2 \pm 12.1$  пг/мл. У 5 хворих був незначно підвищений рівень сироваткового кальцитоніну  $32,4 \pm 11,5$  пг/мл, їм виконано гемітиреоїдектомію та експрес цитологічне дослідження видалених під час операції вузлів, у 4 хворих діагноз МРЩЗ підтверджено. Операцію закінчено тиреоїдектомією і центральною лімфодисекцією.

Протягом 5 років у 3,5% пацієнтів діагностовано рецидив хвороби у вигляді метастазів у лімфатичні вузли ший, їх видалено. При виконанні ТАПБ та криогістологічного дослідження препарату частота хибно–негативних відповідей склала 23,1%, у зв'язку з тим, що пухлини були дуже схожі на фолікулярну аденому. Загальна 5–річна виживаність склала 92,3%.



**Висновки:** У пацієнтів із підвищеним сироватковим кальцитоніном маленькі вузли у ЩЗ вимагають детального дослідження до і під час операції, включаючи експрес цитологічне дослідження. Після операції необхідно постійно контролювати рівень сироваткового кальцитоніну. Рання діагностика мікрокарцином медулярного раку значно знижує частоту рецидивів та підвищує виживаність пацієнтів.

## Особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих з альдостеромою наднирника

Е. В. Жмуренко<sup>1</sup>, І. В. Дейнеко<sup>2</sup>, О. О. Краснов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Дніпропетровська медична академія МОЗ України,

<sup>2</sup>Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова

Альдостероми наднирників вперше описані J. Conn'ом 1955 році. Чисельними дослідженнями показано, що в 75–98% випадків провідним синдромом даної пухлини являється артеріальна гіпертензія.

**Мета:** оцінити особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих з альдостеромами наднирників.

**Об'єкт та методи досліджень.** Нами проаналізовані результати хірургічного лікування 120 хворих з пухлинами наднирників. Об'єктом досліджень була альдостерома наднирника ( $n = 10$  (8,3%)). В якості критеріїв оцінки результатів використовували: показники артеріального тиску, ЧСС, центрального венозного тиску (ЦВД), показники електролітів крові, креатиніну, сечовини, загального аналізу сечі, крові, кортизолу крові. Середній розмір пухлини інтраопераційно складав  $30,4 \pm 4,7$  мм.

**Результати.** З усіх пацієнтів з альдостеромою у 8 була виявлена стійка артеріальна гіпертензія, а у 2 діагностований нервово-м'язовий синдром, який проявлявся м'язовою слабкістю (у 1), схильністю до судом (у 1), підвищеною стомлюваністю та болями при фізичному навантаженні (у 2). До операції рівень електролітів крові у даної категорії хворих складав:  $\text{Na}^+ = 153 \pm 1,2$  ммоль/л,  $\text{K}^+ = 2,9 \pm 0,2$  ммоль/л,  $\text{Cl}^- = 109 \pm 0,7$  ммоль/л. Середні показники АТ<sub>сист</sub> до операції були  $189 \pm 1,3$  мм рт.ст., рівень ЦВТ складав  $6,5 \pm 0,7$  мм вод.ст. Враховуючи зміни електролітів та високі показники АТ, ЦВТ всім пацієнтам з альдостеромою за 2 тижні до операції був призначений спіронолактон. У 2 пацієнтів альдостерон крові до операції знаходився в межах норм на фоні низького рівня калію, що було обумовлене прийомом інгібіторів АПФ та БРА. У 1 хворого, крім високих цифр альдостерону, виявлене значне підвищення норадреналіну та кортизолу крові, що викликало труднощі при постановці клінічного діагнозу.

У пацієнтів з альдостеромою на 10 добу спостерігалось значне зниження рівня  $\text{Na}^+$  в середньому до  $140 \pm 1,7$  ммоль/л та підвищення показників  $\text{K}^+$  до  $4,1 \pm 0,4$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Високі цифри ЦВТ знижувались вже на 3 добу після операції (ЦВТ<sub>3сут</sub> =  $6,5 \pm 0,7$  мм вод.ст.). У випадку альдостером гіпертензія, вірогідно, виникала внаслідок гіпернатріємії та пов'язаної з нею гіперволемії, тому тяжко піддавалась корекції антигіпертензивними препаратами без призначення спіронолактону.

На 3–7 добу спостерігалось транзиторне зниження рівня калію, що компенсаторно приводило до підвищення АТ за рахунок гіпернатріємії. В порівнянні з початковими даними стійке зниження рівня АТ<sub>сист</sub> до  $154 \pm 2,7$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) відмічалось на 10 добу після операції, при цьому пацієнти не приймали антигіпертензивну терапію або потребували в корекції доз останніх.

Протягом 1 місяця після операції пацієнтам було необхідно приймати антигіпертензивні препарати, спіронолактон, препарати калію під контролем електролітів сироватки крові. У 2 пацієнтів були діагновані явища мінералокортикоїдної недостатності, яким був призначений флудрокортизону ацетат. При цьому нормалізація тиску спостерігалась у 7 (70%) хворих, у 3 (30%) відмічалось значне зниження доз антигіпертензивних препаратів.

**Висновки:** Після проведенного хірургічного лікування у пацієнтів з альдостеромою за умови призначення антигіпертензивних препаратів разом з антагоністами мінералокортикоїдних рецепторів спостерігалась нормалізація артеріального тиску у 7 (70%) випадках. Контроль електролітів крові дозволяв достовірно оцінити мінералокортикоїдну функцію кори неоперованого наднирника в ранньому післяопераційному періоді.

## Фенотипічні особливості тиреоцитів радіоїодрезистентних метастазів папілярного раку щитоподібної залози в їх доопераційному прогнозуванні

Г. В. Зелінська

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Завдяки застосуванню радіоїодтерапії, зоснованої на здатності клітин щитоподібної залози (ЩЗ) акумулювати радіоїод, диференційована карцинома ЩЗ в більшості випадків має сприятливий прогноз – показники 20-річного виживання хворих перевищують 90%. Але, у 4–20% пацієнтів присутня первинно або розвивається з часом, так звана, метастатична радіоїодрефрактерна хвороба, з'являються метастази, для яких радіоїодтерапія стає неефективною. Втрачання тиреоїдними раками здатності до накопичення радіоїоду корелює з виживанням хворих, середня медіана виживання у яких знижується до 2,5–3,5 років. Тому, актуальним є питання раннього передбачення статусу метастазів по відношенню до накопичення радіоїоду, що можливо за умов знаходження фенотипічних особливостей тиреоцитів в пунктатах радіоїодрезистентних метастазів.

**Метою** роботи було імуноцитохімічне та цитоморфологічне дослідження тиреоцитів пунктів радіоїодрезистентних метастазів (РЙРМ) в порівнянні з радіоїодчутливими метастазами (РЙЧМ) та первинними папілярними карциномами (ПК) ЩЗ та виявлення фенотипічних особливостей тиреоцитів, на основі яких можлива розробка методів доопераційного прогнозування розвитку РЙРМ ПК ЩЗ.

**Об'єкт і методи.** Використовували матеріал тонкогілкових аспіраційних пункційних біопсій 45 первинних ПК та їх метастазів (30– РЙРМ, 15–РЙЧМ). Цитоморфологічні дослідження проводили на пунктатах, фіксованих метанолом та пофарбованих за методом Романовського. Імуноцитохімічні дослідження проводили непрямим імунопероксидазним методом за допомогою моноклональних антитіл миші проти тиреоглобуліну, тиреоїдної пероксидази, цитокератинам 7,8. В якості вторинних, використовували антитіла проти g-глобулінів миші, мічені пероксидазою хрому (DakoCytomation, Данія). Статистичне опрацювання даних робили за непараметричним методом Колмогорова–Смирнова, Манна–Уїтні та методом кореляційного аналізу. Розрахунки виконані в пакеті Statistica 7.0.

**Результати і обговорення.** Дослідження цитоморфологічних та імуноцитохімічних характеристик тиреоцитів пунктів метастазів ПК ЩЗ виявило цитологічні особливості

епітелію РЙРМ в порівнянні з РЙЧМ. Їх проявом є наявність фенотипічної гетерогенності епітелію (різні субпопуляції тиреоцитів, ознака кістозної дегенерації, особливі клітинні структури) та низька експресія тиреоїдної пероксидази в епітелії РЙРМ в порівнянні з РЙЧМ. На основі знайдених фенотипічних особливостей тиреоцитів РЙРМ створені методи їх доопераційного прогнозування. Ці прості у виконанні методи допомагатимуть клініцистам досить точно прогнозувати ефективність радіоїодтерапії метастазів ПК ЩЗ, виявлених в післяопераційному періоді та обирати оптимальну тактику лікування (радіоїодтерапія або їх хірургічне видалення).

## **Висновки:**

1. Вперше проведені комплексні цитоморфологічні та імуноцитохімічні дослідження епітелію пунктів метастазів ПК ЩЗ, знайдених в післяопераційному періоді, виявили існування фенотипічних особливостей епітелію РЙРМ.

2. Ознака фенотипічної гетерогенності популяції тиреоцитів разом з низькою експресією тиреоїдної пероксидази запропоновані в якості цитологічних факторів доопераційного прогнозування радіоїодрезистентності метастазів ПК ЩЗ, та дозволяють досить точно прогнозувати ефективність радіоїодтерапії.

## **Результати хірургічного лікування первинного гіперальдостеронізму**

**І. В. Зубрик, А. О. Никоненко, О. О. Подлужний, І. В. Русанов,  
А. М. Матерухін, А. Л. Макаренков**

**Запорізький державний медичний університет,  
Запорізька медична академія післядипломної освіти**

**Вступ.** В Україні кількість хворих на артеріальну гіпертензію складає близько 41,2% дорослого населення. Серед симптоматичних АГ ендокринного генезу 1 місце в структурі захворюваності займає первинний гіперальдостеронізм (ПГА), який уражує найбільш працездатну категорію населення віком від 30 до 50 років. Лапароскопічна адреналектомія залишається «золотим стандартом» хірургії патології надниркових залоз.

**Мета роботи:** проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на ПГА.

**Матеріали та методи:** за період 2014 – лютий 2018 рр. обстежено та проліковано 127 пацієнтів з патологією надниркових залоз. ПГА діагностований в 46 хворих, з яких 23 виконане оперативне лікування з використанням ендоскопічних методик. Жінок – 15(65%), чоловіків – 8 (35%). Середній вік – 52,3±9,5 років. Тривалість анамнезу хвороби – 8 років (від 1 міс. до 35 років). Локалізація аденом надниркових залоз (НЗ) мала наступне розташування: правобічне – 10 (43,5%), лівобічне – 7 (30,4%), двобічне – 6 (26,1%). Середній розмір аденом – 18,3±6,7 мм. Діагностика ПГА виконувалася згідно клінічних практичних рекомендацій з діагностики та лікування ПГА. Оперативне лікування виконували з використанням ендоскопічних методів: лапароскопічна адреналектомія – 19 (82,7%), лапароскопічна резекція НЗ – 3 (13%), ретроперітонеоскопічна резекція НЗ – 1 (4,3%). Термін спостереження за хворими після оперативного лікування склав від 6 місяців до 4 років. Оцінку результатів оперативного лікування пацієнтів проводили згідно клініко-біохімічним критеріям PASO.

**Результати та обговорення:** Тривалість операції в середньому склала 150 (120–200) хв. В результаті виконаних оперативних втручань конверсій та летальних випадків не

було. Час перебування хворих у стаціонарі становив  $9 \pm 2,1$  діб. В оперативному лікуванні перевагу надаємо виконанню ЛАЕ, а при технічній можливості – резекції НЗ із збереженням центральної вени НЗ. При двобічних аденомах НЗ з двобічною гіперсекрецією, при неможливості виконання резекції, вважаємо за доцільним виконувати ЛАЕ функціонально активнішої залози. При порівнянні середніх значень рівня альдостерона, реніну, показників систолічного та діастолічного артеріального тиску до та після проведення оперативного лікування відмічено статистично достовірне зниження його абсолютних цифр ( $p < 0,05$ ). Між показниками рівня калію та альдостерон–ренінового співвідношення до та після лікування достовірно зниження не встановлено. Повний біохімічний результат хірургічного лікування встановлено у 62,5% пацієнтів, в той час як повний клінічний результат – у 61% хворих. Частковий біохімічний результат спостерігався у 37,5% хворих, а клінічний частковий результат – 39% хворих.

#### **Висновки.**

1. Лапароскопічні методики оперативного лікування (адреналектомія та резекція) є методом вибору хворих на первинний гіперальдостеронізм з аденомами НЗ.
2. У хірургічному лікуванні при аденомах НЗ з двобічною гіперсекрецією слід надавати перевагу лапароскопічній резекції НЗ із збереженням центральної надниркової вени.
3. Використання ендоскопічних оперативних методик демонструють статистично доведену ефективність проведеного лікування у хворих на первинний гіперальдостеронізм.

## **Синдром гіперкортицизму в хірургічній ендокринології: тактика ведення хворих**

**А. М. Кваченюк, Ю. М. Тарашенко, П. П. Зінич, О. В. Омельчук,  
К. В. Негрієнко, Л. А. Луценко, О. І. Галузинська**

**Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України**

Синдром гіперкортицизму є досить неоднорідний та без специфічного лікування призводить до важкої інвалідизації хворого та до летальних наслідків. З самого початку необхідно провести диференційну діагностику між АКТГ–залежним (центральним синдромом Кушинга) та АКТГ–незалежним (адреналовим синдромом Кушинга). Головним критерієм диференціації є визначення рівня АКТГ в крові: підвищений рівень свідчить про центральний генез захворювання – кортикотропиному гіпофізу чи, вкрай рідше, про АКТГ–ектопану пухлину (APUD–система). При супресованому чи нормальному рівні АКТГ діагностуємо адреналовий синдром гіперкортицизму та проводимо топічну діагностику.

Стандартом диференційної діагностики вважають селективний забір крові з центральних вен НЗ і нижньої порожнистої вени з визначенням альдостерону та кортизолу. Чутливість та специфічність методу, за даними різних авторів, становить 87 – 100%. Проте, дана методика в зв'язку з різними варіантами ангіоархітекτονіки та труднощами при катетеризації правої надниркової вени є технічно складною і використовується рідко.

Кортикостерома становить 5–8% від усіх новоутворень інсіденталом надниркових залоз, являється варіантом ендогенного АКТГ–незалежного гіперкортицизму. Підвищений рівень кортизолу може бути викликаний як високим рівнем АКТГ, так і АКТГ–незалежною гіперсекрецією кортизолу. Клінічна картина маніфестного гіперкортицизму яскрава (нашкірні стрії, крововиливи, остеопороз та ін.), спектр симптомів різноманітний

(ожиріння, депресія, діабет, артеріальна гіпертензія), при початковій стадії можливі діагностичні помилки. З метою виявлення надмірної секреції глюкокортикоїдів використовують дексаметазонову пробу, чутливість якої становить 98,1 – 100%, специфічність – 80,5 – 98,9% або ж рекомендують досліджувати добову екскрецію вільного кортизолу з сечею. Проте, у пацієнтів, які отримували препарати, що підвищують метаболізм дексаметазону, або ж у яких підвищений рівень стероїдзв'язуючого глобуліну, можливі псевдопозитивні результати.

Актуальною є проблема ІН і гіперкортицизму з точки зору субклінічного варіанту цього захворювання. Оскільки, єдині критерії діагностики субклінічного синдрому Іценко–Кушинга серед пацієнтів з інсиденталомами надниркових залоз не розроблені, поширеність його вважається від 0,028 до 20%. Для субклінічного гіперкортицизму, за відсутності клінічних ознак, характерний автономний, незалежний від АКТГ синтез кортизолу. Дослідники віддають перевагу при визначенні субклінічного синдрому дослідженню добового ритму кортизолу, АКТГ або ж дексаметазоновій пробі. Найінформативнішим тестом для діагностики гіперкортицизму є визначення нічного рівня кортизолу слини: чутливість та специфічність методу становить 100% і 96%, відповідно.

Згідно з консенсусом наукової конференції (США, 2002, 2009 рр.) стосовно тактики обстеження і лікування пацієнтів з інсиденталомами надниркових залоз, визначена доцільність щорічного повторного біохімічного обстеження протягом перших чотирьох років після виявлення пухлини. Виявлення ознак гормональної активності пухлини є основою для пошуку злоякісності, а якщо гормональна активність і ріст пухлин відсутні, то подальше спостереження не потребується. Для оцінки динаміки розмірів пухлин надниркових залоз рекомендується обстеження пацієнта через 2, 6, 12 місяців, а при виявленні росту пухлини понад 6 мм – оперативне лікування.

## Триггерные сенсibiliзирующие факторы и индукция атопических реакций при миастении

Е. М. Климова, Т. И. Кордон, О. С. Мережко, А. Г. Краснояружский

Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины

**Введение.** Миастения – аутоиммунная патология, характеризующаяся прогрессирующей мышечной слабостью вследствие нарушения нервно–мышечной проводимости. Одной из причин миастении являются различные аутоантитела и для выбора оптимальной стратегии комплексного лечения пациентов с миастенией, которое включает тимэктомию, иммуносупрессивную терапию, важным является изучение триггерных и патогенетических факторов, которые обуславливают развитие различных клинических форм заболевания.

**Цель.** Оценка роли вирусных и бактериальных инфекций, а также атопических реакций на пищу, сопровождающихся образованием антител класса IgE в индукции миастении.

**Объект и методы исследования.** Исследовали сыворотку и плазму крови пациентов с различными клиническими фенотипами миастении – тимуснезависимой миастенией (М), миастенией на фоне гиперплазии тимуса (МГ), миастенией на фоне тимомы (МТ). Методом ИФА определяли наличие IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу Эпштейна–Барра (ВЭБ), к *Mycoplasma pneumoniae*. О наличии атопических реакций, определяемых

с помощью метода ИФА, судили по повышенной концентрации общего IgE и аллерген-специфических IgE к 94 наименованиям пищевых аллергенов (метод ИФА).

**Результаты и их обсуждение.** У пациентов с различными клиническими фенотипами миастении выявлены высокие титры и высокая частота встречаемости IgG к ЦМВ – в группе М у 81% обследованных в концентрации  $22,8 \pm 2,1$  МЕ/мл; в группе МГ и МТ – у 91% пациентов в концентрации  $18,7 \pm 3,7$  МЕ/мл и  $23,1 \pm 1,6$  МЕ/мл соответственно). Персистенция ВЭБ выявлена у всех 100% пациентов группы МГ; в группе М и МТ – у 89% и 87% соответственно. Концентрация антитела в группе М составила  $(2,0 \pm 0,1)$  Ед.Е, в МГ –  $(2,94 \pm 0,1)$  Ед.Е, в МТ –  $(2,36 \pm 0,1)$  Ед.Е

Повышенная концентрация антител к *M. pneumoniae* в группе М выявлена у 42%, в МГ – у 47%, в МТ – у 38% обследованных. Титр антител составил в группе М –  $(0,78 \pm 0,04)$  МЕ/мл, в МГ –  $(0,59 \pm 0,04)$  МЕ/мл, в МТ –  $(0,46 \pm 0,03)$  МЕ/мл.

У 72% пациентов с тимуснезависимой миастенией (М) выявлено трехкратное повышение концентрации общего IgE. Определение аллергенспецифических IgE у данной категории больных показало, что наиболее часто встречается атопическая реакция на молочные продукты (молоко, кефир, твердые сорта сыра). Также высокой была частота аллергических реакций на белки животного происхождения (мясо курицы, свинина, говядина). С высокой частотой определялись повышенные титры аллергенспецифических IgE к гречневой группе, пшенице, картофелю, моркови.

Пациентам с выявленными атопическими реакциями на пищевые продукты была рекомендована элиминационная диета, что позволило получить длительную ремиссию у больных с лицевой формой миастении и полигландулярным синдромом.

**Выводы.** Высокая сенсibilизация, обусловленная персистенцией вирусов герпетической группы и микоплазмой, и атопическая реакция на белковые и углеводные компоненты пищи вследствие эффекта мимикрии могут являться триггерными факторами аутоиммунной миастении. Эти результаты необходимо учитывать при выборе тактики комплексного лечения, и назначать пациентам адресную иммунокоррекцию.

## Діагностика та хірургічне лікування первинного та вторинного гіперпаратиреозу

А. Є. Коваленко, Ю. М. Таращенко, О. В. Люткевич

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренко НАМН України

Проблема ранньої діагностики та своєчасного хірургічного лікування первинного і вторинного гіперпаратиреозу залишається актуальною, незважаючи на те, що в останні роки значно розширилися можливості гормональної та локалізаційної діагностики захворювань прищитоподібних залоз.

**Мета.** Визначити оптимальний протокол доопераційної діагностики, показання до операції і результати хірургічного лікування хворих з первинним і вторинним гіперпаратиреозом.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження засноване на аналізі історій хвороби 394 пацієнтів з первинним гіперпаратиреозом та 33 пацієнтів з вторинним гіперпаратиреозом, які оперовані в відділі хірургії ендокринних залоз ДУ «Інститут ендокринології та обміну і речовин ім.В.П. Комісаренка НАМН України» за період з 1996 по 2017 роки. Середній вік пацієнтів з первинним гіперпаратиреозом склав  $50,7 \pm 0,2$  року (чолові-

ків – 54 (13,7%), жінок – 340 (86,3%); з вторинним гіперпаратиреозом –  $42,1 \pm 0,2$  року (чоловіків – 13 (39,4%), жінок – 20 (60,6%).

Алгоритм обстеження включав: аналіз клінічних проявів, визначення рівня паратгормону, загального та іонізованого кальцію, фосфору, лужної фосфатази, 25-гідроксिवітаміну Д, УЗД прищитоподібних залоз, субтракційна паратиреосцинтиграфію  $^{99}\text{Tc-MIBI}$ , КТ шиї та середостіння з контрастуванням прищитоподібних залоз в артеріальну і венозну фази.

**Результати та їх обговорення.** При встановленні діагнозу гіперпаратиреозу первинна локалізаційна діагностика аденоми проводилася методом паратиреосцинтиграфії  $^{99}\text{Tc-MIBI}$  з наступною верифікацією УЗД органів шиї. При розбіжності даних сцинтиграфії та УЗД, явній клінічній картині первинного гіперпаратиреозу, високому ризику полігландулярного ураження проводилася КТ шиї та середостіння з контрастуванням прищитоподібних залоз.

Кісткова форма первинного гіперпаратиреозу встановлена у 68 (17,3%) пацієнтів, ниркова у 62 (15,7%), вісцеральна у 84 (21,3%), змішана у 102 (25,9%), асимптомна 78 (19,8%) пацієнтів.

Розподіл пацієнтів по важкості гіперкальціємії показав переважання випадків легкого ступеню важкості – 233 (59,1%), середнього ступеня – 96 спостережень (24,4%) і важкого ступеня – 13 спостережень (3,3%). Нормокальцемічеській первинний гіперпаратиреоз був відзначений у 52 (13,2%) пацієнтів.

Розподіл пацієнтів по локалізації паратиреоїдних аденом показав переважання пацієнтів з ураженням нижніх прищитоподібних залоз. Солітарні паратиреоїдні аденоми відзначені у 364 пацієнтів (92,4%), з них в 239 спостереженнях були уражені нижні прищитоподібні залози (65,7%) і в 125 спостереженнях (34,3%) – верхні. У 30 спостереженнях (7,6%) виявлене полігландулярне ураження прищитоподібних залоз при первинному гіперпаратиреозі. Рак прищитоподібних залоз відзначений в 2 (0,5%) спостереженнях. Первинний гіперпаратиреоз в складі синдромів множинних ендокринних неоплазій спостерігався у 7 (1,8%) пацієнтів.

Діагноз вторинного ниркового гіперпаратиреозу встановлювався при рівнях інтактного паратгормону понад 300,0 пг/мл. Топічна візуалізація прищитоподібних залоз здійснювалася за допомогою ультразвукового дослідження. Виявлення прищитоподібних залоз розміром більше 1,0 см при сонографії свідчило про перехід гіперплазії в аденоматоз. Доопераційна паратиреосцинтиграфія  $^{99}\text{Tc-MIBI}$  проводилася у випадках неефективного попереднього оперативного втручання.

Всім пацієнтам проведено хірургічне лікування. Селективна паратиреоїдектомія виконувалася у пацієнтів з явною лабораторною картиною первинного гіперпаратиреозу при конкордантності результатів УЗД та сцинтиграфії прищитоподібних залоз, що підтверджують чітку локалізацію аденоми – 282 (71,6%) операції. Ми згодні з думкою, що використання малоінвазивних хірургічних методів не збільшує частоту персистенції первинного гіперпаратиреозу, при цьому дозволяє знизити травматичність втручання, тривалість госпіталізації і поліпшити косметичний результат операції.

Одно або двостороння ревизія шиї проводилася при доведеній клініко-лабораторній картині первинного гіперпаратиреозу та отриманні дискордантних, або негативних результатів передопераційних візуалізуючих досліджень (УЗД, сцинтиграфія, КТ), а також при наявності в анамнезі операцій на щитоподібній або прищитоподібних залозах, при персистуючому або рецидивуючому первинному гіперпаратиреозі – 112 (28,4%) операції.

Показаннями для паратиреоїдектомії при вторинному гіперпаратиреозі вважали: втрату кісткової тканини за даними денситометрії на 10–12% за один рік або більше

ніж на 30% сумарно; рівень паратгормону понад 1000 пг/мл; відсутність результату консервативної терапії за даними показників мінерального обміну протягом року; неможливість консервативної терапії через стійку гіперкальціємію та гіперфосфатемію.

При вторинному гіперпаратиреозі, викликаному хронічною хворобою нирок, виконувалася субтотальна паратиреоїдектомія 3+½. Гістологічно в усіх випадках виявлена гіперплазія або аденоми прищитоподібних залоз.

Після хірургічного лікування у 382 (97%) пацієнтів було досягнуто ефективне зниження рівня паратгормону і нормалізація рівня кальцію крові. Позитивна динаміка клінічних проявів відзначена у 355 (90%) хворих з 394 спостережень.

Ефективність субтотальної паратиреоїдектомії при вторинному гіперпаратиреозі в ранньому післяопераційному періоді оцінювалася за рівнем зниження паратгормону, який був в межах 5–36 пг/мл. У пацієнтів після субтотальної паратиреоїдектомії відзначалося поліпшення показників мінерального обміну вже протягом першого місяця після операції. Рівень загального кальцію не знижувався нижче 2,0 ммоль/л, рівень паратгормону був в межах 120–380 пг/мл.

**Висновки.** Скринінг рівня кальцію і паратгормону в групах ризику дозволяє збільшити кількість операцій, які виконуються при «м'яких», асимптомних формах первинного гіперпаратиреозу, за нашими даними в 20% спостережень.

Діагноз первинного гіперпаратиреозу вимагає проведення точної передопераційної навігації патологічного процесу, що робить можливим в більшості випадків проведення мінімально інвазивної паратиреоїдектомії.

Своєчасно виконана паратиреоїдектомія, дозволяє в 97% спостережень нормалізувати рівень паратгормону та показники мінерального обміну у пацієнтів з первинним і вторинним гіперпаратиреозом до розвитку важких ускладнень.

## Сіалозаденіти у пацієнтів з папілярними карциномами щитовидної залози після терапії радіоактивним йодом

**В. А. Коваленко, А. В. Копчак, С. В. Гулеватий**

**Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,  
Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України**

Основним методом лікування папілярних карцином щитовидної залози є тиреоїдектомія з подальшою аблативною терапією радіоактивним  $I^{131}$ . Накопичення ізотопів  $I^{131}$  в тканини слинних залоз може призводити до структурних та функціональних порушень залозистої тканини, що проявляються вираженою дисфункцією у найближчі та віддалені терміни після лікування.

**Мета.** Вивчити вплив ізотопів  $I^{131}$  на стан і функцію слинних залоз, порожнини рота, зубів і пародонту, питань профілактики і лікування постпроменевого сіалозаденіту.

**Об'єкт і методи дослідження.** Представлені результати обстеження 64 пацієнтів з ознаками дисфункції слинних залоз після перенесеної терапії радіоактивним йодом з приводу папілярної тиреоїдної карциноми. Серед пацієнтів переважали особи жіночої статі (85%). Вік хворих варіював від 25 до 60 років і в середньому склав  $45,5 \pm 2,3$  років. Всім пацієнтам виконувалася тиреоїдектомія з подальшим лікуванням радіоактивним  $I^{131}$  у аблативній дозі 3700–5550 МБк (100–150mCi). Пацієнти обстежувалися в терміні від 1 місяця до 4–х років після проведення програми радикального лікування. Про-



водилося фізикальне обстеження слинних залоз і стану порожнини рота. Структурні зміни паренхіми привушних і підщелепних слинних залоз оцінювали на підставі даних ультразвукової діагностики, проводилося вивчення мікрокристалізуючого потенціалу слини методом кристалографії.

**Результати та їх обговорення.** Результати проведеного дослідження показали, що вплив ізотопів радіоактивного йоду викликає у більшості обстежених хворих структурні і функціональні зміни слинних залоз, що супроводжуються клінічними проявами різного ступеня вираженості.

На момент обстеження 87% пацієнтів відзначали відчуття дискомфорту в області привушних і піднижньощелепних слинних залоз.

При цьому 45 пацієнтів (70,5%) вказали на періодичну появу припухлості в області слинних залоз, яке зазвичай було пов'язано з прийомом їжі, і, як правило, самостійно купірувалося в терміни від кількох годин до 2–3-х днів. З них у 18 пацієнтів відзначалася поява періодичної болі різної інтенсивності.

Об'єктивно відзначали збільшення піднижньощелепних слинних залоз у 25%, болючість у 17%, ущільнення у 30%. Привушні залози збільшувалися частіше, у 36% обстежених, однак їх болючість при пальпації була виявлена лише у 26%, ущільнення у 22%, а також зміни їх вивідних проток відзначалися у 30% пацієнтів.

Під'язикові залози уражалися рідко: їх збільшення і ущільнення спостерігали у 12% пацієнтів, а біль була не характерна.

Сухість в порожнині рота відзначали 28 пацієнтів (44%). Спотворення смаку різного характеру визначалося у 20 пацієнтів (31%).

Результати ультразвукового дослідження слинних залоз виявили підвищення ехогенності і неоднорідність структури залоз за рахунок лінійних гіперехогенних включень у 62% пацієнтів. У 14 пацієнтів (22%) відзначалося розширення основного протока і незначно збільшених лімфатичних вузлів, імовірно запального генезу, що, як правило, супроводжувалося більш вираженими клінічними проявами.

Зміни слиновиділення різного ступеня вираженості були відзначені у 38 (59%) у вигляді зниження мікрокристалізації слини.

**Висновки.** Одним з побічних ефектів проведеної радіоїодтерапії при лікуванні папілярних карцином щитовидної залози є ураження паренхіми великих слинних залоз, що приводить до виснаження їх функціональних резервів.

У ранньому постпроменевому періоді відзначалися гострі запальні явища. У 87% обстежуваних пацієнтів після терапії  $I^{131}$  формувалися прояви постпроменевого сіало-зоденіту слинних залоз з клінічною секреторною недостатністю.

Виявлені зміни в кристалографічній картині слини після променевого впливу на слинні залози свідчать про зміну її гідролоїдних властивостей, підвищення в'язкості, зміни кількісних і якісних ознак, що є наслідком порушення секреторної функції.

Розширення терапевтичного використання радіоактивного  $I^{131}$  при лікуванні папілярних тиреоїдних карцином вимагає пошуку нових ефективних способів профілактики і лікування радіаційного ураження слинних залоз.

## Особливості хірургічного лікування хворих з шийно–загрудинним зобом

О. П. Ковальов, О. М. Люлька, В. І. Ляховський, І. І. Немченко,  
О. О. Кизименко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

**Вступ.** Проблеми хірургічного лікування хворих з шийно–загрудинною локалізацією зоба залишаються актуальними і остаточно не вирішеними. Останнім часом зберігається тенденція до збільшення кількості випадків загрудинного зобу, частота яких серед оперованих хворих становить до 21%.

**Мета дослідження:** на основі аналізу хірургічного лікування хворих з шийно–загрудинною локалізацією зоба запропонувати шляхи покращення результатів оперативного лікування цієї патології.

**Об'єкт і методи дослідження:** Протягом 2007–2017 років в клініці прооперовано 88 хворих з шийно–загрудинною локалізацією зоба, серед яких з I ступенем розповсюдження загрудинної частки за Cohen I. et Cho H. (1994) було 43 хворих (49%), з II – 32 (36%), з III – 11 (12,5%) та з IV – 2 пацієнтів. Жінок було 79 (90%), чоловіків – 9 (10%). Вік хворих коливався у межах від 32 до 75 років. Однобічне ураження спостерігалось у 32 (36,4%) хворих, у 56 (63,6%) – двобічне. Всім хворим крім загальноклінічних лабораторних обстежень, визначали функціональний стан щитоподібної залози, рівень  $Ca^{2+}$  та  $P^{5+}$  у крові, проводили ультрасонографію, тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію з цитологічним дослідженням, ларингоскопію. За показаннями обстеження пацієнтів доповнювали рентгенографією, комп'ютерною томографією (КТ), магнітно–резонансною томографією (МРТ) шийї та середостіння. Під час операції проводили цитологічне та експрес–гістологічне дослідження. Всі хворі оперовані в стані природного або медикаментозного еутиреозу після відповідної передопераційної підготовки.

**Результати.** Обсяг оперативних втручань у хворих, оперованих з приводу однобічного зобу шийно–загрудинної локалізації, був в обсязі гемітиреоїдектомії у 21 (24%) хворих, гемітиреоїдектомії з резекцією контрлатеральної частки – у 4 (4,5%), субтотальної резекції частки – у 7 (8%) пацієнтів. При двобічному ураженні щитоподібної залози тиреоїдектомія була виконана у 42 (47,7%) хворих, тиреоїдектомія з центральною лімфодисекцією – у 2 (2,2%), субтотальна резекція – у 12 (13,6%) випадках. Оперативні втручання виконувались за екстрафасціальною методикою з використанням прецизійного інструментарію та діатермокоагуляції, з візуалізацією і контролем нижніх гортанних нервів і паращитоподібних залоз, що забезпечувало безкровність втручання, підвищувало безпеку та гарантувало радикальність операції. Резекційні методи операції нами не застосовувались. Крім того, операції при шийно–загрудинній локалізації мали деякі особливості, недотримання яких може призвести до небезпечних ускладнень, особливо коли загрудинно розташована частка щитоподібної залози вільно не виводиться в операційну рану. З метою оптимізації виконання оперативного втручання в таких випадках, нами запропонований спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії при шийно–загрудинній локалізації зоба з урахуванням особливостей розташування часток і фіксуючих сполучних утворень щитоподібної залози (патент на корисну модель № 90201). Післяопераційний транзиторий гіпопаратиреоз спостерігали у трьох хворих, тимчасовий парез гортані – у двох. Хвороби відшарованих клаптів, сером, гематом післяопераційної рани або її нагноєння, летальних випадків не було. При остаточно

гістологічному дослідженні у 4 (4,54%) хворих діагностовано диференційований рак щитоподібної залози.

**Висновки.** У більшості випадків при шийно–загрудинній локалізації зобу оперативне втручання можливо виконати з шийного доступу за Кохером. Видалення зануреної частки щитоподібної залози необхідно починати з мобілізації шийної частини, а при дотриманні запропонованого нами способу проведення оперативного втручання значно зменшується ризик виникнення ускладнень та негативних наслідків операції.

## Вплив радикальної тиреоїдектомії та радіойодтерапії на репродуктивну функцію чоловіків, хворих на рак щитовидної залози

В. Є. Лучицький, Є. В. Лучицький, Г. А. Зубкова, В. М. Рибальченко,  
І. І. Складанна, С. В. Гулеватий

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Онкологічні захворювання щитовидної залози посідають провідне місце за поширеністю серед злоякісних новоутворень органів ендокринної системи. За даними різних реєстрів щорічна захворюваність РЩЗ серед чоловіків складає від 1,2 до 2,8 випадків на 100 000 населення. Загальноновизнаним сучасним стандартом лікування раку щитовидної залози є поєднання хірургічного, променевого методів та супресивної гормонотерапії. За даними літератури лікування радіоактивним йодом раку щитовидної залози може призводити до погіршення репродуктивної функції у чоловіків. Стан репродуктивної функції у чоловіків, хворих на рак щитовидної залози, що отримують лікування радіоактивним йодом маловивчений. В проаналізованих 6 публікаціях в період з 1980 по 2006 роки виявлено вірогідне підвищення рівнів ФСГ в крові у чоловіків, котрі отримували РІТ. Зміни морфологічних параметрів еякуляту були варіабельними і базувалися на малій кількості обстежень.

**Мета дослідження** – вивчити функціональний стан гіпофізарно–статевої системи та морфологічні показники сперми у чоловіків, хворих на рак щитовидної залози після комбінованого лікування – тиреоїдектомії та радіойодтерапії.

**Методи дослідження** – імуноферментні та цитоморфологічні.

**Результати та їх новизна.** У чоловіків, хворих на рак щитовидної залози, обстежених після оперативного лікування та декількох курсів радіойодтерапії виявлено вірогідне підвищення середнього рівня фолітропіну в найближчі терміни після радіойодтерапії порівняно з показниками контрольної групи та групи пацієнтів до лікування. Середній рівень фолітропіну у віддалені терміни після радіойодтерапії не відрізнявся вірогідно від показників контрольної групи та групи пацієнтів до лікування, однак у частини пацієнтів залишався підвищеним. Середні концентрації лютропіну та загального і вільного тестостерону у пацієнтів після одного та двох курсів радіойодтерапії вірогідно не відрізнялися від показників контрольної групи. В той же час, у декількох пацієнтів після 2 курсу відмічалися понижені рівні загального та вільного тестостерону в крові. Середній рівень естрадіолу у обстежених нами пацієнтів після 2 курсу радіойодтерапії не відрізнявся вірогідно від аналогічного показника у осіб контрольної групи, тоді як у чоловіків з раком щитовидної залози після першого курсу був вірогідно підвищеним. Тестикулярна тканина посідає друге місце за ступенем радіочутливості після органів

кровотворення і сперматогенез є особливо чутливим при лікуванні радіоїодом. Дослідження морфологічних показників сперми у обстежених пацієнтів виявили зниження числа сперматозоїдів, відсотку фракції активнорухливих сперматозоїдів, а також підвищення кількості лейкоцитів у еякуляті. Необхідно зазначити, що у 2 нелікованих пацієнтів з раком щитовидної залози діагностована азооспермія.

Таким чином, результати дослідження засвідчили погіршення морфологічних показників сперми у чоловіків, хворих на рак щитовидної залози після тиреоїдектомії та декількох курсів РІТ. Гормональні дослідження показали вірогідне підвищення рівнів ФСГ в крові обстежених пацієнтів. У більшості пацієнтів концентрація ФСГ нормалізувалася через 12 – 18 місяців після одного курсу РІТ. Більш виражені зміни спостерігалися після декількох курсів. У частини пацієнтів визначали відсоток фрагментації ДНК сперматозоїдів після радіоїодтерапії. Виявлено підвищення показника фрагментації у всіх обстежених пацієнтів. Можливо, гормональні зміни розвиваються в результаті пошкодження сперматогенезу у пацієнтів з раком щитовидної залози після радіоїодтерапії.

## Функціональний стан паращитовидних залоз після тиреоїдектомії

О. В. Люткевич

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Паратиреоїдна недостатність досить часто є наслідком виконання тиреоїдектомії у пацієнтів з різноманітними захворюваннями щитовидної залози.

Визначення рівня паратгормону проводилося у пацієнтів після операційного втручання на щитовидній залозі. Вся обстежувана когорта пацієнтів (n=52) – жінки, яким була проведена тиреоїдектомія. Паратгормон визначався як до, так і після операції.

В усіх випадках інтраопераційно проводилась візуалізація паращитовидних залоз з оцінкою їх кровопостачання і життєздатності. До операції у 49 пацієнтів паратгормон був в межах норми, у 2 був підвищений, але не більше 110 пг/мл, у 1 пацієнта був незначно нижче норми без клінічних проявів.

Паратгормон визначався на наступну добу після операції. В випадках його низьких значень, особливо в випадках, якщо отримані показники були нижче можливих визначених меж (<2,5 пг/мл) – проводилось його обов'язкове повторне визначення через місяць.

Результати визначення паратгормона в першу добу після операції показали, що у 33 (63,4%) пацієнтів був у межах його референтних значень (від 15 до 65 пг/мл); у 12 (23,1%) нижче референтних значень (від 4 до 14 пг/мл); у 7 (13,5%) – значно низький (<2,5 пг/мл).

В випадках визначення нормального рівня паратгормону, або низького рівня, але вище 2,5 пг/мл, препарати кальцію не призначались або призначались в невеликій кількості епізодично з метою профілактики гіпокальціємії. При рівні паратгормону <2,5 пг/мл препарати кальцію з в/в крапельним введенням призначались завжди з додатковим призначенням препаратів кальцію per os і препаратів вітаміну Д (Альфа-Д3-ТЕВА) протягом як мінімум 2-х тижнів.

У пацієнтів з низьким рівнем паратгормону його контрольне визначення проводилось через один місяць після оперативного втручання та проведення вищезазначеної терапії, направленої на нормалізацію рівня кальцію в крові. За результатами повтор-

ного визначення спостерігалася нормалізація рівня паратгормону в усіх пацієнтів без яких-небудь симптомів паратиреоїдної недостатності.

**Висновок:** Візуалізація паращитовидних залоз під час тиреоїдектомії з контролем їх васкуляризації і життєздатності запобігає ризику розвитку перманентного гіпаратиреозу. Отримання паратгормону нижче можливих визначаємих величин (<2,5 пг/мл) може бути транзиторним і не вести до перманентного гіпаратиреозу, але є свідомством необхідності призначення препаратів кальцію з метою профілактики гіпокальціємії.

## Аналіз результатів хірургічного лікування вторинного та третинного гіперпаратиреозу в Вінницькій області

С. Б. Майструк, Л. В. Притуляк, Н. І. Півоварова, А. В. Паламарчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр,  
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** За даними Національного реєстру хворих на хронічну ниркову недостатність за 2016 рік у Вінницькій області на обліку перебувало 1147 осіб, 560 з них мають виражену та термінальну стадію. 325 осіб отримувало нирковозамісну терапію.

**Матеріали та методи.** На базі Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру (ВОКВЕЦ) за період 2012–2017 рр., прооперовано 36 пацієнтів (22 чоловіків та 14 жінок, віком від 23 до 62 років, середній вік склав  $42,5 \pm 0,7$  років). На перитоніальному діалізі знаходилось 4 хворих на 31 гемодіалізі, один пацієнт оперований на додіалізному періоді. Тривалість замісної діалітичної терапії складала від 1,7 до 18 років, середній стаж гемодіалізу склав 9,85 років. На цукровий діабет I типу хворіли 2 хворих, II тип діабету був у 2 хворих, всім проводилась інсулінотерапія. У 12 хворих було виконано субтотальну паратиреоїдектомію, 24 — тотальну паратиреоїдектомію з аутотрансплантацією частки прищитоподібної залози у м'язи плеча. Тривалість оперативного втручання складала від 45 хвилин до 120 хвилин. Плановий гемодіаліз проводився за 12 годин до оперативного втручання. Рівень електролітів визначався за годину до операції, та кожних 3 години у першу добу післяопераційного періоду. Середній термін перебування в хірургічному стаціонарі склав 6,1 днів.

**Результати та обговорення.** Покази до операції вироблялись сумісно з анестезіологом, хірургом, нефрологом. 3 хворих оперовано двічі, показами для повторної операції було наростання паратгормону. Середній термін до повторної операції склав від 8 місяців до 4 років. На додіалізному періоді оперований 1 хворий. В 4 хворих при операції на прищитоподібних залозах одночасно в 2 випадках виконана гемітиреоїдектомія, в 2 випадках тиреоїдектомія. У двох хворих гістологічно діагностований високодиференційований рак щитоподібної залози. Причиною повторних операцій були первинні субтотальні паратиреоїдектомії з збереженням  $1/3$  чи  $1/4$  залози в типовому місяці. В одному випадку причиною рецидиву слугувала невиявлена одна прищитоподібна залоза, яка розташовувалась за грудинно. Рутинно сканування з технецієм-МІБІ при плануванні первинної операції не застосовували. При операції з приводу рецидиву в всіх випадках сканування було виконано. Основним методом візуалізації прищитоподібних залоз в пердоопераційному періоді було ультразвукове дослідження шиї. В 10 випадках як додатковий метод візуалізації прищитоподібних залоз спіральна комп'ютерна томографія з високою роздільною здатністю без контрастування. Післяопераційної

летальності не було. Ургентний гемодіаліз проводився 4 хворим в середньому через 8 годин після операції, в яких рівень калію в післяопераційному періоді перевищував 6,5 ммоль/л. Транзиторний парез голосової зв'язки діагностований в одному випадку і був пов'язаний з ретротрахеальним розташуванням прищитоподібної залози праворуч в діаметрі до 3 см за рахунок надмірної тракції візуалізованого нерву. Помірна підшкірна гематома, яка не потребувала додаткового дренивання виявлена у 4 хворих. Середній рівень паратгормону до операції складав 1800 пг/л середній рівень паратгормону після операції 153 пг/л

**Висновки:** Операцією вибору при третинному гіперпаратиреозі має бути тотальна паратиреоїдектомія з трансплантацією частки прищитоподібної залози в плече, при вторинному гіперпаратиреозі об'єм операції може бути субтотальна паратиреоїдектомія з формуваннями кукси 3–4 мм в об'ємі з максимальним збереженням кровопостачання тканини прищитоподібної залози.

## Використання інтраопераційної гістологічної діагностики при операціях на щитоподібній залозі

В. Н. Маріна, В. І. Коломійцев, О. В. Лукавецький

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

**Вступ.** Інтраопераційна гістологічна діагностика (ІГД) широко використовується в хірургії, зокрема при операціях на щитоподібній залозі (ЩЗ). Доволі часто передопераційної діагностики для надійного діагнозу і вибору обсягу операції є недостатньо, особливо у випадку солітарного вузла ЩЗ та непереконливого заключення за даними ультрасонографії (УСГ) і тонкогілкової аспіраційної пункційної біопсії. В таких випадках ІГД є методом вибору.

**Мета.** Визначити ефективність інтраопераційної гістологічної діагностики у виявленні раку щитоподібної залози.

**Об'єкт і методи дослідження.** Було проаналізовано 3533 операції на ЩЗ з приводу вузлової патології, які були виконані протягом 7 років (2010 – 2016 рр.) на базі хірургічного відділення №3 Львівської обласної клінічної лікарні. Обраховано основні статистичні параметри ефективності ІГД у виявленні раку: чутливість, специфічність та діагностична цінність методу.

**Результати і обговорення.** Загальну групу склали 3533 пацієнти, яким було проведено операцію з приводу вузлової патології ЩЗ. Серед них було підтверджено 465 (13,2%) випадків раку ЩЗ. Інтраопераційне гістологічне дослідження проводилось у 716 пацієнтів, з яких 97 (13,6%) мали рак ЩЗ; решта хворих – з доброякісною хірургічною патологією (колоїдний вузол, аденома та ін.). Тобто, частота раку ЩЗ серед усіх оперованих пацієнтів і серед хворих, яким проводили ІГД була практично однаковою.

При порівнянні результатів ІГД та кінцевого гістологічного дослідження було виявлено 20 випадків розходжень (2,8%), серед них було 5 псевдопозитивних результатів, коли за даними ІГД був встановлений рак ЩЗ, а кінцеве гістологічне заключення показало доброякісну патологію. Решта 15 випадків розходжень були кваліфіковані як псевдонегативні, коли за даними ІГД була встановлена доброякісна патологія, а остаточне гістологічне заключення дало рак ЩЗ.

Після обрахунку основних статистичних параметрів ефективності ІГД у виявленні раку ЩЗ чутливість складала 84,5%, специфічність – 99,2%, діагностична цінність методу – 97,2%.

## Висновки

1. Інтраопераційне гістологічне дослідження має достатньо високий рівень специфічності та діагностичної цінності у виявленні раку щитоподібної залози.
2. Зважаючи на співставиму поширеність раку щитоподібної залози серед пацієнтів, яким проводили інтраопераційну гістологічну діагностику, та пацієнтів загальної групи (13,6% і 13,2%) доцільно розглянути питання щодо показань до проведення інтраопераційної діагностики.

## Комплексний підхід до хірургічного лікування тиреоїдної патології в умовах багатопрофільної міської клінічної лікарні

С. П. Міхно, В. І. Десятерик, Л. М. Поліщук, А. А. Сахно–Гальчукова

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

**Вступ.** З кожним роком прогресивно збільшується кількість пацієнтів з тиреоїдною патологією, яка потребує хірургічного лікування. Причинами, які впливають на вказану тенденцію, є зростання впливу негативних факторів зовнішнього середовища і стресових ситуацій, та, як не парадоксально, розширення доступності некерованої ультразвукової (УЗД) і лабораторної діагностики. Ці проблеми потребують зваженого підходу до застосування діагностичної програми та оптимальної тактики лікування.

**Мета.** Проаналізувати результати діагностики і хірургічного лікування пацієнтів із тиреоїдною патологією на базі міської клінічної лікарні великого промислового міста в умовах сучасного розвитку медичної галузі.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 1240 пацієнтів з тиреоїдною патологією, які зверталися за медичною допомогою до клінічної бази кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО за період з 2015–по 2017 роки для вирішення питання хірургічного лікування. Із них 419 (34%) було встановлено покази до хірургічного лікування, яке виконано у хірургічному відділенні клініки. Всі пацієнти пройшли комплексне обстеження за рекомендованим протоколами: УЗД щитоподібної залози, за показами – тонкоголкову пункційну біопсію (ТАПБ), дослідження тиреоїдних гормонів (ТТГ, Т4в, ЕЗв, АтПО, кальцитонін). У пацієнтів з клінічними проявами тиреотоксикозу додатково визначали рівень антитіл до рецепторів ТТГ. У пацієнтів з підозрою на первинний гіперпаратиреоз (ПППТ) додатково визначали рівень паратгормону крові (ПГ), іонізованого кальцію, крові, вітаміну D. Всі пацієнти обов'язково консультовані ЛОР–лікарем на наявність хронічного вогнища інфекції та стану голосових зв'язок.

**Результати та їх обговорення.** Із 1240, які звернулися на консультативний прийом, 756(61%) були спрямовані лікарем ендокринологом після комплексного обстеження за розробленою формою направлення, в якому відображено всю необхідну інформацію для вирішення лікувальної тактики. Із них 372(49,2%) прооперовано за стандартними показами. Суміжні спеціалісти (лікарі загальної практики, ЛОР, лікарі ультразвукової діагностики) спрямували 398(32%) пацієнтів без консультації ендокринолога, з яких прооперовано 42(10,6%). За самозверненням (після самостійного обстеження за власним розумінням у приватних діагностичних центрах) консультовано 86(7%) пацієнтів, з яких прооперовано 5(5,8%).

Відбір пацієнтів з тиреоїдною патологією для оперативного лікування виконували на основі рекомендацій та настанов Європейської тиреоїдної асоціації і Українського науково-практичного центру ендокринології та ендокринної хірургії МОЗ України. Покази до хірургічного лікування встановлювались комісійно за участю хірурга-ендокринолога з кафедри хірургії ФПО, лікаря-ендокринолога клініки, онколога. Із 1240 пацієнтів прооперовано 419 (34%), серед яких 270 (64,4%) з приводу вузлового зобу, 72 (17,2%) – тиреотоксикозу, 48 (11,5%) – раку ЩЗ, 24 (6,9%) – гіперпаратиреозу.

#### **Висновки.**

1. Відбір пацієнтів з тиреоїдною патологією для хірургічного лікування потребує комплексного цілеспрямованого обстеження з урахуванням розроблених стандартів і рекомендацій та кваліфікаційної підготовки лікарів діагностичного профілю.

2. Вирішення лікувальної тактики повинно прийматися комісійно у спеціалізованих клінічних лікувальних закладах, які мають необхідну матеріальну і кадрову забезпеченість.

3. Необхідне покращення обізнаності лікарів суміжних спеціальностей в питаннях діагностики і лікувальної тактики у пацієнтів з тиреоїдною патологією в межах неперервного післядипломного навчання.

## **Технические аспекты селективного забора крови из устьев надпочечниковых вен**

**А. А. Никоненко, А. А. Подлужный, И. В. Зубрик, И. В. Русанов,  
А. Л. Макаренко**

**Запорожский государственный медицинский университет,  
Запорожская медицинская академия последипломного образования**

Селективный забор крови из устьев надпочечниковых вен (СЗКНВ) – ключевое исследование для диагностики латерализации гиперсекреции альдостерона при первичном гиперальдостеронизме (ПГА). Несмотря на многолетнюю практику применения данного метода процедура до сих пор не стандартизована по протоколу ее выполнения и трактовке результатов.

**Цель исследования:** усовершенствовать методику СЗКНВ.

**Материалы и методы:** произведен анализ СЗКНВ у 49 пациентов с гормонально-активными аденомами и диффузно-узелковыми гиперплазиями надпочечников, которые находились на лечении с 2011 по 2018 г.г. Женщин 33 – (67,3%), мужчин – 16 (32,7%). Средний возраст –  $48,7 \pm 8,4$  лет. Всем пациентам для верификации топического диагноза и локализации центральных вен надпочечников выполнялась компьютерная томография (КТ) на аппарате Toshiba Asteion. Показаниями для СЗКНВ служили все случаи ПГА при отрицательном ночном дексаметазоновом тесте, а также наличие двухсторонних аденом и гиперплазий надпочечников с синдромом субклинической гиперкортизолемии. СЗКНВ проводили только в утренние часы (с 8 до 9 ч утра) с набором 3-х порций крови 5,0 мл из бедренной вены и центральных вен правого (ЦВПН) и левого надпочечника (ЦВЛН) с определением в них уровня кортизола и альдостерона. При невозможности катетеризации ЦВЛН порции крови набирали из левой почечной вены у 7 пациентов (14,2%).

**Результаты и обсуждение:** катетеризацию центральных вен в 100% случаев дополняли флебографией с целью выявления дополнительных венозных коллатералей. При их на-



личий особе значення має порівняння рівня кортизолу в порції центральної вени з порцією в бедренній вені, так як підвищення пропорції в сторону бедренної вени вказує на мультивенний дренаж со сторони надпочечника, а отримані дані є некоректними для розрахунків. О латералізації гіперсекреції альдостерона при ПГА судили при альдостерон–кортизоловом співвідношенні з обох сторін як 3:1, а в випадках субклінічної гіперкортизолемії використовували абсолютні числа рівня кортизолу в тій же порції.

Считаем виконання забору крові в вказані ранкові години особливо необхідним, так як це збігається з піковим вибухом АКТГ, а тому не потребує додаткової стимуляції надпочечників його синтетичними аналогами. Поскольку удачна катетеризація ЦВПН – ключ к СЗКНВ, то венний дренаж крові з надпочечників оцінювали по даним КТ перед його виконанням для більш точної постановки ангиокатетера. Для цього обов'язково визначали скелетотопію ЦВПН по відношенню к тілам позвонків. При постановці катетера його розташовували на декілька сантиметрів краниальніше, так як при виконанні дослідження пацієнти затримують дихання на вдиху. Таким чином, катетеризацію ЦВПН виробляли переважно в боковій проекції і іноді доповнювали правою скошеною (РАО45°). Катетеризацію ж ЦВЛН виробляли в переднезадній проекції.

Справа венна кров дренировалась в 89,8% випадків через центральну вену в нижню порожнину вену по її задній напівколу, а в 10,2% випадків спостерігали додаткові венні гілки к правої ниркової вені, нижній діафрагмальній вені і системі печеночних вен. ЦВЛН в 100% випадків впадала в ліву ниркову вену по її верхньому краю, приймаючи гілку від нижньої діафрагмальної гілки перед впадінням в 85,7% випадків.

### **Висновки:**

1. СЗКНВ слід доповнювати флебографією надпочечників для виявлення додаткового венного сброса, що проявляється зниженням рівня кортизолу в центральній вені.
2. КТ надпочечників з оцінкою особливостей анатомії впадіння центральних вен до виконання СЗКНВ дозволяє виробляти їх суперселективну катетеризацію.

## **Сцинтиграфія з $^{99m}\text{Tc}$ -mibi в плануванні паратиреоїдектомії у пацієнтів з гіперпаратиреозами**

**І. В. Новерко, В. Ю. Кундін, М. В. Сатир**

**Інститут серця МОЗ України, Київ**

**Вступ.** Гіперпаратиреоз (ГПТ) – ендокринне захворювання, обумовлене підвищенням продукції паратиреоїдного гормону (ПТГ). За даними різних авторів, поширеність ГПТ складає 1:1000. Патогенетично розрізняють первинний ГПТ (ПГПТ), що виникає внаслідок розвитку аденоми, гіперплазії або карциноми однієї чи кількох паращитовидних залоз (ПЩЗ); вторинний ГПТ (ВГПТ) – вторинна гіперфункція та гіперплазія ПЩЗ внаслідок їх гіперстимуляції при тривалій гіпокальціємії (дефіцит вітаміну Д, хронічна ниркова недостатність); а також третинний ГПТ (ТГПТ), що характеризується формуванням автономної аденоми ПЩЗ на тлі тривалого ВГПТ.

Сцинтиграфія з  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI є найбільш специфічним методом візуалізації ПЩЗ при ГПТ. Додатково в складних клінічних випадках застосовують ОФЕКТ/КТ. Показан-

нями є персистуючий ГПТ, підозра на ектопію ПЩЗ в середостіння або ділянку шиї, яку неможливо детально візуалізувати за допомогою УЗД та планарної скінтиграфії. Перевага ОФЕКТ/КТ з  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI полягає в тому, що вона дозволяє отримати серію топографічних зрізів частини тіла, що значно підвищує точність та наочність діагностики, чутливість її перевищує 90%.

**Метою** нашої роботи було вивчення можливостей скінтиграфії з  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI в топічній діагностиці ПЩЗ у пацієнтів з ГПТ при плануванні хірургічного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Скінтиграфію ПЩЗ з  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI було проведено 440 пацієнтам з ГПТ, з них жінки – 394 (89,5%), чоловіки – 46 (10,5%), середній вік –  $52,0 \pm 28,0$  років (24 – 80 років). З ПГПТ було обстежено 355 (80,7%) пацієнтів, з ВГПТ – 85 (19,3%). Додатково 21 (4,8%) хворим було виконано ОФЕКТ/КТ. Дослідження проводили на гамма-камері Infinia Hawkeye (GE).  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI, приготований згідно інструкції виробника («Polatom», Польща), вводили активністю 370–555 МБк болусно в ліктьову вену. Через 10 хв після ін'єкції (рання фаза дослідження), 120 та 180 хв після ін'єкції (пізня фаза дослідження) пацієнтам виконувалась планарна скінтиграфія ПЩЗ в передній проекції. Також через 180 хв після ін'єкції (відразу після пізньої фази дослідження) усім пацієнтам виконували оглядову скінтиграфію грудної порожнини, відразу після якої окремих пацієнтам була виконана ОФЕКТ/КТ.

**Результати та їх обговорення.** У 346 (78,6%) пацієнтів скінтиграфічно були діагностовані патологічні зміни ПЩЗ, з них у 313 (71,1%) – одиночні аденоми та гіперплазії ПЩЗ, у 32 (7,3%) – подвійні аденоми та гіперплазії ПЩЗ та в 1 (0,2%) – потрійні аденоми ПЩЗ. При цьому у 58 (13,2%) пацієнтів ділянки гіперфіксації РФП в проекції ПЩЗ були виявлені лише на пізніх фазах дослідження та на оглядовій скінтиграмі грудної порожнини, що могло бути спричиненим межуванням аденоми ПЩЗ безпосередньо з ЩЗ або інтратиреоїдно.

У 21 (4,8%) пацієнтів визначались ділянки гіперфіксації РФП у верхньому, передньому та середньому середостінні, цим пацієнтам додатково було виконано ОФЕКТ/КТ грудної порожнини, в результаті було підтверджено наявність та встановлено точну локалізацію раніше виявлених атипово розташованих патологічно змінених ПЩЗ.

У 73 (16,6%) пацієнтів ділянок патологічної фіксації РФП в проекції щитовидної залози, шиї та грудної порожнини, виявлено не було. Отримані негативні результати можуть бути пов'язані з малими розмірами уражених ПЩЗ або зі зниженою їх метаболічною активністю та наявністю багатовузлового зобу в анамнезі.

**Висновок.** Скінтиграфія з  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI є чутливим, специфічним та неінвазивним методом топічної діагностики патологічно змінених ПЩЗ при ГПТ, а додаткове застосування технології ОФЕКТ/КТ дозволяє більш точно встановити локалізацію ПЩЗ в складних клінічних випадках, що дає можливість оптимізувати обсяг оперативного втручання.

## Первый опыт проведения трансаральной эндовидеохирургической резекции щитовидной железы

А. В. Омельчук, П. П. Зиньч, И. Р. Янчий

Институт эндокринологии и обмена веществ им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины

В настоящее время все больше распространение получают минимальноинвазивные операции на щитовидной железе. Данные операции обладают рядом преимуществ: хо-

роший косметический эффект, минимальная травматичность, ранние сроки заживления раны, сокращение времени пребывания в стационаре.

Существуют различные минимальноинвазивные доступы к щитовидной железе. Из них наиболее распространенные: минидоступ по передней поверхности шеи, видеоассистированный минидоступ (minimally invasive video-assisted thyroidectomy, MIVAT) трансаксиллярный трансареолярный эндовидеохирургический доступ (axillo-bilateral-breast approach – АВВА). Менее распространенные доступы: трансоральный, трансфарингеальный, позадиушной. Наше внимание привлек метод трансоральной эндовидеохирургической операции на щитовидной железе, так он имеет наиболее высокий уровень косметичности.

3.11.2017 впервые в Украине в институте эндокринологии г.Киева проведена такая операция. Пациентка Р., 40 лет. Диагноз: левосторонний узловый зоб, эутиреоидная форма. Размер опухоли 2,0 см, ТАПБ: фолликулярная неоплазия.

При проведении операции использовались специальные ножницы для выполнения подкожной диссекции, два длинных троакара Ø 5 мм и один Ø 10 мм, 10 мм эндоскоп с 30-градусным наклоном оптики, электросварочный аппарат «Ligasure», обычные зажимы и ножницы для эндоскопических операций.

Первым этапом произведен разрез длиной 3 см в преддверии рта между нижней губой и челюстью. Затем, с целью уменьшения кровоточивости, произведена гидропрепаровка физиологическим раствором с добавлением адреналина (ф.р-р 400мл – 0,8 мл адреналина) кожи и подкожно-жирового слоя на передней поверхности шеи. Через 5 минут после гидропрепаровки, под кожей тупым способом сформирован канал от разреза до уровня яремной вырезки, где был установлен троакар Ø 10 мм. Билатерально в преддверии рта установлено еще 2 троакара 5мм для манипуляторов. Инсуффляция углекислым газом проводилась под давлением 8 мм рт. ст. °С помощью электрокоагулятора сформирована полость над предтиреоидными мышцами, дополнительно для формирования купола кожный лоскут был прошит и подтянут вверх с помощью лигатуры. По белой линии шеи произведено разведение предтиреоидных мышц. При ревизии на границе левой доли и перешейка был визуализирован узел около 2 см в диаметре. С помощью аппарата «Ligasure» рассечен перешеек на границе с правой долей ЩЖ, поэтапно произведена мобилизация и резекция левой доли с узлом. Гемостаз – сухо. На слизистую рта наложены узловые швы Викрил (Vicryl) 4/0. Дренирование раны не проводилось.

Пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии на вторые сутки после операции.

Выводы: данный метод является выполнимым и безопасным, с прекрасным косметическим эффектом. Преимущества: самый короткий путь к щитовидной железе в отличие от других эндоскопических доступов, отсутствие видимых швов.

## Використання мініінвазивних технологій при лікуванні врослого нігтя у хворих на цукровий діабет 2 тип

Ю. В. Риб'янець, В. В. Крижевський, Р. В. Іванченко, О. О. Циганенко,  
М. В. Шевчук, Т. Л. Нго, Л. С. Барахова-Йилмаз

Київська міська клінічна лікарня № 6,  
Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
Подологічна компанія Rufus

**Вступ:** Врослий ніготь являється складним патологічним комплексом, виникаючий внаслідок ряду причин і супроводжується совокупністю морфологічних та функціональних змін зі сторони нігтів пальців стопи, їх матриксів та м'яких тканин. Поширеність даного захворювання, за даними різних авторів, становить від 5 – 6% населення. Беручи до уваги, що кількість хворих на цукровий діабет в Україні станом на 2012 рік становить 1 мільйон 311 тисяч 335 хворих, то, приблизно, 78 тисяч 680 хворих із них мають супутню патологію у вигляді врослого нігтя.

**Мета:** Впровадити поєднану систему L-вкладок та методу Arkada (Патент України на корисну модель №117151 від 12.06.2017) при малоінвазивних хірургічних втручаннях у хворих на цукровий діабет з приводу врослого нігтя.

**Матеріали та методи:** Проведено лікування 4-х пацієнтів з двобічним врослим нігтем, стадія IV (класифікація Mozena J.D.), великого пальця стопи на фоні цукрового діабету із застосуванням поєднання систем L-вкладок та методу Arkada (чоловіки-5, вік  $49.1 \pm 3.3$ ) та 4-х пацієнтів (контрольна група, чоловіки-4, вік  $47.0 \pm 2.2$ ) лікування у вигляді стандартної операції Ривліна.

В дослідженні використовувалася шкала оцінки якості життя SF-36 Health Status Survey. Використовувався показник інтенсивності болю (Bodily pain – BP), до та після оперативного втручання, та його вплив на якість життя пацієнта. Мінімальний та максимальний показник болю в межах 2–12 балів. Розрахунок вівся за формулою:

$$BP = \frac{((BP7 + BP8) - 2)}{10} \times 100$$

До оперативного лікування Bodily pain складав  $BP = 40 \pm 7$  в обох групах. Післяопераційний біль, на першу добу, в дослідженій групі становить  $BP = 58 \pm 4$ , в контрольній групі  $BP = 30 \pm 5$ .

**Результати:** Пацієнти дослідної групи (n=5) були виписані зі стаціонарного лікування на першу післяопераційну добу, не використовувалася антибактеріальна терапія, показник больової чутливості  $BP = 58 \pm 4$ , опорна функція великого пальця відносно відновлена (хоча і відмічається наявність больового синдрому).

Пацієнти контрольної групи (n=4) виписані на 4-ту добу. Кожному пацієнту проведений курс антибактеріальної терапії, показник больової чутливості перша доба  $BP = 30 \pm 5$ , четверта доба  $BP = 53 \pm 2.0$ , опорна функція великого пальця відновлена на п'яту добу.

Ускладнень в післяопераційний період (2 тижня) не виявлено в обох групах.

**Висновки:** За рахунок використання поєднаних систем L-вкладок та методу Arkada вдалося зменшити індекс Bodily pain, відносно відновлення опорної функції стопи в першу післяопераційну добу та зменшення часу перебування хворого на стаціонарному лікуванні.

## Эффективность радиодиагностики в послеоперационном ведении пациентов с высокодифференцированными карциномами щитовидной железы

О. Ю. Рощева, М. Ю. Болгов, С. В. Гулеватый, Е. О. Шелковой,  
И. Р. Янчий, Ю. Н. Таращенко, Н. Я. Кобринская

Институт эндокринологии и обмена веществ им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины

Общепризнано, что одним из наиболее эффективных диагностических и лечебных мероприятий при папиллярных и фолликулярных карциномах щитовидной железы является радиодиагностика и терапия. Также известно, что в ряде случаев (в среднем по литературным данным около 20%) высокодифференцированные карциномы бывают радиорезистентными. Для прогнозирования этого факта предлагаются различные маркеры, однако, понимая, что стопроцентно предсказать радиорезистентность пока невозможно (а даже незначительный ее эффект может быть важен для пациента), радиотерапия назначается при этих опухолях в подавляющем большинстве случаев. Несколько иначе обстоит дело с радиодиагностикой, которая уже не обладает лечебным эффектом и имеет только поисковое значение. Ранее, когда еще не было УЗИ (и когда оно имело незначительную разрешающую способность), а также когда не было внедрено в практику исследование тиреоглобулина и антител к нему, то информативность радиодиагностики была бесспорной и фактически она служила основным критерием отнесения пациента в группу излеченных. Сегодня, при очень высокой информативности УЗИ и определения уровня тиреоглобулина и антител к нему, возникает закономерный вопрос о сравнительной с ними информативности радиодиагностики. Именно это и послужило основанием к проведению нашего исследования. В настоящее время оно еще не закончено, но уже получены предварительные результаты, которые мы хотим представить.

По состоянию на декабрь 2017 г. в электронном реестре пациентов клиники нашего института была информация о 18 688 исследованиях радиодиагностики (10 614) и радиотерапии (8074). Для изучения эффективности радиодиагностики была отобрана группа пациентов, у которых определялось накопление в областях яремных коллекторов и надключичной. Этот выбор был связан с тем, что эти зоны являются наиболее типичными при метастазах высокодифференцированных карцином щитовидной железы и доступны для сонографического исследования. Таким образом, именно в этих случаях есть возможность сравнительной оценки радиодиагностики, онкомаркеров (тиреоглобулина и антител к нему) и визуализирующих методов (УЗИ).

Всего в этих областях было выявлено накопление в 1737 случаях. При этом радиодиагностика дала позитивный результат в 929 (8,8% от всех проведенных исследований этого типа), а радиотерапия, соответственно, в 1649 (20,4%). И это при том, что общее количество проведенных исследований радиодиагностики больше количества выполненных радиотерапий более чем на 1/3. Предварительный автоматизированный анализ этих случаев выявил 10 клинических ситуаций, когда радиодиагностика дала накопление при отсутствии явных признаков рецидивирования по данным сонографии и исследования тиреоглобулина и антител к нему. Из этих 10 случаев у 8 пациентов все же наблюдалось, хоть и незначительное, повышение тиреоглобулина (до 5 нг/мл) и/или

антител к нему (до 20 Ед/мл). И только в двух случаях речь шла об отсутствии данных как по лабораторным признакам (тиреоглобулин меньше единицы и антитела к нему меньше 5), так и по УЗИ. В обоих случаях врач УЗИ описывал лимфоузлы, но отмечал их характеристики как воспаленные (не опухолевые). В обоих случаях дальнейшее наблюдение (без операций и радиойодтерапии подтвердило безрецидивное течение заболевания). Эти данные позволяют заключить, что рутинное использование радиойоддиагностики имеет весьма низкую эффективность и в большинстве случаев сегодня может быть заменено сонографией с исследованием тиреоглобулина и антител к нему.

## Сучасний підхід до хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози

А. В. Сивожелізов, К. Ю. Пархоменко, І. А. Криворучко, В. В. Чугай,  
К. А. Ажгібесов, Н. М. Гончарова, А. Г. Дроздова

Харківський національний медичний університет,  
Обласна клінічна лікарня, м. Харків

**Вступ.** Проблема хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) є актуальною внаслідок зростання кількості хворих та рецидивів після операції, а також невизначеності щодо факторів ризику та безпосередніх причин їх розвитку. Крім того, неоднозначність даних відносно застосування малоінвазивних втручань (МВ) у хірургії ЩЗ, значна частота специфічних ускладнень (параліч гортані внаслідок травм поворотних гортанних нервів із розладами фонації і функції зовнішнього дихання, гіпопаратиреоз тощо) визначають той перелік питань, які вимагає уточнень і визначень..

**Мета дослідження:** аналіз хірургічного лікування та розробка алгоритму хірургічного лікування хворих із захворюваннями ЩЗ.

**Матеріали і методи.** Були проаналізовані результати оперативного лікування 416 хворих на патології ЩЗ, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» з 2014 по 2017 рр, з них – жінок – 382 (92%), чоловіків – 34 (8%), віком від 25 до 78 років. Діагностика засновувалась на клініко–лабораторних (загально клінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, визначення рівнів ТТГ, Т3, Т4, антитіл до тиропероксидази та тироглобуліну) та інструментальних методах дослідження (рентгенографія органів ший та грудної клітки, ультразвукове дослідження ЩЗ з еластографією, виконання тонкогільної аспіраційної біопсії з морфологічним дослідженням пунктату за необхідності). Якість життя у хворих, які перенесли оперативне лікування, оцінювалося по запитальника SF–36.

**Результати та їх обговорення.** У 170 (41%) хворих спостерігались ізольовані вузлові зміни ЩЗ вперше, а у 5 (1,3%) хворих мав місце рецидив захворювання ЩЗ. У 71 (17%) пацієнта було діагностовано багатовузловий зоб первинно та у 1 (0,3%) хворого – рецидивно. У 19 (5%) хворих можна було казати про змішаний зоб. У 29 (7%) пацієнтів мова йшла про дифузний токсичний зоб, що був діагностований уперше, а у 3 (0,8%) – рецидив цієї ж патології. Аутоімунний тиреоїдит із вузлоутворенням спостерігався у 112 (26%) хворих первинно, а в 1 (0,3%) пацієнта відмічався рецидив. Рак ЩЗ було морфологічно підтверджено у 5 (1,3%) пацієнтів.

У 133 (32%) випадках було виконано гемитиреоїдектомію справа, у 121 (29%) – гемитиреоїдектомію зліва, у 83 (20%) – гранично–субтотальну резекцію ЩЗ із видаленням пірамідного відростка, у 42 (10%) – субтотальну резекцію ЩЗ, у 17 (4%) хворих – вида-

лення пірамідного відростка, у 20 (5%) хворих – тиреоїдектомію, причому у 10 (2,5%) із них було виконано екстрафасціальну тиреоїдектомію. 2017 року у 3 пацієнтів клініки із вузлуотворенням ЩЗ були проведені МВ – відеоасистована субтотальна резекція правої частки ЩЗ. У вищевказаних нами випадках використовувався доступ у правій підключичній ділянці, враховуючи розташування вузлових утворень. Також, у всіх 3 випадках мова йшла про доброякісний первинний процес у залозі.

Післяопераційних ускладнень у вигляді парезу гортані, постійного гіпарпаратиреозу, нагноєння рани, кровотечі зафіксовано не було. У 5 хворих (1,3%) мав місце транзиторний гіпарпаратиреоз, який був пов'язаний із видаленням одиничних парацитоподібних залоз, та був корегований призначенням дегідротахістиролату від 3–5 діб до 3 тижнів післяопераційного періоду.

Зниження якості життя є станом, характерним для більшості хворих, що піддавалися оперативним втручанням з приводу патології щитоподібної залози.

**Висновки.** За рахунок більш радикального об'єму оперативного втручання (гемі- чи тиреоїдектомія) при вузлових утвореннях ЩЗ знижується вірогідність розвитку рецидиву захворювання, який потребує повторних хірургічних втручань. Якість життя хворих із гемі- або тиреоїдектомією, як правило, залежить лише від дозування замісної терапії (L-тироксин) у післяопераційному періоді.

## Хірургічне лікування пацієнтів із первинним гіперпаратиреозом і поєднаною тироїдною патологією

О. М. Сироїд

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

**Вступ.** Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) – одне із найпоширеніших ендокринних захворювань, яке виявляють у 0,1–0,2% населення. Кількість пацієнтів із ПГПТ збільшується прямопропорційно до віку. Також з віком зростає кількість осіб із тироїдною патологією, особливо у йододефіцитних регіонах. Крім цього, гіперкальціємію (основний біохімічний маркер ПГПТ) розглядають як важливий зобогнений чинник. Отож, у низки хворих стверджують поєднання ПГПТ і захворювань щитоподібної залози (ЩЗ).

**Мета роботи** – вивчити особливості хірургічного лікування пацієнтів із ПГПТ і супутньою тироїдною патологією.

**Об'єкт і методи дослідження.** Протягом 2015–2017рр. у підрозділі ендокринної хірургії ВМКЦ Західного регіону оперовано 38 осіб із ПГПТ віком від 20 до 72 ( $51,9 \pm 12,9$ ) років. Жінок було 33 (86,8%), чоловіків – п'ятеро (13,2%) хворих. ПГПТ діагностували на підставі клінічної картини захворювання, визначення концентрації іонізованого кальцію і паратгормону у сироватці крові. Для топічної діагностики патологічно змінених прищитоподібних залоз (ПЩЗ) застосовували ультрасонографію (УСГ), а при потребі – сцинтиграфію з  $Tc^{99m}$ -MIBI, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію.

Хірургічну тироїдну патологію констатовано у 19 (50%) пацієнтів. Функціональний стан ЩЗ вивчали за рівнями тиротропного гормону і вільного тироксину. Структурні зміни тироїдної паренхіми визначали з допомогою УСГ. Морфологічну діагностику вузлових утворень ЩЗ проводили в три етапи: передопераційне цитологічне дослідження пунктів, інтраопераційне гістологічне дослідження криостатних зрізів та остаточний гістологічний аналіз видалених препаратів. Обчислення отриманих результатів здійснювали з допомогою статистичної програми SPSS 12.0 for Windows.

**Результати та їх обговорення.** Значення іонізованого кальцію у сироватці крові хворих на ПГПТ становило 1,35–1,52 ммоль/л, рівень паратгормону знаходився в межах від 90 до 439 пг/мл. Усім пацієнтам із ПГПТ виконували стандартну відкриту паратироїдектомію. Аденома була морфологічним субстратом гіперфункції ПЩЗ у 27 (71,1%) осіб, гіперплазія – у семи (18,4%), кіста – у трьох (7,9%), рак – в одного (2,6%) хворого.

Порушення тироїдного гомеостазу встановлено у трьох (7,9%) пацієнтів. Тироксикоз (дифузний токсичний зоб, багатовузловий токсичний зоб) діагностовано у двох (5,3%) осіб, гіпотиреоз (автоімунний тироїдит Hashimoto) – в одного (2,6%) хворого. Симультанні операції на ЩЗ проведено у 20 (52,6%) пацієнтів із ПГПТ. Втручання починали з видалення ЩЗ, а в подальшому виконували операцію на ПЩЗ. Отож, тироїдектомію здійснено у шести (30%) осіб (в т.ч. в одного хворого із мультигландулярним раком ПЩЗ), гемітироїдектомію – у 10 (50%), резекцію ЩЗ – у чотирьох (20%) пацієнтів.

При гістологічному дослідженні видаленої ЩЗ, фолікулярну аденому ЩЗ виявлено у п'яти (26,3%) осіб, багатовузловий колоїдний зоб – в 11 (57,9%), автоімунний тироїдит – у двох (10,5%), дифузний токсичний зоб – в одного (5,2%) хворого. Слід зазначити, що у трьох пацієнтів ураження ПЩЗ було діагностовано тільки під час операції з приводу тироїдної патології.

Післяопераційне ускладнення у вигляді тимчасового парезу поворотного гортанного нерва розвинулося в одного (0,5%) хворого, який переніс симультанну тироїдектомію і паратироїдектомію. Терміни стаціонарного лікування пацієнтів із ПГПТ становили 3–7 (Me=4,0) діб і статистично значимо не відрізняли в осіб, яким проведено тільки паратироїдектомію або симультанну операцію на щитоподібній і прищитоподібних залозах.

**Висновки.** 1. У половини хворих на ПГПТ діагностують хірургічну тироїдну патологію. 2. Своєчасне виявлення поєднаних захворювань щитоподібної і прищитоподібних залоз дозволяє здійснити симультанну операцію та уникнути в подальшому повторних втручань.

## Мультидисциплінарний підхід в хірургічному лікуванні пухлин наднирників

А. В. Скумс, О. М. Гулько, В. А. Кондратюк, О. М. Симонов

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Мета дослідження** – поліпшити результати хірургічного лікування пухлинної патології наднирників шляхом впровадження мультидисциплінарного підходу.

**Матеріали та методи.** За період 2015 – 2018 рр. у відділі хірургії поєднаної патології і захворювань заочеревинного простору Національного Інституту хірургії та трансплантології ім. А.А. Шалімова із застосуванням мультидисциплінарного підходу при різних захворюваннях надниркових залоз у 30 пацієнтів було виконано 32 адреналектомій (у двох пацієнтів – білатеральна адреналектомія). Вік пацієнтів становив від 31 до 67 років, в середньому  $47,1 \pm 5,5$  років. Першим етапом була виконана ендovasкулярна оклюзія судин наднирника. Другим етапом виконувалась адреналектомія.

**Результати.** Селективна електрокоагуляційна оклюзія вен наднирника виконана в 32 випадках. В 32 випадках виконана селективна електрокоагуляційна оклюзія артерій наднирника, серед них в 7 випадках верхньої та середньої надниркової артерії, в 5 випадках верхньої та нижньої надниркової артерії, в 2 випадках нижньої надниркової



артерії та в одному випадку тільки середньої надниркової артерії. Під час проведення рентгеноваскулярної оклюзії у жодного пацієнта ускладнень не було. У двох пацієнтів в післяопераційному періоді відзначався больовий синдром, який купувався ненаркотичними анальгетиками.

У пацієнтів з феохромоцитомою наднирника середній рівень метанефрину в сечі до селективної рентгеноваскулярної оклюзії центральної вени наднирника та через 24 години після коагуляції складав  $1023,3 \pm 1161,7$  мкг/доб. та  $290,9 \pm 71,8$  мкг/доб. відповідно ( $p=0,005$ ).

Нами виконано 27 (84,4%) лапароскопічних адреналектомій, в одному випадку (3,1%) виконана конверсія на відкриту операцію через виражений злуковий процес в черевній порожнині. Відкрита адреналектомія виконана в трьох випадках (9,4%). Адреналектомія з нефректомією та резекцією VI–VII Sg. печінки – 1 випадок та один випадок адреналектомії з нефректомією, резекцією і пластикою нижньої порожнистої вени. Такі ранні післяопераційні ускладнення, як кровотеча, синдром некерованої гемодинаміки, інфікування ран, ми не спостерігали. Середній розмір пухлини –  $6,41 \pm 2,0$  см. Середній обсяг інтра- і післяопераційної крововтрати при ЛА склав  $49,03 \pm 15,1$  мл, час операції – від 60 до 150 хв. Потреби в застосуванні наркотичних анальгетиків та проведенні гемотрансфузії не було. Летальних випадків не було.

Під час гістологічного дослідження видаленого наднирника в 15 (46,9%) випадках виявлена феохромоцитома, в 5 (15,6%) випадках адреналектомія, альдостерома в 4 (12,5%), Аденома в 4 (12,5%), Кортикостерома в 3 (9,4%), Мієлоліпома в одному випадку (3,1%).

**Висновок.** Застосування двоетапної тактики лікування, дозволяє виконувати лапароскопічну адреналектомію з мінімальною крововтратою та ризиком пошкодження центральної вени наднирника, а також запобігає розвитку синдрому «неконтрольованої гемодинаміки».

## Можливості радіонуклідної терапії в комплексному лікуванні медулярного раку щитоподібної залози

О. І. Солодяникова, Г. Г. Сукач, Д. Л. Саган, В. В. Даниленко

Національний інститут раку, м. Київ

**Вступ.** Обмеженість можливостей променевої і хіміотерапевтичних методів лікування медулярного раку щитоподібної залози (МРЩЗ) привели до того, що в лікуванні медулярного раку почали застосовувати радіонуклідні фармпрепарати (РФП). Найбільш часто використовуються  $^{131}\text{I}$ -мета-йодбензилгуанідин (МІВГ), а також аналоги соматостатину. Проблемним залишається питання моніторингу хворих на МРЩЗ та оцінки ефективності його лікування.

**Мета нашого дослідження** – проаналізувати результати лікування  $^{131}\text{I}$ -МІВГ хворих на МРЩЗ, а також використання  $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -карбомеку для спостереження та оцінки ефективності лікування цих пацієнтів.

**Матеріали та методи.** У відповідності до протоколу, затвердженого Європейською Асоціацією ядерних медиків, проліковано 40 хворих, яким внутрішньовенно вводився  $^{131}\text{I}$ - МІВГ в дозі 3,7 ГБк. Ускладнень та побічних проявів препарату під час інфузії та на протязі 5 днів перебування в стаціонарі не відмічалось. 11 хворим терапія проведена

повторно з інтервалом в один рік. Спостереження за хворими здійснювалось на основі проведення раз на півроку сцинтиграфії (СГ) щитовидної залози з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком, визначення рівня тіреокальцитоніну (ТКТ) в крові, ультразвукового дослідження та, в деяких випадках, комп'ютерної томографії. Повторно проліковані пацієнти спостерігались у відділі на протязі двох років, за цей час кожному з них проведено сканування всього тіла на залишковій лікувальній дозі  $^{131}\text{I}$ -МІВГ та тричі з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком. Семи хворим, які пройшли одноразове лікування  $^{131}\text{I}$ -МІВГ, тричі виконане діагностичне сканування, термін спостереження – півтора року. У восьми пацієнтів, пролікованих  $^{131}\text{I}$ -МІВГ, термін спостереження – один рік, діагностичні обстеження з  $^{131}\text{I}$ -МІВГ і  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком виконані двічі. Двадцяти п'яти хворим діагностичне сканування з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком проводилось після хірургічного лікування, з них у 12 – один раз, у 13 – двічі. Термін спостереження за цими хворими від півроку до одного.

**Результати.** В процесі спостереження за хворими виявлена різнорідна реакція на лікування  $^{131}\text{I}$ -МІВГ. У 28 із 40 хворих контрольні ультразвукові дослідження, СГ та рівень кальцитоніну через 6, 9, 12 місяців не виявили ознак пролонгації патологічного процесу. У 6 хворих після першого курсу терапії підвищення рівня кальцитоніну через 6 місяців підтвердилось появою гіперфіксованих лімфатичних вузлів на СГ з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком. У однієї хворої з наявністю метастатичних вогнищ в печінці терапія  $^{131}\text{I}$ -МІВГ та контроль з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком через півроку не виявив негативної динаміки. У 5 хворих з синдромом МЕН та медулярною пухлиною в щитовидній залозі, СГ з  $^{131}\text{I}$ -МІВГ, проведена на залишковій лікувальній дозі, виявила зниження накопичення РФП, однак СГ з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком, проведена через шість місяців після курсу лікування та рівень кальцитоніну не виявили ознак прогресування захворювання. У 4 хворих із групи нелікованих з допомогою  $^{131}\text{I}$ -МІВГ, за даними діагностичного сканування з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком була проведена дисекція шийних лімфатичних вузлів. Проведена через півроку СГ з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком ознак пролонгації процесу не виявила.

#### **Висновки.**

1. Розроблений протокол  $^{131}\text{I}$ -МІВГ-терапії може бути використаний в комплексному лікуванні МРЩЗ у пацієнтів з як регіонарним так і віддаленим метастатичним ураженням.

2. Діагностичне сканування з  $^{99m}\text{Tc}$ -карбомеком дозволяє об'єктивно оцінювати перебіг післяопераційного періоду у хворих на МРЩЗ та виявляти ознаки рецидиву і метастатичного ураження на етапі моніторингу, що значно підвищує ефективність спостереження в порівнянні з використанням лише онкомаркери ТКТ.

## **Клінічний випадок множинної форми первинного гіперпаратиреозу**

**Ю. М. Тарашенко, А. М. Кваченюк, М. Ю. Болгов, Б. Б. Гуда,  
М. В. Остафійчук, М. Д. Мельник**

**Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, м. Київ**

Первинний гіперпаратиреоз залишається достатньо складною проблемою сучасної ендокринології, як щодо діагностики, так і лікування. Різноманітність клінічної симптоматики та тривалий перебіг первинного гіперпаратиреозу можуть викликати важкі порушення кальцій-фосфорного обміну з ураженням скелету, багатьох органів та систем

організму, що призводить до різкого погіршення якості життя пацієнтів та інвалідизації. Злоякісна пухлина може ускладнитись регіонарним та віддаленим метастазуванням, з гіршим прогнозом лікування.

Пацієнтка Ш., 58 років, поступила в хірургічне відділення зі скаргами на перебої в роботі серця, болі в ногах, задишку при помірному фізичному навантаженні, періодичне підвищення артеріального тиску. Вважала себе хворою протягом 4-6 місяців але після проведеного лікування за місцем проживання стан пацієнтки не покращився.

При проведенні УЗД щитоподібної залози виявлено, що по заднім поверхням долей щитоподібної залози, в нижніх та середніх третинах, визначаються 4 утворення розмірами справа – 13 x 6 мм та 27 x 17 мм, зліва – розмірами 16 x 8 мм та 22 x 14 мм, правильної форми, з чіткими межами. Також, наявність первинного гіперпаратиреозу була підтверджена лабораторно: підвищеними рівнями паратгормону крові – 865,1 пг/мл (референтні значення: 15,0 – 65,0), іонізованого кальцію крові – 1,84 ммоль/л (референтні значення: 1,16 – 1,32) та зниженим рівнем фосфору крові – 0,78 ммоль/л (референтні значення: 0,81 – 1,45).

З метою уточнення топічного діагнозу була проведена мультиспіральна комп'ютерна ший та органів грудної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, за результатами якої виявлено, що в паравертебральних м'яких тканинах ший зліва та позаду стравоходу та на 30 мм каудальніше грудини визначається утворення овальної форми з чіткими межами, розмірами 60,0 x 15 x 15 мм., а вздовж задніх поверхонь долей ЩЗ визначаються ще два утворення подібної будови. Розміри утворення справа – 23 x 22 x 23 мм., зліва – 17 x 10 x 6 мм. Таким чином, по результатам проведеної топічної діагностики виявлено наявність трьох патологічних вогнищ.

Після підготовки було проведено хірургічне втручання. Під час операції видалено: аденома ПЩЗ, яка розташовувалась параезофагеально та на 2/3 в задньому середостінні, розмірами 6,0 x 2,0 см, м'яко-еластичної консистенції; карцинома ЩЗ в ділянці нижнього полюсу правої долі з макроскопічними ознаками злоякісної пухлини (неправильна форма, щільна консистенція, з інвазією в праву долю ЩЗ, паратрахеальну жирову клітковину, правий поворотний гортанний нерв), розмірами 2,5 x 1,5 см та аденома ПЩЗ зліва, розмірами 2,0 x 1,8 см.

В післяопераційному періоді рівень паратгормону крові знизився до 35,1 пг/мл (референтні значення: 15-65) та нормалізувався рівень Са крові.

Даний клінічний випадок є свідченням того, що не зважаючи на сучасний розвиток діагностичних можливостей проблема раннього виявлення первинного гіперпаратиреозу залишається не вирішеною. Однією з причин даної проблеми є відсутність специфічних клінічних проявів, характерних для даної патології, а всі наявні клінічні симптоми є свідченням ураження серцево-судинної, кісткової системи, шлунково-кишкового тракту, тощо. Одним із шляхів вирішення даної проблеми є широке впровадження визначення рівня кальцію крові з метою скринінгу даних пацієнтів та розробка гібридних методів топічної діагностики.

## Рівень цитокінів у сироватці крові хворих на вузловий еутиреоїдний та післяопераційний рецидивний зоб в залежності від об'єму щитоподібної залози

Н. П. Ткачук

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Патологія щитоподібної залози є однією з найбільш поширених клінічних проблем серед 1,5–2 млрд. мешканців Земної кулі, що не залишає сумнівів в актуальності та важливості вивчення даної проблеми. Серед усіх тиреопатій частка вузлових форм зоба складає до 80%, а операції з приводу зазначеної патології виконуються у 45–75% випадків. Однак, операція дозволяє видалити морфологічний субстрат захворювання та не вирішує проблему раз і назавжди. Тиреоїдектомія унеможлиблюючи рецидивування призводить до необхідності пожиттєвої замісної гормонотерапії, органозбережні втручання зберігають ризик виникнення післяопераційного рецидиву захворювання, поширеність якого за різними даними складає від 0,3 до 80%.

**Мета дослідження.** Порівняти рівень цитокінів у сироватці хворих на вузловий еутиреоїдний та післяопераційний рецидивний зоб в залежності від об'єму щитоподібної залози.

**Об'єкт і методи дослідження.** Клінічний матеріал дослідження склали 60 жінок з вузловим еутиреоїдним зобом (I група), а також 60 жінок із післяопераційним рецидивним зобом (II група). З метою досягнення однорідності, групи не відрізнялися за середнім віком. За об'ємом щитоподібної залози за методом Brunn II група була розділена на дві підгрупи: А – менше 40 куб. см.; Б – більше 40 куб. см. Об'єм щитоподібної залози оцінювали за допомогою ультразвукового дослідження по методу Brunn:  $V$  доли = висота  $\times$  довжина  $\times$  ширина  $\times$  0,479. Визначення вмісту в плазмі крові ФНП- $\alpha$ ; ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-4, ІЛ-6 проводили за допомогою стандартних наборів фірми «Madgenix» (Белгія) згідно технології, рекомендованої виробником. Статистичне обчислення результатів досліджень проводилося з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було встановлено, що у хворих на післяопераційний рецидивний зоб відбувається активація цитокінової системи. Так, показник вмісту ФНП- $\alpha$  підвищується в осіб II групи, причому в міру зростання об'єму щитоподібної залози. В підгрупі А концентрація підвищується в 2,1 рази, в підгрупі Б – в 3,9 рази порівняно із показниками I групи,  $p < 0,05$ . Схожі закономірності нами було відмічено і в динаміці вмісту ІЛ-1 $\beta$ . Менш виражене, проте достовірне підвищення було констатовано в динаміці ІЛ-6. Значення ІЛ-4 у хворих II групи дещо знижувалися порівняно із показниками I групи, однак не було відмічено статистично значимих відмінностей між підгрупами А і Б.

**Висновки.** Таким чином, порушення балансу між прозапальними (ФНП- $\alpha$ ; ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-6) та протизапальними (ІЛ-4) цитокінами може призводити до розвитку гіпертрофічних процесів в тканині щитоподібної залози та ймовірно може стати однією із причин рецидивування.

## Вираженість йододефіциту у хворих на вузловий еутиреοїдний та післяопераційний рецидивний зоб

Н. П. Ткачук, Я. В. Гирла

Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** Патологічний вплив дефіциту йоду на щитоподібну залозу зумовлений тим, що нестача цього мікроелемента в організмі людини веде до зменшення синтезу тиреоїдних гормонів, підвищення рівня тиреотропного гормону та активації процесів, які призводять до надмірного синтезу і вивільнення трансформуючого ростового фактора- $\beta$  з подальшою неконтрольованою проліферацією тиреоцитів. Достовірним маркером оцінки індивідуального йодного статусу є визначення рівня тиреоглобуліну в сироватці крові. В нормі тиреоглобулін не секретується в кров, а його синтез, транспорт і розщеплення регулює тиреотропний гормон. Таким чином, рівень тиреоглобуліну в крові є найбільш чутливим і специфічним маркером, який дозволяє виявити порушення гормоносинтезу ще в фазі компенсації, тобто коли рівень тиреоїдних гормонів знаходиться в референтних межах. Фізіологічний рівень тиреоглобуліну в здорових осіб складає < 10 нг/мл. Проте, при наявності йододефіциту і розвитку зоба, концентрація його різко зростає. Саме тому тиреоглобулін є одним з маркерів зобної ендемії, рекомендованих ВООЗ та ЮНІСЕФ.

**Мета дослідження.** Встановити вираженість йододефіциту у хворих на вузловий та післяопераційний рецидивний зоб, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій ОКЛ.

**Об'єкт і методи дослідження.** Клінічний матеріал дослідження склали 60 жінок з вузловим еутиреοїдним зобом (I група), 60 жінок із післяопераційним рецидивним зобом (II група), а також 30 здорових осіб (III група). З метою досягнення однорідності, групи не відрізнялися за середнім віком. Рівень тиреоглобуліну в крові досліджували імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією, аналізатор і тест-система Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцарія). Статистичне обчислення результатів досліджень проводилося з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel.

**Результати та їх обговорення.** За рівнем тиреоглобуліну ступінь йододефіциту прийнято вважати: > 40 нг/мл – важкий, 20–39 нг/мл – середній, < 20 нг/мл – легкий. При дослідженні даного показника в обстежуваних, було виявлено, що середній його вміст в сироватці крові у пацієнтів I групи складав  $57,07 \pm 1,02$  нг/мл; II групи перед первинною операцією (гемітиреοїдектомія чи субтотальна резекція щитоподібної залози) –  $61,96 \pm 0,94$  нг/мл, перед повторним втручанням –  $41,19 \pm 0,95$  нг/мл, III групи –  $14,4 \pm 0,26$  нг/мл;  $p < 0,05$ . Отож, в осіб першої та другої груп встановлено важкий ступінь йододефіциту, який був ще більш вираженим у хворих з рецидивним зобом перед першим операційним втручанням, в осіб третьої групи констатовано легкий йододефіцит без змін тиреоїдного статусу та структури залози при ультразвуковому дослідженні. Неможливо виключити, що саме виражений йододефіцит став однією із причин розвитку рецидиву у пацієнтів другої групи.

**Висновки.** Визначення рівня тиреоглобуліну у хворих на вузловий еутиреοїдний зоб дає можливість встановити ступінь йододефіциту у конкретного пацієнта, та провести адекватну йодну профілактику в комплексі заходів щодо попередження рецидиву захворювання.

## Ультразвукова діагностика регіонарних метастазів раку щитоподібної залози

Є. А. Шелковой, М. Ю. Болгов

Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Одним із основних методів виявлення метастазів лімфатичних вузлів (ЛВ) шиї є ультразвукова діагностика (УЗД). УЗД більш чутливий метод для виявлення патологічних лімфовузлів у порівнянні із клінічними методами дослідження.

Дослідження проведені в Державній Установі «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка» НАМН України.

У групу обстежених було рандомізовано включено 61 хворих із верифікованими карциномами щитоподібної залози (ЩЗ), з них жіночої статі – 47 (77%), чоловічої – 14 (23%), яким проводилась тиреоїдектомія із дисекцією шиї. Усім хворим проводилась екстрафасціальна тиреоїдектомія та центральна дисекція (видалення передгортанних, перед- та паратрахеальних лімфатичних вузлів з жировою клітковиною). У 33 хворих додатково проводилась одно- чи двобічна селективна дисекція шиї. За даними патогістологічного дослідження (ПГД) у 60 хворих виявлений папілярний рак, у одного – медулярний рак ЩЗ.

З урахуванням мети та завдань роботи (оцінка виявлення регіонарних метастазів ЩЗ за даними УЗД після проведення хірургічного лікування) був використаний комплекс діагностичних методів дослідження. Усім хворим перед хірургічним лікуванням була проведена УЗД лікарями відділення інституту. Після хірургічного лікування було проведене контрольне УЗД, 4 хворим – тонкогolgкова пункційна біопсія. Протокол обстеження та данні цитологічного дослідження вводились до електронного реєстру Інституту.

УЗД обстеження усіх хворих проводилось на ультразвукових апаратах TOSHIBA SSA-550A «NEMIO» та TOSHIBA SSA-580A «NEMIO XG» (Японія).

Результати досліджень. При ретроспективному аналізі встановлено, що при передопераційних УЗД у 45, що складає 73,8% виборки хворих, було виявлено ЛВ підозрілі на метастази. З них в 12 (19,7%) випадках метастази виявлено у центральному лімфатичному колекторі (передгортанні, пре- та паратрахеальні лімфовузли) та в 33 (54,1%) у латеральних лімфатичних колекторах окремо, або у поєднанні із центральними. У 16 хворих (26,2%) метастази за даними УЗД виявлено не було.

При аналізі ПГЗ була підтверджена наявність метастазів у всіх хворих із метастатичним ураженням ЛВ за даними УЗД. У 1 (1,6%) хворого виявлено метастази у центральному колекторі, як і за даними УЗД, та не підтверджено метастатичне ураження латерального колектору. При ПГД у 2 (3,3%) хворих метастатичні ураження ЛВ шиї після дисекції шиї не було виявлено як і за даними УЗД.

У 14 (23,0%) хворих, у яких за даними передопераційних УЗД не було виявлено підозрілих на метастатичні ЛВ, при проведенні ПГД у видалених шийних лімфатичних вузлах виявлено метастази папілярних карцином. У 13 хворих, що складає 92,9% у виборці не виявлених метастазів та 21,3% усієї когорти досліджених, при ПГД виявлені поодинокі метастази та мікрометастази у клітковині центрального колектору і лише у 1 хворого, відповідно 7,1% та 1,6%, виявлений метастаз в латеральному лімфатичному колекторі.

При післяопераційних обстеженнях було виявлені метастази у 4 прооперованих хворих, що складає 6,6% виборки. Однак ці данні не остаточні, оскільки не всі хворі пройшли післяопераційні обстеження.

**Висновки.** Гіпердіагностика встановлення метастазів ЩЗ за даними дослідження складає 1,6%. У 21,3% хворих були виявлені поодинокі метастази та мікрометастази центрального колектора, та у 1,6% – латеральному, не візуалізовані при передопераційному УЗД. У 6,6% хворих виявлені метастази після проведення хірургічного лікування.

## Визначення обсягу оперативного втручання у пацієнтів на однібічний вузловий ендемічний зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту

М. І. Шеремет

Буковинський державний медичний університет»

**Вступ.** За результатами гістологічного дослідження видаленої тканини ЩЗ у 10,4% пацієнтів виявляють автоімунний тиреоїдит. При цьому у виборі об'єму операції у хворих на ендемічний вузловий однібічний зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту не враховуються патогенетичні механізми виникнення та прогресування автоімунних процесів в тканині щитоподібної залози.

**Мета роботи.** Визначення об'єму хірургічного втручання при вузловому зобі на фоні автоімунного тиреоїдиту з урахуванням активності процесів апоптозу та проліферації, індексу проліферативної активності.

**Матеріали і методи.** На пункційному матеріалі ЩЗ, отриманих від 68 хворих з гістологічно верифікованим діагнозом вузловий зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту проведено імуногістохімічне дослідження шляхом використання моноклональних антитіл проти Ki-67, Fas, FasL, Bcl-2, та P53 антигенів. Другу групу склали 27 хворих, у яких після гемітиреоїдектомії при повторному обстеженні за даними УЗД встановлено збільшення об'єму залишеної частки ЩЗ та формування вузла чи вузлів у ній на фоні вираженої лімфоїдної інфільтрації, а показники рівнів вТ<sub>4</sub> і ТТГ вказували на наявність гіпотиреозу середнього ступеня тяжкості. Діагноз був підтверджений за клінічними даними, даними УЗД та рівнем антитіл до пероксидази (АТПО).

**Результати та їх обговорення.** Результати дослідження показали високу проліферативна активність лімфоїдної тканини, помірну проліферативну активність тиреоцитів в ділянці лімфоїдної інфільтрації і низьку поза нею, що було враховано під час визначення об'єму хірургічного втручання. Очевидно, що достовірне зростання показників проліферації та пригнічення апоптозу, виявлені у віддаленому періоді після хірургічного лікування ВЗАІТ у хворих другої підгрупи призводять до функціональної недостатності та гіперплазії залишеної частки щитоподібної залози. У зв'язку з цим виникає необхідність перегляду вибору об'єму операції у хворих на ВЗАІТ в залежності від вираженості автоімунного процесу і функціональної спроможності залози.

Таким чином, проведений ретроспективний аналіз дозволяє нам розмежувати вибір об'єму операції – гемітиреоїдектомія чи тиреоїдектомія в залежності від функціональної спроможності ЩЗ та показників апоптозу і проліферації у неуразеній вузлом частці залози. При поєднанні досліджуваних показників: об'єм неуразеної вузлом частки ЩЗ більший за 10 см<sup>3</sup>, рівень ТТГ більше за 3,55 мОД/л, вільного Т<sub>4</sub> менше за 12,91 пмоль/л, рівень АТПО більше за 80,25 ОД/мл з показниками лімфопроліферативної активності та апоптозу, зокрема рівнів ІПА Ki-67 вищими за 10,55%, ІРК FasL – за 51%, ІРК Bcl-2 – за 90%, та ІРК p53 нижче 50% і ІРК Fas нижче 43% перевагу слід надавати тиреоїдектомії.

**Висновки.**

1. При однобічному вузловому зобі на фоні аутоімунного тиреоїдиту з підвищеною проліферацією в тканині вузла та низькою в контрлатеральній частці, операцією вибору є гемітиреоїдектомія у поєднанні з розробленим комплексом консервативної терапії в післяопераційному періоді.

2. У пацієнтів з однобічним вузловим зобом на фоні аутоімунного тиреоїдиту із вираженою проліферативною активністю в тканині контрлатеральної частки патогенетично обґрунтованою операцією є тиреоїдектомія.

3. Ризиком розвитку функціональної недостатності та гіперплазії контрлатеральної частки щитоподібної залози після гемітиреоїдектомії у пацієнтів на вузловий зоб на фоні аутоімунного тиреоїдиту можна вважати об'єм неураженої вузлом частки ЩЗ більшу за 10 см<sup>3</sup>, рівень ТТГ більше за 3,55 мОД/л, вільного Т<sub>4</sub> менше за 12,91 пмоль/л, рівень АТПО більше за 80,25 ОД/мл та АТТГ більше за 89,34 ОД/мл., ІПА Кі-67 вище 10,55%, підвищення ІРК FasL вище 51%, підвищення ІРК Bcl-2 вище 90%, зменшення ІРК Fas нижче 43% та ІРК p53 нижче 50%.

## Вдосконалення післяопераційного лікування пацієнтів на вузловий ендемічний зоб на фоні аутоімунного тиреоїдиту

М. І. Шеремет, В. О. Шідловський, Я. В. Гирла

Буковинський державний медичний університет,  
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Найбільш раннім етапом в патогенезі аутоімунного тиреоїдиту (АІТ-у) є окиснення ліпідів та білків клітинних мембран, що відбувається під впливом надлишкової продукції активних форм кисню. В результаті відбувається посилення деструктивних процесів, що можуть бути патогенетичним фактором захворювання. Активація процесів пероксидного окиснення (ПО) залежно від місця генерації, розповсюдження, типу вільних радикалів, тривалості й сили їхньої дії, а також від редокс-статусу клітини можуть мати різні ефекти на сигнальні каскади клітини, транскрипційні фактори, окремі білки-ферменти. Це призводить до виживання клітин, їхньої проліферації чи загибелі шляхом апоптозу.

**Мета дослідження.** Дослідити деякі ланки патогенезу розвитку вузлового ендемічного зобу на тлі аутоімунного тиреоїдиту шляхом вивчення активності процесів пероксидного окиснення ліпідів та білків, апоптозу лімфоцитів периферійної крові та рівня про- та протизапальних цитокінів до- та у віддаленому періоді після оперативного втручання таких пацієнтів та розробити ефективні методи профілактики післяопераційних ускладнень.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежили 80 жінок з вузловим ендемічним зобом на фоні аутоімунного тиреоїдиту (ВЕЗАІТ). У всіх хворих оцінювали активність ПО та антиоксидантного захисту (АОЗ). Визначали вміст лімфоцитів, що несуть маркер апоптозу – CD95 + рецептор та рівень аннексину V+. В плазмі крові визначали вміст ФНП-α, INF-γ та ІЛ-1β. Вивчали ці ж показники у крові та плазмі 30 практично здорових донорів. Контрольна (I) група хворих в післяопераційному періоді отримували лише знеболюючі препарати. Дослідна (II) група хворих, крім цього лікування, за добу до операції та щоденно після неї (на протязі 4–5 діб) внутрішньовенно отримувала по 300



Од берлігіону, а після виписки – Берлігіон® ОРАЛЬ по 1 таб. (300ОД) на добу протягом 1 місяця. При проведенні комплексної терапії до стандартною схемою додавалися ін'єкції препарату «Лімфоміозот» внутрішньом'язево. Це препарат, який, за даними літератури покращує процеси дренажу міжклітинної простору, лімфовідток і мікроциркуляції, нормалізує імунологічний захист організму, відновлює роботу імунно-ендокринної системи організму. Хворі обох груп не відрізнялись за об'ємом оперативного втручання та методом інтраопераційного знеболення. Слід відмітити, що хворі обох груп до операції отримували замісну терапію L-тироксином (з розрахунку 1,6 мкг./кг./добу). 7 пацієнток дослідної групи були фертильного віку.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що у хворих на ВЕЗАІТ після комплексного лікування відбувалось зниження активності процесів ПО та активація систем АОЗ на протязі всього періоду спостереження. Після проведення комплексної терапії у пацієнтів на ВЕЗАІТ мала місце вірогідне зниження рівня цитокінів – концентрація TNF- $\alpha$ , INF- $\gamma$  та ІЛ – 1 $\beta$  в сироватці крові пацієнтів II-ої групи зменшилась майже у 2 рази. Поряд з цим, кількість аннексін V-презентуючих клітин лімфоцитів та середній вміст CD95 + лімфоцитів наближались до контрольних показників.

При ультразвуковому дослідженні через 1 та 6 міс. У пацієнтів II-ої групи відзначається достовірне зниження загального об'єму щитоподібної залози, при цьому відмічалась більш інтенсивне відновлення її функціонального стану. Така ж динаміка характерна й для показників антитіл до пероксидази. Через 2–3 роки після оперативного втручання рівень тиреотропного гормону практично не відрізнявся від такого у донорів, а у п'яти жінок фертильного віку вагітність та пологи пройшли без ускладнень.

**Висновки.** Застосування запропонованої лікувальної тактики та діагностично-лікувального комплексу дозволило:

1. Зберегти функціональну активність тиреоїдної тканини і уникнути постійного застосування замісної терапії.
2. Знизити імовірність прогресування автоімунних та оксидантних процесів в тиреоїдному залишку (на 79,3%).
3. Виключити імовірність розвитку рецидивів вузлового зоба на фоні автоімунного тиреоїдиту.

## Інтраопераційна ідентифікація нервів гортані при операціях на щитоподібній залозі

В. О. Шідловський, М. П. Дивак, О. В. Шідловський, А. М. Дивак,  
В. І. Тимець, П. В. Комар

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,  
Тернопільський національний економічний університет

**Вступ** Інтраопераційні травми нервів гортані є найпоширенішим ускладненням операцій з приводу зоба. Частота їх стабільна і становить за даними літератури від 0,3 до 12%. Використання існуючих методів нейромоніторингу не знижує частоти парезів гортані і післяопераційних розладів її голосової функції. Їхні технічні характеристики дозволяють встановити лише цілісність нерва і не дають можливості ідентифікувати його серед тканин операційної рани для запобігання травмування.

**Мета** Розробити метод і технологію ідентифікації нервів гортані серед тканин операційної рани при виконанні операцій на щитоподібній залозі.

**Об'єкт і методи дослідження** Для реалізації методу розробили пристрій, який складається з генератора струму заданих характеристик, сенсора звукових сигналів (мікрофон), блоку опрацювання інформації та її відображення. Метод базується на реєстрації змін звукових коливань повітря над голосовими зв'язками на відосі при подразненні нервів гортані електричним струмом з заданими параметрами. При електростимуляції нервів гортані змінюється натяг і положення голосових зв'язок, що і спричиняє зміни характеристик звуку видиху. Експериментально визначені параметри сили струму, величини електропотенціалу і частоти імпульсів для електростимуляції тканин у рані. До обраних характеристик струму високу чутливість і провідність має тканина нерва і низьку – м'язи та інші тканини рани.

Технологія методу полягає в наступному: 1. Операція проводиться під довенним наркозом без міорелаксантів з ларингеальною маскою на спонтанному диханні. В про-світі маски розміщений мікрофон для фіксації звукових коливань видиху. 2. Пасивний електрод – голка вколюється в ділянці дельтовидного м'яза. 3. Активним електродом подразнюються тканини операційної рани в трьох ділянках проходження нервів гортані: нижніх полюсів часток залози, входження поворотних нервів в гортань, зовнішньої гілки верхніх гортанних нервів. 4. По змінах величин амплітуди і частоти звукових коливань визначається нервова тканина (нерв) або ділянка його проходження.

Електрофізіологічну ідентифікацію поворотних і верхніх гортанних нервів виконано інтраопераційно у 200 хворих, оперованих з приводу зоба. Всього провели 354 дослідження по ідентифікації нервів гортані. З них однобічних – 46 і двобічних – 308.

**Результати та їх обговорення** У першій ділянці, на рівні нижніх полюсів щитоподібної залози, ідентифіковані нерви у 327 і неідентифіковані – у 27 випадках. У другій ділянці серед тканин операційної рани ідентифіковані поворотні нерви у 337 дослідженнях і неідентифіковані – у 17. Ситуації з неідентифікованими нервами мали місце переважно при загрудинній локалізації вузлів, операціях з приводу раку залози, рецидивного та багатовузлового зоба великих розмірів з вираженим компресійним синдромом. У всіх випадках неідентифікованих нервів з допомогою розробленого методу були встановлені ділянки їх проходження. Зовнішню гілку верхнього гортанного нерва з 354 досліджень ідентифіковано у 329 (92,9%). Неможливість ідентифікації зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва у цих випадках може бути зумовлена багатьма факторами. Серед них ми виділяємо такі як високе відходження верхнього гортанного нерва від блукаючого, абож високим входженням зовнішньої його гілки під нижній скорочувач глотки і проходження під ним на всьому протязі.

#### **Висновки.**

1. Розроблена технологія дозволяє безпомилково інтраопераційно ідентифікувати нерви гортані, абож виявляти ділянки їх проходження і уберегти пацієнтів від парезів гортані.

2. Техніка проведення інтраопераційної ідентифікації нервів гортані проста і невибаглива, не має впливу сторонніх факторів і умов на результати дослідження. Проти-показань до застосування методу немає.

## Поєднане використання склеротерапії та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії у лікуванні вузлового зоба

О. В. Шідловський, С. І. Квач

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Поєднане застосування склеротерапії етанолом (СЕ) та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії (ЛІТТ) для лікування кістозних вузлів в літературі відоме. Однак широкого застосування ця технологія лікування не отримала. Стримуючими факторами впровадження є нез'ясовані питання показань і протипоказань, технології та режимів проведення, оцінки безпосередніх та віддалених результатів.

**Мета дослідження.** Розробити технологію лікування вузлового кістозного зоба з використанням комбінації склеротерапії етанолом (СЕ) та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії (ЛІТТ), оцінити прогностичні фактори ефективності, віддалені результати і побічні ефекти лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проліковано 136 пацієнтів віком від 28 до 62 років, хворих на вузловий кістозний зоб, серед них 125 жінки і 11 чоловіків, тривалість захворювання на зоб становила від 7 до 23 років. Індивідуальні об'єми вузлів були від 1,3 до 10,2 см<sup>3</sup> ( $4,31 \pm 0,24$ , довірчий інтервал  $3,84 - 4,77$  см<sup>3</sup>). За результатами гормональних досліджень у всіх хворих був еутироїдний стан.

Методи дослідження: клінічні, цитологічні, гормональні (ТТГ, Т3 та Т4 вільні, АТТПО, кальцитонін), інструментальні (УЗД, КТ);

Показаннями до лікування розробленою технологією вважаємо: ріст вузлів у динаміці спостереження протягом року на 10% та більше, та вузли з кістозною дегенерацією при об'ємі рідинного компоненту від 20 до 80%.

Етапність і послідовність лікування вузлів з кістозною дегенерацією поєднанням СЕ і ЛІТТ наступна: першим етапом є застосування СЕ запропонованою методикою для впливу на слизпродукуючі клітини; завершений етап СЕ – за даними УЗ ознаки відсутності рідинного компоненту; другим етапом – ЛІТТ для впливу на тканинний компонент.

**Результати та їх обговорення.** Використання 70% розчину етилового спирту призвело до зникнення кістозної порожнини у терміни до 9 місяців.

Усі гіпоехогенні вузли замістились на сполучну тканину до терміну 9 місяців і не потребували повторної процедури лікування. Ізоехогенні вузли замістились на сполучну тканину в період до 12 міс і лише у 12% випадків потребували повторного сеансу ЛІТТ. Гіперехогенні вузли потребували повторного використання ЛІТТ і замістились на сполучну тканину в період 15 – 18 міс. Встановлено, що використання малоінвазивних технологій не впливає на функціональну активність щитоподібної залози.

### Висновки.

1. Поєднане застосування СЕ та ЛІТТ показане хворим у лікуванні вузлів з кістозною дегенерацією при об'ємі рідинного компоненту від 20 до 80%.
2. При дотриманні технології та етапності проведення лікування вузлів щитоподібної залози, ефективність становить 99,2%;
3. Поєднання методик СЕ та ЛІТТ не мають патологічного впливу на структуру і функцію щитоподібної залози.

## Зміни тяжкості клінічних проявів тиреотоксичної кардіоміопатії – визначальні показники віддалених результатів хірургічного лікування хворих на токсичний зоб

В. О. Шідловський, С. І. Сміян, В. В. Кравців, Г. П. Гаплик

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Хірургічне лікування тиреотоксикозу не завжди покращує життєвий прогноз. Такі ситуації зумовлені наявною на час лікування тиреотоксичної кардіоміопатії (ТТ-КМП) і її ускладнень: фібриляції передсердь (ФП), серцевої недостатності, структурних і функціональних змін серцевого м'яза, які після операції не зазнають зворотніх змін. З огляду на це стає очевидним, що в оцінці віддалених результатів хірургічного лікування таких хворих слід враховувати варіанти наслідків ТТКМП після досягнення стійкого еутиреозу.

**Мета.** Удосконалення методики оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на токсичний зоб з урахуванням змін тяжкості клінічних проявів ТТКМП.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 150 хворих, оперованих з приводу токсичного зоба: середнього ступеня тяжкості (ТТСТ) – 48 і тяжкого (ТТТ) – 102. Тяжкість ТТКМП і її ускладнень до операції та через рік після неї вивчали за показниками функціональних тестів, добового моніторингу ЕКГ, ехокардіографії. Тестами оцінки віддалених результатів були зміни загального стану хворих, показників фізичної активності, структурно–функціональних розладів міокарда, функціонального класу (ФК) хворих з серцевою недостатністю, розладів ритмічності серцевої діяльності. Для оцінки віддалених результатів розробили наступні градації: повний регрес клінічних і інструментальних проявів ТТКМП та відновлення фізичної активності і працездатності (добрий результат); безсимптомна дисфункція міокарда, яка діагностується за даними ЕхоКС, обмеження фізичної активності та працездатності (задовільний результат); збереження клінічних і інструментальних ознак ТТКМП і втрата працездатності (незадовільний результат, та неефективне лікування).

**Результати та їх обговорення.** При обстеженні через рік після операції у групі хворих на ТТСТ 13 пацієнтів відмічали себе здооровими. У них ФК з II змінився на I ступінь, а показники діастолічної і систолічної функцій серця змінились до меж норми. Ще у 22 покращились показники фізичної активності, діастолічної і систолічної функцій серця, зникли наявні до операції розлади ритмічності серцевої діяльності. Однак ФК не змінився і залишився на рівні II ступеня тяжкості. У однієї пацієнтки ФК, розлади серцевого ритму і показники фізичної активності не змінились. Отже у цій підгрупі добрий і задовільний результат лікування отримано у 47 (98,0%) хворих і незадовільний – у 1 (2,0%). З 102 хворих на ТТТ 9 з них оцінювали загальний стан як добрий: ФК змінився з II на I ступінь тяжкості, покращились до меж норми структурно–функціональні показники серцевого м'яза. Ще 36 хворих відмічали покращення загального стану, збільшення фізичної активності, а наявні у 20 з них розлади серцевого ритму трансформувались у правильний синусовий ритм. У 57 випадках не встановлено змін на краще у показниках фізичної активності, розладах ритмічності серцевої діяльності і структурно–функціональних показниках діяльності серцевого м'яза. Віддалені результати як добрі і задовільні у цій групі оцінені у 45 (44,1%) випадках, а незадовільні – у 57 (55,9%).

## Висновки.

1. Основними тестами оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ТЗ ускладнений ТТКМП є зміни показників фізичної активності, функціонального класу, розладів ритмічності серцевих скорочень та структурно-функціональних показників діяльності серця.

2. Некореговані в післяопераційному періоді розлади ритмічності серцевої діяльності є показником запізненого, несвоечасного хірургічного лікування хворих на токсичний зоб.

## Порівняльний аналіз двох 10-річних періодів (1996–2005 та 2006–2015 рр) щодо виконання органозберігаючих операцій з приводу папілярного раку щитоподібної залози

І. Р. Янчій, М. Ю. Болгов

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

В роботі порівняно динаміку виконання органозберігаючих операцій (ОЗО) у пацієнтів із групи підвищеного ризику щодо розвитку потенційно радіогенних папілярних карцином (ПК) щитоподібної залози (ЩЗ) (діти та підлітки на час аварії на ЧАЕС). До того ж проаналізовано у порівняльному аспекті клініко-морфологічні характеристики, результати лікування та причини обраної тактики хірургічного втручання пацієнтів із зазначеними карциномами.

Визначено, що впродовж як першого періоду (1996–2005 рр), так і другого (2006–2015 рр), частка пацієнтів з групи підвищеного ризику від загальної кількості пацієнтів з ПК ЩЗ, прооперованих в клініці, була майже однаковою – 38,8% та 40,2%, відповідно. Між тим, частота виконання ОЗО у 2-му періоді була вірогідно ( $p < 0,01$ ) вищою (307 із 1627 чи 18,9%) ніж у 1-му 10-річчі (83 із 691 чи 12,0%).

В обох періодах переважну більшість (95,2% та 93,2%) недостатньо радикально прооперованих пухлин являли собою карциноми з низьким потенціалом злоякісності – мікрокарциноми та інкапсульовані ПК ЩЗ. однаковою була й основна причина виконання ОЗО – неможливість встановлення чіткого діагнозу на передопераційному етапі (в 69,2% та 67,3%, відповідно, за ТАПБ не було навіть підозри на злоякісний процес). Не дивлячись на те, що всі ПК були потенційно радіогенними, лише 21,7% пацієнтів в 1-му періоді та 34,5% у 2-му періоді погодились на проведення повторної радикальної операції, і детермінуючим фактором при цьому являвся розмір пухлини.

Аналіз спостереження за пацієнтами з ПК ЩЗ при ОЗО, котрі регулярно проходять обстеження в клініці, довів, що частка рецидивів була незначною: 0 із 49 в 1-му періоді та 2 із 86 (2,3%) у 2-му періоді, і віддалені метастази були відсутні.

Таким чином, порівняльний аналіз двох 10-річних періодів (1996–2005 та 2006–2015 рр) щодо виконання ОЗО з приводу папілярного раку ЩЗ засвідчив, що як абсолютна кількість, так і відсоткова частка таких оперативних втручань вірогідно збільшувалась на тлі низького відсотку рецидивів. Це співпадає з сучасною точкою зору провідних фахівців в галузі тиреоїдної хірургії щодо недоцільності надлишкової радикалізації у лікуванні карцином з низьким потенціалом агресивності (солітарні інкапсульовані ПК та мікрокарциноми), а наші власні дані свідчать, що для потенційно радіогенних ПК, для яких раніше рекомендували виконувати виключно тиреоїдектомію, також можна застосовувати органозберігаючий хірургічний підхід.

# 12

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ



## Аналіз стану здоров'я та якості життя донорів нирки у віддаленому післяопераційному періоді

С. Р. Вільданов, О. С. Никоненко, А. О. Никоненко, Д. А. Буга, І. В. Русанов

Запорізький державний медичний університет,  
Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Керівним принципом у трансплантології має бути збереження здоров'я прижиттєвих органних донорів і необхідність подальшого їх спостереження, щоб потенційні несприятливі наслідки прижиттєвого органного донорства не могли негативно вплинути на здоров'я і життя донора (Шкомова Е.М., 2016). Деякі автори (Geir Mjoen, 2014; Yan Yang, 2015) наводять дані про збільшення ризику ниркової недостатності після донорської нефректомії.

**Мета роботи:** вивчити та оцінити стан здоров'я донорів нирки у віддаленому післяопераційному періоді.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано історії хвороби 37 родинних донорів нирки, яким виконана донорська нефректомія в період з 2014 р. по 2017 р. Середній вік пацієнтів був  $48,3 \pm 9,7$  роки, чоловіків було 19 (51%), жінок 18 (49%). Згідно з віковою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (2015 р.) донори були розподілені на 3 групи: молодий вік (22–44 р.) – 8 (21%), середній вік (44–60 р.) – 24 (65%), похилий вік (60–75 р.) – 5 чоловік (14%). У віддаленому післяопераційному періоді ( $1,9 \pm 1,1$  роки) вивчали рівень протеїнурії, азотемії, швидкість клубочкової фільтрації (розраховували за формулою Cockcroft–Gault). Якість життя донорів нирки оцінювали за допомогою опитувальника Medical Outcomes Study–Short Form–36.

**Результати та їх обговорення.** При передопераційному обстеженні донорів в середньому визначали: вміст білку в сечі  $0,01 \pm 0,02$  г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові  $93,1 \pm 26,8$  мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації  $78,9 \pm 24,5$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>. У віддаленому післяопераційному періоді визначили наступні середні показники. В групі донорів молодого віку: вміст білку в сечі  $0,001 \pm 0,01$  г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові  $93,5 \pm 20,9$  мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації  $77,6 \pm 22,2$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>; фізичний компонент здоров'я  $51,3 \pm 6,7$ , психологічний компонент здоров'я  $54,2 \pm 7,9$ . В групі донорів середнього віку: вміст білку в сечі  $0,007 \pm 0,01$  г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові  $91,7 \pm 21,6$  мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації  $77,8 \pm 23,7$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>; фізичний компонент здоров'я  $51,5 \pm 7,1$ , психологічний компонент здоров'я  $55,2 \pm 7,9$ . В групі донорів похилого віку: вміст білку в сечі  $0,009 \pm 0,01$  г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові  $92,3 \pm 20,3$  мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації  $74,8 \pm 23,9$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>; фізичний компонент здоров'я  $50,6 \pm 7,2$ , психологічний компонент здоров'я  $54,8 \pm 7,5$ . Відмінності між групами статистично недостовірні ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, при адекватній селекції пари донор–реципієнт на основі комплексного обстеження, трансплантація нирки являється не тільки ефективним методом лікування термінальної стадії хронічної ниркової недостатності, а й безпечна для здоров'я та подальшої ниркової функції донора. Однак потребується подальше вивчення цього питання з включенням більшої кількості респондентів.

### Висновки:

1. Депураційна ниркова функція у прижиттєвих донорів у віддаленому періоді після нефректомії збережена.
2. Фізичний та психологічний компоненти здоров'я донорів різних вікових груп зіставні.

## Профілактика дисфункції перитонеального катетера у больных с терминальной стадией почечной недостаточности

В. В. Грянила, А. Б. Кебкало, З. З. Парацизь, Ю. Б. Минин, С. Д. Билик

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

**Актуальность.** Перитонеальный диализ (ПД) в течение последних лет широко используется в качестве метода заместительной терапии почек у пациентов с почечной недостаточностью на конечной стадии. Одной из проблем, связанных с функционированием перитонеального катетера является его механическая дислокация из малого таза и окутывание прядью большого сальника.

**Цель исследования.** Уменьшить количество дисфункций перитонеального катетера путем использования лапароскопической фиксации, парциальной оментэктомии и вливания растворов гиалуроновой кислоты.

**Материалы и методы.** Первая группа – 18 пациентов, которым лапароскопически был поставлен перитонеальный дренаж Tenkoff. Вторая группа – 16 пациентов, которым перитонеальный катетер был установлен в малый таз с фиксацией к передней брюшной стенке, частичной резекцией пряди большого сальника и введением 250 мл гиалуроновой кислоты в составе противоспаечного раствора Defensal. Пациенты наблюдались в течение 5 лет. Режимы проведения перитонеального диализа были одинаковыми. Пациенты сопоставимы по возрасту, полу и заболеваниям приведшим к терминальной стадии почечной недостаточности.

**Результаты.** В первой группе пациентов: у 9 дислокация возникла в первый год после постановки катетера, у 3 на второй год, у 2 на третий год и у одного на четвертый. Из 14 пациентов с дислокацией катетера, у 12 она сопровождалась окутыванием сальника. У 12 пациентов удалось выполнить лапароскопическую коррекцию, 2 перешли на гемодиализ. У 4 из 14 пациентов лапароскопическая коррекция повторялась дважды. Во второй группе пациентов: у 2 окутывание большим сальником возникло в первый год после постановки катетера, у 1 – на второй и у 1 – на третий год. У всех пациентов была выполнена лапароскопическая коррекция. Таким образом, у пациентов первой группы осложнение в виде дисфункции перитонеального катетера возникло в 77% случаев, причем у половины в первый год после постановки. Во второй группе пациентов осложнения в виде окутывания катетера возникли в 25% случаев.

**Выводы.** Использование предложенной одномоментной методики лапароскопической фиксации перитонеального катетера Tenkoff с парциальной оментэктомией и внутрибрюшным введением гиалуроновой кислоты приводит к уменьшению дисфункции дренажа в 3,1 раза ( $p < 0,01$ ).



## Інфікованість цитомегаловірусною інфекцією пар доно́р–реци́пієнт при трансплантації нирки від живого родинного доно́ра, та ймовірність її розвитку у залежності від імунологічного стану у реципієнтів

Р. О. Зограб'ян, С. М. Бочарніков, В. П. Закордонець

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** Цитомегаловірус (ЦМВ) патогенний для людей різного віку та може викликати у них ряд захворювань. В той же час при послабленню імунітету вірус може визивати генералізоване ураження організму. Таким чином, реципієнти ниркового трансплантату, отримавши імуносупресивну терапію, попадають у групу високого ризику розвитку тяжкої форми ЦМВ–інфекції. Оцінка передопераційного імунологічного ЦМВ–статусу як у доно́ра так, і у реципієнта має важливе значення для визначення оптимальної тактики профілактики цього грозного ускладнення та покращення результатів алотрансплантації нирки (АТН).

**Мета.** Оцінити ЦМВ–статус пар доно́р (Д), реципієнт (Р) в передопераційному періоді, та визначити ймовірну залежність розвитку ЦМВ–інфекції, від рівня специфічного імуноглобуліну G (Ig G) крові у реципієнтів ниркового алотрансплантату.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 39 пар Д/Р, прооперованих у 2016р. в ДУ «НІХТ ім. О.О. Шалімова» НАМН України. Для діагностики інфікованості пацієнтів ЦМВ в передопераційному періоді використовувався імуноферментний метод виявлення специфічного імуноглобуліну G крові. Одиниця виміру–IU/ml: 0–0,4.–негативний, 0,41–2,0.–слабопозитивний, 2,1–10.–позитивний, 10 та більше–сильнопозитивний, що відображає рівень анти–ЦМВ антитіл. Для оцінки впливу даного показника на вірогідність розвитку активної ЦМВ інфекції в післятрансплантаційному періоді ми порівняли її частоту у реципієнтів з рівнем Ig G до (група 1) та більше 2,0 IU/ml (група 2). Передопераційний статус пар та протокол імуносупресивної терапії (базіліксимаб, такролімус, міфортік та медрол) в групах не відрізнялися. Профілактику ЦМВ проводили в парах Д+Р+, Д–Р+ та Д–Р– валацикловіром, для пар Д+Р– – вальцитом.

### Результати

Розподіл ЦМВ–статусу пар Д/Р, склався та виглядає наступним чином:

- доно́р (+)/реципієнт (+) – 71,7%, (28 із 39)
- доно́р (+)/реципієнт (–) – 15,3% (6 із 39)
- доно́р (–)/реципієнт (+) – 10,3% (4 із 39)
- доно́р (–)/реципієнт (–) – 2,6% (1 із 39)

Таким чином інфікованість вірусом доно́рів та реципієнтів виявилася досить високою, що також представляє собою високий ступінь ризику розвитку ЦМВ–інфекції у пацієнтів після алотрансплантації доно́рської нирки на фоні прийому імуносупресивної терапії.

У 16 з 39 реципієнтів до операції рівень специфічного анти–ЦМВ IgG був < 1.9 IU/ml (41%). У 8 з 16 таких реципієнтів (50%) у післяопераційному періоді виникли епізоди активної ЦМВ–інфекції. Реципієнти, у яких до операції рівень імуноглобуліну IgG був > 2.0 IU/ml, склали 59% (23 із 39). У 3 з 23 таких реципієнтів (13%) у післяопераційному періоді виникли епізоди активної ЦМВ–інфекції, що суттєво менше, ніж у першій групі.

### Висновок:

Дослідження рівня анти–ЦМВ IgG крові перед трансплантацією нирки як у доно́ра, так і у реципієнта може бути додатковим маркером для прогнозування ризику розвитку у реципієнта активної ЦМВ–інфекції та розробки адекватної профілактичної тактики.

## Сечовий затік як ускладнення після алотрансплантації нирки

Р. О. Зограб'ян, В. П. Закордонець, О. С. Вороняк

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова, м. Київ

**Вступ.** Алотрансплантація нирки є оптимальним методом лікування термінальної хронічної ниркової недостатності. Частка урологічних ускладнень після даної операції, за даними літератури, складає від 8.5 до 30%. До них відносяться стеноз чи некроз сечоводу або ниркової мисочки, некроз паренхіми нирки чи стінки сечового міхура, міхурово-сечовідний рефлюкс, висхідна інфекція сечовивідних шляхів і трансплантата. Одним із проявів їх може бути сечовий затік (СЗ), частота якого, за даними різних авторів, складає від 3 до 6%. Ризик їх виникнення значно збільшується у хворих, які тривалий час знаходяться на лікуванні діалізом. Після початку нирково-замісної терапії видільна функція нирок зменшується, у переважній більшості хворих виникає олігоанурія (у 79,5% таких пацієнтів добовий діурез складає 50–100 мл), внаслідок чого знижується функціональна активність сечовивідних шляхів. Сечові затьки потребують прицільної уваги, оскільки можуть призвести до втрати трансплантата і навіть реципієнта.

**Мета.** Проаналізувати частоту виникнення сечових затьоків у пацієнтів з термінальною хронічною нирковою недостатністю після алотрансплантації нирки.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проаналізовано результати 471 операції трансплантації нирки виконаних в НІХіТ ім. О.О. Шалімова з 2000 по 2017 рр. З них 441 – від живого родинного, а 30 – від трупного донора. Середній вік реципієнтів був  $28.5 \pm 23.5$  років. Середній час перебування на діалізі складав  $70.8 \pm 81.2$  місяців. Формування уретероцистоанастомозів проводили по методиках Ліч–Грегуара (349 випадки) або Брауна–Мебеля (122 випадки). Стентування сечоводів ниркових алотрансплантантів виконувалось у 10% випадків.

**Результати.** Виникнення сечового затьоку було діагностовано у 20 (4.2%) пацієнтів. У групі пацієнтів, яким формували анастомоз за методикою Ліч–Грегуара частота сечових затьоків склала 3.72% (13 випадків), а за методом Брауна–Мебеля 5.7% (7 випадків). При живій родинній трансплантації виникнення сечового затьоку відмічено у 14 пацієнтів (3.6%), при трупній алотрансплантації – у 4 пацієнтів (13%). У додіалізних реципієнтів, а також тих, хто знаходилися на діалізі менше 3 років, зі збереженим діурезом (351 пацієнт) – частота виникнення сечових затьоків склала 3.41% (12 випадків). У пацієнтів з анурією більше трьох років (120 пацієнтів) частота виникнення сечових затьоків склала 6.67% (8 випадків).

Причиною СЗ були: неспроможність уретероцистоанастомозу – у 11 хворих, некроз стінки сечоводу – у 6, некроз стінки ниркової мисочки – у 1, некроз ділянки паренхіми з виникненням чашкової нориці – у 2. У 12 пацієнтів виконано резекцію некротизованого участка сечоводу з формуванням неоуретероцистоанастомозу, 6 – нефректомія на стороні операції та формування піелоуретероанастомозу або уретероуретероанастомозу з власним сечоводом і трансплантантом, у 2 пацієнтів – ушивання паренхіми нирки. Усі операції закінчували дренажування мисочки трансплантованої нирки стентом у 19 та нефростомією – у 1 хворого. В 19 випадках отримано позитивний результат, проте один випадок закінчився трансплантатектомією.

**Висновки.** Сечові затьки після трансплантації нирки зустрічалися у 4.2% випадків. Фактором ризику виникнення СЗ була тривала анурія (більше трьох років) до операції.

Своечасна хірургічна корекція цього ускладнення в переважній більшості випадків дає позитивний результат, дозволяє зберегти трансплантований орган та життя реципієнта.

## Трансплантација селезеночной аутооткани после вынужденных спленэктомий при травматических повреждениях селезенки

П. Н. Замятин, М. М. Круглова

Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины,  
Харьковский национальный медицинский университет

**Вступление.** Как известно, сохранение 1/3 части селезенки позволяет сохранить функциональные свойства органа. Учитывая, что сам факт функциональной активности селезеночного имплантата установлен и не вызывает сомнений, для практической хирургии важным является определение оптимального вида, места и размеров имплантатов.

**Цель.** Определить оптимальный размер, вид и место для селезеночных аутоимплантатов.

**Объект и методы исследования.** Трансплантация селезеночной аутооткани (ТСА) была выполнена у 71 пострадавшего с повреждениями селезенки 3-мя способами. Имплантация паренхимы у 54 пострадавших производилась по традиционным методикам чаще всего в сформированный карман большого сальника в виде мелких фрагментов до 5 мм (способ 1). При этом селезенка в объеме 1/3–2/5 измельчалась и помещалась чаще в сформированный фартук большого сальника, реже брыжейку тонкой кишки либо забрюшинно.

У 14 пострадавших использовался разработанный нами способ ТСА в круглую связку печени (КСП) (способ 2). Главный принцип способа заключается в следующем: после спленэктомии селезенка гомогенизируется с помощью специальной терки, через перфорационное отверстие в КСП проводится дренажная силиконовая трубка, диаметром до 0,5 см с боковыми перфорационными отверстиями, на всю глубину связки. Дистальный конец дренажной трубки выводится на переднюю брюшную стенку через дополнительный разрез. Гомогенизированная селезеночная ткань набирается в объеме до 100,0 мл в шприц типа Жане и под давлением нагнетается в КСП, за счет чего удается имплантировать более 1/2 паренхимы удаленной селезенки.

В 3 случаях произведена лапароскопическая спленэктомия с последующей ТСА с использованием минилапаротомного ранорасширителя – способ 3, суть которого заключается в следующем: после выполнения лапароскопической диагностики, устанавливаются набор для минилапаротомных операций фирмы Лига-7, выделяется КСП. Подготовленная заранее гомогенизированная измельченная селезеночная ткань под давлением нагнетается в КСП, куда также устанавливается дренажная трубка с боковыми отверстиями. В послеоперационном периоде через дренажную трубку в КСП вводятся антибиотики и антиоксиданты.

**Результаты и их обсуждение.** Способ 1 – принципиальных отличий в зависимости от вида пересаживаемой ткани нами не получено. Исследование дальнейшего состояния аутооттрансплантата в ближайшем послеоперационном периоде при доплерографии продемонстрировало наличие солидного образования в большом сальнике, а также возникновение кровотока в этой структуре.

Способ 2 позволяет выполнить ТСА в условиях массивной микробной контаминации на фоне перитонита и парапанкреального воспаления.

Преимуществами способа 3 являются возможности проведения постимплантационного местного лечения с введением через дренажную трубку лекарственных препаратов, имплантации в отдаленном послеоперационном периоде после стабилизации общего состояния больного, ТСА при наличии перитонита, ТСА при лапароскопических спленэктомиях, дренирования очага при развитии гнойно-септических осложнений зоны имплантата.

**Выводы.** Таким образом, нами доказана эффективность всех способов ТСА, при этом меньшее количество противопоказаний установлено для выполнения ТСА двумя последними способами.

## Реконструкція венозного відтоку при трансплантації лівої латеральної секції печінки

О. Г. Котенко, Д. О. Федоров, О. О. Попов, О. В. Гриненко, А. В. Гусев,  
М. С. Григорян, О. О. Коршак, О. М. Остапишен

Національний інститут хірургії та трансплантації ім. О. О. Шалімова, м. Київ

**Вступ:** Трансплантація частини печінки від живого родинного донора є золотим стандартом лікування термінальних стадій захворювань печінки, в тому числі у дітей. В якості трансплантату у цієї групи пацієнтів використовують ліву латеральну секцію донора. Це обумовлено малими розмірами черевної порожнини дитини та анатомічною будовою лівої латеральної секції. Головною проблемою реконструкції печінкових вен (ПВ) при трансплантації лівої латеральної секції є варіантна анатомія донора з відсутністю загального устя ПВ, яка робить неможливим використання стандартного способу анастомозування, що включає накладання анастомозу між лівою ПВ трансплантата та загальним єдиним устям ПВ реципієнта.

**Мета дослідження:** Вивчити результати 45 трансплантацій лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора та розробити алгоритм вибору способу венозної реконструкції ПВ при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора.

**Матеріали і методи:** 45 педіатричних реципієнтів віком 6–36 міс та їх донори були включені до дослідження. Анатомія ПВ донорів та реципієнтів оцінювалась за результатами контрастної комп'ютерної томографії. Ми адаптували відому класифікацію варіантів будови устя лівої та серединної ПВ за Nakamura з позиції венозної реконструкції, та виділили чотири типи будови. Тип А – ПВ 2–3 сегментів печінки формують єдине устя лівої ПВ довжиною не менше 5 мм. Тип В – ПВ 2–3 сегментів печінки формують єдине устя лівої ПВ але його довжина менша 5 мм. Тип С – роздільне впадіння ПВ 2–3 сегменту трансплантату на відстані менш ніж 5 мм. Тип D – роздільне впадіння ПВ 2–3 сегменту трансплантату на відстані більший ніж 5 мм. Донори з анатомією за типом А придатні для виконання стандартного методу анастомозування. Для донорів з типами В, С, D нами запропоновані способи реконструкції.

**Результати:** З 45 обстежених донорів 30 (66,6%) мали анатомічний тип А, 4 (8,8%) мали тип В, 6 (13,3%) мали тип С та 5 (11,1%) мали тип D. Таким чином в 66,6% трансплантацій ми використали стандартний спосіб анастомозування ПВ. Для інших 33,3% ми викори-

стали один з наступних методів реконструкції: 1) Циркулярна венозна пластика аутовенозною вставкою з біфуркації ворітної вени реципієнту з формуванням загального устя ПВ Sg2–3, була виконана в 3 випадках з анатомією типу В; 2) Формування єдиного устя ПВ трансплантата шляхом пластики бокових стінок роздільно ПВ Sg2–3, що впадають роздільно. Використано у 5 випадках при анатомії типу С; 3) Забір трансплантату лівої латеральної секції печінки з устям серединної вени для формування єдиного устя ПВ трансплантату. Виконано в 4 випадках при анатомії типу D. В післяопераційному періоді не спостерігали жодного випадку стенозу або тромбозу ПВ. 30–денна летальність склала 3 випадки (6,6%). Однорічна виживаність – 77,7%.

**Висновки:** Анатомія донора визначає спосіб реконструкції ПВ трансплантату. В 33,3% випадків необхідне застосування одного із запропонованих способів реконструкції ПВ, які розширюють анатомічні покази до донування та дозволяють використовувати донорів із будь-якою анатомією ПВ.

## Динаміка гуморальної ланки імунітету при застосуванні трансмембранного діалізу

П. В. Лященко, В. П. Кришень, М. В. Трофімов, С. І. Баранник,  
С. О. Мунтян, В. М. Грабчук, В. І. Діденко, С. І. Вальчук

Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги,  
Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 2

### Вступ

За останні роки спостерігається зростання кількості хворих з занедбаними формами перитоніту зокрема у осіб похилого віку, що характеризується агресивним перебігом, високим відсотком післяопераційних ускладнень. Як наслідок це приводить к великим економічним та медико–соціальним збиткам. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до розробки нових або удосконалення відомих способів санації черевної порожнини, які б могли перешкоджати розвитку прояву синдрому поліорганної недостатності (СПОН).

### Мета дослідження

Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

### Об'єкт і методи дослідження

Всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи: Група спостереження (ГС) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз (ІСТД). Група порівняння (ГП) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз (ТД) не застосовували.

Для проведення (ТД) використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози яку заповнювали кремнеземним сорбентом.

Наявність порушень ланок гуморального імунітету оцінювали за вмістом у сироватці крові Ig–А (норма 1 – 4,5 г/л.).

**Результати та їх обговорення.** У хворих ГС у яких застосовували інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз концентрація Ig–А в сироватці крові початково та в 1–у і 3–ю добу раннього післяопераційного періоду можливо було порівняти з даними ГП ( $p > 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,05$ , відповідно). Однак, у ГС в порівнянні з ГП на 5–у та 10–у

добу післяопераційного періоду спостерігалось більш стрімке збільшення концентрації Ig-A сироватці крові хворих на розповсюджений перитоніт, що склала 5,1 коливаючись від 4,6 до 6,3 г/л проти 4,6 коливаючись від 3,8 до 5,2 г/л ( $p < 0,05$ ) та 5,9 коливаючись від 4,7 до 6,4 г/л проти 4,8 коливаючись від 4,0 до 5,6 г/л ( $p < 0,05$ ). На нашу думку це пов'язано з використанням запропонованого способу санації черевної порожнини хворим з розповсюдженим перитонітом.

#### **Висновки:**

1. Інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз у хворих на розповсюджений перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу у черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Дослідження гуморальної ланки імунітету, а саме Ig-A свідчать про високу ефективність інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу як способу прискорення процесу детоксикації у комплексному лікуванні хворих на розповсюджений перитоніт.

## **Показники ендогенної інтоксикації при застосуванні інтраабдомінального трансмембранного діалізу**

**П. В. Лященко, В. П. Кришень, М. В. Трофімов, С. І. Баранник,  
С. О. Мунтян, В. М. Грабчук, В. І. Діденко**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги**

**Вступ.** Однією з найбільш складних проблем сучасної абдомінальної хірургії залишається лікування важких форм перитоніту та його ускладнень. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з розповсюдженим перитонітом. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до вивчення відомих та розробки нових способів детоксикації, запобігаючих в тому або іншому ступені вступу токсинів у кровотік з вогнища запалення.

**Мета дослідження.** Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування 108 хворих на розповсюджений перитоніт. Всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи:

Група спостереження (ГС) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз (ІСТД).

Група порівняння (ГП) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз (ТД) не застосовували.

Ендогенну інтоксикацію оцінювали за динамікою наступних показників: sequential organ failure assessment (послідовна оцінка органної недостатності) (SOFA), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), С-реактивний білок (СРБ), молекули середньої маси (МСМ). Для проведення (ТД) використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози яку заповнювали кремнеземним сорбентом.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Проведений аналіз динаміки маркерів інтоксикації, таких як: SOFA, ЛІІ, СРБ, МСМ свідчать про те, що у більшості хворих обох груп захворювання супроводилося важкими формами сепсису з ознаками син-

дрому поліорганної недостатності (СПОН) початково і на тлі хірургічного лікування ( $p > 0,05$ ). Крім того, не дивлячись на комплексне лікування, явища системного запалення і СПОН у більшості хворих з ГП прогресували або зберігалися до 5 перших діб після операції ( $p < 0,05$ ). На відміну від ГП у більшості хворих з ГС у комплексному лікуванні яких застосовували ІСТД відзначений стійкий регрес явищ системного запалення і проявів СПОН починаючи з 3-ї доби раннього післяопераційного періоду ( $p < 0,05$ ).

Загальна летальність серед всіх хворих з розповсюдженим перитонітом склала у ГП – 13,2%, у ГС – 7,6%. Таким чином, летальність в ГС була в 1,7 рази нижча, ніж в ГП.

#### **Висновки:**

1. Інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз у хворих на розповсюджений перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу у черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Додаткове використання інтраабдомінального сорбційно–трансмембранного діалізу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволив знизити частоту післяопераційних ускладнень та знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано зі зниження проявів інтоксикації.

## **Вплив морфологічних змін в донорській нирці за даними інтраопераційних 0–біопсій на функцію ниркового алотрансплантату**

**А. В. Траїлін, Т. М. Никоненко, Т. І. Остапенко, С. Р. Вільданов, О. С. Никоненко**

**Запорізька медична академія післядипломної освіти**

**Вступ.** Функція ниркових алотрансплантатів є важливим сурогатним предиктором їх виживаності. Прогностичне значення вихідного стану донорської нирки для функції алотрансплантату вивчено недостатньо.

**Мета.** Оцінити, які індивідуальні гістологічні зміни та композитні гістологічні індекси донорської нирки найкраще пов'язані з функцією ниркового трансплантату в негайному, ранньому та пізньому періодах після трансплантації нирки, а також негативною динамікою змін швидкості клубочкової фільтрації.

**Методи.** Ми провели дослідження зв'язку гострих та хронічних індивідуальних патогістологічних змін та композитних патогістологічних індексів у предімплантаційних та постреперфузійних 0–біопсіях нирок від померлих донорів ( $N = 101$ ) та живих донорів ( $N = 29$ ) з початковою функцією трансплантата, функцією трансплантата при виписці, через 6 місяців і через 5 років після трансплантації, а також із динамікою швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців і від 6 місяців до 5 років. Для оцінки патогістологічних змін використовували критерії Banff для посттрансплантаційних та предімплантаційних біопсій, критерії Remuzzi та Cosyns. Гострі зміни оцінювали окремо в предімплантаційних і постреперфузійних біопсіях, а для оцінки хронічних змін матеріал обох біопсій об'єднували.

**Результати.** Гломеруліт у предімплантаційних біопсіях дозволяв передбачити відстрочену функцію трансплантату. Гіаліноз артеріол дозволяв передбачити порушення початкової функції трансплантату. Гіаліноз артеріол і артеріосклероз обидва дозволяли

прогнозувати нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, та зниження швидкості клубочкової фільтрації  $\geq 25\%$  після 6-го місяця з дати трансплантації. Гломерулосклероз впливав на швидкість клубочкової фільтрації при виписці і в 6 місяців після трансплантації. Сумарний відсоток клубочків з глобальним і сегментарним склерозом та хронічною ішемічною гломерулопатією передбачав нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці та у 5 років з дати трансплантації. Гломерулярні тромби в предімплантацийних та посттреперфузійних біопсіях передбачали негативну динаміку швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації  $\geq 25\%$  після 6-го місяця з дати трансплантації, відповідно. Фібриноїдний некроз у клубочках у предімплантацийних біопсіях передбачав зниження функції після 6 місяців із швидкістю  $\geq 5$  мілілітрів за хвилину на рік. Хронічний та сумарний інтегральні гістологічні індекси за Banff-шкалою для предімплантацийних та посттрансплантацийних біопсій передбачали низку швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, через 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації  $\geq 25\%$  після 6-го місяця з дати трансплантації.

**Висновки.** Інтраопераційні 0-біопсії є корисними для ідентифікації пацієнтів з ризиком гіршої функції трансплантата, зокрема, з відсутністю покращення функції після виписки та з достеменною і швидкою втратою функції в пізньому періоді.

## Терапевтичні аспекти хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантату

В. В. Шелест, Р. О. Зограб'ян

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** В даний час виживання ниркового алотрансплантата (НАТ) протягом першого року після операції перевищує 90%. Але в подальшому річна втрата НАТ сягає 3–5% і більше, та до 10 року підвищується до 50%. Серед причин провідне місце займає хронічне відторгнення трансплантата (30–80% за даними різних авторів). Тому пошук нових дієвих методів профілактики та лікування цього ускладнення є одним з найактуальніших завдань сучасної трансплантологічної науки, вирішення якого дозволило б суттєво подовжити тривалість функціонування трансплантованих нирок, зменшити потребу в повторних операціях, що особливо актуально в умовах гострого дефіциту донорських органів в Україні.

**Мета.** Метою даної роботи є покращення віддалених результатів операції алотрансплантації нирки за рахунок вдосконалення лікувальної тактики хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантата.

**Матеріал та методи.** Проведено морфологічне дослідження 83 біоптатів ниркових алотрансплантатів (НАТ) у пацієнтів з хронічною дисфункцією ниркового трансплантата та виявлено 49 випадків хронічного відторгнення (ХВ) НАТ, що склало 59%. При цьому встановлено три форми ХВ: хронічне антитіло-опосередковане відторгнення (ХАОВ) – 59,5% (n = 29), хронічне Т-клітинно-опосередковане відторгнення (ХТ-клОВ) – 28,6% (n = 14) та змішана форма (ЗФ) – 11,9% (n = 6).

На основі морфологічних типів хронічного відторгнення сформовано 3 досліджувані групи: група 1 – 29 реципієнтів з ХАОВ, група 2 – 14 реципієнтів з ХТ-клОВ та 6 реципієнтів із ЗФ. В кожній з груп застосували окрему схему терапії. Оцінка результатів



лікування проводилась протягом 4 місяців після його закінчення з інтервалом 1 місяць.

**Результати.** У пацієнтів групи 1 застосовували наступну схему терапії: плазмаферез 3–5 сеансів, анти-CD<sup>20</sup> моноклональні антитіла (Рітуксимаб) 375 мг/м<sup>2</sup>, внутрішньовенний імуноглобулін (ВВІГ) 0,5 г/кг, підвищення базової дози стероїдів. При цьому у 20 із 29 (69%) реципієнтів спостерігали зниження рівню креатиніну до нормальних показників протягом 4–х місяців, а у 9 (31%) – відсутність ефекту.

У пацієнтів групи 2 групи: пульс-терапія стероїдами (Солу-медрол) 1–2 г у реципієнтів з рівнем креатиніну до 250 мкмоль/л або підвищення рівня базової супресії у реципієнтів з рівнем креатиніну вище 250 мкмоль/л, в стероїдорезистентних випадках – антитимоцитарний глобулін (Тимоглобулін) в дозі 6 мг/кг маси тіла на курс, судинна терапія (Корвігін 0,5 г х № 5–10, Дипіридамол 200 мг/добу). Результати: у 10 із 14 (71,4%) пацієнтів – зниження рівню креатиніну до нормальних показників протягом 4–х місяців, у 4 із 14 (28,6%) реципієнтів – без ефекту.

У пацієнтів групи 3: плазмаферез 3–6 сеансів, Рітуксимаб 375 мг/м<sup>2</sup>, ВВІГ 0,5 г/кг, Тимоглобулін, пульс-терапія Солу-медролом. Результати: у 3 випадках із 6 (50%) – зупинка прогресування хронічної дисфункції ниркового алотрансплантата, у 3 випадках – без ефекту.

**Висновки.** Вибір методики лікування ХВ ниркового трансплантата залежить від морфологічної форми відторгнення та рівня креатиніну крові на момент початку лікування. Запропоновані методики лікування ХВ дозволяють досягнути позитивного результату в 50–70% випадків.

# 13

**ГЕРНІОЛОГІЯ,  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА  
ХІРУРГІЯ,  
РІЗНЕ**

## Національний підручник «хірургія» – основне теоретичне підґрунтя підготовки сучасного лікаря з хірургічних дисциплін

Я. С. Березницький, В. В. Гапонов, Р. М. Молчанов, В. П. Сулима, Р. В. Дука

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ступінь підготовки випускника медичного навчального закладу визначається на професійно–орієнтованому державному іспиті, на якому демонструється рівень засвоєння практичних навичок та теоретичних знань після обстеження пацієнта.

Це стосується в повному обсязі також і вивчення хірургічних дисциплін.

Виходячи з цього весь навчальний процес на клінічних кафедрах повинен підводити студента до вирішення цієї, в окремих випадках, складної задачі.

Кредитно–модульна система навчального процесу найбільш повно відповідає вирішенню цих завдань. При чому в процесі навчання ми використовуємо ступеньково–висхідну систему накопичення знань та вмінь, їх багаторівневий контроль. Відмова від середньої оцінки з переходом на процесну технологію організації навчання, з накопиченням балів та співвідношенням їх з еталонами, дозволяє оцінювати якість підготовки як по окремим учбовим елементам, змістовим модулям, модулям, так і дисципліни в цілому.

Вагомим фактором у підготовці фахівця, який стимулює студента покращувати якість навчання, є зміна оціночного вектору при проведенні контролю знань з існуючих об'ємних показників (оцінки за даними заліків та іспиту) – на управління та контроль якості навчання протягом всього періоду вивчення дисципліни. Нами контроль знань проводиться на кожному практичному занятті, дотримуючись створеної уніфікованої схеми та з залученням для поза аудиторної підготовки розроблених підручників, навчальних посібників та методичних рекомендацій

Задачі професійної діяльності лікаря загальної практики визначають основні вимоги обсягу знань та практичних навичок для випускника вищого навчального закладу III–IV рівня акредитації: цілеспрямована методична послідовність дій з опитування хворого виконання фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія та аускультация хворого), обґрунтування попереднього діагнозу, визначення алгоритму допоміжних методів дослідження з аналізом отриманих результатів, проведення диференційної діагностики з порівнянням схожих захворювань, формування клінічного діагнозу з відображенням його перебігу, ускладнень та супутніх захворювань, побудови програми лікування та її здійснення.

Національний підручник «Хірургія» у III томах (5 книгах) за редакцією Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, виданий у 2006–2011 роках українською мовою, у 2010 році російською мовою (I та II томи), у 2016 році англійською мовою (II том), є колективною працею багатьох вчених–хірургів медичних навчальних закладів сходу, центру та заходу нашої держави. Він відповідає основним теоретичним засадам підготовки сучасного лікаря з хірургічних дисциплін та готується до перевидання з урахуванням вимог нового Навчального плану, який затверджений Міністерством охорони здоров'я України, із підготовки магістра медицини з дисципліни «Хірургія».

Кожна тема, що викладена в підручнику, структурована в залежності від основного синдрому, з чітким розподілом головних розділів теми і відповідно до професійно–орієнтованих завдань затверджених галузевих стандартів.

Кожний розділ теми подано в алгоритмізованому вигляді, що на думку авторів повинно сприяти кращому засвоєнню матеріалу при використанні кредитно-модульної системи навчання.

Підручник розраховано на студентів 2–3 курсів (I том), 4–6 курсів (II том) та інтернів-хірургів (III том у 3–х книгах) вищих навчальних закладів медичного профілю III і IV рівнів акредитації, та має гриф МОН і МОЗ України.

## Новий спосіб моделювання гнійної рани в експерименті

О. О. Біляєва, І. В. Кароль, Є. Є. Крижевський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

**Вступ.** На даний час існує багато способів моделювання гнійної рани в експерименті, кожен з яких має свої переваги і недоліки. Більшість з них зводиться до висічення ділянки шкіри й прилеглих тканин або ж введення 10% розчину хлористого кальцію, травмування сформованої ранової поверхні (механічним або хімічним шляхом) з подальшим внесенням патологічної культури або ж мікробних асоціацій, підшивання країв рани. Ці методики багатоетапні, не дозволяють отримувати «стандартизовані» рани за розмірами та кількістю мікроорганізмів, створюють змішаний характер ранового процесу з елементами хімічного некрозу, мають низьку достовірність розвитку повноцінного гнійно-запального процесу.

**Метою** даного дослідження було розробити ефективний спосіб моделювання гнійної рани в експерименті.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проводилося на базі експериментально-біологічної клініки (віварій) Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика на 80 статевозрілих білих щурах-самцях лінії Vistar для вивчення ефективності аплікаційних сорбентів нового покоління. Відповідно до загальноприйнятих етичних норм, всі болісні маніпуляції з тваринами здійснювалися під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїну.

Вперше у піддослідних тварин моделювали гнійну рану (Патент України на корисну модель, №121047), для чого попередньо готували розчин, який містить Ig щурячих фекалій розведених в 10 мл стерильного 0,9% розчину NaCl і відстояний протягом 30–60 хв. Нами було проведено ряд розведень для отримання критичного числа мікроорганізмів, що викликає нагноєння. У приготовленому розчині містилися такі мікроорганізми: E.coli  $10^3$ , St.epidermidis  $10^4$ , E.faecalis  $10^7$ . Вказана кількість мікроорганізмів є достатньою для розвитку ранової інфекції. В щурів на ділянці спини, найменш доступному для розчісування, вистригали ділянку хутра 2,5 x 3,0 см, обробляли шкіру спиртовим розчином йоду і після місцевої анестезії 0,5% розчином новокаїну, вводили в підшкірну основу 1мл попередньо приготовленого розчину щурячих фекалій.

### Результати та їх обговорення.

Після введення вказаної суміші з мікроорганізмами виникав гнійний процес (абсцес) через  $46 \pm 1,8$  годин у всіх піддослідних тварин.

Після спонтанного формування гнійника, за вказані вище строки, що визначали за клінічними ознаками у місці введення розчину (гіперемія шкіри, місцеве підвищення температури, припухлість з розм'якшенням в центрі), виконували розкриття його в стерильних умовах під м/а 0,5% розчином новокаїну з подальшим проведенням бак-

теріологічних досліджень в динаміці та лікування гнійної рани, згідно поставленим завданням по проведенню експериментального дослідження.

У всіх тварин в різні строки рани загоювались під впливом проведеного місцевого лікування гнійних ран. Загиблих тварин не відмічалось.

**Висновки.** Вказаний спосіб моделювання гнійної рани є простий у виконанні і не потребує додаткових маніпуляцій з раною, не вимагає введення музейних штамів мікроорганізмів, нагноєння відбувається у 100% випадків і вже через 2 доби формується абсцес.

## Полімери наповнені вуглецевими нанотрубками як перспективні матеріали медичного призначення

Д. В. Боровик, С. П. Галич, І. М. Савицька, Т. А. Алексєєва, Ю. І. Семенцов

Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» НАМН України, м. Київ,  
Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України, м. Київ

**Вступ.** Полімерні матеріали широко використовують в медицині у якості імплантів та як їх складові. Однак, для організму вони є чужорідними. Реакція організму реалізується через викид перекисних радикалів, які руйнують полімер (один з елементів «старіння полімеру») та формуванні фіброзно-сполучної капсули навколо імплантату, що приводить до втрати функціональності останнього.

Загалом руйнування полімеру спостерігається у від 10 до 30% прооперованих. Тому пошук нових полімерних матеріалів, які не викликають негативну реакцію у організму пацієнта є нагальним завданням. У пошукових дослідженнях на прикладі поліпропілену було показано, що внесення в полімерну матрицю до 0,1 мас% вуглецевих нанотрубок (ВНТ) крім суттєвого поліпшення фізико-механічних властивостей нового матеріалу у порівнянні з вихідним полімером приводить покращення його сумісних властивостей.

**Мета дослідження:** встановити вплив ВНТ як наповнювача на поліпшення біосумісних властивостей нейтрального полімеру – поліетилену та іонного – поліаміду (капрон) при імплантації їх зразків до організму експериментальних тварин.

**Матеріали і методи.** Експериментальним тваринам, лабораторним білим щурам, самцям, вагою 200 г під загальною анестезією 0,2 мл кетаміну у м'язи спини послідовно імплантували зразки вихідного полімеру та нанокompозиту на його основі з різною концентрацією ВНТ. Поліетилен – 0,25 мас% та 0,5 мас% (8 щурів), поліамід – 0,125 мас% та 0,5 мас% (8 щурів). Для визначення впливу ВНТ на біосумісні властивості тварин витримували 24 доби, що відповідає 3 рокам життя людини. Через 24 доби тварин виводили із експерименту шляхом введення летальної дози розчину тіопенталу натрію. Зразки вихідного полімеру та нанокompозитів на його основі висікали із навколишніми тканинами для проведення гісто-морфологічних досліджень.

**Результати.** Гісто-морфологічний аналіз тканин навколо імплантованих зразків за товщиною утвореної фіброзно-сполучної капсули показав, що внесення ВНТ до матриці полімеру значно поліпшує їх біосумісні. Так навколо вихідного полімеру поліетилену товщина капсули складала  $289 \pm 38$  мкм із включенням часток зруйнованого матеріалу, тоді як навколо композиційних зразків товщина складала  $105 \pm 15$  мкм. Суттєвої різниці між композитами на основі поліетилену з різними концентраціями ВНТ не спостерігалось. Для поліаміду з ВНТ товщина капсули також була менша ( $156 \pm 28$  мкм

проти  $346 \pm 45$  мкм, відповідно), однак, у випадку вихідної матриці і із ВНТ в тканинах спостерігались гігантські клітини з елементами полімеру.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать, що внесення до полімерної матриці ВНТ низької концентрації позитивно впливають на їх біосумісні властивості. В подальшому планується більш детальне дослідження впливу концентрації ВНТ на біосумісність нових матеріалів.

## Выбор способа видеоэндоскопической коррекции сложных и рецидивных паховых грыж

И. И. Булик

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова

К сложным и рецидивным паховым грыжам относят: большую и гигантскую косую, прямую, комбинированную (косую и прямую), комбинацию паховых и бедренных грыж, билатеральную паховую грыжу, рецидивную и многократно рецидивирующую грыжу, скользящую грыжу, невправимую, со слабой или разрушенной паховой связкой (косая грыжа с выпрямленным каналом), грыжу с высотой пахового промежутка более 2см. и широким (более 2см.) межсвязочным пространством рядом с веной, редкие типы паховых грыж (предбрюшинные, внутривентральные, осумкованные, надпузырные), грыжи с липомой семенного канатика и пахового канала, грыжи с анамнезом более одного года

С целью оценки результатов лечения больных со сложными и рецидивными формами паховых грыж, путем использования эндовидеохирургических технологий нами проанализированы результаты лечения 112 больных с первично сложными и рецидивными паховыми грыжами, которые были прооперированы в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Института хирургии и трансплантологии АМН Украины за период с 1997 по 2017 год. Из них 22 больных с рецидивными паховыми и 90 больных с первичными сложными паховыми грыжами.

Все 112 пациентов, вошедших в исследование были разделены на две группы в зависимости от способа оперативного лечения: основная группа (ТАРР) – у 81 больного выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (72,3%), и группа сравнения (ТЕР) – экстраперитонеальная герниопластика у 31 больного (27,7%).

При сравнительной характеристике групп статистически значимых различий демографических и клинических параметров не было выявлено.

Критериями оценки результатов лечения были избраны: продолжительность оперативного вмешательства, частота и тяжесть осложнений, качество раннего послеоперационного периода, сроки пребывания в стационаре и на амбулаторном лечении.

В группе ТЕР медиана продолжительности операции при односторонних паховых грыжах составила 75 [65,0; 83,0] мин, а в группе ТАРР 79 [72,0; 85,0] мин, [P=0,210], при билатеральных паховых грыжах в ТАРР группе медиана составила 117 [95,0; 122,5] мин, в группе ТЕР 105 [96,3; 140,0] мин, [P=0,461].

Таким образом, длительность операции при некоторых видах сложных форм паховых грыж двух групп сравнения сопоставима.

В группе ТАРР интраоперационных осложнений не отмечались по сравнению с группой ТЕР, в которой были зафиксированы 2 (6,3) случая, однако различие не является статистически достоверным [P=0,338].

У двух (6,45%) больных в группе ТЕР и у двух (2,46%) больных в группе ТАРР выявлены гематомы мошонки.

Пациенты в 1-й день после операции вставали с постели без значимых различий в отношении времени активизации, [ $P>0,05$ ].

В четырёх (4,9%) случаях в группе ТАРР и в одном (3,2%) случае в группе ТЕР наблюдались серома надсетчатого пространства.

При сравнении основной группы и группы контроля на основе общего количества ранних послеоперационных осложнений статистически значимых различий не выявлено [ $p=0,746$ ].

Медиана продолжительности пребывания в стационаре со дня операции до готовности к выписке в группе ТАРР составила 72 [48; 72] часа, в группе ТЕР составила 48 [48; 72] часов [ $p=0,003$ ], что является статистически достоверным.

Продолжительность амбулаторного лечения удалось проследить у 72 пациентов ТАРР группы сравнения, 24–ТЕР и она составила 15,8 и 13,6 дней соответственно.

В основной группе через 3 месяца после операции отмечался 1 (1,23%) рецидив грыжи.

Мы пришли к выводу, что общее количество послеоперационных осложнений после пластики ТАРР и ТЕР достоверно не отличаются [ $P=1,000$ ].

Мы выявили, что ТЕР имеет более короткие сроки возвращения к труду – 13,6 дней против 15,8 дней, [ $p=0,002$ ] и более высокое качество жизни на сроках 3 месяцев после операции. Однако на сроках 6 месяцев после операции такое преимущество отсутствует.

Обобщая результаты лечения сложных и рецидивных паховых грыж в долгосрочной перспективе мы унифицировали показания для выполнения ТЕР и ТАРР. Так методика ТЕР показана больным с сложными и рецидивными паховыми грыжами при: билатеральном поражении, при выраженном спаечном процессе в нижнем этаже брюшной полости у больных с высокой степенью анестезиологического риска лабильным к повышению внутрибрюшного давления, у больных с высокой экономической составляющей (позволяет избежать применение стаплера). Методика ТЕРР показана больным с сложными и рецидивными паховыми грыжами при: необходимости интраоперационной диагностики типа грыжи, у больных с ущемленной грыжей, у больных нуждающихся в лапароскопии или симультанных вмешательствах на органах брюшной полости.

1. Эндовидеохирургическая герниопластика сложных форм паховых грыж является методом выбора, обеспечивающим низкую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран.

2. ТЕР является менее инвазивным методом лечения по сравнению с ТАРР по причине отсутствия необходимости вхождения в свободную брюшную полость, таким образом достоверно ( $p<0,001$ ) уменьшая интенсивность острой боли в зоне операции в краткосрочной перспективе и значимо ( в 1,5 раза) ( $p=0,003$ ) уменьшая продолжительность приема обезболивающих средств и продолжительность пребывания в стационаре. Общее количество послеоперационных осложнений в группе ТЕР и ТАРР в краткосрочной перспективе значимо не отличалось ( 20% против 15,7%  $p=0,746$ ).

3. На отдаленных сроках общее количество послеоперационных осложнений в группе ТЕР и ТАРР значимо не отличалось (6,7% против 9,3%;  $P=1,000$ ). Преимущество ТЕР по сравнению с ТАРР в долгосрочной перспективе обусловлено более коротким сроком восстановления физической активности и возвращения к труду, а также более высоким качеством жизни на сроках 3 месяцев после операции, однако ТЕР не имеет преимуществ по сравнению с ТАРР в отношении хронической боли, так как осложнение наблюдается с одинаковой частотой на сроках 3 месяцев после операции.

## Нові підходи до діагностики патології сполучної тканини у хірургічних хворих

Я. Ю. Войтів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Проблема патології сполучної тканини набуває з кожним роком все більшої актуальності як в Україні, так і у світових масштабах. Про це свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених даній патології, які в першу чергу акцентують увагу на значній поширеності захворювання, появі нових клінічних особливостей перебігу та різноманітності проявів, що трактує необхідність розробки сучасних методів діагностики та лікування. Часто патологія сполучної тканини стає причиною післяопераційних ускладнень, таких як: неспроможність швів та анастомозів, евентерації, післяопераційні вентральні грижі, пострезекційні синдроми, нориці тощо, котрі вимагають хірургічної корекції.

Ми задались метою покращити результатів лікування хворих з абдомінальною хірургічною патологією шляхом напрацювання способу діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Об'єктом дослідження були 96 хворих з хірургічною патологією які лікувались у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова» за 2016–2018 рр. та 20 практично здорових людей (група контролю). Із 96 хворих дослідної групи чоловіків було 44, жінок – 52. Вік хворих – від 28 до 74 років, середній вік –  $56,5 \pm 7,7$  років.

Оцінивши отримані дані ми напрацювали спосіб діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини (патент України на корисну модель №120158) який оцінює найбільш інформаційні фенотипічні та вісцеральні ознаки патології сполучної тканини та за допомогою ультрасонографії аналізує ширину білої лінії живота та оцінює стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору, визначаючи наявність діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу.

Спосіб виконують наступним чином. При об'єктивному обстеженні пацієнта, одразу при поступленні хворого в стаціонар, оцінюється наявність фенотипічних та вісцеральних ознак патології сполучної тканини, які розділяють на малі (1 бал), середні (2 бали) та великі (3 бали). Отримані цифрові показники підставляються в оцінювальну скринінг-шкалу діагностики НДСТ. Додатково за допомогою ультрасонографії високочастотним лінійним датчиком (8МГц/42 мм) аналізують ширину білої лінії живота (середня ширина білої лінії  $7\text{мм} \pm 5$  в епігастральній ділянці,  $13\text{мм} \pm 7,3$  над пупком і  $8\text{мм} \pm 6,2$  під пупком за Coldron et al., 2007) та оцінюють стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору конвексним датчиком (3,5 МГц/60°/60 мм). При наявності діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу діагностують дисплазію сполучної тканини.

Розроблений нами спосіб діагностики НДСТ апробований умовах відділення хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова». Дослідження ефективності використання запропонованого способу діагностики НДСТ засвідчили, що спосіб може використовуватись для діагностики НДСТ у хворих з хірургічною патологією, що необхідно для вибору адекватної та ефективної тактики лікування таких хворих.



## Еластографія зсувної хвилі в комплексі з трансректальною біопсією в діагностиці захворювань передміхурової залози

Ф. З. Гайсенюк<sup>1</sup>, С. В. Головка<sup>2</sup>, О. Ф. Савицький<sup>3</sup>, В. М. Кравчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ,

<sup>3</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ

**Вступ.** Як відомо, онкологічні захворювання займають друге місце в структурі причин смерті дорослого населення після серцево-судинних захворювань. У чоловіків рак передміхурової залози – друга за поширеністю злоякісна пухлина. Тож питання своєчасної діагностики даного захворювання є вкрай актуальним. Незважаючи на велику кількість скринінгових обстежень, розробку нових методів візуалізації і використання інвазивних процедур, таких як біопсія, рак передміхурової залози залишається складним для ранньої діагностики.

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 31 пацієнт, які пройшли дослідження у клініці урології НВМКЦ «ГВКГ» м. Київ. Пацієнтів розділили на 4 групи: перша група – контрольна (умовно здорові) (n=7), друга група – пацієнти з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (n=8). Третя група – пацієнти з хронічним простатитом (n=8). Четверта група – пацієнти з раком передміхурової залози (n=8). Всім пацієнтам виконувалося комплексне трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД), ендокавітальним ЕС 6.5 MHz/10R датчиком з використанням еластографії зсувної хвилі. Пацієнтам 2,3,4 групи проводилась трансректальна, мультифокальна біопсія передміхурової залози. Біопсія виконувалася за стандартною 12 точковою схемою. Додатково виконувалась біопсія, з підозрілих ділянок, виявлених за допомогою еластографії зсувної хвилі.

**Результати та його обговорення.** У всіх пацієнтів дані патогістологічного дослідження корелюють з даними еластографії зсувної хвилі.

Під час проведення еластографії, по-перше, визначались підозрілі ділянки, які співпадають з ділянками визначеними за допомогою інших досліджень таких як: ТРУЗД в звичайному сіро шкальному режимі, Color Doppler або МРТ. По-друге визначились ділянки, які не спостерігались при будь-якій техніці візуалізації. По-третє, використання еластографії зсувної хвилі для навігації біопсій дозволило постійно сканувати простату від основи до верхівки для виявлення ділянок більшої пружності, і надаючи кількісну інформацію про еластичність тканини, і визначаючи коефіцієнт пружності між сусідніми тканинами передміхурової залози.

Еластографія зсувної хвилі проводилась після повного, високоякісного ТРУЗД в поперечній та сагітальній площинах, для визначення об'єму простати, виявлення підозрілих гіпо- та гіперехогенних ділянок, та проаналізувавши перипростатичний простір (включаючи сім'яні міхурці).

Еластографія зсувної хвилі мала ряд недоліків, включаючи: мінімальний тиск на датчик (кінець датчика вимагає мінімального притискання до передміхурової залози для отримання зображення передміхурової залози), повільна частота кадрів (одна картинка в секунду), обмежений розмір (пружність визначається лише в певній частині передміхурової залози). Спостерігалася затримка для досягнення стабілізації зображення для кожної окремої ділянки, і затухання сигналу у великій за об'ємом простаті. Інформація про пружність завжди поєднувалась з результатами трансректального УЗД, а також з результатами інших методів візуалізації, таких як МРТ.

**Висновок.** Еластографія зсувної хвилі повинна стати додатковим методом отримання зображень передміхурової залози, що доповнює традиційне трансректальне ультразвукове дослідження і МРТ.

## Порівняння класичного хірургічного методу лікування ринофіми та методу з використанням хірургічного діодного лазера

Ю. О. Гербіш, І. М. Семчишин, М. Б. Черкес

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону,  
клініка отоларингології та офтальмології, м. Львів

**Резюме** В статті автори порівняли два хірургічних метода лікування ринофіми: класичний та з використанням хірургічного діодного лазера, і на основі власних результатів зробили висновок про переваги та недоліки кожного з методів.

**Ключові слова:** ринофіма, класичний хірургічний метод лікування, хірургічний діодний лазер.

**Вступ.** Ринофіма є хронічним захворюванням шкіри носа, яке характеризується розростанням усіх її елементів та спотворенням форми носа. Спостерігається частіше в чоловіків віком від 40 до 60 років. При великих розмірах пухлини, крім косметичного дефекту, у пацієнта може порушуватись носове дихання та прийом їжі. Причини виникнення хвороби не з'ясовані. Сприятли розвитку захворювання може вживання алкоголю, забруднене вологе повітря, часті різкі зміни температури зовнішнього середовища, переохолодження. Метод лікування даного захворювання – хірургічний.

**Мета:** порівняти сучасні методи лікування розацеа носа (ринофіми) із використанням діодного лазера та класичного хірургічного втручання.

**Матеріали і методи.** Враховуючи рідкість патології у відділенні отоларингології ВМКЦ ЗР в 2017р. було проліковано одного хворого, чоловічої статі, 45-ти років, якому було проведено загально-клінічні обстеження, зовнішній та ендоскопічний огляд носа, Рентгенграфія ДПН, гістологічне дослідження шкіри носа, консультація дерматолога. Встановлено діагноз залозистої форми ринофіми носа. 07.09.2017р. проведено хірургічне лікування. Ліву половину носа (крило та спинка носа з розмірами уражених тканин 2,0×1,0 см) прооперовано за допомогою хірургічного діодного лазера «Ліка – хірург» в безперервному режимі роботи потужністю 10–15 Вт. Втручання проводилось безкровно. Праву половину носа (крило носа з розмірами уражених тканин 1,0×0,7 см) прооперовано класично, скальпелем видалено гіпертрофовану ділянку шкіри. Операція супроводжувалась значною кровоточивістю, яка зупинялась лазерною коагуляцією в безперервному режимі роботи потужністю 3–5 Вт. Операція завершена накладанням асептичної пов'язки. Гістологічне дослідження від 13.09.2017року №12298–99: епідерміс витончений, ділянки сполучної тканини, велика кількість потовщених залоз з кистовидним розширенням, окремі стінки судин потовщенні, навколо помірна запальна інфільтрація. Висновок: морфологічна картина відповідає клінічному діагнозу залозистої форми ринофіми. Післяопераційний перебіг пройшов без ускладнень. Післяопераційні рани загоювались з використанням пов'язок з бетадином до повної епідермізації, яка у випадку з використанням лазера наступила на один тиждень пізніше.

**Результати.** Косметичний ефект при обох методах втручання хороший і повністю задовільнив пацієнта.

## Висновок:

1. Використання хірургічного діодного лазера «Ліка – хірург» дозволяє проводити хірургічне втручання безкровно та добре орієнтуватись в межах патологічного процесу. 2. Повна епідермізація шкіри носа при застосуванні класичного методу хірургічного лікування в нашому випадку наступила швидше. 3. Враховуючи хороший кінцевий косметичний результат, обидва метода можуть застосовуватись рівноцінно. Вибір методу буде залежати від технічних можливостей хірурга.

## Морфометричний аналіз особливостей ремоделювання венозного русла клубової кишки при резекціях різних об'ємів паренхіми печінки

М. С. Гнатюк, Л. В. Татарчук, М. В. Гормон

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Відомо, що резекція великих об'ємів паренхіми печінки може призводити до пострезекційної портальної гіпертензії, венозного застою в органах портальної системи та змін їх структурно–функціональних станів. Особливості структурної перебудови венозного русла клубової кишки при резекціях різних об'ємів печінки досліджені недостатньо.

**Мета** – морфометрично вивчити особливості структурної перебудови вен клубової кишки при резекціях різних об'ємів паренхіми печінки.

**Об'єкт і методи дослідження.** Морфологічними та морфометричними методами досліджені вени клубової кишки 45 білих щурів–самців, які були розділені на 3–и групи. 1–а група нараховувала 15 інтактних тварин, 2–а – 15 щурів після резекції лівої бокової частки – 31,5% паренхіми печінки, 3–я – 15 щурів після резекції правої та лівої бокових часток печінки (58,1%). Евтаназію тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу через 1 місяць від початку дослідю. Із клубової кишки виготовляли гістологічні мікропрепарати.

**Результати, їх обговорення.** Усестороннім аналізом отриманих даних встановлено, що резекція 31,5% паренхіми печінки не призводила до вираженої структурної перебудови венозного русла клубової кишки. При видаленні 58,1% паренхіми печінки у клубовій кишці виявлялися виражені судинні розлади, які характеризувалися повнокров'ям переважно венозних судин. У венозній ланці гемомікроциркуляторного русла спостерігалось розширення мікросудин, повнокров'я, стази, тромбози, осередки діapedезних, крововиливів. Описані вище зміни у венозному руслі клубової кишки підтверджували наявність пострезекційної портальної гіпертензії, до якої призвело видалення 58,1% паренхіми печінки.

Морфометрично встановлено, що через місяць після резекції 58,1% паренхіми печінки закапілярні венули гемомікроциркуляторного русла клубової кишки виявилися розширеними на 38,9%, а венули – на 31,7%. Товщина венозних стінок зменшилася при цьому на 11,8% в основному за рахунок зниження висоти ендотеліоцитів та товщини медії. Стоншена стінка вен легко здавлювалася набряком, що деформувало просвіт та виражено порушувало їх дренажну функцію. Нерівномірні, диспропорційні зміни просторових характеристик цитоплазми та ядер ендотеліоцитів венозних судин призводили до порушень відношень між ними, що адекватно відображали ядерно–цитоплазматичні

відношення у ендотеліоцитах. Останні в умовах досліджуваного експерименту виявилися зміненими на 12,6%, що свідчило про суттєве порушення структурного клітинного гомеостазу. Відносний об'єм пошкоджених ендотеліоцитів у венозному руслі клубової кишки при цьому дорівнював  $(50,8 \pm 0,7)\%$ . Виявлене ремоделювання судин венозного русла клубової кишки через місяць після резекції 58,1% паренхіми печінки супроводжувалося вираженим венозним повнокров'ям, яке призводило до розтягнення, набряку судинних стінок, посилення їх проникності для плазми і формених елементів крові, плазморагічним просяканням стінок, плазморагією перивазальних просторів. Перераховані явища, виражений перивазальний набряк підтримували та посилювали існуючу гіпоксію, яка сприяла збільшенню набряку, дистрофії та некробіозу клітин і тканин, а в подальшому розвитку інфільтративних та склеротичних процесів.

**Висновки.** Резекція 58,1% паренхіми печінки у лабораторних білих щурів призводить до вираженого ремоделювання судин венозного русла клубової кишки, яке характеризується його розширенням, венозним повнокров'ям, деформацією просвіту, порушенням дренажної функції, гіпоксією, дистрофією, некробіозом клітин і тканин, інфільтративними та склеротичними процесами у досліджуваному органі.

## Вплив L-аргініну на перебіг загоєння гнійних ран

Т. В. Городова–Андрєєва, В. І. Ляховський, О. О. Кизименко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

**Вступ.** Лікування гнійних ран є незмінним елементом рутинної праці у практичній діяльності лікаря–хірурга. Що стосується статистичних показників, то протягом багатьох років від 10% до 25% в загальній хірургічній патології становлять гнійні рани. Така їх поширеність привела до формування спеціалізованих вузькопрофільних стаціонарів, які в переважній більшості знаходяться на базі обласних та міських лікувальних закладів. Саме такі лікарні надають високоспеціалізовану допомогу в найбільш тяжких випадках та займаються ускладненнями, які викликані локалізованими гнійними вогнищами інфекції. Проте, подібні відділення, як правило, перевантажені і не можуть охопити всіх пацієнтів з важкою гнійно–септичною патологією. Тому, в наш час, актуальним стає покращення результатів лікування хворих з такими захворюваннями шляхом модифікації класичної лікувальної тактики із залученням лікарських засобів, які на практиці довели свою ефективність у лікуванні гострої хірургічної патології.

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність застосування L-аргініну у лікуванні гнійних ран різної етіології.

**Об'єкти і методи дослідження.** Дослідження виконувалось на базі хірургічного відділення №1 2-ї міської лікарні, яке є базовим відділенням, що займається гнійно–септичною патологією в м. Полтава. За 2017 рік у відділенні пройшло лікування більше 1600 пацієнтів з гнійними ранами. З цієї когорти було виділено дві групи пацієнтів: перша, загальною кількістю 32 особи, серед яких 10 (31,2%) становили жінки і 22 (68,2%) – чоловіки і друга – 34 особи, де 14 (41,2%) були жінки, а 20 (58,8%) – чоловіки. Середній вік пацієнтів становив  $54,3 \pm 5,47$  років. За супутньою патологією обидві групи були подібними. Всі пацієнти обох груп надійшли в ургентному порядку з приводу обмежених та поширених підшкірних гнійних захворювань. У терміновому порядку їм виконане розкриття гнійного вогнища одним повздовжнім розрізом від 7 до 10 см з подальшою

санацією гнійника. Пацієнти обох груп отримували типове консервативне лікування, яке передбачало призначення антибіотиків і дезінтоксикаційної терапії. Однак, хворим першої групи додавалось в/венне введення L-аргініну гідрохлориду в дозі 100 мл (42 мг/мл) раз на добу. Пацієнтам обох груп при надходженні та через 3 і 7 діб лікування проводили бактеріальне дослідження виділень, оцінювали швидкість очищення ран, зміни лейкоцитів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно отриманих даних середній ліжко-день у першій групі становив  $12,4 \pm 3,57$ , а у другій –  $15,2 \pm 4,28$  ( $p > 0,05$ ). При цьому, лише у 4 (12,5%) пацієнтів першої групи середній ліжко-день був більшим двох тижнів і це можна пояснити пізнім зверненням та значними розмірами гнійних ран з масивним некрозом підшкірної клітковини. У хворих першої групи відмічалось очищення рани з появою “свіжих” грануляцій в середньому на  $3,6 \pm 1,87$  добу з моменту оперативного втручання, тоді як у пацієнтів з другої групи подібні зміни спостерігались у середньому з  $5,3 \pm 2,05$  доби. Симетрична ситуація спостерігалась і в зміні лейкоцитарної “картини”. У всіх пацієнтів відмічено збільшення кількості лейкоцитів у периферичній крові, що становило у середньому  $13,4 \pm 4,02$  у першій і  $14,1 \pm 3,87$  – у другій групах. Однак, у осіб першої групи, починаючи з 3 доби лейкоцитоз не визначався, а у хворих другої групи він зберігався до 7 діб. Що стосується мікрофлори, то мікробна деконтамінація за результатами контрольних посівів в першій групі відбувалась в 2 рази швидше, ніж у другій (6:12 днів).

**Висновки.** Застосування препарату L-аргініну гідрохлориду при лікуванні гнійних ран має ряд позитивних ефектів у вигляді прискорення мікробного очищення ран, стимуляції грануляцій, зниження лейкоцитозу, що виливає на зменшення орієнтовних термінів перебування в хірургічних стаціонарах. Тому, доцільно продовжити дослідження позитивного впливу незамінного донатору оксиду азоту в лікуванні інфікованих ран.

## Возможность использования самофиксирующихся сеток proGrip при лапароскопической пластики больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы

В. В. Грубник, В. В. Ільяшенко, В. В. Грубник

Одесский национальный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница

**Вступление.** Недавние исследования, связанные с богатой тромбоцитами плазмой (БоТП) при ремоделировании тканей, показали многообещающие результаты, поскольку БоТП содержит множество факторов роста и хемокинов, которые могут стимулировать заживление тканей. Согласно недавним исследованиям, образование больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) может быть связано с низким содержанием коллагена типа I и типа III в диафрагмально-пищеводной связке. Следуя нашей гипотезе, мы считаем, что использование сетчатого имплантата с аутологичным БоТП может быть эффективным для предотвращения большого числа рецидивов у пациентов с большими ГПОД.

**Цель работы:** изучение возможности применения самофиксирующихся сетчатых имплантатов с наличием микрокрючков на задней поверхности (ProGrip™, производство фирмы Covidien, США), которые не нужно фиксировать к тканям с помощью шовного

матеріала с дополнительным использованием БоТП для профилактики большой частоты рецидивов у больных с большими ГПОД.

**Матеріали и методи.** В исследование приняло участие 144 пациента возрастом от 30 до 78 лет с наличием ГПОД площадью от 10 до 20 см<sup>2</sup>. Пациентов было разделено на две группы. Первая составила 71 больных которым выполнялась крурорафия с дополнительным укреплением швов самофиксирующейся сеткой ProGrip™. В группе сравнения, которая включала в себя – 73 больных, швы крурорафии не укрепляли сетчатым имплантатом. У пациентов I группы фрагменты сетки инфильтрировали 2–4 мл аутологичного БоТП. Мы определили коллагены типа I и типа III у 17 пациентов обеих групп. Динамическое наблюдение за пациентами проводилось в сроки через 3,6,12,24,36,48,60 месяцев после операционного лечения. Последующее наблюдение было завершено у 97% пациентов со средней продолжительностью периода наблюдения 36 месяцев (диапазон 24–48 месяцев).

**Результаты и обсуждение.** Тяжелые интраоперационные и послеоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах больных. Среднее время операции в I и II группах больных существенно не отличалось,  $94 \pm 12$  минут и  $92 \pm 15$  минут соответственно ( $p > 0.1$ ). Количество коллагена общего типа, типа I и типа III было снижено примерно на 57% у пациентов обеих групп. У пациентов I группы проблем с фиксацией сетки не возникало. Хирурги могут идентифицировать надежную фиксацию сетки ProGrip™, инфильтрированной аутологичным БоТП к ножкам диафрагмы. Последняя прижималась с помощью эндоскопического зажима к ножкам диафрагмы в течение 1–2 минут. В отдаленные строки наблюдения количество рецидивов ГПОД составило 3,1% в I группе и 21.5% – в II группе. Качество жизни у больных I группы согласно опроснику SF-36 было достоверно лучше чем в группе сравнения ( $p < 0.05$ ).

**Выводы.** Наше исследование показало, что содержание коллагена снижено у пациентов с большими ГПОД. Таким образом, у таких больных целесообразно использовать сетчатый имплантат для укрепления ножек диафрагмы. Использование аутологичного БоТП может увеличить прочность фиксации сетки ProGrip™. Использование самофиксирующихся сеток ProGrip™ для укрепления швов крурорафии при пластике больших ГПОД является безопасной и высокоэффективной новой методикой. Использование сетки ProGrip™ позволяет в 5 раз снизить частоту рецидивов ГПОД и значительно улучшить результаты оперативных вмешательств.

## Формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ–електрозварювання тканин в експерименті

А. І. Гуцуляк, М. Ю. Ничитайло, Ю. О. Фурманов, І. І. Булик, О. С. Ткачук, О. В. Прудніков

Івано–Франківський національний медичний університет,  
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

**Вступ.** В поточній хірургічній практиці актуальною залишається проблема накладання білідигестивних анастомозів з метою відновлення магістрального жовчовідтоку. Гепатикоєюностомія займає домінуюче місце серед методів відновлення жовчовідтоку і є стандартною операцією при доброякісних та злоякісних ураженнях жовчних проток. Проте рівень ускладнень після накладання гепатикоєюноанастомозів залишається до-

сильно високим. Також значні труднощі виникають при наявності виражених запальних явищ в зоні операції, а наявність гнійного холангіту чи жовчного перитоніту часто є протипоказом до виконання реконструктивних втручань, через високу загрозу неспроможності шовних анастомозів.

**Мета дослідження.** Розробити новий спосіб формування білідигестивних анастомозів з застосуванням сучасних ВЧ–електрозварювальних технологій.

**Об'єкт дослідження.** Метод ВЧ–електрозварювання м'яких біологічних тканин.

**Методи дослідження:** гістологічні, бактеріологічні, гідропресія, пневмопресія, оцилографія.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В експерименті на 50 кролях проводили формування холецистоентеро– та енттероентероанастомозів на виключеній по Ру петлі тонкого кишечника. Тварини були поділені на основну групу (n=35) та групу порівняння (n=15). В основній групі формували однорядні евертуючі анастомози методом ВЧ–електрозварювання апаратом «Патонмед ЕКВЗ–300», в групі порівняння накладали однорядні шовні анастомози. Формування зварювальних та шовних анастомозів проводили, як на незапалених тканинах, так і на фоні жовчного перитоніту. В різні терміни після операції проводили визначення прохідності, герметичності та міцності отриманих з'єднань, а також проводили макро– та мікроскопічне дослідження.

Встановлено, що всі анастомози, сформовані методом ВЧ–електрозварювання, були прохідні та герметичні, а також володіли достатньою міцністю. Початкова міцність анастомозів, як в умовах незмінених, так і в умовах запалених тканин, коливалася в межах 40–100 мм рт ст. Через 3 тижні міцність зварювального шва практично досягала міцності інтактної кишки (240–250 мм рт ст). Безпосередньо після зварювання з'єднання ззовні мало вигляд циркулярно охоплюючого анастомоз валика, зсередини – вигляд полоси світло–сірого кольору шириною 1,5–2 мм, термічних уражень слизової оболонки поза межами шва не спостерігали. Внутрішній діаметр анастомозів відповідав довжині розрізів стінок, пролабування в просвіт тканин стінок зварюваних органів не було.

Гістологічно визначено, що цілісність з'єднання досягалась за рахунок термоадгезії. З'єднання тканин відбувалося за рахунок підслизової та м'язової оболонок, тонкі слизова та серозна оболонки під впливом електроструму майже повністю руйнувалися. Зона електротравми практично не поширювалась за межі ділянок безпосереднього термічного впливу, коагуляційний рубець був вузький, термічне пошкодження оболонок локальне, в межах 2700–3000 мкм. Процеси регенерації в ділянці зварювального шва проходили аналогічно, як і при накладанні анастомозів традиційним шовним методом. Повністю формування рубця та його епітелізація завершувалась в терміни від 3 до 6 місяців.

#### **Висновки:**

1. Метод ВЧ–електрозварювання дозволяє формувати надійні білідигестивні та міжкишкові анастомози, як на незапалених тканинах, так і в умовах розлитого жовчного перитоніту.

2. Анастомози сформовані методом ВЧ–електрозварювання прохідні, герметичні, а також володіють достатньою міцністю.

## «Традиційні» результати хірургічної корекції косметичних дефектів передньої черевної стінки

В. С. Драбовський, С. В. Малик

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Хірургічні методи корекції косметичних дефектів тулуба набули останнім часом великого розповсюдження та популярності і складають один з найбільш актуальних розділів сучасної пластичної хірургії. Не дивлячись на це, їх естетичні результати хірургічного лікування нерідко залишаються малозадовільними та далекими від оптимальних. Незадовільні результати лікування створюють психологічний дискомфорт для пацієнтів та погіршують рівень якості життя.

Мета дослідження – проаналізувати місцеві естетичні результати та небажані наслідки корекції косметичних дефектів передньої черевної стінки для покращення результатів лікування.

Для досягнення поставленої мети проведено аналіз результатів хірургічного лікування косметичних дефектів передньої черевної стінки (ПЧС) 62 пацієнтів (11 чоловіків та 51 жінка) на базі хірургічної клініки №3 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» за традиційними методиками. Середній вік пацієнтів складав  $49,8 \pm 7,8$  років (чол. –  $51,3 \pm 7,1$ ; жін. –  $49,1 \pm 8,0$ ). Хворі були співставимі за віком, статтю, типом конституції та індексом маси тіла. Домінуючими причинами косметичних дефектів ПЧС були післяопераційні та післяпологові наслідки, деформуючі рубці, нерівномірність розподілу підшкірно-жирової клітковини, деформації ПЧС за рахунок поєднання етіологічних факторів. Корекцію косметичних дефектів ПЧС пацієнтам здійснювали шляхом виконання традиційних видів абдомінопластики (АП): відкрита, мініабдомінопластика, класична АП, апронектомія, дерматоліпектомія. Результати лікування оцінювали в ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

Результати і їх обговорення. Аналізуючи характеристики рубцевої тканини за Ванкуверською шкалою виявлено, що найгірші параметри рубця при виписці були пов'язані із його еластичністю ( $2,6 \pm 0,3$ ), що можна пояснити змінним рівнем тканинного напруження, внаслідок якого починає формуватись груба сполучна тканина. Компоненти васкуляризації та пігментації знаходились майже на однаковому рівнях ( $1,6 \pm 0,2$  та  $1,5 \pm 0,1$ ), що обумовлено коротким проміжком часу, що пройшов від моменту операції. При огляді через 6 місяців після лікування, сумарна оцінка залишилась на сталому рівні ( $7,4 \pm 0,4$ ). Було відмічено зменшення компонентів васкуляризації ( $1,1 \pm 0,2$ ) та чутливості ( $1,8 \pm 0,1$ ). Еластичність рубця через півроку після лікування погіршилась внаслідок продовження формування грубої сполучної тканини, що за своїми структурними особливостями відрізнялась від прилеглої ( $2,6 \pm 0,3$  проти  $2,9 \pm 0,3$  при  $p \leq 0,05$ ), що призводило до появи небажаних косметичних наслідків у віддаленому п/о періоді (незадовільні п/о рубці – 22,2%, незадовільна форма живота та контурів – 14,8%, нерівномірність розподілу підшкірно-жирової клітковини – 7,5%), що свідчило про відсутність позитивної динаміки щодо формування нормотрофічних косметичних рубців.

Таким чином, у структурі незадовільних місцевих результатів та небажаних наслідків корекції переважали результати із формуванням грубої сполучної тканини. Для поліпшення косметичних результатів потрібно враховувати весь спектр біомеханічних та гістотопографічних властивостей тканин ПЧС. Підвищення рівня тканинного тиску в післяопераційній рані в певній мірі сприяє формуванню грубої сполучної тканини,



гіпертрофічних та келоїдних рубців, та має вплив на якісні характеристики рубцевої тканини.

## Кріохірургічні технології в абдомінальній хірургії

О. І. Дронов, С. В. Земсков, Є. А. Крючина, П. П. Бакунець,  
Р. Д. Добуш, Д. І. Хоменко, Є. С. Козачук

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,  
Київський міський центр хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози і  
імені В. С. Земскова

**Вступ.** В роботі представлений власний досвід застосування кріохірургічних технологій в лікуванні онкопатології органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу.

**Мета** – оцінити результати застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні хворих з онкопатологією органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу.

**Матеріали та методи.** В період з 2003–2017 рік в Київському міському центрі хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози імені академіка В.С.Земскова кріохірургічні технології застосовано у 456 хворих з: неоплазіями органів черевної порожнини – 432 (підшлункової залози – 113, печінки, жовчних проток та жовчного міхура – 319), злоякісними мезенхімальними пухлинами заочеревинного простору – 5 та злоякісними пухлинами органів малого тазу – 19. Застосовували наступні кріохірургічні методики: кріофіксація пухлини підшлункової залози + резекція; кріофіксація + потенційовання інтратуморальним введенням дистильованої  $H_2O$  + резекція; кріоабляція резидуальних пухлин на магістральних судинах; кріоабляція резидуальних пухлин при  $R_1/R_2$ ; кріоциторедукція нерезектабельних пухлин; кріоабляція пухлин Клацкіна; кріоабляція метастазів печінки; спліт–резекція печінки + кріоабляція пухлин печінки.

Основна мета застосування кріохірургічних технологій – забезпечення локального контролю при нерезектабельних або умовно резектабельних злоякісних пухлинах. Мета кріофіксації солідних злоякісних пухлин підшлункової залози – профілактика інтраопераційної дисемінації пухлинних клітин.

**Результати.** В групі пацієнтів з кріоабляцією резидуальної злоякісних пухлини підшлункової залози на магістральних судинах 1-, 3-, і 5-річна виживаність склала 73, 41 і 18%, медіана – 22 мес. В групі хворих, яким була виконана кріоциторедукція нерезектабельної пухлини підшлункової залози вдалось досягти 3-річної (актуриальної) виживаності – 17%, і медіани виживаності – 16 мес. Кріофіксація резектабельної солідної пухлини підшлункової залози з послідуною резекцією без потенційовання та в комбінації з потенційованням дистильованою  $H_2O$  не погіршують безпосередні результати лікування, а частота післяопераційних ускладнень достовірно не відрізняється від групи пацієнтів, яким виконувалась класична резекція підшлункової залози на рівні значущості ( $p > 0,05$ ) і не перевищує 35,3%.

Застосування кріохірургічних технологій при лікуванні первинно нерезектабельних неоплазій печінки дозволило досягнути конверсії в 32,9% пацієнтів. Частота локального рецидиву (медіана спостереження 34,7 міс.) при використанні кріохірургічного метода як самостійного метода, становила 11,6%, при кріоабляції лінії резекції ( $R1/R2$ ) – 23,2%.

Частота специфічних ускладнень становила 6,1%. Летальності пов'язаної із кріовпливом не спостерігалось.

Медіана виживаності пацієнтів з місцево–розповсюдженими неоплазіями малого тазу (60% пацієнтів з рецидивами раку шийки матки) після застосування кріотехнологій (R2) становила 11 місяців. Летальності не спостерігалось.

**Висновки.** Застосування кріохірургічних технологій дозволяє покращити безпосередні та віддалені онкорезультати, при оптимальних рівнях ускладнень та летальності.

## Особливості впровадження принципів «fast track» в лікування післяопераційних вентральних гриж

О. Ю. Іоффе, Т. В. Тарасюк, О. П. Стеценко, Ю. П. Цюра,  
М. С. Кривопустов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

**Вступ:** В Україні традиційною залишається «відкрита» методика оперативного втручання при лікуванні післяопераційних вентральних гриж. При цьому тривалість перебування хворого в стаціонарі коливається в широких межах та в середньому складає 5–6 діб. Застосування лапароскопічних мініінвазивних технологій дає змогу скоротити період післяопераційної реабілітації. Впровадження мультимодальної стратегії ведення пацієнта при виконанні оперативних втручань з приводу післяопераційних вентральних гриж, в основі якої покладені принципи «fast track», потребує вивчення та оцінки ефективності використання.

**Мета:** вивчити особливості впровадження принципів «fast track» в лікування післяопераційних вентральних гриж.

**Матеріали та методи:** В клініці кафедри загальної хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в період з серпня 2011 по лютий 2018 року знаходились на лікуванні 52 хворих, які були оперовані з приводу післяопераційної вентральної грижі. Пацієнтам було виконано лапароскопічну протезуючу герніопластику. З метою оцінки результатів лікування для порівняння було обрано 80 хворих, яким в цей період проводили лікування післяопераційної вентральної грижі за традиційною методикою sublay. Групи були співставимі за віком та статтю. Мультимодальна програма ведення хворих включала в себе спільні для обох груп елементи, що передбачали дотримання принципів швидкої реабілітації (fast track) пацієнта в післяопераційному періоді.

**Результати:** Дотримання основних принципів «fast track» було можливим у всіх пацієнтів при виконанні лапароскопічної протезуючої герніопластики. Середня тривалість «відкритої» герніопластики склала  $151 \pm 33$  хв., лапароскопічної –  $123 \pm 20$  хв. Лапароскопічна методика герніопластики не передбачала дренивання ран та черевної порожнини. При застосуванні лапаротомного доступу післяопераційна рана в 72 (90%) випадках дренивалася за Редоном. Рання активізація рухового режиму хворого та його вертикалізація впродовж перших 5 годин після операції були можливими у всіх хворих після лапароскопічної герніопластики та у 62 (77,5%) пацієнтів після герніопластики за методикою sublay. Післяопераційний ліжко–день серед пацієнтів після «відкритої» герніопластики становив  $7,6 \pm 1,2$ , після лапароскопічної операції –  $2,5 \pm 0,8$ .

**Висновки:** Застосування мініінвазивних методик виконання оперативного втручання при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж дозволяє дотриматись

принципів «fast track» в повній мірі. Використання лапароскопічних технологій дає змогу скоротити тривалість перебування пацієнта в стаціонарі та прискорити соціальну та трудову реабілітацію. Впровадження принципів «fast track» потребує комплексних заходів ведення пацієнта в до-, інтра- та післяопераційному періоді.

## Порушення функціонального стану печінки при експериментальному абдомінальному сепсисі

В. О. Кавин

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Серед актуальних та невирішених проблем в хірургії залишається абдомінальний сепсис, який є причиною не тільки значних фінансових витрат на лікування таких хворих, але й супроводжується їх високою смертністю. Всебічне вивчення патогенетичних ланок виникнення важкого сепсису та поліорганної недостатності допоможе у діагностиці та лікуванні хворих з абдомінальним сепсисом. Одним з важливих органів, який має значення в розвитку та прогресуванні сепсису є печінка. Печінка бере активну участь в ліпідному обміні організму. Порушення ліпідного обміну в умовах абдомінального сепсису, що виникає внаслідок ендотоксемії, є однією з патофізіологічних ланок септичного стану. Як показують дослідження, ліпопротеїди можуть брати участь у зв'язуванні й видаленні бактеріального токсину [1], впливають на моноцити та міграцію макрофагів, рівень запальних цитокінів, беруть участь в активації ендотеліальної синтази окису азоту (E-NO) [2].

**Мета:** вивчити зміни функціонального стану печінки, що проявляються порушенням ліпідного обміну та вмістом аланінамінотрансферази й аспартатамінотрансферази в умовах експериментального абдомінального сепсису.

**Об'єкт дослідження:** дослідження проведено на 14 щурах-самцях.

Нами проведено вивчення ліпідного обміну та деяких біохімічних показників, що характеризують стан печінки в 14 щурів при експериментальному абдомінальному сепсисі. Для дослідження були використані щурі-самці вагою 156–205гр. Абдомінальний сепсис був викликаний шляхом ін'єкції 30% калової суспензії в черевну порожнину щура. Під загальним знеболенням калова суспензія була введена внутрішньоочеревинно. Забір крові проводився через 24 год від початку експерименту. Критеріями оцінки загального стану щура були ознаки: стан шерсті, наявність чи відсутність виділень з очей, порушення дихання, втрата ваги, наявність чи відсутність діареї, порушення орієнтації в просторі та порушення активності у щура. Зміни ліпідного обміну через 24 год експерименту, характеризувалися порушенням вмісту  $\alpha$ -ліпопротеїдів (ХЛВГ), який зростав та становив  $1,47 \pm 0,02$  ммоль/л в порівнянні з контрольними показниками. Вміст  $\beta$ -ліпопротеїдів (ХЛНГ) в порівнянні з контрольними показниками незначно змінювався та становив  $0,28 \pm 0,02$  ммоль/л в порівнянні з контрольними показниками. Вміст тригліцеридів теж незначно змінювався та становив  $0,84 \pm 0,03$  ммоль/л. Нами виявлено виражені зміни вмісту холестерину та пре- $\beta$ -ліпопротеїдів (ХЛДНГ) у щурів з абдомінальним сепсисом, що підтверджує дані досліджень, що збільшення вмісту холестерину розглядається як захисний механізм при системній запальній реакції. Так, вміст холестерину зростав до  $2,13 \pm 0,06$  ммоль/л у цих щурів. Нами відмічено зростання вмісту пре- $\beta$ -ліпопротеїдів до  $0,42 \pm 0,06$  ммоль/л, які поряд з  $\beta$ -ліпопротеїди відносять до прозапальних ліпопротеїдів.

Біохімічні зміни стану печінки в умовах експериментального сепсису характеризувалися порушенням вмісту аланінамінотрансферази та аспаргатамінотрансферази. Як показали дослідження, вміст аланінамінотрансферази зростав та становив  $185,3 \pm 0,6$  Од/л, вміст аспаргатамінотрансферази у крові піддослідних щурів те ж зростав та становив  $477,2 \pm 0,3$  Од/л, що вказувало на пошкодження гепатоцитів при сепсисі.

**Висновок.** В умовах експериментального абдомінального сепсису виникають порушення функціонального стану печінки, що проявлялися біохімічними змінами печінки та порушенням ліпідного обміну, що вимагає подальшого вивчення патогенезу септичного процесу.

## Дослідження впливу нестероїдних протизапальних засобів та антипіретиків на процес імплантації аллотрансплантату у ранньому післяопераційному періоді

О. Є. Каніковський, В. В. Мосьондз

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Вентральні грижі (ВГ) складають 22,9% від загальної кількості гриж (Нечитайло, 2011).

«Золотим стандартом» в хірургічному лікуванні вентральних гриж є аллогерніопластика.

У комплексі післяопераційних лікувальних заходів важливим є призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Проте відсутність єдиної доктрини і доказової бази доцільності застосування НПЗП у ранньому післяопераційному періоді може негативно впливати на процес імплантації аллотрансплантату.

Підставою для нашого дослідження стали клінічні спостереження за хворими, яким була виконана аллогерніопластика.

В частини хворих спостерігався триваліший перебіг імплантації на тлі прийому НПЗП та відсутності тригерних факторів.

**Мета:** Оцінити та визначити вплив нестероїдних протизапальних засобів та антипіретиків на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації аллотрансплантату у ранньому післяопераційному періоді.

**Об'єкт і методи дослідження:** Проведено імплантацію аллотрансплантату методом *open lay* 30 білим статевозрілим самцям лабораторних мишей, середньою масою  $228 \pm 5,2$ г.

Дана методика передбачає розміщення поліпропіленової сітки над апоневрозом. Для імплантації використовувався сітчастий поліпропіленовий матеріал круглої форми розміром  $1 \times 1$  см.

**Результати та їх обговорення:** Лабораторні миші були розділені на 3 групи:

1. група «Контролю» ( $n=10$ ) – інтактні тварини;
2. група «НПЗП» ( $n=10$ ) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 3 мг/кг розчин НПЗП протягом 5 діб;
3. група «АНТИПІРЕТИК» ( $n=10$ ) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 24 мг/кг розчин антипіретика протягом 5 діб.

Збір матеріалу для гістологічного дослідження було проведено на 3-й і 5-й день після імплантації аллотрансплантату. Матеріал поміщався в флакон та фіксували розчином формаліну.

Результати гістологічного дослідження показали:

У 1 групі спостерігався перебіг формування сполучно-тканинного матриксу, на фоні відсутньої протизапальної терапії. В таких тварин домінувала фаза ексудативного запалення, менш виразно формувалась молода грануляційна тканина.

У 2 групі спостерігали швидкий розвиток молодої грануляційної тканини та менш виражені ознаки запальної реакції.

У 3 групі ознаки запального процесу також менш виражені та присутня молода грануляційна тканина. .

## **Висновки:**

1. Згідно гістологічних результатів на фоні використання НПЗП протягом 3 днів вже у 40% мишей була сформована молода грануляційна тканина і присутні лише залишкові ознаки ексудативного запалення. На 5-й день у всіх мишей було сформована молода грануляційна тканина без ознак запалення.

2. У 3 групі на 3-тю добу у 60% мишей була відсутня фаза ексудації та присутня молода грануляційна тканина тоді як на 5-ту добу у всіх мишей була сформована грануляційна тканина.

Отже, використання НПЗП та антипіретиків створює оптимальні умови для формування сполучно-тканинного матриксу у зоні аллотрансплантату шляхом вкорочення фази ексудації з прискоренням розвитку продуктивного запалення і утворенням молодої грануляційної тканини.

## **Альтернативні методи лікування гігром**

**О. Є. Каніковський, В. В. Мосьондз**

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова**

**Вступ.** Гігрома одне з часто зустрічаємих захворювань опорно-рухового апарату. Пік захворювання припадає на молодий та працездатний вік. Основним чинником, що продовжує спонукати до розгляду проблеми – лікування гігром, було, є, і продовжує залишатися питання профілактики рецидиву, що спонукає лікарів хірургічного профілю до пошуку нових та удосконалення існуючих методів лікування. За даними Gibson T., Бабич І.В., консервативне лікування дає можливість одужання у 50 – 60% випадків. Рівень рецидивів після різноманітних оперативних втручань коливається від 20 до 35% тоді як при пункційному лікуванні рецидиви наявні лише у 11 – 18%.

**Мета:** Покращення результатів лікування гігром шляхом удосконалення ефективності малоінвазивного методу лікування.

**Об'єкт і методи дослідження:** хворі з первинними гігромами .

**Результати та їх обговорення:** В основі даної роботи покладено ретроспективний аналіз лікування хірургічної корекції гігром у 42 хворих в порівнянні з віддаленими результатами лікування 42 хворих з первинними гігромами різної локалізації малоінвазивним методом на базі кафедри хірургії медичного факультету №2 протягом 2014–2017 років.

Через 3 місяці після лікування із застосуванням хірургічного способу ознаки рецидиву спостерігалися у 2 (0,8%) хворих, тоді як через 6 місяців він був у 11 (4,61%) хворих та 0,8% (2) хворих через рік .

Результати хірургічного лікування, які на наш погляд не є абсолютно задовільними і не забезпечують повноцінного вирішення проблеми – високий рівень рецидивів, витрати

на лікування, довгий термін реабілітації, тимчасова втрата працездатності спонукали нас до пошуку альтернативного – більш щадячого методу, який міг би покращити усі ці показники. Нами була запропонована удосконалена пункційна методика в поєднанні зі склеро терапією – одномоментна, двопозиційна пункція гігроми двома голками з наступною евакуацією вмісту гігроми, розрахунком об'єму склерозанту (сотрадеколу) в залежності від кількості видаленого вмісту гігроми, його введенням, тугим бинтуванням місця ін'єкції з послідувочою іммобілізацією.

Даним способом було проліковано 42 хворих з первинними гігромами різної локалізації. Середній вік пацієнтів  $23 \pm 7$  років. Результат оцінювався на 3, 6 та 12 місяць. Через 3 місяці рецидив виявлено у 4 (3,94%) хворих, 6 місяців у 1 (0,4%) хворих. У віддаленому періоді один випадок у групі спостереження – 0,4%. Домінуючим етіологічним чинником було ранне порушення нормативного навантаження.

#### **Висновки:**

1. Застосування безнатягового методу лікування гігром дає кращі статистичні показники в порівнянні з хірургічним методом, що і обумовлює його альтернативність, як малоінвазивного методу.

2. Перевагами методу є органозберігаючий, косметичний аспекти, малотравматичність та фінансова доступність, низька частота рецидиву і короткий реабілітаційний період.

3. Рання поява рецидиву у досліджуваній групі обумовлена коротким періодом реабілітації порівняно з групою порівняння на тлі раннього порушення нормативного навантаження.

## **Результати комплексного лікування хворих на бронхоектатичну хворобу**

**П. І. Корж, А. Г. Краснояружський, Д. В. Мінухін, А. А. Серенко**

**Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків, Харківський національний медичний університет**

**Вступ.** В даний час простежується чітка тенденція до зростання кількості хворих з захворюваннями органів дихання, зростанню інтенсивності запального процесу в легенях, збільшенням кількості ускладнених форм протікання захворювання. Не дивлячись на досягнуті успіхи в лікуванні грибка-інфекційних захворювань легень тенденцій до зменшення їх числа не спостерігається. З числа багатьох гнійно-інфекційних захворювань легень одним з досить важких є бронхоектатична хвороба (БЕХ). БЕХ, серед інших захворювань легень у дорослих, складає від 10% до 20%. Ретроспективний аналіз результатів лікування пацієнтів на бронхоектатичну хворобу показує, що у 65–75% випадків виникає нестабільний стан клінічного одужання з періодичним рецидивуванням грибка-інфекційного процесу. БЕХ займає одне з провідних місць у світі серед усіх причин летальності у хворих пульмонологічного профілю – так в промислово розвинених країнах на 2010 рік вона зайняла 12-те місце.

**Мета роботи:** оцінити результати комплексного лікування пацієнтів на бронхоектатичну хворобу.

**Матеріали і методи.** Нами були проаналізовані результати комплексного лікування 110 хворих на бронхоектатичну хворобу (локальна форма), що знаходились на лікуванні у відділенні торако-абдомінальної хірургії ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії

НАМН України», м.Харків. Хворі були розподілені на 2 групи: основну – 60 пацієнтів та групу порівняння – 50 осіб. Групи досліджених хворих були репрезентативні. Діагноз бронхоектатична хвороба був встановлений на основі клінічних, лабораторних та бронхоскопічних даних, змін бронхів на КТ або МРТ. У хворих групи порівняння були застосовані загальноприйняті методи лікування. У хворих основної групи бронхоскопічно хворим встановлювали санаційний катетер до дільового бронху на стороні ураження та проводили санаційні заливки, проводиме лікування доповнювалося призначенням препарату «Сингуляр» селективного блокатора лейкотриєнових рецепторів (добова доза 10 мг) та інгаляційне введення препарату екзогенного сурфактанту – Інфасурф (добова доза 35 мг). Також пацієнтам основної групи проводили локальне електромагнітне опроміювання грудної клітини в проекції локалізації бронхоектазів установкою «Яхта-3» з частотою 0,915 ГГц протягом 15–20 хвилин.

Оцінку ефективності комплексного лікування хворих проводили за наступними критеріями: динаміка респіраторних симптомів, динаміка регресу задишки, зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), динаміку показників ендобронхіальної цитограми, частота загострень протягом року.

**Результати та їх обговорення.** Оцінка результатів комплексного лікування проводився протягом 5 років. Після проведеного лікування відмічено: у пацієнтів основної групи відмічається більш швидкий регрес респіраторних симптомів та задишки в середньому на  $4,2 \pm 1,2$  діб, нормалізація показників ФЗД наступала раніше в середньому на  $7,06 \pm 0,67$  діб, нормалізація показників ендобронхіальної цитограми наступала раніше в середньому на  $7,9 \pm 0,55$  діб, частота загострень протягом року зменшилася на 56,4%.

**Висновки.** Запропонована методика комплексного лікування хворих на бронхоектатичну хворобу, яка включає бронхоскопічну катетерізацію дільового бронху на стороні ураження та проведення санаційних заливок, призначенням препарату «Сингуляр», інгаляційне введення препарату екзогенного сурфактанту – Інфасурф та локальне електромагнітне опроміювання грудної клітини в проекції локалізації бронхоектазів дозволяє значно поліпшити результати лікування.

## Обґрунтування симультанних дермліпектомій при грижосіченнях у хворих з абдомінальними проявами ожиріння

А. О. Кот

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

В сучасному суспільстві в Україні більше половини населення має надлишкову вагу і стовщені шари черевних стінок, що відіграють патогенетичну роль у поширенні грижової хвороби та її ускладненого перебігу. Багаторічні клінічні спостереження дозволили вважати, що процес формування та збільшення зовнішніх черевних гриж завжди супроводжується герніогенною експансією і деформацією оточуючих очеревинний мішок тканин з утворенням додаткового ліподермального надлишка переважно парапортально-надапоневрозної локалізації. Метричні його характеристики в наших дослідженнях у 40 оперованих хворих із зайвою вагою ( $IM\ 30,6 \pm 4,9$ )  $kg/m^2$  визначались відповідно розмірам гриж і виразності жировмісних шарів передньо-бокової черевної стінки, склавши при середніх розмірах гриж об'ємно-масову різницю (порівняно з симетричною негрижозною інтактною ділянкою аналогічної площі) в межах 15–25% з коефіцієнтом

0,2+0,05 тканинного надлишка; при великих – 0,3+0,05 (25–35% надлишкового об'єма), і в разі гігантських гриж на тлі ожиріння  $> 0,35$ . Попередньо виявлені нашими макроморфологічними та патогістологічними дослідженнями регресивно–компенсаторні зміни у надлишкових парагерніальних тканинах відіграють потенційно негативну роль у виникненні та розвитку післяопераційних місцевих ускладнень, а встановлений даною роботою переважно диспластично–запальний характер мікроструктурних змін м'якотканинних надлишків підтвердив їх низьку придатність для відновлювальних хірургічних цілей, що сукупно дорзвало обґрунтувати доцільність дозовано–прецизійного їх видалення під час операцій грижосічення. Раціональним й універсальним способом видалення надлишкових парагерніальних тканин передньої черевної стінки при оперуванні гриж середніх та великих розмірів ми вважаємо еліпсоподібну дермліпектомію («convex») або дуго–човноподібну форму ліподермального висічення («hemi-convex» – як варіант для гриж підпупково–гіпогастральних локалізацій) із додатковим усуненням зайвих жировмісних скупчень в межах периметра грижових воріт, що інтраопераційно запобігає їх інтеропозиції в каркасні шви і забезпечує щільність апоневрозно–пластичних з'єднань, згідно уточненого нами принципу «апоневрозна герніопластика без натяжінь, а поверхнева – без надлишків м'яких тканин». Самостійна операція дермліпектомія поза втручання в м'язо–апоневротичні структури у огрядних пацієнтів з негрижовими деформаціями черевної стінки не викликала площинної редукції її каркасного шару і достовірних підвищень внутрішньочеревного тиску (63 + 9) мм вод.ст. відносно нормального діапазона його значень (50–70) мм вод. ст.,  $p > 0,05$ ), обумовлюючи цим невиразність (3–4 бали з 11) і нетривалість (до 2 діб) післяопераційного болю за «Pain Rating Scale». Зв цих причин симультанна дермліпектомія як додатковий етап операції грижосічення–герніопластики негативно не впливала на коливання показників внутрішньочеревного тиску (76 + 11) мм вод. ст.,  $p > 0,05$ ) і суттєво не обтяжувала больовий синдром (до 6 балів), обумовлені хірургічним закриттям грижових воріт, а навпаки, забезпечувала позитивний механічний вплив на зону апоневрозної пластики відтворенням ефекта її локального бандажування з'єднаними поверх неї м'якими тканинами без їх надлишка. Крім вказаного, дермліпектомії забезпечували оптимальні умови покращеного інтегрування onlay–розташованих синтетичних сітчастих імплантатів у оперовану черевну стінку. Додатково обґрунтована нами спрощена швова техніка герніопластики (Пат. UA №85192) дозволяла компенсувати додатковий час (до 30 хв.), витрачений на симультанне видалення надлишкових тканин, і достовірно скоротити загальну тривалість операції грижосічення–грижепластики, поєднаної з дермліпектомією ( $p < 0,05$ ). А розроблений новий спосіб герніоабдомінопластики (Пат. UA №87345) забезпечував технічну сумісність із масивними дермліпектоміями і доповнював лікувально–профілактичні та естетичні принципи оперування грижоносіїв з абдомінальними проявами ожиріння. Виконані нами симультанні дермліпектомії при грижосіченнях, усуваючи парагерніальний м'якотканинний надлишок як основний субстрат післяопераційних запалень, суттєво зменшили частоту локальних ускладнень грижепластик у хворих з зайвою вагою – з 20–30% (за даними літератури і опитувань стандартно оперованих респондентів) до 5% ( $p < 0,05$ ), забезпечуючи поліпшений лікувальний і економічний ефекти, в т.ч. завдяки зменшенню потреб у використанні протизапально–знеболювальних ліків, аспіраційно–вакуумних дренажних пристроїв і тривалих моніторингових внутрішньочеревного тиску. Обґрунтовані даною роботою і клінічно випробувані вдосконалення грижосічень у хворих з зайвою вагою, оперованих з симультанними дермліпектоміями, позитивно впливають на якість їх життя і показники здоров'я за міжнародною системою ретро-



спективних бальних оцінок «MOSSF», зокрема, на психоемоційний стан (показник RE (Role–Emotional functioning) = 94 бали зі 100 можливих – проти 69 балів у стандартно прооперованих респондентів,  $p < 0,05$ ), завдяки поліпшеним лікувально–естетичним ефектам (ER (Esthetic Result) = 95 балів – проти «стандартних» 72,  $p < 0,05$ ) виконаних їм елементів абдомінопластики та симультанної корекції форми живота.

## Порушення обміну мікроелементів при експериментальній й механічній жовтяниці

О. В. Котов

Дніпропетровська медична академія

**Вступ.** Прогресування механічної жовтяниці, внутрішньо печінкового холестазу, жовчної гіпертензії, ахолії викликає суттєві функціональні та морфологічні зміни печінки, які призводять до формування печінкової недостатності. При цьому в печінці виникають білкова і зерниста дистрофія, некроз і атрофія печінкових клітин, розлади кровообігу, запальні зміни строми, фіброзні й циротичні процеси. Вищевказані патологічні зміни ініціюють анаеробне окислення і тим самим підвищують концентрацію вільних радикалів в тканинах, що поглиблює ендогенну інтоксикацію, викликає значні розлади діяльності органів і систем організму та є однією з основних причин високої летальності. Відповідно до цих змін порушується обмін цілого ряду мікроелементів: заліза, міді, цинку, кобальту, молібдену, марганцю; порушується синтез транспортних білків, які забезпечують перенос мікроелементів (трансфери, церулоплазмин); порушується екскреція мікроелементів із жовчю.

**Мета дослідження:** виявити порушення обміну мікроелементів в організмі тварин за умов експериментальної моделі механічної жовтяниці та встановити їх структурно–функціональну значущість.

**Матеріали і методи.** В дослідженні використані загально клінічні, біохімічні, гістологічні, імуногістохімічні, цитологічні (проточна спектрофлуометрія гепатоцитів), фотометричні (атомно–сорбційна спектрофотометрія), статистичні методи дослідження. Експериментальне дослідження виконане на 25 конвенційних рендомбредних аутбредних статевозрілих самцях білих щурів. Лабораторія є сертифікованою, а всі дослідження (включаючи анестезію, виведення тварин з експерименту) повною мірою відповідали принципам Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей (Страсбург, 1986), закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження».

Тварин розподілили на 2 групи: основну ( $n=19$ ) та контрольну ( $n=6$ ). Всіх тварин основної групи оперували під загальною анестезією шляхом міні доступу в правому підребер'ї: виконали виділення та перев'язку загальної жовчної протоки нижче конфлюенса капроном 4–0. В контрольній групі тварин (інтакт) втручань не виконували. За прогресування механічної жовтяниці тварин основної групи розділили на три підгрупи. Перша підгрупа з терміном жовтяниці 7 діб, друга – 14, третя – 28. По закінченню вказаних термінів тварин виводили з експерименту.

**Результати та їх обговорення.** З моменту відтворення обтураційної жовтяниці й по мірі її прогресування в організмі тварин відбувались суттєві порушення збоку вмісту життєво необхідних мікроелементів в крові, жовчі та печінці. Особливо значущими

були зміни вмісту заліза: через тиждень від моделювання жовтяниці, середній рівень заліза в крові зменшився на 27,25% у порівнянні з відповідним рівнем в крові тварин групи контролю, водночас із підвищенням середнього рівня заліза в печінці на 127,64% порівняно з відповідним показником в групі контролю. Цей процес, на нашу думку, скоріше всього пов'язаний з активацією утворення гепсидину, який через білок феро-портин (FPN) виконував свою функцію щодо накопичення заліза в печінці. Підвищення вмісту заліза в печінці призводило до стимуляції синтезу в ній колагену та розвитку сполучної тканини. Починаючи з 14 доби експерименту, разом зі зниженням вмісту білірубину в крові, рівень заліза збільшувався, а в печінці та жовчі зменшувався, поступово наближаючись до рівня в контрольній групі (28 доба експерименту). Тобто цей процес метаболізму мав всі ознаки зворотного наслідку. Накопичення заліза в печінці призводило до значущих структурних змін: включення гемосидерину в цитоплазмі клітин Купфера, фіброз, з формуванням несправжніх дольок та колагеногенез, поява на поверхні епітелію протоки конкрементів.

**Висновки.** Таким чином, в організмі тварин за умов експериментальної жовтяниці відбуваються значущі порушення обміну мікроелементів, які мають суттєвий вплив на структурно-функціональний стан печінки та дозволяють науково обґрунтувати нові підходи до патогенетичної терапії.

## Доплерівське картування та еластографія у оцінці результатів герніопластики

А. В. Кудрявцев, В. П. Кришень, В. С. Дубченко

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро

**Вступ:** За останні роки авторами був проведений аналіз перебігу найближчого післяопераційного періоду при виконанні різних методик у хворих з защемленої пахової грижею. При цьому використовувалися традиційні критерії оцінки якості проведеного лікування, у вигляді частоти виникнення післяопераційних ускладнень, тривалості реабілітації, витратності методик, суб'єктивної оцінки рівня якості життя за шкалою Visik, SF-36. На думку авторів, має місце необхідність об'єктивізації оцінок віддалених результатів лікування, з метою довести зв'язок між суб'єктивно визначаємою якістю життя пацієнта у післяопераційному періоді і морфо-функціональними змінами в тканинах зони операційної інвазії.

**Мета:** Дослідити відмінності у перебігу віддаленого післяопераційного періоду у хворих на защемлену пахову грижу після відкритої та лапароскопічної герніоалопластики використовуючи традиційні методи, імплементувати запропоновані ультразвукові методи діагностики.

**Об'єкт і методи дослідження:** В дослідженні брали участь 40 осіб, в першу групу увійшли 20 пацієнтів, яким була проведена лапароскопічна герніоалопластика за методикою TAPP, у другу – 20 пацієнтів після проведеної пластики за Liechtenstein. Термін спостереження становив від 1 до 7 років, в середньому  $2,2 \pm 0,6$  років. Якість проведеного лікування визначалася за частотою виникнення синдрому хронічної пахової болі, парестезії, невритів шкірних нервів, визначенням суб'єктивної оцінки рівня якості життя за шкалами Visik та SF-36, рівня рецидивів. Також використана ультразвукова методика оцінки з використанням енергетичного доплера і проведенням еластографії якісним

способом, суть якої полягає в наступному: порівнюється стан тканин пахових областей одного і того ж хворого в зоні операції, та контралатеральної їй стороні, зміни оцінюються за кількісною та якісною шкалою по відношенню до сторони, контралатеральної до зони операції. У дослідженні беруть участь пацієнти після перенесених операцій з приводу односторонньої пахової грижі, і на момент дослідження з відсутністю дефекту в протилежній паховій області. Критеріями є наступні показники: рівень васкуляризації, однорідність васкуляризації, рівень кровотоку, однорідність кровотоку, щільність тканини, однорідність тканини, рівень кістозних трансформацій в тканині. Результат прив'язується до даних суб'єктивної оцінки хворими рівня якості життя за шкалами Visik та SF-36 та даними обстеження традиційними методами.

**Результати і їх обговорення:** Використовуючи традиційні методи оцінки у першій групі кількість добрих результатів склала 11, відмінних результатів – 6, у другій групі – 8 і 5 відповідно, незадовільних результатів не було в обох групах. При ультразвуковій оцінці структури тканин і рівня кровотоку було виявлено, що досліджувані параметри були ближче до нормальних у хворих з добрими та відмінними результатами, з розбігом параметрів до 24%, у хворих із задовільними результатами розкид параметрів склав 35%. Васкуляризація тканин була якісно вищою у пацієнтів, оперованих за допомогою відкритої методики в  $1,2 \pm 0,1$  рази, товщина асоційованого з трансплантатом фіброзного шару в них також була більшою в  $1,4 \pm 0,2$ , при цьому тканини були менш однорідними.

**Висновки:** Еластографія та доплерографія можуть використовуватися при оцінці післяопераційного періоду у хворих з паховими грижами; при цьому є зв'язок між наявними структурними змінами у тканинах і суб'єктивним станом пацієнта. Таким чином, використання даних методик дозволяє об'єктивізувати дослідження віддаленого післяопераційного періоду у хворих з герніоімплантом.

## Хірургія діабету 2 типу: можливості, результати, проблеми

А. С. Лаврик, А. С. Тивончук, А. Ю. Згонник, О. А. Лаврик,  
В. В. Москаленко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Економічні, медичні та соціальні проблеми лікування діабету стають глобальними. Поняття хірургії при діабеті безумовно вимагає особливого розуміння лікарів і патофізіологічного обґрунтування. Діабет 2 типу в останні роки стає хірургічною проблемою. Хірургічне втручання при діабеті є метод інвазивного лікування і несе ризики, пов'язані як з анестезією, так і з самою операцією. Слід добре розуміти, що хірургічне лікування діабету показано не всім. Крім того, з нашими сьогоdnішніми знаннями, поки неможливо визначити точні показання та протипоказання до операції. Розвиток хірургії діабету 2 типу має пройти кілька непростих бар'єрів, в тому числі вкоріненого поняття діабету як суворо терапевтичного захворювання. Ще однією серйозною перешкодою для розвитку хірургії діабету може бути недостатня кількість підготовлених бариатричних і метаболічних хірургів, які володіють лапароскопічними методами. Однак нові дослідження показують, що хірургічне лікування діабету і ожиріння дійсно економічно вигідно. Впровадження метаболічної хірургії викликало перегляд цілей лікування діабету, від контролю до ремісії. Потенціал хірургії для визначення складної

фізіології нейрогуморальних регуляцій в шлунково-кишковому тракті може призвести до кращого розуміння тієї ж патофізіології діабету. Це, в свою чергу, може призвести до нових цілей медичної та інтервенційної терапії. Зрештою, це може бути комбінація хірургічного лікування та медичного спостереження, яка забезпечує найкращі довгострокові результати у цих пацієнтів. Це стане хорошим засобом в зниженні смертності від раку і серцевих захворювань.

Накопичений нами більш ніж 30 річний досвід лікування хворих на ожиріння і діабет 2 типу дозволяє вважати, що сьогодні не існує інших реальних ефективних методів лікування ожиріння і обумовленого ним діабету 2 типу. Нами проаналізовані результати як мальабсорбтивних, так і гастрорестриктивних операцій. Безумовно класичні операції білопанкреатичного шунтування є найбільш ефективними в лікуванні діабету 2 типу, але можливість розвитку ускладнень, пов'язаних з мальабсорбцією, пояснює пошук нових методик. Рукавна резекція шлунка, класичне шунтування шлунка по Ру і міні шунтування шлунка дозволяють досягти хороших результатів у більшості хворих на діабет. Основним патофізіологічним механізмом визнається інкретиновий ефект, інші вимагають вивчення. З огляду на нинішню нездатність досягти значної ремісії і знизити смертність при консервативному лікуванні, метаболічна хірургія представляє собою нову сторінку при лікуванні діабету. За останні 30 років бариатричних хірургія виявилася досить ефективною в лікуванні не тільки ожиріння, але і діабету 2 типу. Хірургію тепер слід розглядати як ефективний метод лікування не тільки тих, хто страждає ожирінням, але також і для пацієнтів з діабетом, які виходять за межі діючих рекомендацій з урахуванням показників маси тіла. Потенційні можливості метаболічної хірургії насправді величезні. Однак реалізація вимагає переосмислення основних цілей і стратегій лікування діабету. Тим часом дослідження патофізіологічних основ діабету тривають і можуть визначити оптимальні і найбільш обґрунтовані оперативні втручання.

## Обґрунтування концепції «реанімаційної хірургії»

С. І. Панасенко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Медична допомога постраждалим із політравмою (ПТР) – це складна і далеко не вирішена проблема. В останні два десятиліття в Україні була розроблена і успішно розвивалася оригінальна система лікування таких травм, яка основана на об'єктивній оцінці тяжкості травми (ТТ) та вірогідному прогнозуванні її клінічного перебігу. Не зважаючи на певний клінічний прогрес, летальність серед постраждалих із ПТР і «несприятливим» прогнозом перебігу травми сягає 75–96%. Саме тому мета даного дослідження полягала в обґрунтуванні концепції «реанімаційної хірургії», як провідного чинника підвищення виживаності цієї категорії пацієнтів.

**Об'єктом дослідження** був лікувальний процес, а метод дослідження полягав ретроспективному когортному клініко–епідеміологічному всебічному вивченні різних аспектів надання медичної допомоги пацієнтам із ПТР.

**Результати і їх обговорення.** Нами було опрацьовано 3098 медичних карток стаціонарних хворих, серед яких відповідно до мети дослідження було відібрано 2009 (64,9%) клінічних випадків поєднаної торакоабдомінальної травми (ПТАТ). Окремо вивчалися складові оперативного прийому на грудній клітці – 404 (29,1%) операції та животі – 306 (15,2%) операцій. Розподіл компонентів торакального і абдомінального оперативного

прийому у групах пацієнтів із ПТАТ і ПТР мав повну узгодженість. Виявлені відмінності статистично не достовірні ( $p > 0,05$ ) при порівнянні торакального оперативного прийому і статистично достовірні ( $p < 0,05$ ) при порівнянні абдомінального оперативного прийому в групах пацієнтів із ПТАТ і вісцеральною ПТР. Таким чином, у загальному клінічному масиві система анатомо-функціонального прогнозування перебігу травми суттєво не впливала на визначення оперативної тактики у групі постраждалих із ПТР. Подібний підхід доцільний лише при відсутності ефективних і малотравматичних методів усунення шокогенних ушкоджень. Ми вважаємо, що першочерговій оперативній корекції повинні підлягати не домінуюча травма, а ті ушкодження і їх ускладнення, які становлять небезпеку для життя в даний момент. Тому окрім традиційної градації операцій на екстрені, термінові, відтерміновані і планові ми виділяємо «реанімаційні» операції. За своїм змістом «реанімаційні» операції, в контексті хірургічної тактики «damage control» (DC), відповідають переліку екстрених операцій, але можуть виконуватися поза межами операційної і обов'язково у скороченому об'ємі. Проведений ретроспективний аналіз великого клінічного масиву ПТАТ не виявив випадків наявності конкуруючих ушкоджень у таких постраждалих, що підтверджує нашу думку про недоцільність симультанних операцій при ПТР, які ми вважаємо предикторами несприятливих (летальних) наслідків. В реальних клінічних умовах першочерговість операції на тій чи іншій анатомо-функціональній ділянці (АФД) визначається не морфологічними, а функціональними критеріями значимості наявних ушкоджень для загрози життю пацієнта. На відміну від черевної порожнини, оперативний прийом в грудній клітці не може бути завершений торакостомією, тим паче із застосуванням тампонів, хоча реанімаційна пауза може тривати і кілька годин. Необхідність оперативного переходу на іншу АФД може виникнути в будь-який момент операції, головний критерій для прийняття такого рішення – відсутність позитивної «гемодинамічної відповіді» під час реанімаційної паузи після декомпресії перикарду або плевральної порожнини, тимчасової зупинки кровотечі. В подібній ситуації, оперативний прийом завершається в об'ємі DC (затискачі, тампони і т. п.), оперативний доступ не ушивається. Після виконання оперативного прийому в об'ємі DC в іншій АФД і повторній переоцінці гемодинамічного профілю пацієнта приймається рішення про остаточний об'єм оперативного прийому в тій чи іншій АФД. Зазначені принципи концепції «реанімаційної хірургії» реалізовані нами при лікуванні 25 постраждалих із украй тяжкою ПТАТ (в т. ч. травматичними розривами серця та аорти), що дозволило знизити летальність із 35,9% до 12,0% порівняно із конгруентною за ТТ групою порівняння.

### **Висновки:**

1. Принциповий напрямок підвищення виживаності пацієнтів із ПТР полягає в розробці нових і удосконалення існуючих методів хірургічного лікування ПТР за канонами DC.
2. Існує нагальна необхідність клінічної імплементації «реанімаційних операцій», які можуть виконуватися за межами операційної.

## Результати хірургічного лікування велетенських рецидивних післяопераційних вентральних гриж методом «underlay»

М. І. Пекарь

Ужгородська міська поліклініка, м. Ужгород

**Вступ.** Післяопераційні грижі живота (ПГЖ) виникають у 18 – 21,2% хворих, які перенесли хірургічні втручання на органах черевної порожнини і складають 20 – 22,4% від загальної кількості гриж живота. Водночас, алогерніопластика велетенських ПГЖ (ВПГЖ) супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (11,8 – 30%), частими рецидивами грижі (15 – 35%) та високою летальністю (2 – 7%) навіть після планових операцій. Незадовільні результати лікування ВПГЖ пов'язані з тим, що традиційні методи алопластики («onlay», «sublay», «inlay») виконуються з великим натягом та травматизацією м'язово-апоневротичних тканин, зменшенням об'єму черевної порожнини, що створює підґрунтя для розвитку абдомінальної гіпертензії.

**Мета.** Вивчити безпосередні (до 30 днів), ранні (від 1 до 12 місяців) та віддалені результати (від 1 до 5 років) хірургічного лікування пацієнтів з рецидивними ВПГЖ методом «underlay»

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 27 медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/о; наказ МОЗ України від 14.02.2012 №110), які продовжували амбулаторне лікування після операцій з приводу рецидивної ВПГЖ методом «underlay» в умовах УМП протягом 2010 – 2017 років. Всі пацієнти були жіночої статі у віці від 39 до 76 років. Відповідно до Міжнародної класифікації Chevrel—Rath (SWR classification) пацієнти розподілені наступним чином: М – 21, МL – 6; W3 (10 – 15 см) – 4; W4 (понад 15 см) – 23. У всіх пацієнток спостерігали рецидивну грижу (R1 – 2). Операції виконано за принципом tension free. Для пластики використовувалася композитна сітка Proceed (Johnson & Johnson), Parietex (Тусо) розміром 20×30 см, 30×30 см, 28×37 см, яку імплантували «underlay».

**Результати.** У безпосередньому післяопераційному періоді у 7 пацієнтів виникли ускладнення місцевого характеру: 5 – серома, 2 – гематома, які, завдяки інтенсивному лікуванню, не вплинули на віддалений результат операційних втручань. Рецидиву грижі за період спостереження 5 років не було. Післяопераційної летальності не спостерігалось.

**Висновки.** Пластика ВПГЖ методом «underlay» з використанням композитних сіток належних розмірів є безальтернативним в лікуванні даної патології.

### Рецидиви післяопераційної грижі живота після алопластики та їх лікування

С. М. Піотрович, О. В. Васильчук, П. В. Коломієць, В. Г. Яцентюк,  
В. О. Дубенець, О. В. Чиньба, О. В. Мамонов, О. О. Кузнецов,  
В. І. Смовженко

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,  
Міський центр хірургії гриж живота, м. Київ

Лікування післяопераційних гриж живота (ПГЖ) залишається актуальною проблемою хірургії через високий відсоток виникнення рецидиву грижі, навіть після виконання

алопластики. Так, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів відсоток рецидиву ПГЖ після алогерніопластики становить 5–20%. Виникає необхідність аналізу причин таких незадовільних результатів лікування.

**Мета.** Метою нашого дослідження було вивчення причин виникнення рецидиву ПГЖ після алопластики і визначення шляхів поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів з даною патологією.

**Матеріали і методи.** За період з 2003 по 2017 рр. у міському центрі хірургії гриж живота з приводу рецидивної ПГЖ після алогерніопластики було прооперовано 133 пацієнта. Чоловіків було 23 (17,3%), жінок – 110 (82,7%). Середній вік пацієнтів  $61,2 \pm 0,8$  років. Серед них пацієнтів з грижами M2–3W1R1 (SWR класифікація) було 80(60,15%), M3–5W2R1 – 40(30,1%), M3–5W3R2 – 3(2,25%), L3W2R1 – 6(4,5%), L4 W2R2 – 4(3%). У 41(30,8%) пацієнта рецидив грижі виник у 1–ий рік після операції, у 62(46,6%) – на 2–й рік і у 30(22,6%) – через 2 і більше років. У 91( 68,4%) пацієнта відмічали наявність супутньої патології: ожиріння, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця, хронічних обструктивних захворювань легень. Вид рецидиву та спосіб попередньої пластики визначали безпосередньо під час виконання самої операції. Оскільки, у виписних документах пацієнтів спосіб виконаної операції вказувався як алогерніопластика, без інформації про методику розташування імплантату та його розмірів. Оперативні втручання виконували під загальним знеболенням в поєднанні з постановкою перидурального катетера. При виконанні операції перевагу надавали способам, які максимально зменшували можливість підвищення ВЧТ. Особливу увагу приділяли прецизійній техніці оперування, широкому перекриттю сіткою країв грижового дефекту, надійній фіксації протеза, ретельному гемостазу та дренажу місця імплантації сітки і рани.

**Результати і їх обговорення.** Під час оперативного лікування нами встановлено, що у 42(31,6%) пацієнтів з грижами M2–3W1R1 причиною рецидиву був діастаз прямих м'язів живота, який не ліквідували при виконанні попередньої операції. У 36(27,1%) хворих з M2–3W2R1 із преперитонеальним розміщенням імплантату рецидив пов'язаний з невідповідним розміром сітки та технічними похибками при її фіксації. У 2(1,5%) пацієнтів з M2–3W1R1 рецидив грижі виник по периметру імплантату внаслідок «прорізання» фіксуючих швів з утворенням дефектів в опорних тканинах передньої черевної стінки (ПЧС). У 19(14,3%) пацієнтів з M3–5W2R1 і у 4(3%) з L4 W2R2 причиною рецидиву був відрив сітки від дистрофічно змінених опорних тканин ПЧС. У 21(15,8%) пацієнта з M3–5W2R1, у 3(2,2%) з M3–5W2–3R2, у 6(4,5%) з L3W2R1 причиною рецидиву грижі були запальні ускладнення в ранньому післяопераційному періоді. При виконанні оперативного втручання «стару» сітку видалили у 51 пацієнта. Причини видалення імплантату були: дислокація, зморщування і скручування сітки, контакт імплантату з органами черевної порожнини та часткова секвестрація сітки.

При задовільному стані опорних тканин у 80(61,1%) пацієнтів з грижою M2–3W1R1 виконали реконструкцію за способом sublay retromuscle, у 40(29,8%) з грижою M3–5W2R1 – sublay preperitoneal, у 2(2,3%) з M3–5W3R2 – inlay– sublay preperitoneal, у 5(5,3%) з L3 W2R1 – sublay preperitoneal, у 4 з L4 W2R2 inlay– sublay preperitoneal, і у 2(1,5%) з M3–5W3R2 та L3W3R1 виконано інтраабдомінальне розміщення композитної сітки. В післяопераційному періоді ускладнення запального характеру мали місце у 6(4,2%) пацієнтів і були ліквідовані консервативними заходами. Віддалені результати лікування рецидивних ПГЖ вивчені у 102 пацієнтів в строки від 1 до 10 років, рецидиву грижі не виявлено.

**Висновки.** Виникненню рецидиву ПГЖ сприяють морфо–функціональні вікові зміни тканин передньої черевної стінки, діастаз прямих м'язів живота, ожиріння, цукровий діабет та хронічні обструктивні захворювання легень.

Причиною рецидиву ПГЖ є невідповідність розмірів імплантату розмірам грижового дефекту та технічні помилки при його фіксації, запальні ускладнення в рані та тривале підвищення внутрішньочеревного тиску в післяопераційному періоді.

Комплексний підхід до передопераційної підготовки хворих з ПГЖ, вибір оптимального способу реконструкції та розмірів імплантату, прецизійна техніка оперування з профілактикою запальних ускладнень, дадуть змогу значно зменшити можливість виникнення рецидиву захворювання.

Пацієнти з рецидивними грижами живота повинні оперуватись в спеціалізованих центрах.

## Наслідки впливу опіюду на екзокринну функцію підшлункової залози в експерименті

М. П. Попик, П. М. Попик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Широке використання наркотичних середників в клінічній практиці з метою отримання знеболювального та протизапального ефектів вимагає комплексного морфологічного дослідження особливостей структурної організації органів за умов впливу опіюдів та опіатів. Дослідження структурних змін органів за умов довготривалого застосування опіюдів є однією з актуальних проблем сучасної медицини.

**Мета.** Метою даного дослідження є встановлення особливостей ультраструктурної організації екзокринної частини підшлункової залози під впливом опіюду в експерименті.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження виконані на 24 статевозрілих білих щурах–самцях, віком 4,5–5,5 місяців і масою тіла 150–170 г. Експериментальні тварини розподілено на 3 серії: у першій серії (5 щурів) вивчено структуру екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 2 тижні введення налбуфіну, у 2 серії дослідів (5 щурів) вивчено зміни ультраструктури екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 4 тижні перебігу експерименту, а в 3 серії дослідів (5 щурів) встановлено перебудову екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 6 тижнів введення налбуфіну. Контролем слугували 9 білих щурів, яким вводили фізіологічний розчин. Введення налбуфіну проводили внутрішньом'язово за наступною схемою: I тиждень – 8 мг/кг, II тиждень – 15 мг/кг, III тиждень – 20 мг/кг, IV тиждень – 25 мг/кг, V тиждень – 30 мг/кг, VI тиждень – 35 мг/кг. Вивчення і фотографування матеріалу проводили з допомогою електронного мікроскопа УЕМВ–100 К при напрузі прискорення 75 кВ і збільшеннях на екрані мікроскопу 4000–8000 х.

**Результати та їх обговорення.** Через 2 тижні введення щурам налбуфіну, ультраструктура екзокринної частини підшлункової залози переважно збережена. Виявлено поодинокі змінні екзокринні панкреатоцити, цитоплазма яких просвітлена, порівняно з контролем, каналці ендоплазматичної сітки та цистерни комплексу Гольджі розширені. Через 4 тижні експерименту плазмолема деяких екзокринних панкреатоцитів зруйнована, спостерігається десквамація цитоплазми в інтерстицій, у цитоплазмі багатьох клітин виявлено вакуолі і ліпідні включення. Ядра збільшені, неправильної форми, нуклеоле-



має нерівні контури, утворює численні інвагінації, гетерохроматин розміщений по периферії. Мітохондрії набряклі, оболонки деяких мітохондрій зруйновані, несущільні, кристи деструктуровані, матрикс електронно-прозорий. Канальці ендоплазматичної сітки та цистерни комплексу Гольджі розширені. Через 6 тижнів плазмолема екзокринних панкреатоцитів несущільна, ядра неоднорідні за формою та електронною щільністю, гіперхромні, з конденсованим по краях хроматином, ядерця переважно не виявляються, ядерна оболонка має нерівні контури, розширений обвід, утворює інвагінації. Міжклітинні простори розширені, розширені також і навколопротокові простори, в яких відбувається розростання колагенових волокон, гіпертрофія і гіперплазія фібробластів. Просвіти вставних проток розширені, стінки їх склерозовані, потовщені.

**Висновки.** Довготривалий вплив опіюду в експерименті зумовлює глибокі дистрофічні зміни екзокринних панкреатоцитів, зокрема, втрату правильної форми, каріопікноз та каріорексис ядер, набряк та просвітлення цитоплазми, розвиток мікрокістозної дегенерації клітин, розпушення та дезорганізацію базальної мембрани, що може призводити до порушення екзокринної функції підшлункової залози та затруднення процесу виведення секреторних гранул в просвіт вставних проток. Отримані дані дозволяють рекомендувати клініцистам проводити адекватну корекцію екзокринної функції підшлункової залози при здовженому застосуванні наркотичних середників, як засіб знеболення гострого панкреатиту.

## Сучасні погляди на лікування гриж

Г. І. П'ятикоп, О. В. Кравець, І. Я. Гресько

Сумський державний університет

**Вступ.** Герніотомія – одна з найбільш поширених операцій, яка становить 10–15% від усіх хірургічних втручань.

**Мета** нашої роботи: проаналізувати хірургічне лікування гриж передньої черевної стінки з використанням різних способів пластики власними тканинами та за допомогою синтетичного сітчастого матеріалу.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами були вивчені результати лікування 2558 пацієнтів з різними видами гриж, які перебували на лікуванні в КЗ СОКЛ протягом 2008–2017 рр. Всі хворі були оперовані. Вік пацієнтів коливався від 20 до 92 років (середній вік – 65 років); 23,5% хворих були молодшими за 50 років; 17,5% – старшими за 70. Жінок було 1059, чоловіків – 1499. Усі пацієнти виписані в задовільному стані.

Герніотомію власними тканинами виконано 1435(56%) пацієнтам, алопластичну герніопластику – 1123 (44%).

Усі хворі були поділені на 3 групи. До першої входило 1480 пацієнтів з паховою грижею, що становить 58%. До другої – 708 хворих з післяопераційними грижами черевної стінки (28%), до третьої – 370 хворих з пупковими грижами і грижею білої лінії живота (14%).

**Результати та їх обговорення.** Індивідуальний і колективний досвід хірургів свідчить, що герніотомія з пластикою власними тканинами та алогерніопластика сіткою не є конкуруючими методами, а доповнюють один одного. Відмова від кожного з них збіднює арсенал хірургічних можливостей при даній патології. Професійне володіння обома методами дозволяє в кожному конкретному випадку застосовувати позитивні сторони різних методів герніопластики.

Головним недоліком пластики власними тканинами є зменшення ємності черевної порожнини, що негативно позначається на функції кишечника та кардіореспіраторній системі. Алогерніопластика сіткою без натягу дозволяє мінімізувати ці недоліки. Такий диференційований підхід до вибору методу герніопластики знижує ризик розвитку рецидивів.

Ми дослідили дані про лікування 708 пацієнтів з грижами черевної стінки (66%) та 370 пацієнтів з пупковими грижами та грижами білої лінії живота (34%). Рецидивних гриж серед них було 56 (5%), множинних та багатокамерних також 56 (5%) пацієнтів. Це найбільш складний контингент хворих за характером та генезом гриж і морфофункціональними порушеннями. Післяопераційний генез значної кількості гриж черевної стінки визначає їх особливості: множинні, багатокамерні, ускладнені (невправимість, защемлення, злукова хвороба і непрохідність в грижовому мішку), наявність супутніх захворювань та вікові зміни. Все це вимагає індивідуального підходу, комплексного обстеження пацієнта, його підготовки до операції, профілактики ускладнень на всіх етапах хірургічного лікування.

Для цього контингенту грижозосіїв алогерніопластика сіткою без натягу є операцією вибору, тому що стан тканин, що утворюють грижу та прилягають до неї, робить їх непридатними для пластики власними тканинами. Таких операцій виконано 685 з 708 хворих з обширними та множинними післяопераційними грижами черевної стінки. Закриття грижового дефекту власними тканинами здійснювали переважно використовуючи принцип Сапежко, та в рідкісних випадках вдавалися до методики Мейо.

#### **Висновки.**

1. Герніопластика власними тканинами та алогерніопластика без натягу мають свої покази, які слід враховувати при виборі методу лікування.

2. Професійне володіння обома методами дозволяє в кожному конкретному випадку герніотомії застосовувати їх позитивні сторони, оптимальні для пацієнта; відмова від будь-якого з них збіднює арсенал хірургічних можливостей в герніології, обмежує можливість урахування всього розмаїття варіантів гриж, вікових особливостей та супутньої патології.

## **Імплементация протоколу Fast Track Surgery в амбулаторну хірургію пахвинних гриж**

**С. І. Саволюк, В. М. Лисенко, М. Ю. Крестянов, А. Ю. Глаголева,  
Д. С. Завертиленко**

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика**

**Вступ.** Мініінвазивні оперативні техніки при грижах, зокрема ендо- та лапароскопічні, не тільки зменшують загальну стресову відповідь організму на хірургічне пошкодження тканин, але і сприяють зниженню ризику ускладнень, відсотку післяопераційного гострого та хронічного больового синдрому та скороченню терміну відновлення.

**Мета.** Покращити безпосередні (гострий пахвинний біль) та віддалені (хронічний пахвинний біль) результати лікування хворих на пахвинні грижі шляхом застосування модифікованої техніки TAPP-герніопластики та технологій хірургії швидкого відновлення (протокол Fast Track Surgery).

**Матеріали і методи.** У ретроспективне клінічне дослідження були включені 124 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік склав  $46 \pm 2,1$  років) з первинними унілатеральними

пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 м. Київ). Період спостереження склав 1 рік. У 78 хворих була виконана модифікована TAPP (спінальна анестезія, троакарний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревинного дефекту шляхом електрозварювання) та 46 хворим проведена пластика за методом Lichtenstein. Усім пацієнтам виконувалась пахвинна герніопластика імплантом Bard 3D Max Mesh. Дефект очеревини в основній групі після встановлення імпланту реконструювався методом електрозварювання.

Експериментальний розділ роботи включав експеримент на 12 кролях лінії масою 1,95 – 3,75 кг (середня маса  $2,30 \pm 0,52$ ). Кожній тварині виконувалось розрізання очеревини в 3 місцях з обох сторін та реконструкція дефекту на одній стороні методом зварювання, а на другій – зашиванням синтетичним шовним матеріалом.

**Результати.** Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 рази та періоду до відновлення здатності виконувати професійні обов'язки в 3,4 рази при застосуванні нового хірургічного методу. Значущої різниці у рівнях післяопераційних ускладнень ( $p=0,036$ ) та повторних операцій через ускладнення ( $p=0,023$ ) не виявлено. Відзначалась суттєва різниця у показниках болю у спокої ( $p<0,001$ ), болю при навантаженні ( $p<0,001$ ), рівнях рецидивів ( $p<0,001$ ). Відзначено зменшення необхідності в анальгетиках в основній групі у ранньому післяопераційному періоді ( $p<0,001$ ) та зниження ризику розвитку тривалої інгвінодинії ( $p<0,001$ ).

У зразках від експериментальних тварин зменшення кількості живих мезотеліоцитів не підвищувало вираженість запальної реакції ( $p<0,001$ ). При зварювальному шві спостерігалась статистично значуща різниця з вищою інтенсивністю колагеноутворення, аніж при лігатурному, що забезпечувало більшу міцність з'єднання тканини.

**Висновки.** Модифікована лапароскопічна преперитонеальна алогерніопластика для первинних унілатеральних пахвинних гриж в умовах протоколу хірургії швидкого відновлення, яка включає знеболення троакарних ран, термінальну анестезію очеревини та діафрагми, гідропрепарування очеревини для дисекції преперитонеального простору, встановлення анатомічно конформованого сітчатого протезу без фіксації та реконструкцію дефекту очеревини методом електрозварювання, є ефективною та надійною з огляду на рівень ускладнень (відсутність морфологічної основи для гострого та хронічного пахвинного болю), якість життя пацієнтів в ранньому та віддаленому післяопераційному термінах та ризик розвитку рецидиву.

## Результаты аллогерниопластики послеоперационных вентральных грыж в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы

В. В. Ставицкий

Знаменская центральная районная больница, г. Знаменка Кировоградской области

**Актуальность.** Несмотря на широкое использование в последние десятилетия различных методов аллопластики передней брюшной стенки и совершенствование современных аллопластических материалов хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) остается актуальной проблемой абдоминальной, реконструктивной и

пластической хирургии, требующей дальнейшего изучения и анализа. Использование сетчатых аллотрансплантатов в хирургии ПВГ позволило достигнуть значительного улучшения результатов лечения больных с данной патологией, однако индивидуальный подход и оценка критериев при выборе метода аллогерниопластики (АГП) передней брюшной стенки еще остаются не решенными.

**Цель работы.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с ПВГ.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении Знаменской центральной районной больницы в 2002–2016 гг. по поводу ПВГ прооперированы 702 больных в возрасте от 20 до 92 лет. Средний возраст составил 42, 9 года. Женщин было 522 (74,4%), мужчин – 180. Длительность заболевания менее 6 месяцев наблюдалась у 78 (11,15) больных, от 6 месяцев до 1 года – у 142 (20,2%), от 1 года до 5 лет – у 488 (69,5%) и свыше 5 лет – у 104 (14,8%). В плановом порядке прооперированы 573 (81,6%) больных, в ургентном при ущемлении грыжи – 129. Согласно международной классификации Chevrel–Rath (SWR classification) грыжи малых и средних размеров (W1–2) наблюдали у 476 (67,8%) больных, больших (W3) – у 172 (24,5%) и гигантских (W4) – у 54 (7,7%). Рецидивные грыжи наблюдались у 96 (16,8%). Сопутствующая соматическая патология (диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, сахарный диабет, ожирение и др.) наблюдалась у 362 (51,5%) больных.

Оперативные вмешательства выполнялись после проведения специальной предоперационной подготовки, включающей мероприятия направленные на оптимальное очищение кишечника и повышение функциональных резервов организма больного. Способ герниопластики выбирали строго индивидуально с учетом размеров и локализации грыжевого дефекта, объема грыжевого мешка и распространенности патологических изменений тканей брюшной стенки, общего состояния больного, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии.

У 448 (64,9%) больных АГП выполнена методом onlay, у 188 (26,8%) – методом sublay и у 12 – комбинированным методом в модификации Белоконева (1,7%). У 44 (6,3%) больных с гигантскими вентральными грыжами использовались различные модификации операции Ramirez. В связи с выраженными гнойно–некротическими изменениями брюшной стенки или тяжелым состоянием у 12 (1,7%) больных с ущемленными грыжами выполнена аутопластика грыжевого дефекта. Операционные раны (ОР) дренировали с помощью одной–двух полимерных трубок подсоединенных к низковакуумному устройству. Контроль за эффективностью вакуумного дренирования ОР осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась стандартная корригирующая терапия, стимуляция легочно–сердечной системы и функции кишечника и системная профилактика тромбоэмболических осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 90 (12,8%) больных. У 6 больных, на фоне проведения системной тромбопрофилактики, развилась тромбоэмболия легочной артерии, у 5 больных отмечена застойная нижнедолевая пневмония, у 1 – острый инфаркт миокарда, у 1 – острая сердечная недостаточность и у 1 – острое нарушение мозгового кровообращения. Умерли 5 больных (0,7%), в том числе 4 оперированных в ургентном порядке. Таким образом, летальность при плановом лечении составила 0,2% и при ургентных операциях – 3,1%. У 4 больных причиной смерти стала тромбоэмболия легочной артерии и у пятой больной – острая сердечная недостаточность. В остальных случаях осложнения купированы медикаментозно.

Серозная экссудация из ОР на протяжении 4–7 дней наблюдалась у 588 (85,2%) больных. У 52 (7,5%) больных, в том числе у 34 (7,6%) – после проведения аллопластики методом onlay, у 6 (3,2%) – после аллопластики методом sublay и у 12 (27,3%) – после аллопластики в модификации Ramirez, длительная экссудация в ране на протяжении 14–16 дней потребовала задержки нахождения дренажей и проведения неоднократных пункций. Дренажи удалялись после снижения объема экссудации менее 20 мл/сутки. Инфильтрат ОР наблюдали у 8 (1,1%) больных. У всех больных осложнение ликвидировано консервативными мерами. Нагноение ОР отмечено у 14 (2,0%) больных, в том числе у 12, перенесших АГП методом onlay, и у 2 – после операции Ramirez. Необходимости в удалении проленовой сетки при данном осложнении не возникло. Причиной нагноения стал асептический некроз кожи и подкожно–жировой основы в области ОР, вызванный ишемией тканей после пересечения и лигирования перфорантных артерий брюшной стенки.

У 1 больного, перенесшего аппаратную У–образную десцендоректостомию и АГП (симультантный этап) по поводу одноствольной сигмостомы после операции Гартмана и ПВГ, возникла частичная несостоятельность швов анастомоза, что потребовало проведения релапаротомии с удалением аллотрансплантата и наложением проксимальной двуствольной трансверзостомы с проведением в дальнейшем программированных релапаротомий. У 1 больной, оперированной по поводу рецидивной ПВГ, возник наружный толстокишечный свищ. Причиной развития свища стал неудаленный первичный аллотрансплантат, расположенный предбрюшинно и спровоцировавший пролежень и краевой некроз передней стенки поперечно–ободочной кишки. Лечение данного осложнения потребовало проведения санации ОР и иссечения участка сетки в области прилежащей кишки. В последующем, после заживления ОР, больной потребовалось проведение реконструктивно–восстановительной операции с резекцией поперечно–ободочной кишки, иссечением толстокишечного свища и повторной АГП брюшной стенки.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет у 656 (95,1%) больных. У 2 больных выявлены лигатурные свищи передней брюшной стенки, возникшие в сроки 6 и 8 месяцев после проведения операции.

Рецидивы после проведения АГП отмечены у 15 (2,3%) больных с ПВГ W3, в том числе у 6 (1,3%) больных после АГП методом onlay и у 9 (4,8%) больных, оперированных методом sublay. У 5 больных (onlay), рецидив грыжи спровоцирован техническими погрешностями в период освоения аллопластических методов, в частности, у 3 пациентов неполным иссечением воспалительных лигатурных гранул и оставлением старых лигатур, а, также, фиксацией аллотрансплантата капроновыми лигатурами, что при возникновении гнойно–воспалительных осложнений потребовало иссечения участков сетки с образованием в дальнейшем грыжевых дефектов. У 4 больных, оперированных в более поздний период методом sublay, рецидив грыжи был вызван техническими погрешностями при проведении герниопластики, в частности, фиксация аллотрансплантата непрерывным проленовым швом, от применения которого в последующем мы отказались. Недостаточно прочная и надежная фиксация сетчатого протеза привела к его миграции и образованию рецидивного грыжевого дефекта. Еще у 2 больных (sublay) причиной рецидива грыжи стал недостаточный размер сетчатого протеза. У 1 больной (sublay) рецидив ПВГ вызван дорожной травмой через 3 месяца после проведения операции: падением с велосипеда и ударом животом об руль с разрывом протеза. У 3 больных (1 – onlay и 2 – sublay) причиной возникновения рецидива ПВГ стало значительное прибавление в весе в отдаленном послеоперационном периоде с увеличением и птозом передней брюшной стенки.

**Выводи.** При оптимальном веденні больных с ПВГ с индивидуальным подходом к выбору способа АПП с учетом характера, размеров и локализации грыжевого дефекта можно достигнуть хороших ближайших и отдаленных результатов, в том числе в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы.

## Експериментальне зміцнення та морфологічні зміни в ділянці товстокишкових анастомозів

В. В. Стеблянко, М. М. Милиця, К. М. Милиця, А. А. Жердев

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Одним з найнебезпечніших ускладнень колоректальної хірургії є неспроможність кишкового шва, з летальністю до 68%. Невирішеною залишається проблема аргументованого вибору техніки накладання та зміцнення кишкового шва. Вивчення особливостей розвитку відновлювальних змін в залежності від способу накладення анастомозу, виявлення загальних закономірностей репаративного процесу, морфогенезу тканин, способи і механізми відновлення порушених функцій в зоні з'єднання кишкової стінки особливо актуальні у зв'язку з тим, що саме від них залежить формування якісного анастомозу.

**Мета дослідження:** вивчити механічну міцність та морфометричні показники відновлення оболонок товстої кишки щурів після накладання анастомозу.

**Матеріали і методи:** досліджували ділянки низхідної ободової кишки 45 статевозрілих білих щурів лінії Вістар. Щурам робили поперечне розсічення ободової кишки, після чого, накладали однорядові шви крізь усі оболонки органу. В роботі досліджено 3 групи тварин: перша – тварини, яким накладався товстокишковий анастомоз однорядовим швом, з використанням шовного матеріалу «Вікріл 5.0». Тваринам другої групи після накладання однорядового шва, додавали сучасний адгезив для тканин «Катсил». Третя група – щури, яким в ділянці накладання анастомозу, після додавання адгезиву, накладали гемостатичну серветку з окисленої целюлози «Traumastem». Для контролю використовували ділянки низхідної ободової кишки інтактних тварин. Проводили догляд за тваринами відповідно до норм і вимог, розроблених згідно з кодексом Ради Міжнародних медичних організацій.

Проводили гістологічне дослідження шматочків товстої кишки та визначення міцності анастомозу методом пневмопресії. За допомогою програмного продукту AxioVision, вимірювали товщину слизової, підслизової, м'язової та серозної оболонок низхідної ободової кишки в ділянці анастомозу. Щурів виводили з експерименту на 3-ю, 7-у, 14-у, 21-у та 30-ту добу після операції.

**Результати:** дослідження отримані шляхом пневмопресії продемонстрували, що анастомоз, накладений із використанням адгезиву для тканин «Катсил» на 3 добу був на 37,7%, на 7 добу – на 26,7%, на 14 добу – на 13,7% міцніше, ніж звичайний анастомоз. Гістологічне дослідження показало зменшення дистрофічних процесів та помітне випередження процесів відновлення тканин у щурів другої та третьої групи в порівнянні з першою, що відобразалося більш рівномірним сполученням оболонок, збільшенням швидкості епітелізації слизової оболонки та формування сполучної тканини в ділянці анастомозу товстої кишки.

**Висновки:** Застосування адгезиву та гемостатичної серветки з окисленої целюлози сприяє збільшенню міцності анастомозу та більш швидкому відновленню оболонок товстої кишки.

## Лікування посттравматичних стриктур уретри малоінвазивними методами

В. В. Твердохліб, А. І. Мисак, С. О. Нестерук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

**Вступ.** Лікування посттравматичних стриктур сечівника до цього часу залишається однією зі складних проблем реконструктивної урології. Разом із травматичними стриктурами зростає кількість стриктур сечівника, що зумовлена безпосередньо лікарською діяльністю – значно збільшилася кількість внутрішньоуретральних маніпуляцій з приводу захворювань передміхурової залози, сечового міхура, сечокам'яної хвороби. Сучасні досягнення в галузі ендouroлогії сприяли розвитку нових малоінвазивних методів лікування, в тому числі і при звуженнях сечівника різного генезу.

**Мета.** провести аналіз результатів внутрішньооптичної уретротомії у хворих з посттравматичною стриктурою уретри.

**Результати та їх обговорення.** Терміни спостереження пацієнтів після оперативного лікування варіювали від 2 до 24 міс. Рецидив стриктури сечівника після внутрішньооптичної уретротомії у пацієнтів із протяжністю стриктури до 5 мм виник у 7,9% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 5–10 мм 44% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 10 мм і більше рецидив виник у 86% хворих. Протяжність стриктури після рецидиву збільшувалася до 6 мм. Основними факторами ризику рецидиву стриктури сечівника визначені: локалізація стриктури сечівника в пенальному і бульбомембранозному відділах, протяжність сечівника більше 1 см, важкий ступінь звуження сечівника і виконання операції більш двох разів.

Серед ускладнень після внутрішньооптичної уретротомії: уретрорагія 1,4%, яку вдалося вирішити консервативно, уретральна лихоманка 9,2% оперованих хворих.

**Висновки.** Аналіз найближчих і віддалених результатів внутрішньої оптичної уретротомії показує, що даний метод при звуженні сечівника посттравматичного генезу є малотравматичним, економічно обґрунтованим та високоефективним при лікуванні звужень сечівника невеликої (до 10 мм) протяжності і може служити альтернативою відкритим оперативним втручанням.

## Оптимізація вибору методики роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки в комбінації з алопластикою при гігантських післяопераційних вентральних грижах

Я.П. Фелештинський, В.В. Сміщук, В.Ф., Ватаманюк,  
М. О. Йосипенко, В. В. Преподобний

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Вступ.** Класичні методики алогерніопластики при гігантських післяопераційних вентральних грижах (ПВГ) часто викликають зменшення об'єму черевної порожнини та підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що призводить до абдомінального компартмент синдрому (АКС) (2,4–6,4%) та летальності (0,9–1,2%). Це вимагає використання спеціальних методик закриття гігантських дефектів черевної стінки, які не сприяють значному підвищенню ВЧТ.

**Мета роботи.** Покращення результатів хірургічного лікування гігантських ПВГ шляхом диференційованого підходу до вибору методик роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки (component separation technique) (CST).

**Матеріал і методи.** В клініці за період з 2009 по 2017 рр. з приводу гігантських ПВГ було прооперовано 246 хворих віком від 30 до 75 років (середній вік  $54,7 \pm 3,3$ ). Жінок було 157 (63,8%), чоловіків – 89 (36,2%). Відповідно до класифікації Європейської асоціації хірургів–герніологів (EHS classification, Гент, Бельгія, 2008 р.) у всіх хворих грижі були гігантського розміру  $M_{1-5}W_3R_{0-2}$ , в тому числі рецидивні  $M_{1-5}W_3R_{1-2}$  – у 45 (18,3%) хворих. Контрактура прямих м'язів живота спостерігалась у 217 (88,2%) хворих, що підтверджувалось на УЗД та КТ.

В залежності від вибору методики component separation хворі були розділені на 3 групи. В I групі (n=82) виконувалась передня методика component separation (ACST) у поєднанні з алопластикою «onlay». В якості імплантата використовували поліпропіленову сітку. В II групі (n=82) виконувалась передня методика ACST у поєднанні з інтраабдомінальною алопластикою (ІРОМ) з використанням сітки Parietex composite з антиадгезивним покриттям. В III групі (n=82) виконувалась задня методика component separation (PCST) у поєднанні з методикою «sublay». В якості імплантата використовувалась поліпропіленова сітка.

**Результати та їх обговорення.** В ранньому післяопераційному періоді серед хворих I групи у 6 (7,3%) впродовж 48 годин спостерігалась стійка інтраабдомінальна гіпертензія  $14 \pm 1,8$  мм рт. ст. ( $1,9 \pm 0,2$  кПа), що призвело до виникнення АКС I–II ступеня. Завдяки консервативним заходам, відновленню перистальтики та пасажу по кишечнику ВЧТ нормалізувався у всіх хворих та був ліквідований АКС. В II групі хворих, зокрема у 2 (2,4%) інтраабдомінальна гіпертензія  $8,2 \pm 1,3$  мм рт. ст. ( $1,1 \pm 0,2$  кПа) спостерігалась впродовж перших 24 годин після операції. В III групі інтраабдомінальна гіпертензія  $9,1 \pm 1,4$  мм рт. ст. ( $1,2 \pm 0,2$  кПа) спостерігалася у 3 (3,7%) впродовж 24 годин після операції. Явища інтраабдомінальної гіпертензії були ліквідовані консервативними заходами.

Серед ускладнень з боку рани у хворих I групи серома спостерігалася у 18 (21,9%), інфікування рани – у 4 (4,9%), у хворих II групи серома – у 16 (19,5%), інфікування рани – у 3 (3,7%), у III групі серома – у 5 (6,1%), інфікування рани – у 1 (1,2%).

**Висновок.** Оптимальним варіантом алогерніопластики гігантських ПВГ є задня методика component separation у поєднанні з «sublay», що підтверджується низькою частотою виникнення інтраабдомінальної гіпертензії та ускладнень з боку післяопераційної рани.



## Методика Vascom II (cleft–lift technique) в хірургічному лікуванні вторинної норицевої форми пілонідальної кістки

Є. В. Цема, О. І. Уманець, О. Є. Юрків, О. В. Оссовський, В. С. Нечай,  
О. П. Біба, Ю. О. Кісельов

Національний військово–медичний клінічний центр  
«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України,  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Військово–медичне управління Служби безпеки України, Київ

**Мета дослідження** – оцінити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування пілонідальних кіст крижово–куприкової ділянки з використанням cleft–lift technique.

### Матеріали та методи.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 63 хворих на пілонідальну кістку з використанням методики «cleft–lift» (операція Vascom II). Пацієнти були розподілені на дві групи: група I — 37 (58,7%) хворих на норицеву форму пілонідальної кістки та група II — 26 (41,3%) пацієнтів з післяопераційним рецидивом пілонідальної кістки.

### Результати.

Середня тривалість стаціонарного лікування у хворих групи I склала  $3,2 \pm 0,28$  днів, а у пацієнтів групи II —  $3,4 \pm 0,19$  днів. Тривалість амбулаторного лікування у пацієнтів групи I склала  $11,7 \pm 1,05$  днів, групи II —  $12,3 \pm 0,98$  днів. У післяопераційному періоді у 1 (2,7%) хворого групи I та у 1 (3,8%) пацієнта з групи II виникло нагноєння післяопераційної рани. У 1 (2,7%) хворого групи I було діагностовано первинне розходження країв післяопераційної рани. У 2 (5,4%) пацієнтів групи I та у 1 (3,8%) хворого групи II виникло вторинне розходження країв післяопераційної рани. У 3 (8,1%) прооперованих хворих групи I та 1 (3,8%) пацієнта групи II діагностовано гематому післяопераційної рани. В строки спостереження від 1 до 3–х років післяопераційний рецидив пілонідальної кістки виник у 1 (2,7%) хворого з норицевою формою пілонідальної кістки. Повторних рецидивів захворювання у пацієнтів групи II не було.

### Висновки.

Операція Vascom II є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням у хворих, як з вторинними норицями пілонідальної кістки та і при післяопераційних рецидивах захворювання, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної кістки виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

## Досвід ендоваскулярного закриття гострого постінфарктного дефекту міжшлуночкової перегородки серця

К. С. Бойко, М. В. Стан, М.В. Шиманко, А. О. Максаков,  
Я. А. Антонюк, А. В. Хохлов

ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

Постінфарктний дефект міжшлуночкової перегородки є одним з трьох основних ускладнень інфаркту міокарда, що включає в себе гостру мітральну недостатність, розрив стінки шлуночка, розрив міжшлуночкової перегородки.

Постінфарктний ДМШП зустрічається з частотою від 1% до 3%. У зв'язку з впровадженням стратегії ранньої реперфузії і додаткової медикаментозної терапії кількість ускладнень значно скоротилося до <1% (0,2% при глобальному використанні стрептокінази і тканинних активаторів плазміногену). Розрив МШП, як правило, відбувається на 3-8 добу після інфаркту міокарда. Смертність після ІМ з ДМШП становить 50% за перший тиждень, 90% за 2 місяці з консервативним лікуванням.

**Мета.** Оцінити ефективність транскатетерного методу закриття гострого постінфарктного ДМШП у пацієнтів що знаходяться в важкому клінічному стані.

**Матеріали і методи.** За період 2011 р.- 2017 р. в відділенні ангіографії і рентгеноваскулярної хірургії державної установи «Інститут серця» МОЗ України виконано транскатетерне закриття гострого постінфарктного ДМШП 7 пацієнтам.

Всі пацієнти знаходилися в важкому клінічному стані, зі зниженою фракцією викиду ( $ФВ \leq 40\%$ ), високою легеневою гіпертензією ( $\geq 55$  мм.рт.ст.),  $Qr/Qs > 3$  та з серцевою недостатністю - III-IV ФК за NYHA та високим операційним ризиком.

**Результати.** У всіх пацієнтів відмічалось перипроцедурне зниження скиду крові з лівого шлуночка в правий та постпроцедурне зниження легеневої гіпертензії (в середньому на 20 мм.рт.ст.),  $Qr/Qs$  на  $> 2$  од, летальні випадки – 28,6% (2 пацієнти).

**Висновки.** Ендоваскулярне закриття постінфарктного дефекту міжшлуночкової перегородки є перспективною технікою, яка могла б запропонувати альтернативу хірургії. Черезшкірна техніка дозволяє негайно закрити дефект після установки діагнозу або значно зменшити скид крові на міжшлуночковому рівні.

Незважаючи на успішне закриття ДМШП інтервенційним методом смертність залишається високою, що обумовлено кардіогенним шоком. Але процедура технічно можлива, доцільно не затягувати її, тому що вторинні ускладнення можуть погіршити прогноз перебігу хвороби.

## Ендоваскулярні технології в сучасному лікуванні вад аортального та мітрального клапанів

М. В. Стан, О. В. Зеленчук, А. В. Хохлов, Б. М. Тодуров

ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

Аортальний стеноз (АС) в даний час є найпоширенішим захворюванням клапанів, що потребують втручання в Європі та Північній Америці, і ця потреба збільшується вслід

за старінням населення. Частота склерозу аортального клапана становить приблизно 25% у віці 65 років, після 75 років зростає до 48%, а частота АС становить 4-5% у осіб старше 65 років. АС став найпоширенішим показанням для хірургічного втручання, а також для транскатетерного втручання при структурній хворобі серця.

Вибір методу втручання має враховувати серцеві характеристики пацієнта, індивідуальний ризик операції, який оцінюється бригадою лікарів «Heart team» а також можливостей TAVI та місцевого досвіду.

Мітральна регургітація являється другим найбільш частим показом для хірургічного втручання на клапані в Європі. Ізольована недостатність

мітрального клапана зустрічається рідко, приблизно у 2% хворих з вадами серця.

Зниження поширеності ревматичної лихоманки і збільшення тривалості життя в індустріальних країнах змінили причини виникнення цієї вади, у зв'язку з чим сьогодні в Європі домінує дегенеративна мітральна недостатність (61%) над ревматичною (14%). Іншими причинами виникнення вади є інфекційний ендокардит, системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, системна склеродермія), ІХС.

За період 2017-2018 рр. в відділенні ангіографії і рентгенендоваскулярної хірургії державної установи «Інститут серця» МОЗ України були виконані 6 транскатетерних імплантацій клапанів серця: 3 пацієнтам – аортального клапана (TAVI) і 3 – мітрального клапана (TMVR).

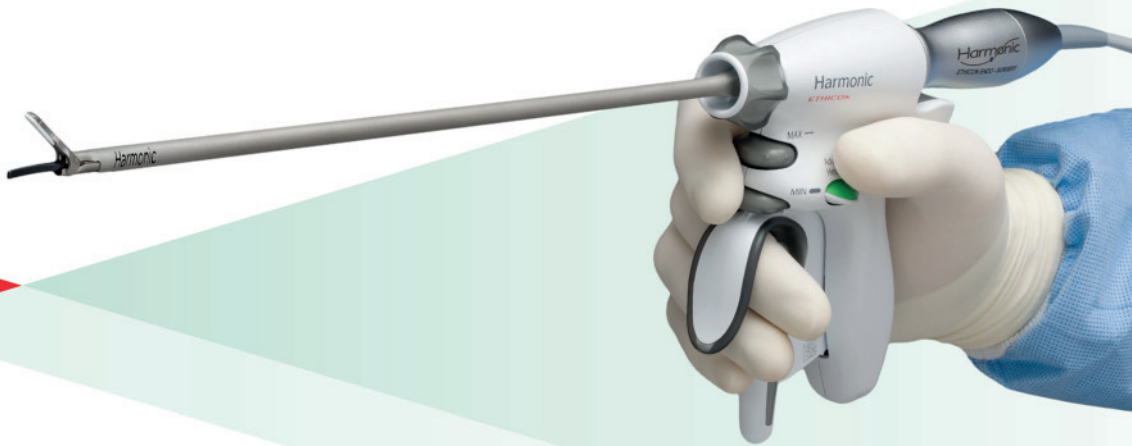
**Висновки.** Методи транскатетерної корекції клапанних вад серця на сьогодні являються пріоритетним напрямком в сфері ендovasкулярної хірургії. Однак, якщо покази та техніка ендопротезування аортального клапана є чітко визначеними і включають в основному пацієнтів похилого віку та з високим периопераційним ризиком відкритих хірургічних методик, то ендопротезування мітрального клапана знаходиться на етапі активної розробки та досліджень.

Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження) .....	4
Розділ 1. Бойові ушкодження та травми мирного часу.....	7
Розділ 2. Хірургічне лікування захворювань стравоходу та шлунка .....	36
Розділ 3. Хірургія кишечника .....	79
Розділ 4. Гепатобіліарна хірургія .....	125
Розділ 5. Хірургія підшлункової залози .....	173
Розділ 6. Проблеми перитоніту, сепсису та інфекцій, пов'язаних з лікуванням .....	229
Розділ 7. Ургентна хірургія .....	273
Розділ 8. Хірургія магістральних судин та серця .....	318
Розділ 9. Мікросудинна та пластична хірургія, комбустіологія .....	411
Розділ 10. Дитяча хірургія .....	448
Розділ 11. Хірургія ендокринних органів .....	486
Розділ 12. Трансплантація .....	542
Розділ 13. Герніологія, експериментальна хірургія та різне .....	554

Harmonic

# HARMONIC ACE™+7

## Точність важлива



## Створений для перемог

- Менше латеральне пошкодження тканин та значно менший тепловий слід порівняно з іншими виробами\*
- Потужніша, надійніша коагуляція порівняно з Covidien, Stryker та Olympus у широкому діапазоні діаметру судин до 7 мм включно\*\*

\* У доклінічному дослідженні 5-7 мм сонних артерій кіз, порівнюючи з LigaSure™ Blunt Tip та 5 мм сонних артерій свиней, порівнюючи з Thunderbeat™ з функцією досконалого гемостазу, середнє теплове пошкодження значно відрізнялось від HARMONIC ACE™+7 (p=0,003 і p=0,002, відповідно). У доклінічному дослідженні сонних артерій свиней ≤ 5мм vs LigaSure™ Blunt Tip (рівень потужності 2) і vs Thunderbeat™ (Режим коагуляції та розрізання). Середній ступінь пошкодження порівнювали і визначали за допомогою гістологічного дослідження (p <0,001). Розмір сліду = латеральне теплове пошкодження (справа + зліва) + ширина браншів.(C1948) (C1647, C1899, C1892, C1893), Ethicon, Inc, SCN033130, Harmonic Ace + 7 з функцією досконалого гемостазу (HARH23, HARH36 та HARH45) істотно не відрізняється від Harmonic Ace+ з технологією адаптації до тканин (HAR23 і HAR36) за рівнів потужності 1-5, лютий 2014 р. Дані з файлу

\*\* У лабораторному тесті використовувались сонні артерії свиней 5-7 мм, для яких порівнювали середні значення тиску на розрив при застосуванні HARMONIC ACE™+7 (1716,5 мм рт.ст.) vs Thunderbeat™ (1528,3 мм рт.ст.) (P = 0,0226); HARMONIC ACE™+7 (1419,5 мм рт.ст.) vs LigaSure™ Advance (670,5 мм рт.ст.) (P <0,001); і HARMONIC ACE™+7 (1419,5 мм рт.ст.) vs LigaSure™ 5 мм Blunt Tip (591,0 мм рт.ст.) (P<0,001). Дані з файлу, Ethicon Endo-Surgery, Inc. (PRC064872B, PRC064872B), Ethicon, Inc, PRC064872B, Harmonic Ace+ 7 тиску на розрив у порівнянні з конкурентами, листопад 2013 р. Дані з файлу

Завжди ознайомлюйтесь з Інструкцією з використання / Листком-вкладіщем, що постачається разом із пристроєм, для отримання найновішої та вичерпної інформації про застосування.

Торговельні знаки незалежних виробників, що використовуються в цьому документі, є власністю відповідних власників

[www.ethicon.com](http://www.ethicon.com)

**ETHICON**  
PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

Shaping  
the future  
of surgery

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2016, 062072-161023 EMEA EMEA

# BOWA об'єднує світ

ARC 100



ARC 303  
ARC PLUS



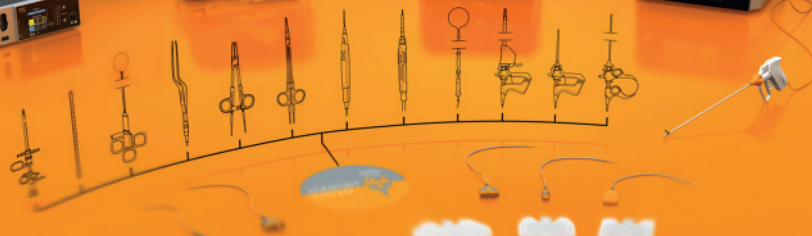
ARC 350  
ARC PLUS



ARC 400  
ARC PLUS



LOTUS



BOWA-electronic GmbH & Co.KG  
проспект Григоренка 22/20, оф 248,  
Київ, 02081, Україна  
Телефон +38(044) 593 86 99  
office\_ukraine@bowa.de  
www.bowa-medical.com

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



AESCULAP® — експерт в оснащенні  
та забезпеченні хірургічних клінік



# Повторений море Оригинал один

**STORZ**  
KARL STORZ—ENDOSKOPE



## СУЧАСНІ СИСТЕМИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ЛАПАРОСКОПІЇ В HD ТА ULTRA HD ЯКОСТІ



**УНІВЕРСАЛЬНА ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНА ПЛАТФОРМА З МОЖЛИВІСТЮ  
ОДНОЧАСНОЇ ПОДАЧІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТА БІПОЛЯРНОЇ ЕНЕРГІЇ.  
НАДІЙНИЙ ГЕМОСТАЗ СУДИН ДО 7 ММ**



## Діюча речовина **ДЕКСКЕТОПРОФЕН**

### Таблетки

Рекомендована доза – **12,5–25 мг** залежно від виду та інтенсивності болю

Інтервал – **4–8 годин** (12,5 мг), **8 годин** (25 мг)

Максимальна добова доза – **75 мг**

### Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня

### Розчин

Рекомендована доза – **50 мг**

Інтервал – **8–12 годин**

Максимальна добова доза – **150 мг**

### Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності

#### Коротка інструкція для медичного застосування препарату **КЕЙВЕР® (KEYWER)**

**Склад.** Діюча речовина: 1 мл розчину або 1 таблетка містить диклофенофу триметамолу у перерахуванні на 100% сухої речовини 36,9 мг, що еквівалентно диклофенофу 25 мг. **Лікарська форма.** Код АТХ M01A E17. Розчин для ін'єкцій. Таблетки, шкаріт плівковою оболонкою. **Фармакологічні властивості.** Диклофенофу триметамол — це сіль пролівоної кислоти, що чинить анальгетичну, протизапальну та жарознижувальну дію і належить до класу нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). **Показання.** Розчин для ін'єкцій. Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неадекватне, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коликах і болю у попереку. **Таблетки.** Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетного болю, болісних менструацій (дисменорея), зубного болю. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до диклофенофу, будь-якого іншого НПЗЗ або до допоміжних речовин препарату; препарат протипоказано, якщо речовини аналогічної дії, наприклад, ацетилсалicylic кислота або інші НПЗЗ, спричиняють напади бронхіальної астми, бронхоспазм, гострий риніт або призводять до розвитку поліпів у носі, кропив'янки або ангіоневротичного набряку; активна фаза виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті або підозра на їх наявність; рецидивуючий період виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті в анамнезі (не менше 2 підтверджених фактів виразки або кровотечі), а також хронічна диспепсія; кровотеча або перфорації у травному тракті в анамнезі; пов'язані із застосуванням НПЗЗ; кровотеча у травному тракті, інші кровотечі в активній фазі або підвищена кровоточивість; хвороба Крона або нестероїдний виразковий коліт; бронхіальна астма в анамнезі; тяжка серцева недостатність; помірна або тяжка порушення функції нирок (спірен креатиніну <50 мкмоль/л); тяжке порушення функції печінки (10–15 балів за шкалою Чайлд-Пью); геморагічний діатез або інші порушення згортання крові; застосування з метою нирково-сальняного зв'язання. **Побічні реакції.** Розчин для ін'єкцій. Часто (від 1/100 до 1/10): нудота, блювання, біль у місці ін'єкції, реакції у місці ін'єкції, у т. ч. запалення, гематома, кровотеча. Нюди (від 1/1000 до 1/100): анемія, безсоння, головний біль, загаморочення, сонливість, нечіткість зору, артеріальна гіпотензія, почервоніння обличчя та шиї, біль у животі, диспепсія, діарея, запор, блювання з домішками крові, суєність у роті, дерматити, свербіж, висип, підвищене потовиділення, протизапальні, підвищена втомлюваність, біль, озноб. Таблетки. Часто (1–10%): нудота та/або блювання, біль у животі, діарея, диспепсія, нюди (0,1–1%), безсоння, занепокоєність, головний біль, загаморочення, сонливість, втрата ваги, запор, суєність у роті, метеоризм, висипання, втомлюваність, біль, астения, ригідність м'язів, нездужання. Рідко (0,01–0,1%): набряк гортани, відсутність апетиту, парестезія, синкопе, артеріальна гіпертензія, брадикардія, виразкова хвороба, кровотеча з виразки або її перфорація, гелатит, кропив'янка, акне, підвищена пітливість, біль у спині, гостра ниркова недостатність, поліурія, порушення менструального циклу, порушення функції передміурової залози, периферичний набряк, відхилення показників функції печінки. Дуже рідко/очікує випадки (<0,01%): нейтропенія, тромбоцитопенія, ангіфалітичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, розмитість зору, шум у вухах, тахікардія, артеріальна гіпотензія, бронхоспазм, диспепсія, пивнорваті, гіпатоцелюлітарні ушкодження, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, свербіж, ангіоневротичний набряк обличчя, фотосенсибілізація, нефрит або нефротичний синдром. **Виробник.** ПАТ «Фармак». Р. в. № UA139770101, Назва МОЗ України № 771 від 24.10.2014. № UA139770201, Назва МОЗ України № 905 від 01.12.2014.

Інформація для розповсюдження серед лікарів під час проведення семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.



## ФЛЕНОКС®

Оптимальний НМГ за рахунок ідеального поєднання ефективності та безпеки



#### Коротка інструкція для медичного застосування препарату **ФЛЕНОКС®**

**Фармакотерапевтична група.** Антитромболітичні засоби. Група гепарину. Еноксипарин. Код АТХ B01A B05. **Клінічні характеристики.** **Показання.** Профілактика венозного тромбозу та емболії при ортопедичних або загальнохірургічних операціях; профілактика венозних тромбоемболій у складенні у терапевтичних хворих, які перебувають на ліжковому режимі у зв'язку з гострими захворюваннями (серцева недостатність III або IV класу за класифікацією NYHA, дихальна недостатність, тяжкий гострий інфекційний процес, ревматичний заворування); попередження тромбоемболії в екстракорпоральній системі кровообігу при гемодіалізі; лікування діагностованого тромбозу глибоких вен, який супроводжується або не супроводжується тромбоемболією легеневої артерії, крім випадків, які потребують проведення тромболітичної терапії чи хірургічного втручання; лікування нестабільної стенокардії і гострої фази інфаркту міокарда без зубця Q у комбінації з ацетилсалicylicовою кислотою; лікування гострого інфаркту міокарда з підйомом/елевациєю сегмента ST у комбінації з тромболітичними засобами у хворих, яким можливе подальше застосування коронарної ангиопластики, а також у хворих, яким цю процедуру не проводять. **Побічні реакції.** Геморagicні прояви викликані переважно: супутніми факторами ризику (органічне ураження, при яких існує ймовірність виникнення кровотечі, вік, ниркова недостатність, мала маса тіла та деякі комбінації лікарських засобів); невиконанням терапевтичних рекомендацій, а саме — тривалості лікування та корекції дози з урахуванням маси тіла пацієнта. Повідомлялося про поодинокі випадки виникнення гематоми спинного мозку під час спинально-мозкової анестезії, анальгезії або епідуральної анестезії, що проводилися після застосування низькомолекулярного гепарину. Повідомлялося про випадки виникнення тромбозитопії. Можливе також безсимптомне та зворотне підвищення кількості тромбоцитів. Повідомлялося про виникнення гіперкаліємії та транзиторне підвищення рівня трансаміназ. **Рестрикційне повідомлення.** № UA/9353/01/01. Назва МОЗ України № 771 від 10.09.2012.



ПАТ «Фармак», Україна,  
04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 63,  
тел.: (044) 531 9676, 239 1944,  
www.farmak.ua

# ІМУНОСУПРЕСИВНІ ПРЕПАРАТИ



- ТАКПАН 0,5 мг ● ТАКПАН 1 мг ●
- ТАКПАН 5 мг ●
- МІКОМЕДА 180 МГ ● МІКОМЕДА 360 ●

ТАКПАН 0,5 МГ Р.П. UA/15856/01/01; ТАКПАН 1 МГ Р.П. UA/15856/01/02; ТАКПАН 5 МГ Р.П. UA/15856/01/03; МІКОМЕДА 180МГ Р.П. UA/16867/01/01; МІКОМЕДА 360МГ Р.П. UA/16867/01/02

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ДЛЯ ПОШИРЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СІМПОЗИУМАХ НА МЕДИЧНУ ТЕМАТИКУ.

ТОВ «АЛМЕДА УКРАЇНА»  
04215, м. Київ, пр-кт Георгія Гонгадзе,  
буд. 20-В, 2-й пов., оф. 10  
Тел.: 044 331 50 70  
E-mail: office@almedapharma.ch  
www.almedapharma.ch



## Впевненість, заснована на доказах\*, підтверджена в реальній клінічній практиці у пацієнтів з ТГВ/ТЕЛА<sup>1,2</sup>



Ефективна терапія ТГВ з або без ТЕЛА, перевірена в дослідженні реальної клінічної практики XALIA<sup>1,2</sup>



Майже в 2 рази нижчий ризик великих кровотеч порівняно з НМГ+АВК<sup>а,1</sup>



Просто почати, легко продовжувати

**Ксарелто®**  
РИВАРОКСАБАН

**Ксарелто®:** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг або 20 мг. 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 15 мг ривароксабану; 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 20 мг ривароксабану;

**Будь ласка, зверніть увагу!** Більш детальна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування препарату, також її можна отримати в ТОВ «БАЙЕР».

**Показання:** Профілактика інсульту та системної емболії у дорослих пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь та одними чи кількома факторами ризику такими як застійна серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, вік > 75 років, цукровий діабет, інсульт або транзиторна ішемічна атака в анамнезі. Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ), тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) і профілактика рецидиву ТГВ та ТЕЛА у дорослих.

**Протипоказання:** Підвищена чутливість до ривароксабану або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Клінічно значуща активна кровотеча. Ушкодження або стани, що супроводжуються значним ризиком розвитку кровотеч, до яких належать наявні на даний час або нещодавно діагновані виразки шлунково-кишкового тракту, зльокнісі пухлини з високим ризиком кровотеч, нещодавно перенесена травма головного або спинного мозку, нещодавно перенесене оперативне втручання на головному, спинному мозку або очач, нещодавній внутрішньоочерпний кроволив, варикозне розширення вен стравоходу (виявлене чи підозрюване), артеріовенозні мальформації, аневризма судин або значні за розміром внутрішньооспінальні або внутрішньоцеребральні судинні аномалії. Одночасне застосування з будь-якими іншими

антикоагулянтами, зокрема з нефракціонованим гепарином, низькомолекулярними гепаринами (еноксапарин, дальтепарин і т.п.), похідними гепарину (фондапаринукс і т.п.), пероральними антикоагулянтами (варфарин, апіксабан, дабігатран і т.п.), окрім специфічних обставин переходу на альтернативну антикоагулянтну терапію або коли нефракційований гепарин призначається у дозах, необхідних для функціонування відкритого катетера центральних вен або артерій. Заховорення печінки, які асоціюються з коагулопатією та клінічно значущим ризиком розвитку кровотечі, у тому числі широк печінки класу В та С (за класифікацією Чайлда-П'ю). Діти віком до 18 років. Період вагітності або годування груддю.

**Побічні реакції зафіксовані на тлі прийому:** часті (частота від  $\geq 1/100$  до  $\leq 1/10$ ) – анемія (включаючи відповідні лабораторні параметри), запаморочення, головний біль, очний кроволив (включаючи кроволив у кон'юнктиву), артеріальна гіпотензія, гематома, носова кровотеча, кровохаркання, кровотечі з ясен, шлунково-кишкової кровотечі (включаючи ректальну кровотечу), біль у шлунково-кишковому тракті та животі, диспепсія, нудота, запор, діарея, блювання, свербіж (включаючи нечасті випадки генералізованого свербіжу), висипання, екхімоз, шкірний та підшкірний кроволив, біль у кінцівках, уrogenітальні кровотечі (включаючи гематурію і менорагію), порушення функції нирок (включаючи підвищення рівня креатиніну в крові, підвищення рівня сечовини в крові), гарячка, периферичний набряк, загальне погіршення самопочуття та зниження активності (включаючи втомлюваність та

астенію), підвищення рівня трансаміназ, постпроцедурна кровотеча (включаючи післяопераційну анемію та кровотечу з ран), синці, секрція з рани. Детальна інформація про можливі побічні реакції міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. **Дата останнього перегляду інструкції** – 24. 02. 2016. **Відпускається за рецептом.**

РП. №UA/9201/01/02, №UA/9201/01/03

ТГВ – тромбоз глибоких вен; ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії; НМГ – низькомолекулярний гепарин; АВК – антагоніст вітаміну К.

\* Під виразом «докази» мається на увазі результати досліджень EINSTEIN DVT/PE/Extension.

<sup>а</sup> Частота клінічно значущих кровотеч була співставною в групах Ксарелто® та Еноксапарин+АВК.

Література:

1. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R. et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thrombosis J.* 2013;11(1):21.

2. Ageno W., Mantovani L., Haas S. et al. Safety and effectiveness of oral rivaroxaban versus standard anticoagulation for the treatment of symptomatic deep vein thrombosis (XALIA): an international prospective non-interventional study. *The Lancet Haematology* 2016;3(1):e12–e21 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00257-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00257-4)

**Інформація про лікарський засіб. Інформація призначена для медичних та фармацевтичних працівників.**



# ВІДКРИТА РЕЄСТРАЦІЯ на курси в 2019 році!

Не пропусти свій шанс, встигни зареєструватись!



# ДЕРЖИ В УЗДЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ

Соматулин Аутожель  
120 мг имеет показание для лечения  
гастроэнтеропанкреатических нейроэндокринных  
опухолей (ГЭП-НЭО) 1 и 2 степени (Ki-67 до 10%)  
у взрослых пациентов с местно-распространенным  
либо метастазирующим типом заболевания<sup>1</sup>



Соматулин Аутожель 120 мг,  
применяемый в качестве  
противоопухолевой терапии 1-ой линии,  
способен **значительно улучшить  
течение заболевания**<sup>2</sup>

**ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ  
УТВЕРЖДЕННЫЙ\***  
АНАЛОГ СОМАТОСТАТИНА ДЛЯ КОНТРОЛЯ  
НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРЕДНЕЙ КИШКИ

1. Соматулин Аутожель 120 мг, инструкция к применению препарата. Утверждено приказом МЗ Украины №67 от 23.01.2014 г.; изменения внесены приказом МЗ Украины №614 от 21.09.2015 г.

2. Caplin M. et al., NEJM 2014, 371(3): 224-233.

\* значительно улучшает выживаемость без прогрессирования заболевания у пациентов с метастатическими энтеропанкреатическими нейроэндокринными опухолями.

Информация о лекарственном средстве для использования медицинскими и фармацевтическими работниками в профессиональной деятельности. **Соматулин Аутожель 120 мг.** Регистрационное свидетельство № UA/13432/01/01. Сокращенная инструкция для медицинского использования препарата Соматулин Аутожель 120 мг. **Состав.** Действующее вещество: lanreotide; 1 предварительно наполненный шприц содержит ланреотид (в виде ланреотида ацетата) 120 мг; вспомогательные вещества: кислоты уксусная, вода для инъекций. **Лекарственная форма.** Раствор для инъекций пролонгированного высвобождения в предварительно наполненном шприце. Для глубокого подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа.** Гормоны, замедляющие рост. Код АТС N01C ВОЗ. **Клинические характеристики. Показания:** Лечение акромегалии при повышенном уровне циркулирующего гормона роста (GH) и инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) после оперативного вмешательства и/или радиотерапии, или в случае, если противопоказаны оперативное вмешательство и/или радиотерапия. Лечение клинических симптомов, вызванных акромегалией. Лечение нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта или поджелудочной железы (GEP-NETS) 1-й степени дифференцирования и подмножества опухолей 2-й степени дифференцирования (индекс Ki67 до 10%) с первичной локализацией в средней кишке, поджелудочной железе или с неизвестной первичной локализацией, при исключении локализации с участков задней кишки, у взрослых пациентов при нерезектабельных местнораспространенных или метастатических опухолях. Лечение клинических симптомов карциноидных опухолей. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к соматостатину или родственным пептидам, а также к любому из компонентов препарата. **Производитель.** ИПСЕН ФАРМА БИОТЕК (IPSEN PHARMA BIOTECH). Местонахождение. Parc d'activités du Plateau de Signes chemin departemental № 402 83870 SIGNES, France. Более детальная информация о препарате Соматулин Аутожель 120 мг приведена в инструкции по применению препарата.

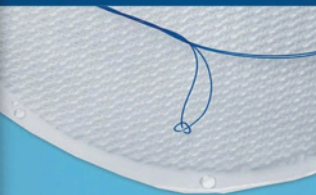
Представительство «Ипсен Фарма»  
Украина, 01004, г. Киев, ул. Пушкінська, 36  
Тел./факс: +38 044 502 65 29; www.ipsen.ua  
SOM-UA-000006



**Соматулин Аутожель**  
ланреотид

# Medtronic

Further, Together



Герниопластика  
Сетчатые  
имплантаты и фиксация



Лапароскопический  
доступ и лигирование  
Троакары и инструменты



Соединение тканей  
Шовные материалы  
и аксессуары



Безуловый шов  
V-Loc™ - инструмент  
ушивания раны



Эффективный гемостаз  
Гемостатическая  
пластина Veriset™



Кардиохирургия  
Ti-Cron™ – золотой стандарт  
в протезировании клапанов



Монофилофия  
Caprosyn™ Biosyn™  
Maxon™



**БМТ Украина** дочернее предприятие  
Чешского завода  
**BMT Medical Technology s.r.o.**  
предлагает:

## Проектирование и оснащение централизованных стерилизационных отделений (ЦСО) под ключ.

Другое медицинское, фармацевтическое  
и лабораторное оборудование

- Паровые стерилизаторы (автоклавы) от 15 до 1500 литров
- Воздушные стерилизаторы, лабораторные термостатические камеры (инкубаторы), инкубаторы с CO<sub>2</sub>, холодильники и климатические камеры
- Формальдегидный низкотемпературный стерилизатор t — 55 °C, 60 °C
- Плазменные стерилизаторы
- Дезинфекционные камеры для кроватей и матрацев
- Ультразвуковые мойки
- Автономные моечно-дезинфекционные автоматы
- Профессиональные стиральные, сушильные машины, гладильные катки
- Моечно-дезинфицирующие машины для суден и мочеприёмников
- Утилизаторы медицинских отходов
- Термозапаечные машины для упаковки медицинского инструментария и материала
- Биксы для стерилизации
- Мебель из нержавеющей стали по индивидуальным размерам: рабочие столы, мойки, шкафы, полочки, стеллажи и др.



Тел./факс: 044 501-50-30,  
Тел.: 044 332-50-30,  
Киев, 03067,  
ул. Генерала Тупикова, 4  
E-mail: info@bmt.ua,  
<http://www.bmt.ua>