

ISSN 0023 - 2130

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

6.2 червень 2018

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)

Заснований у червні 1921 р.

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.
Журнал індексований в IndexMedicus, MedLine, PubMed.

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

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

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

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

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «ЛазуритПоліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253
Підписано до друку 10.05.18. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 26.
Обл. вид. арк. 9,82. Тираж 1000.
Замов. 52

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

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

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018
© Ліга — Інформ, 2018

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



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Головний редактор
О. Ю. Усенко

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрюченко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
В. С. Запороженко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходола
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук



Герметизація кукси апендикса при лапароскопічній апендектомії

І. Р. Лабяк, В. В. Іваніна, С. А. Кримець, О. В. Дмитрук, О. В. Прудніков

Івано-Франківський національний медичний університет

Проаналізована техніка виконання лапароскопічної апендектомії (ЛА) у 96 хворих на гострий апендицит. У 17 пацієнтів (17,71%) апендикс відсікали лінійним степлером ENDO GIA™ 35 або 45 мм. Цей метод був технічно простим та надійним, однак мав високу вартість. У 22 (22,92%) випадках накладали три ендопетлі, після чого відсікали відросток таким чином, щоб дві з них залишались на куксі. У найбільшій кількості хворих (59,38%) проводили кліпування відростка, і його пересікання між кліпсами.

Останній метод вважали достатньо надійним і недорогим способом обробки кукси. Якщо основа апендикса була широкою, або з вираженими запальними інфільтративними змінами, обирали 12 мм кліпси. Серед хворих на гострий катаральний апендицит при застосуванні лінійного ендостеплера тривалість операції складала 27,13±4,91 хвилини (медіана 27 хв.). Застосування ендопетлі подовжувало тривалість операції до 36,50±5,81 хвилин (медіана 36 хв.). При використанні кліпс цей час становив 32,80±3,49 хвилини (медіана 33 хв.). У хворих на гострий флегмонозний апендицит час виконання лапароскопічної апендектомії при обробці кукси відростка лінійним ендостеплером складав 41,63±3,58 хвилини (медіана 41,50 хв.). Найдовше за часом тривала операція із застосуванням ендопетель – 49,13±8,39 хвилини (медіана 50,50 хв.). У найбільшій кількості хворих (48) було проведено кліпування основи відростка. Терміни оперативного втручання у них склали 44,97±5,53 хвилини (медіана 44,50 хв.). Як показали

наші спостереження, при флегмонозному апендициті, коли основа відростка є інфільтрованою і набряклою цей метод мав перевагу над накладанням ендопетель. Часто ендопетля прорізала основу відростка. Накладання ж кліпси дозволяло герметично без прорізування закрити просвіт відростка. Серед хворих з деструктивними формами гострого апендициту у жодного не виконували обробку кукси апендикулярного відростка лінійним ендостеплером. У трьох пацієнтів застосовували ендопетлі. Тривалість операційного втручання у них складала 53,13±4,45 хвилини (медіана 53,50 хв.). Застосування кліпування основи відростка дозволяло скоротити час операції до 37,13±5,89 хвилини (медіана 35,0 хв.).

Таким чином, використання кліпування для обробки кукси червоподібного відростка дозволяє здійснити лапароскопічну апендектомію в оптимальні часові терміни і попередити інтраопераційну самоампутацію відростка, а застосування лінійного ендостеплера при гострому катаральному апендициті скорочує час лапароскопічної апендектомії до 27,13±4,91 хвилини (медіана 27), застосування ендопетель подовжує час операції до 36,50±5,81 хвилини (медіана 36), при гострому катаральному апендициті, до 49,13±8,39 хвилини (медіана 50,5), при деструктивних формах апендициту – до 53,13±4,45 хвилини (медіана 53,5) і може розгерметизувати куксу червоподібного відростка при вираженій інфільтрації його основи та купола сліпої кишки.

Параколомостомічні ускладнення

В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Рак товстої кишки є однією з найактуальніших проблем невідкладної колопроктології. Згідно даних бюлетеня національного канцер-реєстру України за 2016 рік захворюваність на рак ободової кишки складала 22,2 на 100 тисяч населення, з числа вперше захворілих 44,1% мали III-IV стадію. Хворі, у яких рак ободової кишки вперше діагностується лише при розвитку ускладнень, частіше оперуються не в спеціалізованих центрах, а в ургентних загальнохірургічних стаціонарах, при цьому частота парастомальних ускладнень досягає від 15,5 до 90,1%.

Мета дослідження: вивчити частоту, структуру параколомостомічних ускладнень у хворих на рак ободової кишки з обтураційною кишковою непрохідністю.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 57 хворих госпіталізованих в ургентному порядку з клінікою обтураційної товстокишкової непрохідності. Чоловіків було 24 (42%) особи, жінок – 33 (58%). Середній вік хворих склав 60,5±3,5 років. У 38 (66,7%) хворих показанням до операції був рак рек-

тосімоїдного відділу, у 19 (33,3%) хворих – рак сигмовидної кишки. Всім хворим була виконана операція Гартмана з формуванням одноствольної плоскої колостоми за стандартною методикою.

В післяопераційному періоді проводили обстеження стомованої ділянки кишки, яке полягало в візуальному огляді стоми для визначення зміни кольору, консистенції, діаметру кишки, її розташування по відношенню до передньої черевної стінки, стану парастомальної рани. При пальцевому дослідженні стоми визначали розмір отвору, наявність дефектів апоневрозу або стінки кишки, наявність інфільтратів з флюктуацією.

Результати дослідження та їх обговорення. У ранньому післяопераційному періоді ускладнення розвинулися у 8 (14%) хворих. У структурі ранніх ускладнень колостоми відмічено: параколомостомічний дерматит – 4 (7%) хворих, параколомостомічний абсцес – 2 (3,5%) хворих, параколомостомічна флегмона – 1 (1,8%) хворий, ретракція кишки – 1 (1,8%) хворий.

У 3 (5,3%) хворих в терміновому порядку зробили розкриття гнійних порожнин поза зоною фіксації колостоми з подальшим їх дрениванням. Для запобігання попаданню калових мас в рану застосовували модулюючий калоприймач. У 1 (1,8%) хворого при тотальному некрозі виведеної частини кишки з ретракцією сегмента в черевну порожнину була виконана релапаротомія, резекція кишки з транслокацією стоми на нове місце.

У 5 (8,9%) пацієнтів в різні терміни розвинулися пізні ускладнення колостоми: стриктура колостоми – 3 (5,3%) хворих, по одному пацієнту з параколостомічною грижею (1,8%) та рецидивом раку в колостомі (1,8%).

Пізні параколостомічні ускладнення були усунені в ході виконання відновно-реконструктивних операцій (7,1%), а при рецидиві пухлини в стоми була проведена резекція кишки з транслокацією стоми (1,8%).

Висновок. У хворих з ускладненим раком лівої половини ободової кишки після операції Гартмана мали місце як ранні параколостомічні ускладнення (14%) так і пізні (8,9%). Найбільшу питому вагу ранніх ускладнень колостомі склали гнійно-запальні (12,2%), а серед пізніх ускладнень колостоми частіше відзначали розвиток стриктури колостоми (5,3%).

Післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення у дітей

М. Г. Мельниченко, В. В. Антонюк

Одеський національний медичний університет

Вступ. Летальність від післяопераційних ускладнень апендикулярного генезу впродовж багатьох років як і раніше висока і сягає 60%, що потребує 30 – 35% невідкладних лапаротомій.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням перебували 186 дітей з післяопераційними інтраабдомінальними інфільтратами (ПІ). Основним показником ефективності запропонованого комплексного лікування рахували відсутність або зниження ускладнень ПІ, а саме: абсцедування інтраабдомінального інфільтрату, ранню спайкову непрохідність кишечника.

Результати та їх обговорення. Проведений статистичний аналіз показав відсутність ускладнень у 88,8% хворих групи порівняння (ГП) статистично вірогідно на більш високому рівні значущості ($p=0,0000$) у порівнян-

ні з 43,3% хворих групи контролю (ГК). Застосування потенційованої регіональної антибіотикотерапії у комплексі з ендоректальним протизапальним лікуванням у хворих ПІ дозволило уникнути формування абсцедування цих інтраабдомінальних інфільтратів у 94,5% випадків пацієнтів ГП, тимчасом як серед хворих контрольної групи формування післяопераційних інтраабдомінальних абсцесів виникло у 21,5% випадків.

Висновок. Кількість ускладнень залежить від первинного способу втручання: серед дітей групи контролю в 1,7 разів більш ускладнень спостерігалось при первинній лапаротомії у порівнянні з лапароскопією; у дітей з групи порівняння при малоінвазивному втручанні ускладнень виникло в 2 рази менш за дітей з лапаротомією.

Вплив антиадгезивних агентів на перитонеальні спайки в експерименті

М. Г. Мельниченко, А. А. Квапніна

Одеський національний медичний університет

Вступ. Незважаючи на впровадження сучасних матеріалів і мініінвазивних оперативних технологій, хірургічне лікування спайкової кишкової непрохідності становить 2% від усіх лапаротомій.

Мета: вивчити вплив антиадгезивних агентів на розвиток перитонеальних спайок в експерименті.

Матеріали та методи. Об'єктом були 42 статевозрілі щури лінії Вістар масою 200-250 г. Тварини були розділені на 3 групи (А, В, С) в залежності від складу ААГ і способу його аплікації, контрольну групу склали 7 щурів.

Результати та їх обговорення. Група тварин, в якій була проведена локальна аплікація концентрованого гелю (10 мг/мл), продемонструвала більш низькі показники тяжкості інтраабдомінального спайкоутворення ($P<0,05$). При локальному застосуванні гелю з меншою концентрацією активного компонента (5 мг/мл) - група А, відмінно-

сті з контрольною групою були статистично значущими, в той час як при поєднанні з інтраабдомінальним введенням великої кількості гелю (група В, 10 мл), що забезпечує повну обробку органів черевної порожнини, даний ААГ істотно запобігає післяопераційним перитонеальним спайкам ($P<0,05$) по тяжкості і поширеності. В умовах перитоніту в експериментальній групі середній бал тяжкості склав 1,23 (0; 2), поширеності 1,86 (0; 3), що також достовірно нижче за відповідні показники в контрольній групі (2,67; 3,31).

Висновки. Ефективність ААГ залежить від способу застосування і концентрації гіалуроната натрію, що впливає на здатність гелю до тривалого утримання в місці аплікації, таким чином зменшуючи і поширеність післяопераційного спайкового процесу як в асептичних умовах, так і при наявності перитоніту.