

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 4 (829) квітень 2012

Щомісячний науково-практичний журнал
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 21.04.12. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 9.
Обл. вид. арк. 8,81 Тираж 1 500.
Замов.42

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 «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023 - 2130



9 770023 213008 >

© Клінічна хірургія, 2012
© Ліга — Інформ, 2012

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 4 (829) квітень 2012

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреещев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазорининець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпряттов
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал



ЗМІСТ

- 3-57 «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ».**
Щорічна науково—практична конференція
з міжнародною участю.
Матеріали конференції

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 58-64 Волков Д. Е.**
Опыт хирургического лечения брадиаритмий и
сердечной недостаточности методом
электрокардиостимуляции: оперативные доступы,
имплантируемые устройства, осложнения,
особенности техники имплантации
- 65-67 Ничитайло М. Е., Булик Л. М.**
Применение орнигила в периоперационной
профилактике и терапии инфекционных
осложнений после абдоминальных операций

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

- 68-71 Скомаровський О. А., Швець Ю. П., Уваров В. Ю.,
Федорук В. І., Любенко Д. Л.**
Діагностика та корекція порушень жовчовідтоку у
хворих на хронічний панкреатит



CONTENTS

- 3-57 «ACTUAL PROBLEMS OF CLINICAL SURGERY».**
Annual scientific—practical conference with international
participation.
Materials of conference

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 58-64 Volkov D. E.**
Experience of surgical treatment of bradyarrhythmia
and heart failure pacing method: online access,
implantable device, complications, especially implan-
tation technique
- 65-67 Nichitaylo M. E., Bulik L. M.**
Application of ornigil in the perioperative prevention
and therapy of infectious complications after abdomi-
nal surgery

REVIEWS

- 68-71 Skomarovskiy O. A., Shvets Yu. P., Uvarov V. Yu.,
Fedoruk V. I., Lyubenko D. L.**
Diagnosis and correction of the bile outflow disorders
in patients, suffering chronic pancreatitis



безсучасного мислення розробки нових способів скотичної балонної інтубації ВС ДПК, дозволяють кожному зберегти функцію його сфінктерного захисту, попередити виникнення рефлюкс-хронічного запалення риник вилякнення кровотечі [6].

Переключення мініінвазивних способів лікування вважають менш травматичними, менш висхідними. За мінімальної травми частіше спостерігаються частота леглих ускладнень, післяопераційного парезу кишківнику, можливі ризики збільшення хворих, забезпечується вища якість життя пацієнта та, відповідно, зменшується тривалість лікування у стаціонарі [17, 18].

Застосування мініінвазивних хірургічних втручань запобігає виникненню респіраторного дистрес-синдрому, дає змогу знизити ризик застосування анестезіологічного забезпечення, зловживання анестезією, отримати вищу виживаність, зменшити тривалість транспланції мікрохрестамінів у зоні досягнень.

($4,7 \pm 0,3$) сут. В групі порівняння перифокальний набряк зник через 4—6 сут, в середньому ($4,5 \pm 0,2$) сут ($P < 0,05$). Появлення грануляцій відмічено на 6—8—е сутки лікування, в середньому через ($5,7 \pm 0,5$) сут. Продовжительність лікування пацієнтів в групі порівняння складала в середньому ($22,4 \pm 2,6$) днів, в основній групі — ($17,2 \pm 1,8$) днів ($P < 0,05$).

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В. И. Лупальцов, А. И. Ягнюк, Р. С. Ворожук, И. А. Дехтярук

Харьковский национальный медицинский университет

Оценены результаты применения миниинвазивных технологий в комплексе лечения интраабдоминальных послеоперационных осложнений у больных старшего возраста.

Проанализированы результаты лечения 39 пациентов, в том числе 18 (46,2%) женщин и 21 (53,8%) мужчины в возрасте в среднем ($68,5 \pm 7,6$) года, у которых возникли интраабдоминальные осложнения после операций на органах брюшной полости. Гнойно-септические осложнения у 34 (87,2%) больных обусловлены несостоятельностью кишечного шва, прогрессированием воспалительного процесса в брюшной полости, неадекватной санацией и дренированием брюшной полости после первичной операции. Подтекание желчи после наложения холедоходигестивных анастомозов и кровотечение явились причиной их возникновения у 5 (12,8%) больных. Кроме общеклинических и лабораторных методов исследования, проводили инструментальную диагностику — УЗИ, рентгенологическое исследование, компьютерную томографию.

Отграниченные жидкостные образования в брюшной полости по данным УЗИ выявлены у 22 (56,4%) больных: у 17 — интраабдоминальные абсцессы, у 2 — гематомы, у 3 — скопление желчи под печенью. При четкой визуализации траектории продвижения иглы и полости образования применяли чрескожную пункцию под контролем УЗИ (у 20), эффективность которой оценивали через сутки. В связи с отсутствием положительной динамики релапаротомия выполнена у 5 больных. Противопоказаниями к применению пункционного метода санации считали интерпозицию петель толстой кишки на пункционной трассе (у 2), визуализацию в полости жидкостных образований крупных гиперэхогенных включений (у 2), наличие свободной жидкости в брюшной полости (у 3).

Таким образом, лечение гнойных ран с дифференцированным применением адекватных мазевых форм, соответствующих задачам лечебного процесса, в зависимости от фазы раневого процесса обеспечивает его оптимизацию, предупреждение осложнений, уменьшение продолжительности лечения по сравнению с таковой при использовании общепринятых препаратов.

Лапароскопическую санацию абсцессов провели у 5 больных, у 2 — при их локализации в подпеченочном углублении, у 3 — в поддиафрагмальном. После эвакуации содержимого и санации гнойной полости растворами антисептиков абсцесс дренировали через отдельный разрез в соответствии с принципами классической хирургии. У 15 (38,5%) больных для уточнения диагноза и коррекции послеоперационных осложнений проведена лапароскопия. Показаниями к выполнению вмешательства были клинично-лабораторные и ультразвуковые признаки послеоперационного перитонита. Санационную лапароскопию как окончательный метод вмешательства применили у 8 больных: после разъединения сращений эвакуировали экссудат, брюшную полость промывали растворами антисептиков, тщательно осматривали зону оперативного вмешательства. Операцию завершили дренированием брюшной полости. У 5 больных из-за невозможности осуществления адекватной эндохирургической санации в связи с распространенностью процесса (у 3) или наличием плотного инфильтрата из кишечника (у 2) осуществлена конверсия в релапаротомию. Релапаротомия выполнена у 2 (5,1%) больных при повреждении магистральных желчных протоков (у 1) и распространенном послеоперационном перитоните (у 1).

Таким образом, применение миниинвазивных технологий при лечении интраабдоминальных послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста обоснованно как с диагностической целью, так и для их устранения, проведения программированного послеоперационного мониторинга.

ПУНКЦІЙНО—ДРЕНУВАЛЬНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

І. А. Лурін, Г. Г. Макаров, О. І. Гладищенко

Центральний госпіталь Військово-медичного управління СБ України, м. Київ

Сучасна хірургія характеризується пошуком та впровадженням в клінічну практику мініінвазивних ефективних методів діагностики й лікування хворих. До переваг цього методу належать мала травматичність, низька післяопераційна летальність, відсутність ризику загального знеболювання, зменшення тривалості лікування хворого у стаціонарі, менша вартість.

У 2011 р. у відділенні мініінвазивних технологій мініінвазивні втручання під контролем УЗД виконані у 46 хворих, в тому числі пункції і дренивання кіст нирок — у 7, кіст печінки — у 2, біопсія печінки — у 5, аспіраційна біопсія пухлин заочеревинного простору та черевної порожнини — у 5, мікрохолецистостомія — у 3, дренивання піддіафрагмальних абсцесів, абсцесів сальникової сумки при гострому дес-