

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 6 (902) червень 2017

Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)

Заснований у червні 1921 р.

Нагороджений



«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»

Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

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

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SCOPUS, EBSCOhost, Google Scholar, OCLC World Cat та ін.
Журнал індексований в IndexMedicus, MedLine, PubMed.

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

Свідцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 22539-12439PR.

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 26.06.17. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 9,84. Тираж 1000.
Замов. 193.

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідцтво 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) 463.73.01.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2017
© Ліга — Інформ, 2017

ISSN 0023-2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 6 (902) червень 2017

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилов
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятков
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



ЗМІСТ



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-8 **Усенко О. Ю., Тодуров І. М., Перехрестенко О. В., Косюхно С. В., Калашніков О. О., Кучерук В. В., Плегуга О. І.**
Результати білопанкреатичного шунтування в модифікації Hess-Marceau у хворих на морбідне ожиріння
- 9-13 **Копчак В. М., Ткачук О. С., Копчак К. В., Дувалко О. В., Хомяк І. В., Перерва Л. О., Андронік С. В., Шевколенко Г. Г., Ханенко В. В.**
Діагностика та хірургічне лікування пухлин лівого анатомічного сегмента підшлункової залози
- 14-16 **Дзигал О. Ф., Грубнік Ю. В., Вастьянов Р. С.**
Патофізіологічний підхід до вибору індивідуальної тактики хірургічного лікування хворих з приводу цирозу печінки з супутнім асцитом
- 17-20 **Бойко В. В., Авдосьєв Ю. В., Сочнева А. Л.**
Отдаленные результаты лечения холангиокарциномы
- 21-24 **Воротинцев С. І., Софілканич М. М., Захарчук О. В.**
Площинна блокада поперечного м'язу живота після лапароскопічної резекції товстого кишечника у хворих на ожиріння
- 25-27 **Протас В. В., Венгринович Н. Р., Мельник С. В.**
Вазовагальні реакції при нейроаксіальній анестезії та шляхи їх попередження
- 28-29 **Арсенюк В. В., Гринів О. В., Смотров М. І., Дідич Т. В., Лісовська Д. В., Арсенюк Т. Л.**
Дисплазія сполучної тканини як предиктор виникнення спайкової хвороби черевної порожнини у дітей та шляхи профілактики спайкової непрохідності кишечника
- 30-33 **Мазуренко О. В., Сличко І. Й.**
Деякі аспекти організації хірургічної допомоги під час подій з масовим ураженням людей
- 34-38 **Мішалов В. Г., Кузьменко О. В., Маркулан Л. Ю.**
Ефективність ендовенозної лазерної коагуляції великої підшкірної вени залежно від її діаметра з застосуванням радіального світловода
- 39-41 **Волошин А. Н.**
Роль эндотелиальных клеток-предшественниц и их биологических маркеров в возникновении атеросклероза артерий нижних конечностей
- 42-44 **Шипулин П. П., Кирилюк А. А., Тронина Е. Ю., Байдан В. В., Севергин В. Е., Байдан В. И., Агеев С. В., Аграхари А., Козяр О. Н., Поляк С. Д.**
Видеоторакоскопическая резекция легких с использованием электросварочных технологий
- 45-46 **Барамия Н. Н.**
Становление и перспективы развития отделения политравмы
- 47-50 **Андреев О. А., Скобська О. Є., Каджая Н. В.**
Порушення статокінетичної функції та її оцінка в об'єктивізації легкої черепно-мозкової травми
- 51-53 **Галай О. О., Карп С. Ю.**
Ведення раннього післяопераційного періоду у хворих на рак слизової оболонки порожнини рота, ротової частини глотки та гортані III-IV стадії
- 54-57 **Смоланка І. І., Аксьонов О. А., Білоненко Г. А.**
Використання ендоскопічної мамодуктоскопії для оптимізації хірургічної тактики при патологічних виділеннях з грудного соска
- 58-60 **Савенков В. І., Мальцев А. В., Левченко Д. А.**
Нові можливості у лікуванні хворих з приводу нефролітіазу з використанням мікро- та ультра-міні черезшкірної нефролітотрипсії
- 61-63 **Дмитрієв Д. В., Семененко А. І., Моравська О. А., Дмитрієва К. Ю.**
Обґрунтування використання методу попереджувальної аналгезії в ранньому післяопераційному періоді у дітей з онкологічними захворюваннями
- 64-67 **Бабко А. М., Герасименко А. С., Страфун А. С.**
Ортопедичне лікування хворих з приводу ревматоїдного артрити за одночасного ураження кульшових та колінних суглобів

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 68-70 **Красносельський Н. В., Симонова-Пушкар Л. І., Криворучко І. А., Іоні С. А. Т., Андреещев С. А.**
Морфологічні і мікробіологічні особливості загоєння покривних тканин після місцевого променевого пошкодження
- 71-73 **Яцина О. І., Савицька І. М., Фурманов Ю. О., Костєв Ф. І., Вернигородський С. В., Гейленко О. А., Дячкова Н. В.**
Відтворення стресової моделі нетримання сечі у лабораторних тварин

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

- 74-77 **Крыжевский В. В., Павлович Ю. В., Мендель Н. А.**
Современные взгляды на конверсию при лапароскопической холецистэктомии

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

- 78-79 **Лавренко А. В., Безручко М. В., Кайдашев І. П.**
Спостереження візуалізації кіст печінки

ЮВЛЕЇ

- 80-80 **Нугзар Миколайович Барамія**
до 75 річчя з дня народження



УДК 616.36-006-073.7

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ КІСТ ПЕЧІНКИ

А. В. Лавренко, М. В. Безручко, І. П. Кайдашев

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

OBSERVATION OF THE HEPATIC CYSTS VISUALIZATION

A. V. Lavrenko, M. V. Bezruchko, I. P. Kaydashev

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Пацієнт М., 73 років, доставлений машиною швидкої медичної допомоги до Міської клінічної лікарні зі скаргами на втрату свідомості, перебої в серці, загальну слабкість. Хворий госпіталізований у реанімаційне відділення у зв'язку з тяжкістю стану. Оглянутий невропатологом, призначено МРТ головного мозку для виключення порушення його кровообігу. За даними МРТ, ознаки хронічного порушення кровообігу головного мозку, дисциркуляторна енцефалопатія, лакунарна хвороба головного мозку, помірно виражена внутрішня гідроцефалія, атрофія речовини головного мозку.

Консультований в Обласному клінічному кардіологічному диспансері: дифузний та постінфарктний (за даними ЕКГ) кардіосклероз, миготлива аритмія, нормосистолічна форма серцевої недостатності (СН) ІІА стадії. Новоутворення черевної порожнини (?).

Після покращення стану хворий переведений до терапевтичного відділення з діагнозом: ішемічна хвороба серця (ІХС), дифузний та постінфарктний (за даними ЕКГ) кардіосклероз, порушення ритму серця за типом миготливої аритмії, нормосистолічна форма СН ІІА стадії. Гіпертонічна хвороба ІІІ, 2 ст, ризик ІІІ. Лакунарна хвороба головного мозку. Центральний атеросклероз ІІІ. Новоутворення черевної порожнини (?).

Хворий скаржиться на періодичний біль в ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні, тяжкість у правому підребер'ї, дискомфорт у надчеревній ділянці, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що хворий оперований з приводу непрохідності кишечника (1964), ножового поранення (1964), перитоніту (1964), виразки шлунка (1976), холециститу (1981).

Стан хворого середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряків немає.

Частота дихання (ЧД) 16 за 1 хв. При перкусії ясний легеневий звук, при аускультатії — дихання жорстке, хрипів немає.

АТ 20,0/12,0 кПа (150/90 мм рт.ст.). Пульс 90 за 1 хв, аритмічний. Межі відносної тупості серця розширені вліво на 2,5 см від лівої середньоключичної лінії в п'ятому міжребер'ї. Тони серця приглушені, аритмічні, акцент ІІ тону над аортою.

Язик вологий, чистий. Живіт не здутий, бере участь в диханні. При пальпації м'який, чутливий у надчеревній та правій підребровій ділянках, де пальпується пухлино-

подібне утворення розмірами 17 × 14 см, щільне, безболісне. Симптом поколювання негативний з обох боків.

Загальний аналіз крові: ер. $4,98 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 148 г/л, лейкоцити $10,6 \times 10^9$ в 1 л, тромбоцити 210×10^9 в 1 л, ШОЕ 11 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін 16 мкмоль/л, загальний білок 78 г/л, сечовина 7,6 ммоль/л, креатинін 131 мкмоль/л, залишковий азот 34 мг. Коагулограма: фібриноген 4,4 г/л, протромбіновий індекс 77%.

При ультразвуковому дослідженні (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) виявлені дифузні зміни паренхіми печінки, постхолецистектомічний синдром, кісти значних розмірів у воротах печінки, хронічний панкреатит, хронічний пієлонефрит.

За даними комп'ютерної томографії (КТ) ОЧП підтверджено наявність множинних кістоподібних утворень печінки розмірами від 6 до 179 × 99 × 97 мм з рівними чіткими контурами (рис. 1).

У хворого взято кров для виявлення антигенів ехінококу IgG, результат негативний.

За результатами езофагогастродуоденоскопії діагностовано ерітематозну гастродуоденопатію, дуоденогастральний рефлюкс, оперований шлунок. На підставі даних УЗД, КТ встановлений діагноз: множинні кісти печінки.

Хворий переведений до хірургічного відділення для подальшого лікування.

Слід наголосити, що кісти печінки маскувались серцевою недостатністю і не були причиною звернення хворого по медичну допомогу.

Хворий скаржився на дискомфорт, відчуття тяжкості, періодичну болючість в надчеревній та правій підребровій ділянках.

За даними об'єктивного обстеження стан хворого задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого забарвлення. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряків немає.

ЧД 16 за 1 хв. При перкусії ясний легеневий звук, при аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає.

АТ 18,7/10,7 кПа (140/80 мм рт.ст.). Пульс 77 за 1 хв. Межі відносної тупості серця розширені вліво на 2,5 см від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент ІІ тону над аортою.

Язик вологий, чистий. Живіт не здутий, бере участь у диханні. При пальпації м'який, безболісний в усіх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. У надчеревній та правій підребровій ділянках пальпується пухлино-

подібне утворення розмірами 17 × 14 см, щільне, безболісне. Симптом поколювання негативний з обох боків.

При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус м'яза—замкача кишки містить залишки калу, патологічні утворення не виявлені, на рукавичці сліди звичайного калу.

Повторно проведено УЗД ОЧП.

Підтверджений діагноз: множинні непаразитарні кісти печінки великих розмірів (рис. 2). Хворий надав поінформовану добровільну згоду на виконання операції та знеболення.

Здійснене пункційне дренування кіст печінки під контролем УЗД. Тривалість операції 35 хв. В асептичних умовах під контролем УЗД після попереднього знеболювання розчином лідокаїну 0,25% 30 мл виконане пункційне дренування двох великих кіст печінки, глибока кіста пунктована через порожнину кісти, розташованої поверхнево в черевній порожнині. Отримано до 1700 мл прозорого вмісту, що направлений на цитологічне, бактеріологічне дослідження, та визначення активності амілази. В порожнину кіст введено по 20 мл склерозанту — 96% етилового спирту, залишений дренаж у вигляді катетера типу pigtail № 9F фірми "Balton" (Польща) в поверхневій кісті. За даними контрольного УЗД кісти локуються у вигляді залишкових порожнин діаметром до 1 см. Дренаж фіксований до шкіри. Накладена асептична пов'язка.

Лікування: левофлоксацин, дексалгін, етамзилат натрію, перев'язка.

Кіста печінки — вогнище порожнинне утворення, оточене сполучнотканниною капсулою, містить рідину. Клінічно проявляється болем у право-

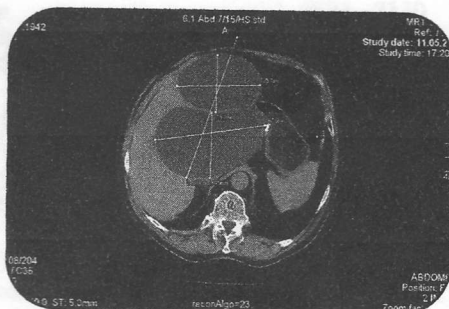


Рис. 1.
КТ ОЧП.
Кісти великих розмірів.

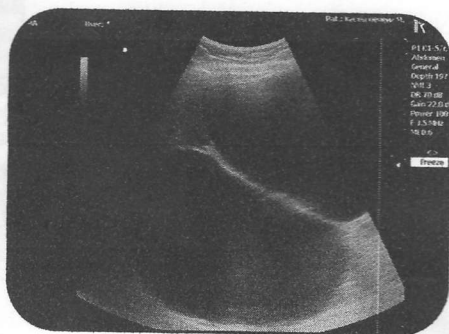


Рис. 2.
УЗД.
Кісти великих розмірів.

му підребер'ї, дискомфортом у надчрепній ділянці, нудотою, диспепсією, асиметрією живота. Діагностика кіст печінки основана на даних УЗД і КТ. Лікування кіст печінки передбачає їх радикальне видалення (вилушування, резекцію печінки, висічення стінок кісти) або паліативні методи (пункційне дренування, створення цистоентеро- або цистогастроанастомозу) [1, 2].

Кісти печінки локалізуються у різних сегментах органа, частки і на-

віть у зв'язках печінки, поверхнево або в глибині; іноді мають тонку перетинку (ніжку кісти). Діаметр кіст печінки від кількох міліметрів до 25 см і більше. Кісти печінки діагностують майже у 0,8% населення. У жінок їх виявляють в 3—5 разів частіше, ніж у чоловіків, як правило, у віці 40 — 50 років. За клінічними спостереженнями, кісти печінки можуть поєднуватися з жовчнокам'яною хворобою, цирозом печінки, кістами жовчних проток, полікістозом яєчників, полікістозом нирок і підшлункової залози [1 — 3].

У пацієнтів за наявності дрібних кіст печінки скарги, як правило, відсутні, проте, коли кіст декілька та ще й великих розмірів, у хворого виникають тяжкість та біль у правій підребровій ділянці. Ускладненнями кіст печінки є кровотеча в її порожнину, розрив з кровотечею в черевну порожнину, нагноєння [3].

Лікування кіст залежить від їх розмірів та локалізації. За наявності дрібних кіст (діаметром до 3 см) проводять спостереження та УЗД 1 раз на рік. Оптимальним методом лікування є дренування кіст.

Нами проведено пункційне дренування обох кіст печінки.

За даними цитологічного дослідження вмісту кіст виявлені еритроцити, клітини ущільненого епітелію, атипичні клітини не знайдені.

За результатами бактеріологічного дослідження патогенна мікрофлора не виявлена.

Таким чином, візуалізація великих кіст печінки дозволяє за допомогою дренування під контролем УЗД досягти терапевтичного ефекту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жаворонкова ОИ. Лечение непаразитарных кист печени более 10 см в диаметре. *Анналы хирург гепатологии*. 2007;12(2):16—22.
2. Ларионов АИ, Третьяк СИ. Хирургическое лечение серозных кист печени. *Онкол журн*. 2010;4(1):66—72.
3. Лупальцов ВИ. Радикальное хирургическое лечение больших солитарных кист печени. *Укр хірург журн*. 2016;2(30—31):29—31.

