

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (836) жовтень 2012
(Додаток)

Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
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.

Свідцтво 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 24.10.12. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.
Обл. вид. арк. 7,88. Тираж 1 500.
Замов.42

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) 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.

© Клінічна хірургія, 2012
© Ліга – Інформ, 2012

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (836) жовтень 2012
(Додаток)

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

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. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпратов
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

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

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

ISSN 0023-2130



9 770023 213008

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

**тези доповідей
науково—практичної
конференції**

**15 – 16 листопада 2012 р.
м. Київ**

Хірурги широко застосовують ЛГ, яка сьогодні має досить міцну позицію. В останнє десятиліття проведені рандомізовані дослідження для аналізу різних методів пластики, результати яких свідчать, що ЛГ має переваги у порівнянні з класичними методами, особливо

щодо тривалості лікування хворих у стаціонарі, частоти ускладнень та рецидиву грижі. Слід визнати, що ЛГ з приводу ПГЧС є кращим і безпечним методом.

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРИВОДУ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

О. М. Лерчук, М. П. Павловський, Ю. І. Шаваров, Ю. О. Маркевич, А. М. Порицький, М. М. Посівнич

Львівська обласна клінічна лікарня,

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Лапароскопічні операції з приводу пахвинних гриж почали застосовувати на початку 90-х років минулого сторіччя. Основою лапароскопічного втручання є передочеревинна пластика за R. Stoppa. Цю операцію у США виконують менш ніж у 15% всіх втручань з приводу пахвинних гриж. Причиною є низька частота рецидиву грижі після герніопластики за Lichtenstein. Проте, поява хронічного пахвинного болю, відчуття стороннього тіла в місці операції погіршують якість життя пацієнта.

Мета дослідження — проаналізувати результати лапароскопічної герніопластики пахвинних гриж, вивчити ранні й пізні ускладнення, перебіг післяопераційного періоду та частоту рецидивів.

Сьогодні існують три методи лапароскопічного лікування пахвинних гриж. IPOM — сітку встановлюють на очеревину, в ділянці грижових воріт, без виділення грижового мішка. Цей метод не отримав підтримки через високу частоту внутрішньочеревних ускладнень та рецидивів грижі. Операції TAPP (transabdominal preperitoneal) і TEP (totally extraperitoneal) зберігають принципи передочеревинної пластики, відрізняються способом доступу до передочеревинного простору. Ми віддаємо перевагу операції TAPP. Доступ до пахвинної ділянки здійснюють через черевну стінку, що дає змогу більш детально ідентифікувати її анатомічні структури, зробити ретельну ревізію черевної порожнини і, при необхідності, виконати симультанну операцію. Абсолютними показаннями до лапароскопічної герніопластики є двобічні пахвинні грижі та рецидивні грижі.

За період з 2011 р. в клініці виконано 31 операцію лапароскопічної герніопластики TAPP у 27 пацієнтів з пахвинними грижами. Чоловіків

— 21 (78%), жінок — 6 (22%), вік хворих від 35 до 61 року. У 2 хворих були двобічні пахвинні грижі. Для пластики використовували сітку Ultrapro (Ethicon), розмірами 15 × 10 см, яку фіксували герніосуплером Protack.

В усіх хворих операцію виконували під загальним знеболенням. Перебіг післяопераційного періоду практично без ускладнень. У 5 (18%) хворих за великої грижі утворилася серома в ділянці операційної рани, в 1 (4%) — діагностовано гематому, яку усунуто консервативно. Тривалість лікування хворих у стаціонарі 1—2 доби.

Усіх оперованих пацієнтів ми періодично обстежуємо. Рецидиву грижі немає.

Висновки

1. Операції Lichtenstein і лапароскопічна герніопластика (TAPP, TEP) практично однакові за результатами. Частота рецидиву 0,7—1,6%

2. Лапароскопічна операція більш тривала, більша частота утворення сером в ділянці операційної рани.

3. Лапароскопічна герніопластика характеризується меншою частотою ранової інфекції, більш швидким поверненням пацієнта до активного життя і праці. Тривалість лікування хворого у стаціонарі 1—2 доби.

4. Операція Lichtenstein супроводжується більшою частотою хронічного пахвинного болю у порівнянні з такою після лапароскопічної герніопластики.

5. Операція TAPP більш безпечна для лапароскопічної герніопластики з приводу пахвинної грижі.

ВИКОРИСТАННЯ СЕРДЖИСЕЛ ДЛЯ ДОДАТКОВОЇ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ СТІНКИ КИШКИ

Р. Б. Лисенко, В. І. Подлєсний, В. В. Чекіні

Українська медична стоматологічна академія,

Перша міська клінічна лікарня, м. Полтава

Операції на кишечнику в умовах поширеного перитоніту завжди супроводжуються високим ризиком виникнення ускладнень (до 60%), найбільш частим з яких є неспроможність швів кишки та анастомозів (до 18%) з надзвичайно високою летальністю (до 25%), необхідністю виконання повторних операцій (понад 50%). Повторні оперативні втручання супроводжуються неспроможністю швів анастомозу у 22,2% спостережень, в 11,1% — виникають внутрішньочеревні абсцеси. У 86,7% цих хворих виявляють два ускладнення і більше, летальність сягає 35%.

Лікування рецидивуючої перфорації гострих виразок кишечника є складною проблемою у зв'язку з низькою ефективністю хірургічних маніпуляцій.

Розробка методів попередження та лікування неспроможності швів кишечнику, особливо в умовах перитоніту, є актуальним питанням хірургії.

У літературі є відомості про застосування різних способів додаткового укріплення лінії швів, проте, даних про використання Серджисел немає.

Проаналізовано ефективність використання Серджисел для додаткової герметизації швів кишечнику.

З 2010 р. у хірургічній клініці оперовано 32 хворих (усі чоловіки віком від 34 до 72 років) з поширеним перитонітом, що потребувало проведення лапаростомії, операцій на кишечнику. В 11 з них виконано зашивання гострих виразок тонкої кишки, у 7 — резекція ділянки

тонкої кишки з ентероентеростомією. Особливо неефективні хірургічні маніпуляції були в ситуаціях, коли за рецидивної перфорації, після кількох лапаротомних втручань на петлях тонкої кишки утворювалася грануляційна тканина, і шви легко прорізувалися.

Під час операції всім хворим з метою додаткової герметизації стінки кишки здійснено аплікацію клаптів Серджисел (компанії Ethicon) на різні ділянки тонкої кишки: в пілородуоденальній зоні — в 1, на порожню кишку — у 4, клубову кишку — у 3, ділянку ентероентероанастомозу — у 5.

Серджисел — це марля з окисненої регенованої целюлози, що абсорбується через 1—2 тиж, з гемостатичним та бактерицидним ефектом, не кришиться, її можна різати ножицями, складати, накладати на поверхню будь-якої конфігурації.

На висушену поверхню кишки двома пінцетами накладали пластину Серджисел в один шар так, щоб її краї виходили за лінію швів на 1—2 см. При накладанні клаптя Серджисел на поверхню кишки

утворювалася аморфна маса коричневого забарвлення, що після експозиції протягом 5—7 хв не знімалася з поверхні кишки.

Ділянки тонкої кишки, які вважали "спроможними", проте, в них спостерігали некробіотичні зміни (так званий "передперфоративний стан") теж додатково укріплювали пластинами Серджисел розмірами $2,5 \times 2$ см.

Всі операції закінчували лапаростомією. При повторній програмованій санації (на 2—3—тю добу) ділянки тонкої кишки, на які накладали Серджисел, були "спроможні", перфорацію не спостерігали, місця аплікації візуалізувалися, спостерігали помірне ущільнення тканин. У більш пізні строки (на 6—7—му добу) препарат макроскопічно не візуалізувався.

Отже, використання Серджисел є ефективним методом додаткової герметизації стінки кишки, що дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування хворих за високого ризику виникнення неспроможності швів та перфорації гострих виразок травного каналу.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

А. Н. Литвиненко, О. Н. Гулько, И. И. Лукеча

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

В настоящее время лапароскопическую адреналэктомию (ЛА) считают "золотым стандартом" при лечении пациентов по поводу доброкачественных гормонально активных и небольших доброкачественных негормонпродуцирующих опухолей надпочечников.

Целью исследования был анализ результатов лечения пациентов по поводу заболеваний надпочечников, у которых выполнена ЛА с использованием бокового латерального трансабдоминального доступа.

В период 2002—2012 гг. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза ЛА выполнена у 64 пациентов при различных заболеваниях надпочечников. Мужчин было 25 (39%), женщин — 39 (61%), возраст больных от 20 до 69 лет, в среднем 47,4 года. Аденома диагностирована у 18 (28,1%), фиброма — у 5 (7,8%), феохромоцитомы — у 10 (15,6%), альдостерома — у 11 (17,1%), адренокортикальный рак — у 3 (4,7%), кортикостерома — у 13 (20,3%), киста надпочечника — у 4 (6,3%) больных. Правосторонняя локализация опухоли отмечена у 27 (42,1%) больных, левосторонняя — у 37 (57,9%). Диаметр опухоли от 3 до 7 см, в среднем 4,8 см.

Продолжительность операции при право- и левосторонней ЛА составила в среднем соответственно $(63,7 \pm 17,1)$ и $(111,6 \pm 11,8)$ мин. Конверсии не было. Интраоперационная кровопотеря $(69,3 \pm 9,2)$ мл. Гемотрансфузию не проводили.

У 1 (1,6%) больного возник гемоперитонеум вследствие травматического повреждения селезенки при левосторонней ЛА. Через 16 ч после операции выполнена лапароскопическая ревизия и санация брюшной полости. Обнаружено кровотечение из линейного разрыва капсулы селезенки, которое остановлено путем аплікації пластины "тахокотм".

Неспецифических осложнений после операции не было.

Продолжительность лечения больного в стационаре в среднем $(3,4 \pm 1,4)$ дня.

Таким образом, ЛА при соблюдении строгих показаний и противопоказаний является методом выбора оперативного лечения доброкачественных опухолей надпочечных желез.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ И ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. З. Лифшиц, В. Л. Валецкий, П. А. Зайченко, Г. Ю. Федосеев

ООО "Клиника "Борис", г. Киев

Хирургическое лечение больных при инфицированной форме некротического панкреатита является сложной проблемой и сопровождается высокой послеоперационной летальностью — до 70%. Наиболее эффективный метод санирования гнойно-некротического очага — лапаростомия с программированной санацией брюшной полости. Такая тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений до 15%, летальность — до 20%.

В последнее время обсуждается информация о высокой эффективности метода "открытого живота" в сочетании с вакуум-терапией в лечении больных при диффузных формах перитонита различной этиологии.

Цель работы: изучить возможности применения метода программированной лапаростомии в сочетании с вакуум-терапией у больных при инфицированной форме некротического панкреатита.