

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) жовтень 2016
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»

Видано в авторській редакції

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

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 04.10.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 18
Обл. вид. арк. 17,61. Тираж 700.
Замов. 312

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) 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, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.3 (893) жовтень 2016

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. Костиленко
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюк
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. Велигоцький
В. В. Ганжий
Б. 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. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770023 213008 >

ДО УВАГИ АВТОРІВ

**Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами.
Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил**

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e-mail.

3. Статтю надсилати в двох примірниках, обсяг її 9–10 с., коротких повідомлень 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці без будь-якого форматування та на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.doc, *.rtf без OLE-об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (15–20 рядків, обґрунтування, методика, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, у *порядку цитування*. Автори відповідальні за правдивість даних, наведених у списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

Бібліографічний опис літературних (інформаційних) джерел складати за стандартом "Бібліографічний запис. Бібліографічний опис" (ДСТУ 7.1:2006), використовувати нумераційний спосіб розстановки бібліографічних описів джерел (в порядку цитування посилань у тексті роботи).

Наводимо приклади бібліографічного опису літературних (інформаційних) джерел

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики *Helicobacter pylori*: метод, рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто-стегнового сегмента / А. Б. Доміняк (Україна); заявник і власник патенту ІХТ АМН України. – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.

6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико-лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 – хірургія / А. В. Сивожелезов; Харьк. мед. ин-т. – Х., 1999. – 18 с.

7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben-Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.

8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб – за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, стать і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну-виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилати у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на електронних носіях (ІВМ сумісні РС) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, рисунки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ РИСУНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатись негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходять всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилати.



ЗМІСТ

5-9	Стан колопроктологічної допомоги в Україні, її проблеми, перспективи розвитку
10-15	Травма органів черевної порожнини і малого тазу
16-46	Колоректальний рак
47-53	Хронічні запальні захворювання кишечника
54-65	Хронічні непухлинні захворювання кишечника. Сімейний аденоматозний поліпоз товстої кишки
66-72	Ендоскопічна діагностика і ендоскопічна хірургія захворювань товстої кишки
73-79	Лапароскопічна колопроктологія і хірургія
80-95	Гострі та хронічні захворювання прямої кишки та куприкової зони
96-117	Дитяча проктологія
118-141	Додатково

СТАН ВІДХІДНИКОВО—КУПРИКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ У ДІТЕЙ ПРИ ТРАВМІ КУПРИКА

Коноплицький В. С., Погорілий В. В., Якименко О. Г., Лукіянець О. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність. Травма куприка у дітей зустрічається значно частіше ніж діагностується. Провідним клінічним проявом при травмі куприка є стійкий больовий синдром, а також порушення акту дефекації. До куприка прикріплюються м'язи та зв'язки, які приймають участь в функціонуванні дистальних відділів товстої кишки. М'язи діафрагми тазу формують м'яз підіймач відхідника, а відхідниково—куприкова зв'язка (ВКЗ) влітається в волокна сфінктера прямої кишки (ПК) (Бабкин А.В., Егорова З.В., 2012). При травмі куприка, а також при його видаленні, ВКЗ залишається без точки фіксації — протитяги, що призводить до патологічних змін анатомічних та функціональних чинників, що забезпечують акт випорожнення ПК (Смакаев Р.У., 2002).

Мета роботи — визначення функціональних порушень відхідниково—куприкової зв'язки при травматичних пошкодженнях куприка та після його видалення.

Матеріали та методи. Ретроспективному аналізу підлягали 50 медичних карт стаціонарних хворих, які проходили обстеження та лікування в клініці дитячої хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова в період з 2008 по 2016 рр. Всім хворим проведено зовнішній огляд, пальпація крижово—куприкової ділянки, пальцьоведослідження ПК, ректороманоскопія, проведені консультації невролога, гінеколога та уролога, рентгенологічне дослідження куприка в боковій проекції із зігнутими та приведеними до передньої черевної стінки ногами, при необхідності СКТ.

Результати. Серед пацієнтів переважна більшість були дівчата — 46 (92,0%), що пояснюється нами анатомо—фізіологічними особливостями, особливо будови тазу з вираженим відхиленням назад крижової кістки з куприком та більш поверхневим їх розташуванням ніж у чоловіків, а також невмінням падати. Середній вік

пацієнтів — 14,0±1,0 р. При рентгенологічному дослідженні ануляція куприка у 45 (90,0%) хворих була менше 900, що в свою чергу свідчило про ослаблення пружності ВКЗ та як наслідок зміна аноректального кута. Провідними скаргами у хворих була кокцигодінія, яка посилювалась в сидячому положенні, у 20 (40,0%) мала ірадіацію в попереково—крижовий відділ та у 8 (16,0%) в нижні кінцівки, хронічне порушення акту дефекації у 12 (24,0%) пацієнтів в термін спостереження до 2—х років після отримання травми. Оперативне лікування, видалення куприка, було проведено у 15 (30,0%) дітей. В післяопераційному періоді 9 (60,0%) дітей висували скарги на утруднений та тривалий акт дефекації, який не приносив відчуття повного спорожнення ПК, а у 4 (26,66%), в термін спостереження від 6 місяців до 1 року після оперативного втручання періодично відмічались явища енкопрезу I—II ст.

Висновки та заключення

1. У дітей з травматичним ушкодженням куприка в більшості випадків (90,0%), за рахунок зменшення його ануляції формуються стійкі порушення відхідниково—куприкової зв'язки. 2. Інтраопераційне руйнування з'єднання відхідниково—куприкової зв'язки з куприком сприяє порушенню реалізації фізіологічного акту дефекації в 60,0% спостережень у вигляді його утруднення та збільшення тривалості, а в 26,66% супроводжується тривало існуючими явищами енкопрезу.

Таким чином, важливою складовою профілактики порушень акту дефекації в даній групі пацієнтів повинна бути інтраопераційна ліквідація прямокишково—куприкової порожнини з пластикою відхідниково—куприкової зв'язки для відновлення цілісності м'язово—зв'язочного апарату та імітації його анатомічної фіксації.

ДІАГНОСТИЧНО—ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ У ДІТЕЙ ПРИ СИНДРОМІ КУРРАРІНО

Кривченя Д. Ю., Притула В. П., Сільченко М. І., Хуссейні С. Ф., Курташ О. О., Сітковська С. М., Літвінова Н. В., Іськов А. П., Сидоров В. О.

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

Актуальність. Синдромом Курраріно (СК) названо надзвичайно рідкісний симптомокомплекс, що включає в себе крижово—куприкові аномалії, аноректальну ваду розвитку (АРВР) і пресакаральну або ретросакральну пухлину. На сьогоднішній день в медичній літературі повідомлялося про близько 400 випадків пацієнтів з СК. У більшості випадків, синдром діагностується в грудному віці або в ранньому дитинстві. Вкрай рідко презентують СК в зрілому віці.

Мета роботи: розробити діагностично—лікувальні підходи при СК у дітей.

Матеріали та методи. Ми провели ретроспективний аналіз 16 випадків СК у дітей (6 хлопчиків та 10 дівчаток) з АРВР у віці від 1 місяця до 7 років, які лікувалися в нашій клініці за період між 1989 і 2016 роками. Для діагностики СК використовували дані променевих методів (оглядова рентгенографія крижово куприкової ділянки, іригографія, колостографія, ультрасонографія,