

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

**ПРОБЛЕМИ
ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

**Збірник наукових праць
Української військово-медичної академії
Випуск 48**

*За редакцією Головного хірурга МО України,
полковника медичної служби, доктора медичних наук,
професора, члена кореспондента НАМН України Хоменка І.П.*

Київ-2017

7. Nagino M., Nimura Y., Kamiya I. et al. (1995) A cholangiocellular carcinoma radically resected by hepa-tic bisegmentectomy with en block resection caudate lobe extrahepatic bile duct. Hep. Bil. Pancr. Surg., 2: 72–76.
8. Nathan H., Pawlik T.M., Wolfgang C.L. et al. (2007) Trends in survival after surgery for cholangiocarcinoma: a 30-year population-based SEER database analysis. J. Gastrointest. Surg., 11: 1488–1496.
9. Nimura Y., Hayakawa N., Kamiya J. et al. (1990) Hepatic segmentectomy with caudate lobe resection for bile duct carcinoma of the hepatic hilus. World J. Surg., 14: 535–544
10. Nimura Y., Kamiya J., Kondo S. et al. (2000) Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience. J. Hepatobiliary Pancreat. Surg., 7: 155–62
11. Nimura Y., Nagino M., Kamiya I. et al. (1998) Aggressive surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma. Hep. Bil. Pancr. Surg., 5: 52–61
12. Neuhaus P. (2012) Oncological superiority of hilar en bloc resection for the treatment of hilar cholangiocarcinoma. Ann. Surg. Oncol.; 19 (5): 1602-1608.
13. Seiji K. et al. Results of Surgical Resection for Patients With Hilar Bile Duct Cancer Application of Extended Hepatectomy After Biliary Drainage and Hemihepatic Portal Vein Embolization. Ann Surg 2003;238: 84–92.
14. Shaib Y., El-Serag H.B. (2004) The epidemiology of cholangiocarcinoma. Semin. Liver Dis., 24: 115–125.
15. Timm S., Gassel H.J., Thiede A. (2007) Surgical therapy of proximal extrahepatic bile duct tumors (Klatskin tumors). Zentralbl. Chir., 132(4): 328–335.
16. Ronald S. et al. (2000). Hilar Cholangiocarcinoma: A Review and Commentary. Annals of Surgical Oncology, 7(1):55–66.

Резюме. В работе проведено анализ результатов применения миниинвазивных методик в лечении опухолей желчных протоков ворот печени (опухоль Клацкина). Показано, что особенности локализации холангио-целлюлярной карциномы (ХЦК) ворот печени приводят к несвоевременной диагностике и низкому проценту радикального хирургического лечения. Доказано, что антеградные методы декомпрессии внутрипеченочных желчных протоков (черезкожно-черезпеченочная холангиостомия) являются одним из основных способов как диагностики, так и лечения, проводимого пациентам с целью подготовки к операции. В неоперабельных и нерезектабельных случаях опухоли Клацкина ЧЧХС или антеградное эндобилиарное стентирование (АЭС) является эффективным методом лечения в комбинации с неoadъювантной химиотерапией.

Ключевые слова: *Холангио-целлюлярная карцинома (ХЦК), черезкожно-черезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС), эмболизация веток портальной вены (ПВЭ), антеградное эндобилиарное стентирование (АЭС).*

Summary. *In this article we present an analysis of the results of the use of minimally invasive techniques in the treatment of tumors of the hepatic bile ducts (Klatskin tumor). It was shown that due to its localization, the hilar cholangio-cellular carcinoma (HCC) lead to late diagnosis and a low percentage of radical surgical treatment.*

It is proved that the integrative methods of decompression of the intrahepatic bile duct - percutaneous transhepatic cholangiostomy (PTC) is one of the main methods for diagnosis and treatment as well for the patients before radical surgery.

In inoperable and inresectable cases of Klatskin tumor, PTC or antegrade biliary stenting (ABS) is an effective method of treatment in combination with neoadjuvant chemotherapy.

Key words: *holangio-cellular carcinoma (HCC), percutaneous transhepatic cholangiostomy (PTC), embolization of portal vein branches (PVE), anterograde biliary stenting (ABS).*

УДК 616.345-089.844

**ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ТЕРМІНУ ВИКОНАННЯ
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ
КИШЦІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА**

В.О. Шапринський, І.П. Марцинковський, С.М.Шалигін, А.В.Ордатій
Військово-Медичний Клінічний Центр Центрального Регіону

Резюме. *Проаналізовано результати лікування 152 хворих, яким були виконані реконструктивно-відновлюючі операції. Вивчено гістологічну структуру, ендоскопічні зміни кукси прямої кишки в різні терміни після її відключення, що дозволило встановити оптимальний термін для проведення реконструктивно-відновлюючих операцій. Оптимальним терміном відновлення безперервності товстої кишки є 2,5-3 місяці після формування колостоми.*

Ключові слова: *реконструктивно-відновлююча операція, неспроможність швів анастомозів, колостома.*

В невідкладній хірургії завершення оперативного втручання формуванням колостоми після виконання обструктивної резекції сигмоподібної кишки, або після видалення лівої половини товстої кишки при

злаякісних, або доброякісних пухлинах, травмах, запальних процесах має цілий ряд переваг щодо зниження післяопераційних ускладнень, летальності і нерідко є єдиною вірною рішенням завершення оперативного лікування в тактичному плані, при цьому кількість таких хворих за останні роки збільшується (Доценко Б.М. і співавт. 2009; Коцубанов К.В. 2011; Косован В.М. 2012; Вороб'їєв Г.І. 2012; Бойко В.В. 2013; Маметкулієв Б.Р. 2015; Матвійчук Б.О. 2015). Найчастіше виведення колостоми відбувається після операцій з приводу пухлини товстої кишки, ускладненою субкомпенсованою або декомпенсованою непрохідністю, перфорацією товстої кишки, параколічним абсцесом, флегмоною, перитонітом, що призводять до важкого стану хворого. В такій ситуації немає можливості виконати первинно-відновлюючу операцію через високий ризик неспроможності анастомозу, який за різними даними, складає до 15% при летальності від 2,5% до 4,8%. В такому стані з виведенням стоми оперується від 50% до 87% хворих з злаякісними пухлинами товстої кишки (Бондарев В.И. 2006; Тамм Т.И. 2006; Свідерський Є.В. 2008; Коцубанов К.В. 2011). Меншу частину хворих складають пацієнти з перфорацією дивертикула (при дивертикульозі товстої кишки), перфорацією ободової кишки риб'ячою кісткою, заворотах сигмоподібної кишки, при доліхосігмі, хронічних колостазах, травматичних ушкодженнях. Але, формування колостоми призводить до інвалідизації хворих (Миминошвили О.И. 2011; Wolff В.Г. 2007). Реабілітація пацієнтів з колостомою в більшості країн світу посідає одне з центральних місць у структурі соціальних і медичних програм (Пойда А.І. 2006; Свідерський Є.В. 2008; Захараш М.П. 2014, Гордійчук П.І. 2015). Реконструктивно-відновлююча операція направлена на відновлення природнього пасажу вмісту і повинна забезпечити задовільне функціонування товстої кишки, відновлення морфологічних структур, втрачених під час першої операції, і, звичайно, ліквідації колостоми. Реконструктивно-відновлююча операція реабілітує таких пацієнтів у соціальному, трудовому плані і максимально дає можливість інтеграції їх у суспільство (Захараш М.П., 2010; Миминошвили і співавт. 2010; Косован В.М. 2013). Так, деякі автори (Косован В.М., 2010) пропонують виконання таких операцій в термін від 14 діб до 1 місяця. Більшість авторів рекомендують ліквідувати колостому в термін від 1 до 4 місяців (Миминошвили О.И. і співавт. 2004; Лаврик А.С. 2005, Пойда А.И. 2009). Після операції Гартмана - в термін 6 міс- 1 рік (Бондаренко Н.В. 2007; Псарас Г.Г. 2007; Тамм Т.И; Даценко Б.М. 2010; Маметкулієв Б.Р. 2015). Все це вказує на те, що немає на сьогодні встановлених чітких термінів виконання операцій і не прослідковані ускладнення в залежності від термінів виконання.

Матеріали і методи дослідження. 152 хворим були виконані реконструктивно-відновлюючі операції (РВО) на товстій кишці з метою відновлення її безперервності. Пацієнти знаходились на стаціонарному

лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону м. Вінниця та у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова за період з 2006 по 2016 роки.

Серед причин, які призвели до накладання колостом, самою багаточисельною була група у 98 (64,5%) випадків, коли колостоми були сформовані при гострій кишковій непрохідності, причиною якої був рак сигмоподібної кишки, ректосигмоїдного переходу або лівої половини товстої кишки. Травми дистальних відділів товстої кишки і промежини, з різних причин, слугували приводом до формування колостоми у 22 (14,5%) пацієнтів. Ускладнення дивертикулярної хвороби сигмоподібної та лівої половини товстої кишки з формуванням інфільтратів, абсцесів, перитоніту, спостерігалось у 12 (7,9%) пацієнтів, неспроможність швів на товстій кишці після раніше виконаних оперативних втручань у 8 (5,3%) пацієнтів, заворот сигмоподібної кишки при доліхосигмі з її некрозом був у 7 (4,6%) пацієнтів, перфорація лівої половини товстої кишки і сигми риб'ячою кісткою у 5 (3,2%) пацієнтів. Всі пацієнти поступали у стаціонар у різні терміни з моменту формування колостом. Час від накладання колостоми до госпіталізації з метою виконання РВО була різною і коливалась від 1,5 місяця до 2,2 роки.

Товстокишковий анастомоз формували в основному ручним способом у 141 (92,7%) пацієнта дворядними швами атравматичною голкою №3, апаратним способом анастомоз сформований у 11 (7,3%) випадках. Сигмо-ректо анастомоз сформований у 84 (55,3%) пацієнтів, десцендо-ректо анастомоз сформований у 34 (22,4%) пацієнтів, трансверзо-ректо анастомоз - у 24 (15,8%) пацієнтів, трансверзо-сигмо анастомоз у 10 (6,5%) пацієнтів. Ми використовували, в основному два види анастомозів "кінець-в-кінець" та "кінець-в-бік" (термінолатеральний). Анастомоз "бік-в-бік" ми не застосовували.

54 (35,5%) хворих, оперованих з непухлинними захворюваннями товстої кишки, ми в свою чергу розділили на пацієнтів (22), яким стома формувалась без явищ перитоніту або в умовах обмеженого перитоніту – у цих пацієнтів запальні явища зникають дещо раніше ніж 3 місяці. У хворих (32), оперованих з різних причин в умовах дифузного або розлитого перитоніту, технічно складніше ліквідувати колостому і виконувати РВО. Наявність запального процесу в черевній порожнині, розташування дренажів, тривалий парез в післяопераційному періоді сприяє розвитку великої кількості спайок, зрощень тканин, а інколи інфільтратів і абсцесів черевної порожнини. До закриття колостоми та виконання РВО хворим слід підходити особливо виважено. Тому ми рекомендуємо виконувати РВО таким пацієнтам пізніше, в термін не раніше 3-3,5 місяців.

Основна кількість пацієнтів перенесли РВО раніше 6 місяців. Так, в термін 1,5-2,9 місяців оперовані 15 хворих, в термін 3-4 місяці – 26 хворих, в термін 5-

6 місяців – 10 пацієнтів, пізніше 7 місяців – 3 пацієнти. У план обстеження хворих включали: лабораторні, біохімічні методи дослідження, бактеріологічні, рентгенологічні, ендоскопічні методи дослідження, метод ультразвукової діагностики органів черевної порожнини, фіброколоноскопію, гістологічне дослідження стінки проксимального відділу товстої кишки та куки прямої кишки, морфометричне дослідження гістоструктури стінки товстої кишки.

Результати дослідження. Всі 152 пацієнти з колостомами були розподілені на групи: групу порівняння, у яку увійшло 68 хворих (45,4%), які були прооперовані з 2006 по 2010 роки (цим пацієнтам проводився стандартний комплекс обстежень та лікування), та основну групу, яка була репрезентативна першої за статтю, віком, причинами виведення стом, в яку увійшло 84 хворих (54,6 %) зі стомами прооперованих з 2010 по 2016 роки. В основній групі застосовувалась розроблена передопераційна підготовка куки прямої кишки з оцінкою еубіоза та прогнозуванням можливості неспроможності швів анастомозу.

При гістологічному дослідженні слизової оболонки (СО) проксимального відділу товстої кишки (в ділянці колостоми) через 1 місяць після першого етапу хірургічного лікування було виявлено перевагу гіперпластичного та дистрофічно-запального компоненту. Так, поверхневий епітелій СО місцями був десквамований, кількість келихоподібних епітеліоцитів (КЕ) вогнищево збільшувалася, в субепітеліальних відділах зустрічалися поодинокі лімфоцити та сегментоядерні лейкоцити, крипти поглиблювалися, проміжки між ними скорочувалися. В ділянці куки товстої кишки через 1 місяць після першого етапу хірургічного лікування клітинний склад крипт характеризувався збереженням типової архітекtonіки товстої кишки: постійні стовпчасті епітеліоцити (СЕ), КЕ, недиференційовані та ендокринні клітини. При цьому до 3 місяців чітко зростає вміст келихоподібних клітин на всьому протязі крипт, з наступним осередковим їх зменшенням після 6 місяців. Ретикулярна строма слизової оболонки на цьому терміні дослідження характеризується нерівномірним набряком, осередковою клітинною інфільтрацією. Ступінь виразності і характер клітинного інфільтрату варіює.

При дослідженні динаміки морфологічних змін у стінці товстої кишки в ділянці колостоми встановлено, що через 3 місяці гіперпластичні зміни слизової оболонки зменшувалися у 92,2% пацієнтів, що проявлялося відновленням глибини крипт ($0,547 \pm 0,04$ мм проти $0,951 \pm 0,01$ після першого місяця, $p < 0,001$) та збереженою продукцією муцинів з переважно-внутрішньоклітинною їх секрецією. Відзначається виражене зниження проявів запальної реакції стінки товстої кишки і відновлення лімфогістіоцитарного шару слизової оболонки, що наближається за гістологічною характеристикою до слизової оболонки незміненої стінки товстої кишки.

Через 6 та більше місяців патоморфологічні зміни проксимального відділу товстої кишки суттєво не відрізнялися від патоморфологічних змін, які виникали через 3 місяці. Лише у 23 хворих характеризувалися вогнищевою гіпотрофією м'язового шару з початковими явищами атрофії СО товстої кишки та подальшим збільшенням кількості фібробластів, що підтверджувалося даними морфометричного дослідження. Після 6 місяців з моменту першого етапу хірургічного лікування в дистальному відділі товстої кишки характерним було збереження гістологічної архітекtonіки СО попри прогресування атрофічних змін. При цьому виявляється значна перебудова СО товстої кишки зі зміною клітинного диференціювання - зниження або відсутність стовпчастих епітеліоцитів і переважання келихоподібної диференціації із секрецією сіаломуцинів, що мають пристосувальний і захисний характер. У терміні 3 та 6 місяців після операції за типом Гартмана в стінці кукси товстої кишки прогресували дистрофічні зміни поверхневого епітелію та крипт, кистоподібне розширення залоз спостерігали у 13,15% хворих після трьох місяців та 17,1% після шести місяців після операції за типом Гартмана, деструктивні зміни СО не були характерні. При сталості і тенденції до наростання морфологічних проявів атрофії крипти зберігали архітекtonіку, близьку до типової незміненого товстого кишечника.

При дослідженні ендоскопічної картини кукси в термін 1 місяць втрачається чіткість судинного малюнка, на слизовій виникають петехії, ділянки гіперемії та набряку. Поступово до вищезазначених змін стінки товстої кишки додаються геморагії на слизовій, нашарування фібрину та окремі ділянки некрозу слизової на фоні загального запалення слизової оболонки. Таким чином, через 1 місяць після операції слизова кукси прямої кишки має запальний характер. Аналізуючи ендоскопічну картину кукси товстої кишки було встановлено, що термін 3 місяці після операції за типом Гартмана слизова оболонка наближається до норми, що проявляється блідо-рожевим кольором слизової, чіткістю судинного малюнка, відсутністю ознак запалення. А чим більший термін відключення товстої кишки, тим виразніші відбуваються зміни стінки товстої кишки, а саме згладжуються складки товстої кишки, відмічається блідість судинного малюнку, знижується тонус стінки кишки, виникають атрофічні зміни слизової оболонки.

Запальні та атрофічні зміни в стінці товстої кишки збільшувало ризик виникнення неспроможності швів анастомозу, що спостерігалось у 13 (8,6%) пацієнтів обох груп без явищ розповсюдженого перитоніту (часткова неспроможність) і всі пацієнти не потребували повторних операцій. Неспроможність швів виникала, як правило, на 5-8 добу після операції. Через тазові дренажі була налагоджена промивна система антисептиками і ізотонічним розчином натрію хлориду. На 16-21 добу у 11 хворих була ліквідована неспроможність, у 2 хворих через 1 місяць.

У 2 (1,3%) пацієнтів у групі порівняння виник частковий некроз товстої кишки з перитонітом, що потребувало релапаротомії і формування повторної колостоми. Повна неспроможність на 8-10 добу виникла у 1 пацієнта внаслідок надмірної скелетизації привідної ділянки кишки, у іншого внаслідок тромбозу судин брижі, і як наслідок її некрозу. Всі пацієнти повторно прооперовані видужали і були виписані додому в задовільному стані. Летальних наслідків, як у групі порівняння, так і в основній групі не було.

Висновки

1. Оптимальним терміном для виконання РВО на товстій кишці у хворих після операції Гартмана оперованих з приводу травми і захворювань товстої кишки без явищ перитоніту можлива через 2,5-3 місяці, з явищами перитоніту через 3-3,5 місяці. Хворим, які оперовані з приводу пухлини товстої кишки можливе виконання реконструктивно - відновлюючої операції в термін 3 місяці, але враховуючи необхідність отримання різних курсів хіміо-, променевої терапії його необхідно відстрочити до 6 місяців з обов'язковим ретельним обстеженням на предмет прогресування онкологічного процесу і метастазування.

2. Реабілітація стомованих хворих, яка передбачає усунення колостоми з відновленням пасажу кишкового вмісту, є психологічно, соціально та економічно обгрунтованою.

Література

1. Міміношвілі О.І. Морфо-функціональні особливості відключеної товстої кишки у віддалені терміни / О.І. Міміношвілі, К.В. Коцубанов, А.О. Міміношвілі, Е.П. Корчагін // Клінічна хірургія. - 2004. - № 11. - С. 67.

2. Косован В.М. Відновлювальні операції після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки в ранні терміни / В.М.Косован // Вісн. Вінницького нац. мед. ун-ту. - 2010. - № 14. - С. 119-122.

3. Бондаренко Н.В. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки / Н.В.Бондаренко // Клін. хірургія. - 2007. - № 10. - С. 44-47.

4. Павленко С.Г. Реконструктивная хирургия толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста / С.Г.Павленко, С.А.Яргунин, М.М.Физулин // Клін. хірургія. - 2005. - № 4-5. - С. 28.

5. Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки / А.И.Пойда // Здоров'я України. - 2009. - № 12/1. - С. 44-45.

6. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / Т.И. Тамм, Б.М.Даценко, С.Г.Белов, А.В.Кириллов // Хірург. персп. - 2010. - № 1. - С. 173-175.

Резюме. Проанализировано результаты лечения 152 больных, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции.

Изучено гистологическую структуру, эндоскопические изменения культи прямой кишки в разные сроки после её отключения, что позволило установить оптимальный срок для проведения реконструктивно-восстановительных операций. Оптимальным сроком возобновления непрерывности толстой кишки является 2,5-3 месяца после формирования колостомы.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции, несостоятельность швов анастомозов, колостома.

Summary. *We have analyzed treatment results of 152 patients, whom were done reconstructive restorative operations. We have studied histopathologic structure, endoscopic changes of the rectal stump on the different terms after its disconnection. This allowed us to establish the optimal time for reconstructive and regenerative operation. The optimal term of restoring the continuity of the large intestine is 2,5-3 months after forming colostomy.*

Key words: reconstructive restorative operations, impossibility sutures of anastomosis, colostomy.

УДК 616.36-001-036.88-07

ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ЛЕТАЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ТА РОЗВИТОК РЕАКЦІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ВІДКРИТОЮ ТРАВМОЮ ПЕЧІНКИ

О.Ю. Шуригін

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Резюме. *У даній роботі вивчено 262 випадків з відкритими пошкодженнями печінки у постраждалих які отримали проникаюче поранення живота з пораненнями печінки, з них 28 померлих. Було вивчено патогістологічні паралелі, вивчення реакції пошкодження печінки, в слідстві розвитку реакції, що пов'язано з травмою печінки.*

Ключові слова: травма живота, печінка, патогістологічний препарат, ДВС-синдром, поліорганна недостатність.

За нашими даними у першу добу загинуло 16 (57,14 %) постраждалих від масивної крововтрати із пошкодженням судин та паренхіми печінки. На 2-3 добу спостерігалися летальні випадки від ДВЗ-синдрому, який був наслідком значного порушення функції печінки. На 3-4 добу основною причиною виникнення летального результату перебігу травматичного процесу є гостра