

ISSN 2521-1455

ISSN 2523-4250

Art of Medicine

The background of the cover features a close-up of a doctor's hands holding a black stethoscope against a white lab coat. The doctor's face is partially visible at the top right. The background is a light teal color with a pattern of overlapping hexagons in various shades of green and blue. The title 'Art of Medicine' is written in a blue, cursive font with a white outline, centered over a semi-transparent grey rectangular area.

№ 4(8) жовтень-грудень, 2018

Міністерство охорони здоров'я України
Івано-Франківський національний медичний університет



Засновник та видавець:
Івано-Франківський національний
медичний університет

**Свідцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації**
серія КВ № 22689-12589Р
від 24.03.2017 р.

Виходить чотири рази на рік

Рекомендовано Вченою радою
Івано-Франківського національного
медичного університету
МОЗ України
Протокол № 6 від 30.05.2017 р.

Журнал включений до Переліку
наукових фахових видань України, в
яких можуть публікуватися основні
результати дисертаційних робіт
(Наказ МОН України № 1714
від 28.12.2017 року)

Адреса редакції:
Україна, 76018
м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька 2,
Івано-Франківський національний
медичний університет

Телефон: (0342) 53-32-95;
(0342) 53-79-84.
Факс: (03422) 2-42-95
www.art-of-medicine.ifnmu.edu.ua
E-mail: artmedifdmu@gmail.com
artofmedicine@ifnmu.edu.ua

Розповсюджується в Україні
та закордоном.

Мова публікації: українська, російська,
англійська, німецька, французька,
польська

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи International Committee of Medical Journal Editors

“Art of Medicine”

Науково-практичний журнал
№ 4(8) жовтень-грудень, 2018 року

Журнал внесений до наукометричних баз: Google Scholar, "Scientific Periodicals of Ukraine" the Vernadsky National Library of Ukraine, Academic Resource Index – ResearchBib, Scientific Indexing Services (SIS), International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF), Directory of open access scholarly resources (ROAD)



Шеф-редактор: Рожко М.М.
Головний редактор: Чурпій І.К.
Науковий редактор: Вакалюк І.П.
Відповідальний секретар: Косташук Т.З.

Редакційна колегія:

Ерстенюк Г.М., Ожоган З.Р., Генік Н.І.,
Василюк С.М., Крижанівська А.Є., Федоров С.В.

Редакційна рада:

Александрук О.Д. (Івано-Франківськ), Андрійчук О.Я. (Луцьк),
Борисенко В.Б. (Харків), Болдіжар П.О. (Ужгород), Вірстюк
Н.Г. (Івано-Франківськ), Вітовський Р.М. (Київ), Голотюк В.В.
(Івано-Франківськ), Литвинець Є.А. (Івано-Франківськ),
Максим'юк В.В. (Чернівці), Мельник І.В. (Івано-Франківськ),
Остафійчук С.О. (Івано-Франківськ), Саволук С.І. (Київ),
Сабадош Р.В. (Івано-Франківськ), Середюк Н.М. (Івано-
Франківськ), Трутяк Р.І. (Львів), Хрищанович В.Я. (Мінськ),
Edgaras Stankevich (Литва), Viliam Donik (Словакія), Tomasz
Kulpok-Vagiński (Польща)

Коректор з української
і російської мов: Парилляк Л.І.
Сеньків Р.С.

Коректор з англійської
та іноземних мов: Шпільчак Л.Я.
Жмендак Н.В.

Комп'ютерний дизайн
та верстка: Свирид В.С.
Деніна Р.В.

Художній редактор: Чурпій І.І.

Технічний редактор Янів О.В.
(+380968146022)
та секретар інформаційної служби: Косташук Т.З.
(+380505386032), (+380509671840)

The Ministry of Health Care of Ukraine
Ivano-Frankivsk National Medical University



“Art of Medicine”

Scientific and practical journal
№ 3(7) July-September, 2018

Founder and publisher:
Ivano-Frankivsk National Medical
University

Certificate of state registration series
KB № 22689-12589P
of 24.03.2017

Approved for publication by the
Scientific Council of
the Ivani-Frankivsk National
Medical University
Vinutes № 6 from 30.05.2017

The Journal is on the List of Specialized
Editions in which the main results of
theses are allowed to be published (The
Order of Ministry of Education and Science
of Ukraine of 28.12.2017, №1714)

Editorial Office Address:
Ivano-Frankivsk National Medical
University
Halytska Street, 2
Ivano-Frankivsk
76018 Ukraine
Tel: (0342) 53-32-95;
(0342) 53-79-84.
Fax: (03422) 2-42-95
www.art-of-medicine.ifnmu.edu.ua
E-mail: artmedifdmu@gmail.com
artofmedicine@ifnmu.edu.ua

The journal is displayed in scientometric bases: Google Scholar, "Scientific Periodicals of Ukraine" the Vernadsky National Library of Ukraine, Academic Resource Index – ResearchBib, Scientific Indexing Services (SIS), International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF), Directory of open access scholarly resources (ROAD)

Editorial-Director: M.M. Rozhko
Managing Editor: I.K. Churpiy
Science Editor: I.P. Vakaliuk
Secretary: T.Z. Kostashchuk

Editorial Board:

G.M. Ersteniuk, Z.R. Ozhohan, N.I. Henyk,
S.M. Vasyliuk, A.E. Kryzhanivska, S.V. Fedorov

Associate Editors:

O.D. Aleksandrak (Ivano-Frankivsk), O.Ya. Andriichuk (Luts'k), V.B. Borisenko (Kharkiv), P.O. Boldizhar (Uzhhorod), N.G. Virstyuk. (Ivano-Frankivsk), R.M. Vitovskii (Kyiv), V.V. Holotyuk (Ivano-Frankivsk), Ye.A. Lytvynets (Ivano-Frankivsk), V.V. Maksymyuk (Chernivtsi), I.V. Melnuk (Ivano-Frankivsk), S.O. Ostafijchuk (Івано-Франківськ), S.I. Savoliuk (Kyiv), R.V. Sabadosh (Ivano-Frankivsk), N.M. Seredyuk (Ivano-Frankivsk), R.I. Trutiak (Lviv), V.Ya. Khryshchanovich (Minsk), Edgaras Stankevich (Lithuania), Viliam Donik (Slovakia), Tomasz Kulpok-Bagiński (Польша)

Proofreader of foreign languages: L.I. Paryliak
R.S. Senkiv
L.Ya. Shpilchak
N.V. Zhmendak
V.S. Svyryd
Computer Deswing and
desktop publishing: R.V. Denina
Art Editor: I.I. Churpii

Technical Editor O.V. Yaniv (+380968146022)
Information System Secretary: T.Z. Kostashchuk
(+380505386032), (+380509671840)

The work of the Editorial Board is focused on the norms and principles of the International Committee of Medical Journal Editors

ЗМІСТ

Оригінальні дослідження:

ПОКАЗИ ДО ПЛАНОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО СИМПТОМНОГО ХРОНІЧНОГО ЗАХВО-РЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК, ЗОВНІШНІХ СТА-ТЕВИХ ОРГАНІВ, ПРОМЕЖИНИ У ВАГІТНИХ

Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М.

БАР'ЄРНА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНО-СТІ КИШЕЧНИКА

Борисенко В.Б., Ковальов А.М.

ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ ПРОЛЕНОВИМ ІМ-ПЛАНТОМ: РЕАКЦІЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВИХ ЗАКІНЧЕНЬ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Василик Т.П., Василюк С.М., Попель С.Л.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРО-НІЧНОГО ГЕМОРОЮ ІІІ-ІVСТУПЕНЯ

Василюк С.М., Сідорук С.С.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА, ЕНДОСКОПІЧНА І УЛЬТРАЗВУКО-ВА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕА-ТИТУ

Василюк С.М., Шевчук А.Г., Іванина В.В., Біцька І.В., Дмитрук О.М., Прудніков О.В., Симчич Ю.І., Ткачук О.С.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Василюк С.М., Федорченко В.М., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Гудивок В.І., Фалат Л.І.

РЕПЕРФУЗІЙНО-РЕОКСИГЕНАЦІЙНИЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА В УМО-ВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Венгер І.К., Колотило О.Б., Костів С.Я., Зарудна О.І., Костів О.І., Гусак М.О.¹

РОЗРОБКА ТА ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АВ-ТОМАТИЧНОГО РЕЖИМУ ЕНДОВЕНОЗНОГО ЕЛЕКТРО-ЗВАРЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Горбовець В.С., Саволук С.І., Дядик О.О., Гвоздяк М.М., Герашченко Р.А.

МІСЦЕ ТЕРАПЕВТИЧНОГО НЕОАНГІОГЕНЕЗУ В ЛІКУ-ВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Гошинський В.Б., П'ятничка О.З., Мігенько Б.О.

ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОС-ТРИЙ ПЕРИТОНИТ

Гресько М.М., Гресько М.Д.

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА І ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕ-РЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ

Гринчук А.Ф.

НОВА ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ В НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Гринчук Ф.В.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАД-НЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИ-СТОЇ ВЕН

Десятерик В.І., Давиденко О.В., Білий І.Б., Сухіна Т.В., Вовкля О.В.

CONTENTS

Original researches:

INDICATIONS TO PLANNED SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY SYMPTOMATIC CHRONIC DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES VEINS, THE EXTERNAL GENITALIA, THE PERINEUM IN PREGNANT WOMEN

V.M. Antonyuk-Kysil, I.Ya. Dziubanovskiy, V.M. Yenikeeva, S.I. Lichner, V.M. Lypnyi

8

BARRIER PROPHYLAXIS OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

V.B. Borysenko, A.M. Kovalov

12

PLASTICS OF THE VENTRAL HERNIUM WITH THE IMPLANT: THE REACTION OF THE NEUROMUSCU-LAR ENDINGS OF THE FRONT ABDOMEN WALL

T.P.Vasyliuk, S.M. Vasylyk, S.L.Popel

17

GENDER CLINICAL COURSE OF CHRONIC HEMOR-RHOIDS III-IV DEGREE

S.M. Vasyliuk, S.S. Sydoruk

21

X-RAY, ENDOSCOPIC AND ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

S.M. Vasyliuk, A.G. Shevchuk, V.V. Ivanyna, I.V. Bitska, O.M. Dmytruk, O.V. Prudnikov, Yu.I. Symchych, O.S. Tkachuk

25

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

S.M. Vasyliuk, V.M. Fedorchenko, V.S. Osadets, I.R. Labiak, V.I. Gudyvok, L.I. Falat

28

REPROFUSION-REOXYGENATIVE SYNDROME AT REVASCULARIZATION IN CONDITIONS OF CHRONIC CRITICAL ISCHEMIA OF LOWER EXTRAMITIES

I.K. Venher, O.B. Kolotilo, S.Ya. Kostiv, O.I. Zarudna, O.I. Kostiv, M.O. Husak

31

ELABORATION AND FIRST APPLICATION OF ENDO-VEOUS ELECTRIC WELDING DURING VARICOSE VEIN DISEASES TREATMENT

V.S. Horbovets, S.I. Savoluk, O.O. Dyadyk, M.M. Gvozdiak, R.A. Gerashchenko

35

PLACE OF THE THERAPEUTIC NEOANGYOGENESIS IN CRITICAL ISCHEMIA TREATMENT OF LOWER LIMBS

V.B.Goshchyhsky, O.Z.Pyatnychka, B.O.Migenko

44

IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS

M.M. Hresko, M.D.Hresko

48

COMPLEX DIAGNOSTICS AND ACUTE PERITONITIS PROGNOSIS

A.F. Grynchuk

52

NEW SCALE FOR COMORBIDITY ASSESSMENT IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

F.V.Grynchuk

55

TREATMENT OF KIDNEY-CELL CANCER WITH COMBINED METATROMBOSIS OF KIDNEY AND CAVA VEIN

V.I. Desyaterik, O.V. Davydenko, I.B. Bilyi, T.V. Suhina, O.V. Vovkula

58

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ЇЇ РЕЗЕКЦІЇ	WAYS OF IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE OBSTRUCTION OF THE SMALL INTESTINE AFTER ITS RESECTION
Дзюбановський І.Я., Бенедикт В.В., Продан А.М.	I.Ya. Dzyubanovsky, V.V. Benedict, A.M. Prodan
ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИЙ ЗВ'ЯЗОК ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ КОСМЕТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ ПОВЕРХНЕВИХ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ	CAUSE-EFFECT RELATIONSHIP OF SURGICAL CORRECTION OF SURFACE TISSUES COSMETIC DEFECTS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL
Драбовський В.С.	V.S. Drabovskiy
САГІТАЛЬНА ГАСТРОПЛАСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ РІВНЯ D2 ЯК ВАРІАНТ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ГАСТРЕКТОМІЙ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА	SAGITTAL GASTROPLASTY WITH LYMPH NODE DISSECTION OF D2 LEVEL AS AN OPTION FOR RECONSTRUCTION AFTER GASTRECTOMY IN GASTRIC CANCER PATIENTS
Думанський Ю.В., Балашова О.І., Кічик Д.В., Малацай С.В., Терещенко М.С.	Yu.V. Dumansky, O.I. Balashova, D.V. Kichik, S.V. Malatsai, M.S. Tereshchenko
КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ ЗА ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ	CLINICAL LABORATORY PARALLELS DURING ULCER BLEEDING
Дутка І.І.	I.I. Dutka
МОРФОМЕТРИЧНИЙ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛЕЙКОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	MORPHOMETRIC AND MORPHOFUNCTIONAL STATUS OF PERIPHERAL BLOOD LEUKOCYTES IN PURULENT INFLAMMATORY TISSUE DISEASES ON TYPE 2 DIABETES MELLITUS
Желіба М.Д., Богачук М.Г.	M.D. Zheliba, M.H. Bohachuk
ДООПЕРАЦІЙНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ РАДІОІОДРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	PREOPERATIVE PROGNOSIS OF RADIOIODINE-RESISTANCE OF PAPILLARY THYROID CANCER
Зелінська Г.В.	A.V. Zelinska
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЯК ПРЕДИКТОРА ВАЖКОСТІ ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	CHARACTERISTICS OF PAIN AS PREDICTOR OF FIBROSIS SEVERITY IN PATIENTS WITH FIBROTIC-DEGENERATIVE FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS
Каніковський О.Є., Павлик І.В., Олійник І.В., Маховський О.Л.	O.E. Kanikovskiy, I.V. Pavlyk, I.V. Oliinyk, O.L. Mahovskiy
ТАКТИКА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ПРИ КРИТИЧНІЙ ШЕМІЇ	AMPUTATION'S LEVEL OF LOWER LIMB IN PATIENT WITH CRITICAL ISCHEMIA
Каніковський О.Є., Сандер С.В., Феджага О.П., Рубан М.М., Рауцкіс В.А.	O.E. Kanikovskiy, S.V. Sander, O.P. Fedzhaha, N.N. Ruban, V.A. Rauckis
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІМЕРНИХ КЛІПС ДЛЯ КЛІПУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ШИЙКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ У ХВОРИХ ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ	EXPERIENCE OF THE USE OF POLYMER CLIPS FOR CLIPPING OF ELEMENTS OF THE CELL OF THE GALL BLADDER IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULUS CHOLECYSTITIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC VIRAL LESIONS OF THE LIVER
Каштал'ян М.А., Колотвін А.О., Колотвіна Л.І.	M.A. Kashtalyan, A.A. Kolotvin
PROBLEMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME TREATMENT AND POSSIBLE WAYS OF THEIR SOLUTION	PROBLEMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME TREATMENT AND POSSIBLE WAYS OF THEIR SOLUTION
А.А. Кузыменко, В.І. Ляховський, Т.В. Городова-Андреева, А.Н. Ліулка, О.В. Запорозченко	A.A. Kuzymenko, V.I. Lyakhovskiy, T.V. Gorodova-Andreeva, A.N. Liulka, O.V. Zaporozhenko
ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАТРОМБОТИЧНИХ ІНВАЗІЙ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ТА ПРАВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК	DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THROMBOTIC INVASIONS OF THE INFERIOR VENA CAVA AND RIGHT ATRIUM IN PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA
Кобза І.І., Мота Ю.С., Лебедева С.А., Орел Ю.Г., Жук Р.А.	I.I. Kobza, Yu.S. Mota, S.A. Lebedeva, Yu.G. Orel, R.A. Zhuk
ГОСТРІ ВИРАЗКОВІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ КРОВОТЕЧІ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING ULCER: FEATURES OF MODERN TREATMENT STRATEGY
Король Я.А.	Ya.A. Korol

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНИХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК		OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED FORMS OF VARICOSE DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES	
Кутовий О.Б., Соколов О.В.	109	O.B. Kutovyi, O.V. Sokolov	
НЕРЕШЕННІ ПРОБЛЕМИ УЛУЧШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛЕЧЕННЯ БОЛЬНИХ С ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ЯЗВОЮ (ІСТОРІЯ, ЕВОЛЮЦІЯ ВЗГЛЯДІВ, СОВРЕМЕННІ ПОДХОДИ)		UNSOLVED PROBLEMS OF IMPROVING THE RESULTS OF PATIENTS WITH PERFORATING GASTRODUODENAL ULCER TREATMENT. (HISTORY, EVOLUTION OF VIEWS, MODERN APPROACHES, UNSOLVED PROBLEMS)	
Лупальцов В.И.	114	V.I. Lupaltsov	
АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДИК У ДІАГНОСТИЦІ, ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ НЕВАРИКОЗНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ		USE ALGORITHM OF ENDOVASCULAR INTERVENTIONS IN DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF NONVARICEAL GASTROINTESTINAL BLEEDINGS	
Матвійчук Б.О., Бубняк М.Р., Король Я.А., Тумак І.М.	118	B.O. Matviychuk, M.R.Bubnyak, J.A.Korol, I.M.Tumak	
ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ		HISTOLOGICAL EXAMINATION OF THE ESOPHAGUS MUCOSA DURING COMPLICATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE	
Матвійчук Б.О., Макара В.З., Стасишин А.Р.	121	B.O. Matviychuk, V.Z. Makara, A.R. Stasyshyn	
ВИБІР СПОСОБУ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ КОЛЕКТОМІЇ НАДНИЗЬКОЇ ПЕРЕДНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ МУКОЗЕКТОМІЇ ХІРУРГІЧНОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛУ		ANASTOMOSIS FORMATION METHOD AFTER COLECTOMY OF ULTRA-LOW ANTERIOR RECTUM RESECTION AND SURGICAL ANAL CANAL MUCOSECTOMY	
Мельник В.М., Пойда О.І., Абулрахман Абдул Кадір	124	V.M. Melnik, O.I. Poyda, Abulrahman Abdul Kadir	
МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ТА ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ В ЛІКУВАННІ РАН ПАЦІЄНТІВ З ОШКАМИ		MICROBIOLOGICAL AND HISTOLOGICAL RESEARCH OF APPLICATION EFFICACY OF ANTISEPTIC REMEDIES WITH PROLONGED ACTION IN THE TREATMENT OF WOUNDS IN PATIENTS WITH BURNS	
Назарчук О.А., Нагайчук В.І., Назарчук Г.Г., Чернопищук Р. М.	129	O.A. Nazarchuk, V.I. Nahaichuk, H.H. Nazarchuk, R.M. Chornopyschuk	
ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ МІНІІНВАЗИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У СТАДІЇ С4–С6 ЗА СЕАР ІЗ УРАЖЕННЯМ САФЕННИХ ВЕН		DEFINITION OF THE VOLUME OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN PATIENTS WITH VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES IN STAGE C4-C6 (CEAP) WITH AFFECTION OF SAPHENIC VEINS	
Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Татарін А.Є., Скупий О.М., Юрець С.С.	136	V.V. Petrushenko, D.I. Grebeniuk, A.E. Tatarin, O.M. Skupy, S.S. Yurets	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ		MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED FORM	
Пилипчук В.І., Галюк В.М.	140	V.I. Pylpchuk, V.M. Galyuk	
ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ: ПЕРЕХІД ВІД ДОКАЗОВОЇ ДО ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ НА ОСНОВІ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ		TREATMENT OF ACUTE PERITONITIS: CHANGE FROM EVIDENCE TO PERSONALIZED MEDICINE BASED ON GENETIC ASSESSMENT	
Полянський І.Ю., Москалюк В.І., Мороз П.В., Андрієць В.В., Гринчук А.Ф.	148	I.Yu. Polianskyi, V.I. Moskaliuk, P.V. Moroz, V.V. Andriets, A.F.Grynchuk	
СПОНТАННІ ВНУТРІШНІ ХОЛЕДОХОДУОДЕНАЛЬНІ НОРИЦІ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ МІРИZZІ		SPONTANEOUS INTERNAL CHOLEDOCHODUODENAL FISTULAS IN PATIENTS WITH THE MIRIZZI SYNDROME	
Русин В.І., Рум'янцев К.Є., Кравчук І.Б., Павук Ф.М.	152	V.I. Rusin, K.E. Rumiantsev, I.B. Kravchuk, F.M.Pavuk	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ		SURGICAL TREATMENT OF ACUTE NECROTIC PANCREATITIS	
Сипливий В.О., Робак В.І., Петюнін О.Г., Євтушенко Д.В., Драна Л.О.	155	V.O. Sypliyviy, V.I. Robak, O.G. Petiunin, D.V. Ievtushenko, L.O. Drana	
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПОШКОДЖЕННЯМИ СТРАВОХОДУ, УСКЛАДНЕНИМИ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ МЕДІАСТИНИТОМ		TREATMENT ANALYSIS OF PATIENTS WITH PERFORATIONS OF THE ESOPHAGUS, COMPLICATED BY ACUTE PURULENT MEDIASTINITIS	
Сніжко С.С.	158	S.S. Snizhko	

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ В УРГЕНТНІЙ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ		MODERN APPROACHES TO SIMULTANEOUS OPERATIONS IN THE URGENT LAPAROSCOPIC SURGERY
Соломчак П.В., Богуш А.Є., Радомський М.М.	163	P.V. Solomchak, A.Ye. Bogush, M.M. Radomskyi
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ ЗА РУ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ-ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ		COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECT OF ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS AND THE LAPAROSCOPIC MINI GASTRIC BYPASS TYPE 2 DIABETES MELLITU
Тивончук О.С., Варга А.В., Москаленко В.В.	166	O.S. Tyvonchuk, A.V. Varga, V.V. Moskalenko
ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ		DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TACTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANT WOMEN
Фелештинський Я.П., Павлів Т.П.	169	Ya.P. Feleshtynskyi., T.P.Pavliv
ТРАНСАБДОМІНАЛЬНА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНА АЛОПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЛІХТЕНШТЕЙНА		TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL PLASTIC WITH RECURRENT INGUINAL HERNIA
Фелештинський Я.П., Штаєр А.А.	174	Ya.P. Feleshtynskyi, A.A. Shtaier
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА		ENDOSURGICAL METHODS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS TREATMENT
Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Бычков С.А., Гринев Р.Н.	177	E.D. Chvorostov, Y.B. Zakharchenko, S.A. Bichkov, R.N. Grinev
ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЖОВЧОВИТКАННІ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ		DIAGNOSTIC PROGRAM AND SURGICAL TACTICS WITH BILE LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
Хворостов Є.Д., Цівенко О.І., Бичков С.О., Гриньов Р.М., Захарченко Ю.Б.	180	Eu.D. Khvorostov, O.I. Tsivenko, S.O. Bychkov, R.M. Hrynov, Yu.B. Zakharchenko
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПРИ ПОСДНАНІЙ ТРАВМІ ТІЛА У ПОТЕРПІЛИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ		INDICATOR ANALYSIS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POLYTRAUMA IN PATIETS WITH OBESITY
Хімич С.Д., Чемерис О.М., Варивода Є.С.	183	S.D. Khimich, O.M. Chemerys, E.S. Varyvoda
ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ		EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF THE PERFORATIVE ULCER OF THE TWENTIETY OF THE PERNULAR INTESTINE
Чурпій І.К., Чурпій К.Л., Чурпій В.К., Мельник І.В.	187	I.K. Churpiy, K.L. Churpiy, V.K. Churpiy, I.V.Melnyk
АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ СТРАВХІДНО-ОРГАННИХ АНАСТОМОЗІВ ПРИ ЕЗОФАГОПЛАСТИЦІ		FREQUENCY ANALYSIS OF CERVICAL ESOPHAGO-ORGAN ANASTOMOTIC LEAK IN ESOPHAGOPLASTY
Шапринський В.О., Шапринський Є.В., Кривецький В.Ф., Мустафа Бассам Хуссейн	189	V.O. Shaprynskyi, Y.V. Shaprynskyi, V.F. Kryvetskyi, Mustafa Bassam Hussein
ЗАЩЕМЛЕННЯ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ І ПАСМА ЧЕПЦЯ В ТРИКУТНИКУ БОХДАЛЕКА СПРАВА		CONSTRICTION OF THE THICK COLON IN THE RIGHT BOGDALEK'S TRIANGLE
Шевчук А.Г., Василюк С.М., Голояд Я.Б., Кривець С.А., Попович Я.О.	192	A.G. Shevchuk, S.M. Vasilyk, Y.B.Holoyad, S.A.Krymets, Y.O.Popovich
ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СПРАВЖНЬОГО І ХИБНОГО (БРОКА) ЗАЩЕМЛЕННЯ ГРИЖ ЖИВОТА		EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GENUINE AND FALSE (BROCK'S) STRANGULATION OF THE ABDOMINAL HENIA
Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Василик Т.П., Попович Я.О., Гуралюк Т.Т	194	A.G. Shevchuk, V.M. Fedorchenko, T.P. Vasilik, Y.O. Popovich, T.T.Guraliuk
ФАКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОЇ КРОВОТЕЧІ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ГОСТРОЇ ВИРАЗКОВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ		FACTORS OF PROGNOSTICATION OF THE REPEATED BLEEDING IN A REMOTE PERIOD AFTER THE CARRIED ACUTE DUODENAL ULCER BLEEDING
Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Єфремов В.В.	199	E.N. Shepetko, P.D. Fomin, V.V. Yefremov
АНТИОКСИДАНТНА ТА ЛІМФОДРЕНАЖНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА АВТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ		ANTIOXIDANT AND LYMPHODRENE THERAPY OF PATIENTS WITH AUTOIMUNE THYROIDITIS
Шеремет М.І., Шидловський В.О., Шидловський О.В., Беденюк А.Д., Ткачук Н.П.	204	M.B. Sheremet, V.O. Shidlovsky, O.V. Shidlovsky, A.D. Bedeniuk, N.P. Tkachuk

Клінічні випадки:

УСКЛАДНЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Гриценко Є.М., Гриценко М.І., Нор Ю.М., Шаткун А.В.

210

«СИНДРОМ ЛУСКУНЧИКА»: РЕІМПЛАНТАЦІЯ НИРКОВОЇ ВЕНИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кобза І.І., Нестеренко І.Р., Нестеренко В.Л.

214

ЧЕРЕЗШКІРНА ЕНДОСКОПІЧНА ГАСТРОСТОМІЯ У ХВОРОГО З АПАЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Федюшкін С.О., Агафонов К.Є., Ковтонюк В.А., Петров К.Є.

216

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

218

Clinical Cases:

COMPLICATIONS CAUSED BY FOREIGN PARTICLES IN GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

Ie.M. Grytsenko, M.I. Grystenko, Yu.M. Nor, A.V. Shatkun

“THE NUTCRACKER SYNDROME”: REIMPLANTATION OF THE RENAL VEIN. CLINICAL CASE

I.I. Kobza, I.R. Nesterenko, V.L. Nesterenko

CEREBRAL ENDOSCOPIC GASTROSTOMIA IN PATIENTS WITH APALIC SYNDROME

S.O. Fedyushkin, K.E. Agafonov, V.A. Kovtonyuk, K.Ye. Petrov

REQUIREMENTS FOR THE ARTICLES

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ СТРАВОХІДНО-ОРГАННИХ АНАСТОМОЗІВ ПРИ ЕЗОФАГОПЛАСТИЦІ

Шапринський В.О., Шапринський Є.В., Кривецький В.Ф., Мустафа Бассам Хуссейн

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету № 2, м. Вінниця, Україна,
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3890-6217>,
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>,
 ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1284-6540>,
 ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1166-1798>,
 e-mail: evgensh20078@gmail.com

Резюме. Стаття присвячена проведенню аналізу частоти виникнення неспроможності швів шийного езофаго-органного анастомозу при езофагопластиці. За останні роки кількість оперативних втручань на стравоході, а саме реконструктивно-відновних, зростає. Операції на стравоході характеризуються високими цифрами післяопераційних ускладнень та летальності, яка може сягати 15 % і більше. Неспроможність швів езофаго-органного анастомозу, особливо шийного, є одним із найбільш поширених специфічних ускладнень реконструктивно-відновних оперативних втручань на стравоході. Виникнення даного ускладнення вимагає тривалого лікування та іноді повторних реконструктивно-відновних операцій. Проаналізовано результати оперативного лікування 115 хворих на рубцеві стриктури стравоходу за період з 2003 по 2017 роки. Встановлено залежність виникнення ускладнень в залежності від виду езофагопластики. При пластиці стравоходу шлунковою трубкою неспроможність швів шийного анастомозу спостерігається у вірогідно більшій кількості випадків, ніж при використанні в якості трансплантата сегмента товстої кишки. При використанні механічного шва при формуванні шийного езофаго-органного анастомозу неспроможність швів виникає у достовірно меншій кількості хворих (5,26 %).

Ключові слова: неспроможність швів шийного анастомозу, шлунок, товста кишка.

Вступ. Останнім часом кількість хворих на рубцеві стриктури і рак стравоходу, на жаль, не зменшується, а зростає, що пов'язано з впровадженням у побут людини все більше хімічно агресивних речовин, наявних токсичних продуктів виробництва та ін. [1, 7, 8, 9]. Це і є причиною виникнення опіків стравоходу, а отже, і післяопікових стриктур стравоходу. Не зменшується і кількість хворих з стриктурами, які виникли внаслідок гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, а також після раніше виконаних оперативних втручань на стравоході [3]. Тому кількість оперативних втручань на стравоході, а саме реконструктивно-відновних, за останні роки зростає.

Обґрунтування дослідження. Операції на стравоході характеризуються високими цифрами післяопераційних ускладнень та летальності, яка може сягати 15 % і більше [2, 5]. Неспроможність швів езофаго-органного анастомозу, особливо шийного, є одним із найбільш поширених специфічних ускладнень реконструктивно-відновних оперативних втручань на стравоході [4, 6]. Виникнення даного ускладнення вимагає тривалого лікування та іноді повторних реконструктивно-відновних операцій.

Метою дослідження є покращити результати хірургічного лікування хворих з рубцевими стриктурами стравоходу шляхом проведення аналізу частоти виникнення неспроможності швів стравохідно-органних анастомозів та визначити шляхи їх профілактики.

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз оперативного лікування 115 хворих зі стриктурами стравоходу, що знаходились на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова за період з 2003 по 2017 роки, а також у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України». Вік хворих становив від 17 до 80 років. Переважна кількість хворих були віком від 30 до 59 років, тобто більшість хворих була працездатного віку чоловічої статі (68,7 %).

Причинами проведення езофагопластик були: післяопікові стриктури (45 хворих) стравоходу внаслідок опіків стравоходу, зокрема кислотою у 8 (17,78 %) випадках, лугом – у 24 (53,33 %), електролітом (аккумуляторна рідина) – у 7 (15,56 %) пацієнтів та речовиною невідомого генезу – у 6 (13,33 %) осіб. Дані пацієнти раніше підлягали госпіталізації, їм проводився комплекс консервативних заходів щодо лікування опіку стравоходу за загальноприйнятими методами і профілактика розвитку стриктур. Але у 9 (20,0 %) пацієнтів попередньо була сформована гастростома за Кадером, у 7 (15,56 %) раніше був сформований гастроентероанастомоз у зв'язку з декомпенсованим стенозом виходу зі шлунку внаслідок опіку. У подальшому при розвитку стриктури стравоходу вони неодноразово лікувались у клініці з проведенням дилатаційної терапії шляхом виконання бужування і балонної дилатації.

Іншими причинами виконання езофагопластик були післяопераційні рубцеві стриктури, що спостерігались у 17 пацієнтів. Їм передували наступні операції на стравоході: пластика стравоходу за Готштейном-Шалімовим у 10 хворих, пластика стравоходу шлунком – у 5 та товстою кишкою – у 2. Під час повторних госпіталізацій даних хворих у переліченій кількості випадків консервативні методи їх лікування були неефективними, що також призводило до їх поступового прогресування, виразних змін обміну речовин, виснаження хворих, кахексії.

Серед інших причин виконання езофагопластик були: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохід Баретта. У 10 хворих тривало існуюча в анамнезі гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба призводила до виникнення пептичної виразки та в подальшому – до протяжної пептичної стриктури нижньо- та середньогрудного відділів стравоходу. У випадку стравоходу Баретта всі хворі підлягали оперативному лікуванню.

Іншими причинами були пухлинні захворювання стравоходу: лейоміоми – у 8 хворих та рак стравоходу – у 35 пацієнтів. За локалізацією рак стравоходу спостерігався у шийному відділі – у 1 хворого, у верхньогрудному – у 2, у середньогрудному – у 11, у нижньогрудному – у 8, в абдомінальному відділі стравоходу – у 13 осіб. Згідно з гістологічною структурою раку спостерігались наступні форми: плоскоклітинний рак – у 29 (82,86 %) та аденокарцинома – у 6 (17,14 %) хворих. Більшість оперативних втручань була

виконана при другій і третій стадії онкопроцесу (33 хворих). Лікування раку стравоходу проводили відповідно до клінічних протоколів Guidelines, 2013.

Відповідно до діагностичного алгоритму усі хворі при поступленні підлягали повному клініко-лабораторному обстеженню, включаючи визначення рівня альбуміну, загального білка, лімфоцитів. Визначали трофічний статус, згідно з яким у 40 (34,78 %) хворих він був значного ступеня вираженості, а у 18 (15,65 %) хворих – тяжкого ступеня вираженості. Інструментальні методи полягали у проведенні оглядової рентгенографії органів грудної клітки, фіброезофагоскопії, виконання ультрасонографії, контрастної рентгенографії стравоходу, спіральної комп'ютерної томографії у 3-D режимі. При рентгенконтрастному дослідженні визначали рівень стриктури, ступінь непрохідності стравоходу, а також її довжину.

Результати дослідження та їх обговорення. Усім хворим були проведені езофагопластики. У 18 (15,65 %) пацієнтів у зв'язку із тяжким ступенем вираженості трофічного статусу на попередньому етапі формували гастростоми за Кадером до відновлення показників білкового обміну, збільшення ваги тіла. У більшості хворих була проведена езофагопластика шлунком – в 59 випадках, товстокишкова – в 51 хворого, і у 5 хворих – власними тканинами.

У клініці перевагу надаємо езофагопластиці з використанням шлунку. В якості трансплантата використовуємо шлункову трубку, сформовану з великої кривини. Серед усіх езофагопластик вона є найбільш фізіологічною та найменш травматичною. У клініці виконується тільки транسخітальний доступ і шийний, що забезпечує меншу травматичність операції та меншу кількість ускладнень, розпрацьована методика подовження шлункової трубки за рахунок поперечного пересічення і розтягування пілоричного відділу шлунку та в результаті мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером і клітковини навколо головки підшлункової залози. Езофагопластика шлунковою трубкою була виконана у 59 випадках: при післяопікових стриктурах – у 23 хворих, при пептичній стриктурі – у 9, при післяопераційних стриктурах – у 7 та при пухлинах стравоходу у 20. У 9 (15,25 %) хворих операцію завершували формуванням на шії апаратного степлерного анастомозу по типу «бік у кінець». Надлишок стравоходу відсікали лінійним степлером. Також формували ручний анастомоз по типу: інвагінаційного «кінець в кінець» у 19 (32,20 %) хворих, «кінець в бік» у 31 (52,54 %). Післяопераційний період проводили з введенням антибіотиків, проведенням інфузійної, протизапальної терапії, парентерального та ентерального харчування через встановлений назогастральний зонд. Неспроможність шийного анастомозу виникла у 13 (22,03 %) хворих. У 12 її вдалося ліквідувати консервативним шляхом, а у 1 випадку призвело до формування стійкої зовнішньої стравохідної нориці, що вимагало виконання оперативного втручання.

Товстокишкова езофагопластика була виконана у 51 хворого. Сама товста кишка на відміну від шлунка має надійне магістральне кровопостачання, є стійкою до гіпоксії, рухлива, при цьому можна мобілізувати трансплантат необхідної довжини. Товстокишкова пластика виконувалась при протяжній післяопіковій стриктурі стравоходу, багаторівневої стриктурі, при її високій локалізації, у випадках неможливості використання шлунка через його вращення пухлинним процесом, опіком, при виразному спайковому процесі, якщо раніше була сформована гастростома чи гастроентероанастомоз. В передопераційному періоді проводили запропоновану інфузійну терапію з корекцією білкового, водно-електролітного, вітамінного обміну. За методикою клініки в якості трансплантата обирали дистальний відділ висхідної, поперечно ободову та нисхідну ободову кишку. Живлення відбувалось за рахунок лівої ободовокишкової чи середньоободовокишкової артерій. Почергово накладали еластичні зажими на артерії ободової кишки і оцінювали пульсацію судин брижі, перистальтику, колір

кишки майбутніх відділів трансплантата. Після остаточного прийняття рішення щодо вибору живлячої судини проводили «обережну мобілізацію» тих відділів ободової кишки, з яких має формуватись майбутній товстокишковий трансплантат зі збереженням маргінальної артерії і обраної живильної судини. Найбільш вдала довжина трансплантату має бути 38-42 см, який у ізоперистальтичному напрямку проводили через малий чепець. Між дистальним кінцем обраного трансплантата та передньою стінкою шлунку формували передній антирефлюксний анастомоз. У черевній порожнині також формували товстотовстокишковий (асцендо-десцендо) анастомоз. Після виконання лівобічної цервікотомії мобілізували шийний відділ стравоходу. Створений штучний стравохід проводили через загрудинний тунель на ділянку шії. Оцінювали життєздатність шийного кінця трансплантата, і при задовільних умовах формували шийний анастомоз. Двоетапна езофагопластика була проведена у 7 (13,73 %) хворих при виснаженні із тяжким ступенем вираженості трофічного статусу і кахексії, а також при відсутності умов для формування анастомозу. Анастомоз на шії формували другим етапом через 1,5 місяця при збереженні гастростоми. Шийний анастомоз формували апаратним циркулярним степлером 29 СН у 10 (19,61 %) пацієнтів по типу «бік у кінець» з відсіченням надлишку стравоходу лінійним степлером. В інших випадках формували ручний анастомоз: «кінець у бік» у 31 (60,78 %) і інвагінаційний за типом «кінець у кінець» у 10 (19,61 %).

Оцінку спроможності анастомозу проводили на 9 добу при рентгенконтрастному дослідженні «штучного» стравоходу з продовженням інфузійної, антибактеріальної, протизапальної терапії та ентерального харчування. Після товстокишкової езофагопластики неспроможність шийного анастомозу виникла у 8 (15,69 %) хворих, які у всіх вдалося ліквідувати консервативним шляхом.

Таким чином, при формуванні анастомозу «кінець в бік» (62), неспроможність швів виникла у 14 (22,58%) хворих, а при формуванні анастомозу «кінець в кінець» (29 хворих) – у 5 (17,24 %) випадках. У хворих, в яких застосували апаратний спосіб формування анастомозу, частота виникнення неспроможності швів шийного анастомозу, була вірогідно меншою і становила 5,26 %.

Висновки.

Неспроможність швів шийного анастомозу при езофагопластиці залишається складною та невирішеною проблемою.

При пластиці стравоходу шлунковою трубкою неспроможність швів та стриктур шийного анастомозу спостерігається у вірогідно більшій кількості випадків, ніж при використанні в якості трансплантата сегмента товстої кишки.

При використанні механічного шва при формуванні шийного езофаго-органного анастомозу неспроможність швів виникає у достовірно меншій кількості хворих (5,26%).

References:

1. Bagirov M., Vereshchako R. (2008) Use of total and subtotal esophagoplasty in treatment of corrosive esophageal strictures. [Article in Russian]. *Clinical Surgery*. 8, 11-15.
2. Bakirov A. (2001) Total plastics of the esophagus in its strictures. [Article in Russian]. *Bulletin of Surgery*. 1, 53-57.
3. Chernousov A., Andrianov V., Chernoukov A. (2003) Colon patch esophagoplasty in patients with burn esophageal strictures. [Article in Russian]. *Surgery*. 7, 50-54.
4. Saenko V., Andreevich S., Kondratenko P., Misoedov S. (2002) Reconstructive operations for post-burn corrosive esophageal strictures. [Article in Russian]. *Clinical Surgery*. 5-6, 4.
5. Boiko V., Krivoruchko S., Savvi S. (2002) Surgical treatment of post-burn corrosive esophageal and antral strictures. [Article in Russian]. *Bulletin of Emergency and Reconstructive Medicine*. 2, 187-189.

6. Allahverdian A., Mazurin V., Isakov V. (2003) Treatment of combined corrosive strictures of thoracic portion of the esophagus and the stomach. [Article in Russian]. *Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 3, 61-67.
7. Rahmetov N., Zhetimkarinov D., Hrebtov V. (2003) Surgical treatment of combined strictures of the esophagus and the stomach. [Article in Russian]. *Surgery*. 11, 17-19.
8. Dantas R., Matede R. (2002) Motility of the transverse colon used for esophageal replacement. *J.Clin. Gastroenterol*. 34, 225-228.
9. Maish M., Denschamps C. (2005) Indications and technique of colon and jejunal interposition for esophageal disease. *Surg. Clin. North. Am.* 85, 505-514.

УДК 616-001.37-089.844

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ПИЩЕВОДНО
– ОРГАНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ЭЗОФА-
ГОПЛАСТИКЕ**

Шапринский В.А., Шапринский Е.В.,
Кривецкий В.Ф., Мустафа Бассам Хуссейн

*Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, кафедра хирургии медицинского факультета № 2, г. Винница, Украина,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3890-6217>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>,
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1284-6540>,
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1166-1798>,
e-mail: evgensh20078@gmail.com*

Резюме. Статья посвящена анализу частоты возникновения несостоятельности швов шейного эзофаго-органного анастомоза при эзофагопластике. За последние годы количество оперативных вмешательств на пищеводе, а именно реконструктивно-восстановительных, растет. Операции на пищеводе характеризуются высокими цифрами послеоперационных осложнений и летальности, которая может достигать 15 % и более. Несостоятельность швов эзофаго-органного анастомоза, особенно шейного, является одним из самых распространенных специфических осложнений реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств на пищеводе. Возникновение данного осложнения требует длительного лечения и иногда повторных реконструктивно-восстановительных операций. Проанализированы результаты оперативного лечения 115 больных с рубцовыми стриктурами пищевода за период с 2003 по 2017 годы. Установлена зависимость возникновения осложнений в зависимости от вида эзофагопластики. При пластике пищевода желудочной трубкой несостоятельность швов шейного анастомоза наблюдается в достоверно большем количестве случаев, чем при использовании в качестве трансплантата сегмента толстой кишки. При использовании механического шва при формировании шейного эзофаго-органного анастомоза несостоятельность швов возникает в достоверно меньшем количестве больных (5,26 %).

Ключевые слова: несостоятельность швов шейного анастомоза, желудок, толстая кишка.

UDC 616-001.37-089.844

FREQUENCY ANALYSIS OF CERVICAL ESOPHAGO-ORGAN ANASTOMOTIC LEAK IN ESOPHAGOPLASTY

V.O. Shaprynskiy, Y.V. Shaprynskiy, V.F. Kryvetskiy,
Mustafa Bassam Hussein

National Pirogov Memorial Medical University, Department of Surgery of medical faculty № 2, Vinnytsya, Ukraine,

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3890-6217>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>,
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1284-6540>,
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1166-1798>,
e-mail: evgensh20078@gmail.com*

Abstract. The article is devoted to analysis of frequency of cervical esophagus-organ anastomotic leak in esophagoplasty. Gullet operations are associated with high rate of postoperative complications and mortality, reaching 15 % and over.

The aim of the study was to improve the results of surgical treatment in patients with corrosive strictures of the esophagus by analyzing frequency of cervical esophagus-organ anastomotic leak and determining the ways of their prevention.

The results of surgical treatment in 115 patients with esophageal strictures between 2003 and 2017 were analyzed. The causes of corrosive strictures were: post burn strictures - in 45 patients, postoperative strictures - in 17, peptic strictures - in 10, leiomyoma - in 8 and esophageal cancer - in 35. In the clinic, esophageal replacement with the stomach was performed in 59 patients and that with the colon segment – in 51 patients.

Esophagoplasty with the stomach was performed using original elongation of gastric tube. The following types of anastomoses were applied: apparatus anastomosis - in nine patients, invagination anastomosis end-to-end - in 19 and end-to-side anastomosis - in 31 patients. Cervical anastomotic leak occurred in 13 patients (22.03%).

Colon patch esophagoplasty was performed predominantly with the colon segment consisting partially of ascending, transverse and descending colon with preservation of blood supply due to the left colic artery by the clinic technique. Circular stapler in 10 patients, end-to-side anastomosis – formed cervical anastomosis in 31 and invagination anastomosis end-to-end – in 10 patients. Cervical anastomotic leak was observed in eight patients.

That is, cervical anastomotic leak is observed significantly more frequently in esophagoplasty with gastric tube than in cases using colon segment as a transplant. But using mechanical suture in formation of cervical esophagus-organ anastomosis, cervical anastomotic leak occurs in significantly lower number of patients (5.26 %).

Keywords: cervical anastomotic leak, stomach, colon.

Стаття надійшла в редакцію 25.06.2018 р.