

ISSN 0023 - 2130 (Print)
ISSN 2522 - 1396 (Online)

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

6.2 червень 2018

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.
Журнал індексований в IndexMedicus, MedLine, PubMed.

Включений до Переліку наукових фахових видань України
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідчення про державну реєстрацію:
серія KB № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП—03680,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс +38 044 408 18 11,
<http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua

Видавець
ТОВ «Ліга—Інформ»
03680, м. Київ, МСП 03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (044) 408.18.11.
Свідчення про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «ЛазуритПоліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253
Підписано до друку 10.05.18. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 26.
Обл. вид. арк. 9,82. Тираж 1000.
Замов. 52

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,
наведеної у статті, несуть її автори.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018
© Ліга — Інформ, 2018

ISSN 0023 — 2130 (Print)
ISSN 2522 — 1396 (Online)



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреев
М. В. Костилев

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)
Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
Martin Fried (Czech Republic)
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
John Melissas (Greece)
М. Ю. Ничитайло
С. Є. Подпрятков
А. П. Радзіховський
С. І. Саволюк
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
І. П. Хоменко
В. І. Цимбалюк
Rudolf Weiner (Germany)
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. 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



Редакція журналу «Клінічна хірургія» приймає статті українською або російською мовою. Направляючи статтю до редакції, слід керуватися правилами відповідно до «Єдиних вимог до рукописів, що подаються в біомедичні журнали» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), розроблених Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (International Committee of Medical Journal Editors).

Рукопис. Рукопис направляти до редакції в електронному та паперовому варіантах.

Формат тексту рукопису. Файл рукопису у форматі Microsoft Word (розширення *.doc, *.docx, *.rtf), текст повинен відповідати стилістичним і бібліографічним вимогам. Текст друкувати шрифтом Times New Roman, розмір 14 рт, з полутонним міжрядковим інтервалом (29–30 строк на сторінці). Відступи з кожного боку сторінки 2 см. На всі ілюстрації, графіки і таблиці мають бути посилання в тексті.

Виділення в тексті можна робити курсивом або напівжирним шрифтом, НЕ підкресленням. Обсяг тексту рукопису не більше 20 000 знаків з пропусками (18 000 знаків з пропусками — огляд літератури, 5 000 знаків з пропусками — коротке повідомлення). З тексту слід видалити всі перенесення, повторювані пропуски, зайві розриви рядків (в автоматичному режимі через сервіс Microsoft Word «знайти і замінити»).

Файл з текстом статті містить всю інформацію для публікації (в тому числі рисунки і таблиці).

Структура рукопису має відповідати наведеному шаблону (залежно від типу роботи) https://hirurgiya.com.ua/downloads/article_example.ua.pdf.

Назва статті

Автори. Прізвище авторів вказувати після ініціалів (О. С. Іваненко, С. І. Шульга, І. П. Сироїд).

Установа. Необхідно наводити офіційну ПОВНУ назву установи (без скорочень). Після назви установи через кому зазначити назву міста. Якщо в дослідженні брали участь автори з різних установ, слід співвіднести назви установ і прізвища авторів за допомогою цифрових індексів у верхньому регістрі.

Реферат (якщо робота оригінальна) має бути структурованим: мета, матеріали і методи, результати, висновки.

Реферат має повністю відповідати змісту роботи, обсяг тексту не більше 1200 знаків (з пропусками).

Ключові слова. Необхідно вказати ключові слова — від 3 до 10 для індексування статті в пошукових системах. Ключові слова повністю відповідають українською/російською та англійською мовою.

Англомова Анотація

Article title. Англомова назва має бути граматною з точки зору англійської мови, при цьому за змістом повністю відповідати українсько/російськомовній назві.

Author names. ПІБ авторів вказувати відповідно до закордонним паспортом, або як в раніше опублікованих зарубіжних журнальних статтях. Автори, які публікуються вперше і не мають закордонного паспорта, мають скористатися стандартом транслітерації КМУ-2010.

Affiliation. Необхідно вказувати ОФІЦІЙНУ англкомовну назву установи.

Abstract. Англомова версія резюме статті за змістом і структурою (Aim, Materials and Methods, Results, Conclusions) повністю відповідає українсько/російськомовній.

Keywords. Для вибору ключових слів англійською використовують тезаурус Національної медичної бібліотеки США (Medical Subject Headings — MeSH).

Текст статті (українською або російською мовою) структурований за розділами: вступ (актуальність), мета, матеріали і методи, результати, обговорення, висновки.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори мають розкрити потенційні та явні конфлікти інтересів, пов'язані з рукописом.

Конфліктом інтересів може бути будь-яка ситуація (фінансові відносини, служба або робота в установах, що мають фінансовий або політичний інтерес до опублікованих матеріалів, посадові обов'язки тощо), здатна вплинути на автора рукопису і призвести до приховування, спотворення даних, або зміни їх трактування. Наявність конфлікту інтересів одного або кількох авторів НЕ є приводом для відмови в публікації статті. Виявлене редакцією приховування авторами потенційних або явних конфліктів інтересів може стати причиною відмови у розгляді та публікації рукопису.

Інформація про фінансування. Необхідно вказувати джерело фінансування як наукової роботи, так і процесу публікації статті (фонд, комерційна або державна організація, приватна особа тощо).

Зазначити розмір фінансування не потрібно.

Подяка. Автори можуть висловити подяку особам та організаціям, що сприяли публікації статті, але не є її авторами.

Інформація про внесок кожного учасника (і осіб, зазначених у розділі «подяка»).

Приклад:

Автори (ПІБ)

Участь

О. С. Іваненко

Концепція і дизайн дослідження

С. І. Шульга

Збирання та оброблення матеріалів

І. П. Сироїд

Аналіз отриманих даних, написання тексту

Автори висловлюють подяку (Прізвище І. Б.) за оформлення ілюстрацій.

Список літератури. У бібліографії (пристатейному списку літератури) кожне джерело зазначають з нового рядка під порядковим номером. У списку всі посилання наводять у порядку цитування, а не за алфавітом.

Кількість цитованих робіт: в оригінальних статтях і лекціях — до 15, в оглядах літератури — до 45. Бажано цитувати роботи, опубліковані переважно протягом останніх 5–7 років.

У тексті статті посилання на джерела літератури подаються у квадратних дужках арабськими цифрами.

У бібліографічному описі кожного джерела мають бути представлені **ВСІ АВТОРИ**. Якщо у публікації більше 7 авторів, після 6-го автора необхідно поставити скорочення «... та ін.» або «... et al.». Неприпустимо скорочувати назву статті. Назву англомовних журналів наводити відповідно з каталогом назв бази даних MedLine. Якщо журнал не індексований у MedLine, вказують його повну назву. Назви вітчизняних журналів скорочувати не можна.

Оформлення списку літератури має відповідати **Ванкувер стилю (Vancouver style)**. В посиланнях на джерела, написані кирилицею, слід вказувати інформацію латинкою (англійською або трансліт).

При транслітерації використовувати стандарт BGN / PCGN (United States Board on Geographic Names / Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), рекомендований міжнародним видавництвом Oxford University Press як «British Standard».

Для транслітерації тексту відповідно до стандарту BGN можна скористатися посиланнями

українською — <http://www.slovyk.ua>

російською — <http://ru.translit.ru>

Контактна інформація. Послідовно вказувати **ВСІХ АВТОРІВ** рукопису:

- прізвище, ім'я по батькові повністю;
- науковий ступінь, вчене звання;
- посада, місце роботи, навчання (найменування установи або організації, включаючи підрозділ, кафедру);
- адреса (включаючи індекс) і телефон організації;
- особиста адреса електронної пошти;
- Ідентифікатор учасника ORCID Для його отримання необхідно зареєструватися на сайті <http://orcid.org/>.

Контактна інформація має бути наведена англійською мовою.

Таблиці (не більше 4) мають нумерований заголовок і чітко позначені графі, зручні й зрозумілі для читання. Дані таблиці не повинні дублювати інформацію, представлену в тексті. Посилання на таблиці в тексті обов'язкове.

Рисунки (графіки, діаграми і схеми, рисовані засобами MS Office) мають бути контрастними, чіткими.

Інші нерисовані ілюстрації необхідно завантажувати окремо у вигляді файлів формату *.tif, *.jpg (jpeg), *.bmp, *.gif. Кожний рисунок або фотографія мають бути шириною не менше 10 см, розподільча здатність зображення не менше 300 dpi. Посилання на рисунки в тексті обов'язкове.

Файлам зображення слід присвоїти назву, що відповідає номеру рисунка в тексті (Petrenko_01.jpg).

Обсяг графічного матеріалу мінімальний (до 4 рисунків або фотографій).

Скорочення. Всі використані аббревіатури і символи потрібно розшифрувати в примітках до таблиць і підписах до рисунків із зазначенням використаних статистичних критеріїв (методів) і параметрів статистичної варіабельності (стандартне відхилення, стандартна похибка середнього тощо). Статистичну достовірність / недостовірність, відмінностей даних, наведених у таблицях, позначати символами *, **, #, ## тощо.

Відповідність нормам етики. Для публікації результатів оригінальної роботи слід вказати, чи підписували учасники дослідження поінформовану згоду; при проведенні досліджень з використанням тварин — чи відповідав протокол дослідження етичним принципам і нормам проведення біомедичних досліджень з використанням тварин. В обох випадках слід зазначити, чи схвалений протокол дослідження комітетом з біоетики.

Супровідні документи. При поданні рукопису до редакції журналу необхідно додатково завантажити файли, що містять скановані зображення заповнених і завірених супровідних документів (у форматі *.pdf або *.jpg).

Супровідний лист має бути написаний на офіційному бланку установи, підписаний її керівником і завірений печаткою.

Рукопис підписують всі автори статті.

Передаючи рукопис до редакції, автори мають погодитися з тим, що стаття може бути повернута авторам, якщо вона не відповідає науковій тематиці журналу або технічним вимогам щодо її оформлення.

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Одеський національний медичний університет
Асоціація хірургів України
Асоціація хірургів Одеської області



СУПЕРЕЧЛИВІ ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

**науково-практична конференція з міжнародною участю,
присвячена 115-й річниці утворення
хірургічних кафедр Одеського університету
професором К. М. Сапежко**

7-8 червня 2018 року

**Одеса
2018**

Мінінвазивні хірургічні методи лікування хворих з портальною гіпертензією, що ускладнилася кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу

В. В. Петрушенко, С. В. Хитрук, Я. В. Радьога, М. О. Мельничук, Д. І. Гребенюк,
С. С. Стукан, К. М. Паньків

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Minimally invasive surgical treatment of patients with portal hypertension complicated by variceal bleeding

V. V. Petrushenko, S. V. Khytruk, I. V. Radoha, M. O. Melnychuk, D. I. Grebeniuk,
S. S. Stukan, K. M. Pankiv

Реферат

В статті наведені результати лікування 195 пацієнтів із цирозом печінки, ускладненим портальною гіпертензією та кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу. Всім хворим призначалася консервативна терапія згідно чинних стандартів. У 16 пацієнтів консервативна терапія була доповнена ендоскопічним лігуванням вариксів, що кровили. У 7 пацієнтів на фоні консервативної терапії та після ендоскопічного лігування вариксів виконували емболізацію селезінкової артерії з метою зниження тиску у портальній системі.

Було продемонстровано переваги мініінвазивного підходу до лікування варикозних кровотеч портального генезу, що проявлялося зменшенням тривалості перебування в стаціонарі та зниженням показника летальності.

Ключові слова: цироз печінки, портальна гіпертензія, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, ендоскопічне лігування, емболізація селезінкової артерії.

Abstract

The results of treatment of 195 patients with cirrhosis of the liver complicated by portal hypertension and variceal bleeding are presented in the article. All patients were prescribed conservative therapy according to the current standards. In 16 patients, conservative therapy was supplemented by endoscopic ligation of bleeding varices. In 7 patients with conservative treatment and after endoscopic ligation of varices splenic artery embolization were performed in order to reduce the pressure in the portal system.

Benefits of minimally invasive treatment of variceal bleeding due to cirrhosis and portal hypertension was demonstrated. It was manifested by decreasing of the length of stay in the hospital and lethality rates.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, bleeding from varicose veins of the esophagus, endoscopic ligation, splenic artery embolization.

За останні десятиліття смертність з приводу цирозу печінки в розвинених країнах Європи, США, Японії зросла більше ніж у два рази і займає четверте місце серед причин смертності людей старше 40 років [3].

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу – остання ланка у послідовності ускладнень цирозу печінки. Ризик розвитку рецидиву кровотечі становить 28 % при цирозі класу А (Child - Pugh), 48 % – при цирозі класу В, 68 % – при цирозі класу С. Вже перший її епізод супроводжується смертністю 30 – 50 % [1, 2].

На теперішній час накопичено достатній досвід ведення та лікування пацієнтів з кровотечами із варикозно розширених вен стравоходу. Проте, дане ускладнення залишається надзвичайно актуальним.

Перспективним напрямком у лікуванні та профілактиці кровотеч портального генезу є мініінвазивна хірургія, а саме ендоскопічні та ендоваскулярні втручання [4].

Мета дослідження – порівняти ефективність ендоскопічного та ендоваскулярного лікування хворих з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу.

Матеріали та методи

В період з 2014 по 2016 роки в клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

проліковано 195 хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу. Серед даних хворих було 105 чоловіків (53,8%) та 90 жінок (46,2%). Середній вік склав $54,3 \pm 12,6$ років і коливався від 26 до 76 років.

У всіх хворих кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу розвивалися внаслідок декомпенсованого цирозу печінки різної етіології (невірусної, вірусної, змішаної) класів В та С по Child - Pugh. Усім хворим виконано лабораторні та інструментальні обстеження.

Джерело кровотечі встановлювали при проведенні езофагогастродуоденоскопії. У хворих ендоскопічне дослідження виявляло варикозно розширені вени стравоходу з кровотечею з них. Усі хворі отримували консервативну терапію згідно чинних стандартів та протоколів – гемостатичну, антисекреторну, гепатопротекторну, замісну (з метою корекції постгеморагічної анемії переливали завись еритроцитів), симптоматичну [2]. З метою зниження тиску в системі портальної вени призначали неселективні бета-адреноблокатори (при відсутності протипоказів).

З другої половини 2016 року хворим з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу з метою зупинки кровотечі почали виконувати мініінвазивні ендоскопічні хірургічні втручання – лігування варикозно роз-

ширених вен стравоходу, що кровили. Лігування дозволяло досягти надійного гемостазу у всіх випадках.

Після виконання лігування в терміни від 1 тижня до 2 місяців хворим для зниження тиску в системі портальної вени та з метою профілактики рецидиву кровотечі виконували рентгенендоваскулярне оперативне втручання – емболізацію селезінкової артерії.

З метою аналізу якості та ефективності різних лікувальних підходів хворих було поділено на 3 групи: в 1 групу увійшли хворі, які отримували лише консервативну терапію ($n = 172$), 2 групу склали хворі, яким було виконано ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу з метою зупинки кровотечі та призначено консервативну терапію ($n = 16$), в 3 групу увійшли хворі, яким на фоні консервативної терапії було виконано ендоскопічне лігування вариксів стравоходу, а в подальшому було проведено емболізацію селезінкової артерії ($n = 7$).

Результати та їх обговорення

У дослідження було включено 195 хворих з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу. Із дослі-

джуваного контингенту, 152 хворих (77,95%) було виписано із клініки із зупиненою кровотечею, померло 43 хворих (22,05%). Слід зазначити, що усі померлі хворі отримували лише консервативну симптоматичну терапію (були із групи 1).

Всім хворим обов'язково призначалася симптоматична консервативна терапія, антибіотикотерапія, медикаментозне зниження тиску в системі портальної вени (прийом неселективних бета-блокаторів в терапевтичних дозах).

Середня тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів групи 1 складала – $10,2 \pm 3,1$ ліжко-днів. Серед 172 пацієнтів групи 1 померло 43 (25%).

З метою зупинки кровотечі виконано ендоскопічне лігування вариксів стравоходу, що кровили у 23 хворих (11,8 %) – 16 із групи 2 та 7 із групи 3.

З метою лігування використовували комплекти лігатур з кількістю 4 та 7 штук. Набір із 4 лігатур частіше використовували для екстренної зупинки кровотечі, комплект із 7 лігатур частіше використовували для ерадикації варикозних вен, що кровили в анамнезі, або із загрозою кровотечі.

Ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії виконана у 7 хворих (3,6 %) – група 3. Емболізація виконувалася наступним чином. Через стегнову артерію під проводником із контрастним підсиленням заходили до truncus caeliacus. Візуалізували селезінкову артерію. Під проводником заходили у селезінкову артерію. Проводили емболізацію селезінкової артерії спіралями Гіантурко. Редукція кровотоку складала близько 75 %, що підтверджувалося рентгенологічно.

Типова рентгенологічна картина до та після емболізації зображена на рисунках 2 та 3.

Після виконання емболізації селезінкової артерії хворі також отримували симптоматичну консервативну терапію, що обов'язково включала знеболюючі та антибіотики (цефалоспорины III-IV покоління, або фторхінолони) для профілактики утворення абсцесів у паренхімі селезінки. Емболізація селезінкової артерії дозволяє досяг-

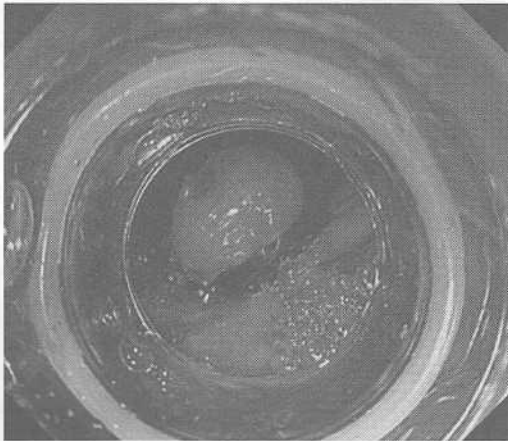


Рис. 1. Вигляд варикозного вузла після лігування з метою зупинки кровотечі

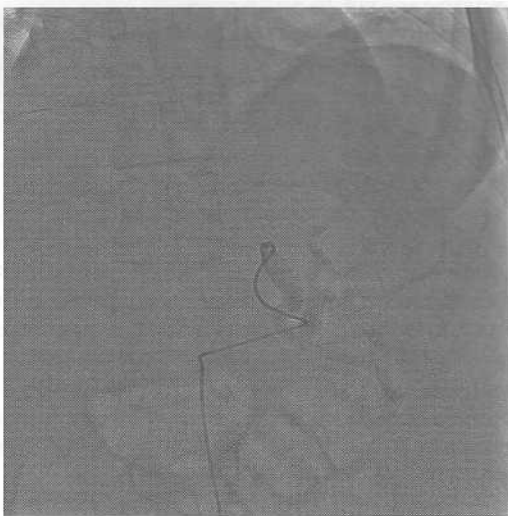


Рис. 2. Типова рентгенологічна картина селезінкової артерії до емболізації.

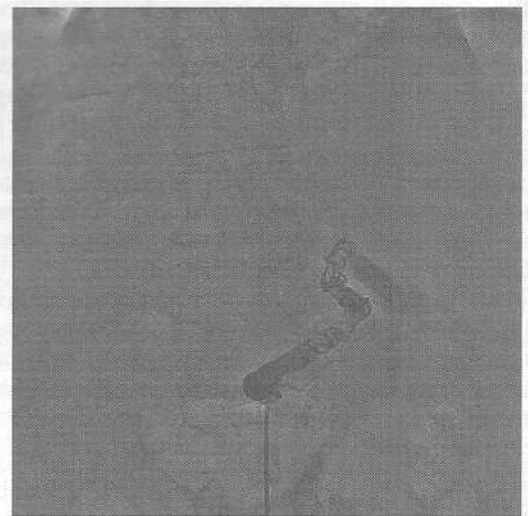


Рис. 3. Типова рентгенологічна картина селезінкової артерії після емболізації спіралями Гіантурко.

ти зниження градієнта портального тиску більше ніж на 20% від вихідного рівня, що в свою чергу, зменшує ризик розвитку ускладнень портальної гіпертензії та покращує загальну виживаємість. ередня тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів груп 2 та 3 складала – $6,2 \pm 2,5$ ліжко-днів. Серед 23 пацієнтів даних груп летальних випадків зафіксовано не було.

При статистичному аналізі показників тривалості перебування в стаціонарі та летальності було продемонстровано статистично значимі відмінності між групою 1 та групами 2 та 3.

Застосування мініінвазивних оперативних втручань (ендоскопічних та ендovasкулярних) значно зменшує летальність від кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу.

Висновки

Застосування мініінвазивних оперативних втручань у хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу має достатній гемостатичний ефект та дозволяє знизити тиск у портальній системі, що в свою чергу тимчасово дозволить покращити результати лікування.

Література

1. Бойко В.В., Нікішасв В.І., Русін В.І. та ін. Портальна гіпертензія та її ускладнення // Харків. – «ФОП Мартиняк». – 2008. – 335 с.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги цироз печінки та його ускладнення. – 2016.
3. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей: практ. рук-во: пер. с англ. / Ш. Шерлок, Дж. Дули; под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухиной. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 440-463.
4. Petrushenko V.V., Khytruk S.V. Miniinvasive surgical treatment of portal hypertension complicated by bleeding gastroesophageal varices// IASGO World Congress 2017. Book of abstracts Faculty lectures & Oral presentations November 17th. – p.302.

ЗМІСТ

"Суперечливі та невирішені питання абдомінальної хірургії"

науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 115-й річниці утворення хірургічних кафедр Одеського університету професором К. М. Сапежко

4 – 6	Запорожченко Б. С., Каштальян М. А., Котик Ю. Н. Кирилл Михайлович Сапежко
7 – 113	Гепатобіліарна хірургія
114 – 125	Колопроктологія
126 – 205	Різне