

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (851) листопад 2013
(Додаток)

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



Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 04.11.13. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 13
Обл. вид. арк. 12,62. Тираж 500.
Замов. 526

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

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2013
© Ліга — Інформ, 2013

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (851) листопад 2013
(Додаток)

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреевцев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятков
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запороженченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
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

ISSN 0023-2130



ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДУ ЕЛЕКТРИЧНОГО ЗВАРЮВАННЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБУ МЕХАНІЧНОГО З'ЄДНАННЯ ЧАСТИН УШКОДЖЕНОГО ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА

В. І. Цимбалюк, М. С. Кваша, В. Ю. Молотковець, В. В. Медведєв

Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України

Метою даної роботи є з'ясування можливості використання методу електрозварювання для формування надійного механічного з'єднання кукс ушкодженого периферичного нерва. Актуалізація цього дослідження обумовлена зростанням частоти ураження периферичної нервової системи у зв'язку з техногенним навантаженням середовища існування людини, тенденцією до спрощення засобів з'єднання частин ушкодженого нерва під час хірургічного втручання, відсутністю подібного роду розробок у практичній нейрохірургії. На базі Інституту електрозварювання ім. Є. О. Патона НАН України та ДУ "Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України" в експериментальних умовах було підібрано оптимальні фізичні параметри струму високої частоти, необхідні для утворення зварного з'єднання епіневрію частин ушкодженого нерва. Згідно сучасних вимог щодо хірургічних втручань на елементах периферичної нервової системи, з урахуванням

розмірів об'єкту таких втручань створено інструмент для епіневрального зварювання — модифікацію мікрохірургічного пінцета. Апробацію запропонованого методу з'єднання виконано на моделі повного перетину сідничного нерва статевозрілих шурів-самців. З'єднання здійснювали шляхом точкового електрозварювання мобілізованої по периметру крайки епіневрію торця нервового стовбура. Внаслідок такої процедури досягали формування стійкого зварного з'єднання. Ретельне порівняння ефективності апробованого методу з'єднання кінців периферичного нерва з класичними варіантами нейрорафії потребує проведення подальшого експериментального дослідження з залученням функціональних тестів, визначенням частоти та вираженості формування нейропатичного больового синдрому, аналізом патоморфологічних корелятивів відновного процесу.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ SILS—ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРЕДБРЮШИННЫХ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕРАТОРА БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВАРКИ ЖИВЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В. В. Ганжуй, И. Ю. Ганжуй

г. Запорожье

В последние 6—5 лет в мире, да в нашей стране стали применять новейшие технологии видеоэндохирургии — методику единого доступа или одного порта (методика S. I. L. S.). Суть S. I. L. S. — методики заключается в введении через пупочное кольцо специального одноразового мягко—эластичного устройства (порта), оснащенного специальными отверстиями для проведения оптики и инструментов в брюшную полость, не прибегая к дополнительным проколам и троакарам. Первая однопортовая холецистэктомия в США была выполнена Н. Rivas в отделении общей хирургии Стенфордского Университета в 2008 году, совместно с доктором E. Varela. В России первое удаление желчного пузыря через единый порт было вы-

полнено в ноябре 2009 года. В настоящее время все больше количество хирургов использует специальные порты (SILS port TM by Covidien, X—Cone TM by Karl Storz). Эти новые устройства позволяют хирургу одновременно вводить более двух инструментов, помимо оптики.

Цель работы — изучение эффективности методики трансбрюшинной преперитонеальной герниопластики (TAPP — Transabdominal preperitoneal hernia repair) и сочетанной гинекологической патологией яичников — доброкачественные кисты на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

В наше исследование включены 25 пациента с паховыми и пахово—мошоночными грыжами, лечив-

шиеся хирургических отделениях КП "Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи", клиническая база кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета и в гинекологическом отделении МСЧ "Мотор Сич", которое является клинической базой Запорожской государственной медицинской академии последиplomного образования с 2012г. по 2013г. Основную массу — 19 (76%) больных, составили мужчины. 6 (24%) было женщин с паховыми грыжами и сочетанной гинекологической патологией — доброкачественные кисты на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Среди мужчин у 8 (42,11%) пациентов были косые паховые грыжи, у 3 (15,79%) больных были пахово-мошоночные грыжи, 5 (26,31%) мужчин — прямые грыжи и у 3 (15,79%) пациентов — двусторонние (2 (66,67%) больных — с прямой и косой грыжами, 1 (33,33%) пациент с пантолонной грыжей). Всем пациентам выполнено ТАРП грыжесечение. У 5 (83,33%) женщин с сочетанной патологией (паховая грыжа и доброкачественная киста яичника на фоне СПКЯ), произведено ТАРП грыжесечение и видеоэндоскопическая энуклеация кисты яичника. И у 1 (16,67%) пациентки — произведено ТАРП грыжесечение, видеоэндоскопическая энуклеация кисты яичника и сальпинготомия с удалением плодного яйца при внемат-

точной беременности. Шестерым больным (24%) (20,83%) больным симультанные оперативны видеоэндоскопические операции выполнены с применением SILS методики. Во время оперативного вмешательства по поводу доброкачественных кист на фоне СПКЯ производили их энуклеацию. Для надежного гемостаза во время энуклеации кисты ложе обрабатывали с использованием генератора автоматической сварки живых мягких тканей, что позволяло осуществлять надежный гемостаз (преимуществом метода является сохранение фолликулярного аппарата яичника и овариального резерва).

Осложнений при оперативных вмешательствах в раннем и позднем послеоперационном периоде не было, все пациенты в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, однопортовая S. I. L. S.—хирургия позволяет значительно снизить болевой синдром после операции, резко сократить сроки реабилитации пациентов после лапароскопических операций. Кроме того, S. I. L. S.—методика обладает существенным косметическим преимуществом перед обычной лапароскопией. Лучшее всего преимущества лапароскопической хирургии одного порта S. I. L. S. проявляется при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и малого таза, при соответствующих показаниях.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НА ФОНЕ ГЕПАТИТОВ

Ю. В. Думанский, Р. В. Ищенко., А. В. Жильцов, Н. В. Крюков, Э. Г. Гайдаров

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий областной противоопухолевый центр*

Резкое увеличение больных вирусными гепатитами В и С привело к увеличению частоты встречаемости злокачественных опухолей на фоне цирроза. Отдельную категорию пациентов составляют лица перенесшие множественные курсы полихимиотерапии по поводу первичных опухолей с последующим метастазированием в печень. В морфологической литературе появились термины "иринотекановая печень", "оксалиплатиновая печень" и др. которые характеризуют специфические лекарственные гепатиты.

Краеугольным камнем хирургии печени является кровопотеря. Не все способы профилактики кровотечения при резекциях печени на фоне гепатитов равноценны, некоторые из них представляют лишь исторический интерес (наложение блоковидных кетгутых швов), некоторые сложны и требуют дополнительного оборудования (шунтирование НПВ). Наиболее простым, эффективным, а поэтому и наиболее ча-

сто употребляемым методом является Pringle—маневр. Однако этот метод должен применяться с исключительной осторожностью у пациентов с поражением печени на фоне гепатитов.

Продолжительность жизни больных после установления диагноза первичного или метастатического поражения печени на фоне гепатитов при отсутствии лечения составляет, как правило, не более 6 месяцев.

Некоторые авторы указывают, что выживаемость у больных на фоне гепатитов вирусной или лекарственной этиологии в 2 раза ниже, чем у аналогичной категории больных без поражения паренхимы печени. Поэтому исследования, направленные на улучшение выживаемости этой группы пациентов, представляются весьма актуальными.

Цель — улучшить оперативную технику и снизить интраоперационную кровопотерю при резекции пе-