

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

**Затверджено та рекомендовано до друку  
Президією Правління ВГО «Асоціація хірургів України»  
27 квітня 2015 р., протокол № 4**

**Редакційна колегія:**

О. Ю. Усенко, М. В. Костилев, Р. В. Салютін, С. А. Андреєщев, П. О. Шкарбан

**Рецензенти:**

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Зограб'ян, А. Є. Коваленко,  
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя, А. С. Лаврик,  
М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

**Відповідальний за випуск**

**О. Ю. Усенко**

XXIV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон.  
текст. дані. Київ, Клін. хірургія, 2018. 1 електрон. опт. диск (CD-R).

**Видано в авторській редакції.**

**Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах, несе автор**

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології. та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.



**Олександр Олексійович  
ШАЛІМОВ  
1918 – 2006**

## Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження)

«Вчитися, вчитися все життя. Не пасувати перед труднощами. Життя далеко не просте. Бувають невдачі, бувають поразки, буває несправедливість. Але як би важко не було, треба брати себе в руки, вставати, якщо впав, і йти далі. Неможна зупинитися на досягнутому. Треба весь час працювати. І, нарешті, лікар зобов'язаний бути гуманістом – це закон нашої професії». Це слова Великого Хірурга, Великої Людини – академіка Олександра Олексійовича Шалімова. Почесний директор Інституту хірургії та трансплантології НАМН України, головний хірург Міністерства охорони здоров'я України, Почесний Голова правління Асоціації хірургів України, професор кафедри хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти, головний редактор журналу «Клінічна хірургія», Герой України, Герой Соціалістичної Праці, лауреат Державних премій України та СРСР, заслужений діяч науки і техніки України, заслужений лікар РФ, дійсний член НАН і НАМН України, доктор медичних наук, професор, кавалер ордена «За заслуги» I–III ступеня.

Ось далеко не повна візитна картка видатного хірурга та вченого. Не так багато в Україні людей, до думки яких прислухалися всі – від двірника до Президента. Один з них – Олександр Шалімов.

Олександр Олексійович Шалімов народився 20 січня 1918 року в тяжкий час громадянської війни в багатодітній селянській родині. Спочатку в Липецькій губернії, а потім на Кубані, куди переїхала сім'я, він пізнав тяжку селянську працю, не відмовляючись ні від якої роботи. Незважаючи на тяжку працю на землі, діти охоче вчилися. Повага до батьків, любов до праці і знань, що зародилась в ті роки, стала постійною рисою шалімовського характеру, основою якої була вихованість, допитливість, старанність при виконанні любих доручень.

Шлях на хірургічний олімп вихідця з селянської глибинки, юнака з багатодітної селянської сім'ї пролягав через робітфак.

У 1936 р., по закінченні робітфаку, О. О. Шалімов був зарахований до Кубанського медичного інституту. Серед студентів він виділявся старанністю та наполегливістю в навчанні, серйозністю та пунктуальністю під час проведення дослідів і практичних занять. На старших курсах особливо ретельно вивчав клінічні дисципліни. Під час чергувань в хірургічних відділеннях, які Олександр Олексійович охоче відвідував, він опановував практичну роботу лікаря, асистував на операціях, робив перші самостійні кроки. Ключовою фігурою хірургії у Кубанському медичному інституті на той час був М. М. Дітерікс, який крім хірургії мав широкий медичний кругозір і це не могло не сказатись на вибір професії О. О. Шалімова. Саме в студентські роки він зробив вибір фаху – хірургія, яка стала його подальшою справою, призванням, любов'ю, самим життям. Після закінчення інституту молодого лікаря було направлено до Читинської області на посаду головного лікаря та хірурга. Саме тут розпочалася для О. О. Шалімова практика хірурга загального профілю, довелося працювати і хірургом, і урологом, і акушером-гінекологом, і травматологом. Безліч безсонних ночей, тисячі оперованих хворих. Росла майстерність хірурга, все складніші операції він опановував, якими оволодів у клініках Радянського Союзу під керівництвом О. В. Вишневського, Б. В. Петровського, С. С. Юдіна. О. О. Шалімова помітили, охоче залучали до асистування, а він ретельно засвоював прийоми великих майстрів, закарбовував їх у пам'яті та на папері числен-

ними малюнками, схемами оперативних втручань. Практичний досвід і глибокі знання дозволили Олександрю Олексійовичу досягти нового професійного рівня. Він переїхав до Брянську, де очолив одне з хірургічних відділень обласної лікарні, не припиняючи практикувати в хірургічній гінекології, урології. В цей період Олександр Олексійович опанував методики оперативних втручань на стравоході, печінці та підшлунковій залозі.

У 1953 р. працюючи асистентом кафедри госпітальної хірургії Орловського медичного інституту він захистив кандидатську дисертацію, яку присвятив виконанню операцій на стравоході за власною методикою. Досягнення молодого кандидата наук було відзначено присвоєнням йому звання «Заслужений лікар РСФСР».

В подальшому за конкурсом О. О. Шалімов був зарахований на посаду доцента Харківського медичного інституту. У Харкові по-справжньому розкрився талант Олександра Олексійовича як вченого, клініциста, експериментатора, організатора медичної науки, педагога. У 1958 р. він захистив докторську дисертацію «Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и фатерова соска» – вперше на теренах Радянського Союзу вийшла дисертація унікальна за клінічним матеріалом, прийомами виконання оперативних втручань та висновками. У 1959 р. був призначений завідуючим кафедрою торакальної хірургії з анестезіологією Українського інституту вдосконалення лікарів. Шість років знадобилося О. О. Шалімову, щоб здійснити остаточно свої задуми: 1965 р. був відкритий Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії, а Олександр Олексійович призначений його директором. В якості директора в О. О. Шалімова у повній мірі проявилася притаманна йому універсальність, та можливість. Разом з своїми учнями він модифікував способи цілого ряду операцій на травному каналі, модернізував хірургічну стратегію, тактику та техніку їх виконання. В цей час вийшли друком його класичні видання: «Хирургия поджелудочной железы», «Атлас хирургических операций на органах брюшной полости» та ін. У 1967 р. О. О. Шалімов обраний член-кореспондентом АН України, він приголомшив академічну аудиторію своєю «тронною» доповіддю про досягнення харківської хірургічної школи, його виступів чекали на з'їздах та конференціях.

У Києві діяльність О. О. Шалімова розпочалась з завідування кафедрою торакоабдоминальної хірургії Київського інституту вдосконалення лікарів. Потім він очолив відділ хірургії Київського НДІ гематології та переливання крові, згодом став директором цього інституту. А тим часом набирив штат майбутнього закладу, назва та призначення якого вже визначилися – Київський науково-дослідний інститут клінічної та експериментальної хірургії. Разом з передовим загоном співробітників О. О. Шалімов переїхав до нової лікарні «Медмістечко».

Практично інститут почав працювати у другій половині 1971 р. За продуманим Олександром Олексійовичем планом відкрилися основні клінічні відділення – хірургії печінки та підшлункової залози, хірургії шлунка і кишечника, хірургії судин і серця, анестезіології та реанімації. У 1973 р. організований відділ експериментальної хірургії, розпочато будівництво двоповерхового віварію. Одночасно відкрилися біохімічна лабораторія та лабораторія функціональної діагностики, інші необхідні для існування такої великої різнопланової установи підрозділи. Принцип призначення керівників та добору співробітників був визначений точно: «Ми повинні робити все краще за інших, знати всю світову літературу за фахом, активно займатися винахідництвом і передавати свій досвід та знання колегам».

Інститут був задуманий як провідна хірургічна установа України, школа практичних та наукових кадрів хірургів, лікувально-консультативний центр республіканського зна-

чення. Згодом тут розташувалась редакція журналу «Клінічна хірургія», і О. О. Шалімов став його головним редактором, у 1978 р. він був обраний дійсним членом АН України, у 1980 р. – призначений Головним хірургом МОЗ України, у Верховній Раді, він очолював Комісію з питань охорони здоров'я.

Найактуальнішою проблемою тих часів була розробка та впровадження методів органозберігальних операцій з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, ваготомії. «Кожному хворому – своя операція» – доводив О. О. Шалімов учням і опонентам. Все нове зустрічало шалений опір, зокрема, було небагато прихильників селективної проксимальної ваготомії, а опонентами виступили видатні на той час хірурги Радянського Союзу. Проте, через кілька років опоненти стали прихильниками нового методу, а Олександр Олексійович з своїми учнями все розробляв нові ефективні методи хірургічного лікування пострезекційних синдромів, реконструктивних операцій на органах гепатопанкреатобіліарної зони, нові втручання з приводу патології судин відпрацьовував нові технології надання допомоги хворим з перфоративною виразкою, шлунково–кишковою кровотечею, гострим холециститом, панкреатитом. Практика свідчила, що необхідна організація спеціалізованих хірургічних центрів. За ініціативою О. О. Шалімова в Україні відкриті центри судинної хірургії, надання допомоги хворим з гострою шлунково–кишковою кровотечею, гострим панкреатитом, портальною гіпертензією, мікросудинної хірургії, клінічної лімфології. Все це величезна й складна робота, починаючи від підготовки кадрів, ідеології, бази і закінчуючи оформленням юридичних документів. Проте, вже були помічники й однодумці – колективи двох своїх, шалімовських, інститутів. Все більше фахівців йшли вчитись до них. Тактика та методи хірургічного лікування багатьох захворювань, розроблені Олександром Олексійовичем, впроваджені в практичних лікувальних закладах України: резекція стравоходу з одночасною пластикою, органозберігальні операції з приводу виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, портальної гіпертензії, операції на товстій кишці, програмована лапаростомія при перитоніті, резекція печінки, реконструктивні та пластичні операції на жовчних протоках, підшлунковій залозі, судинах, мікрохірургічні і лапароскопічні втручання, багато інших.

Українська хірургія досягла нового рівня. Виникла нова українська хірургічна школа – школа академіка О. О. Шалімова. За досвідом зверталися фахівці з ближнього та далекого зарубіжжя. Стали висококваліфікованими спеціалістами і власні учні – 50 докторів і 81 кандидата наук виростив Олександр Олексійович. Скільки вже «маститих» професорів, докторів та кандидатів наук в Інституті, скільки завідують кафедрами і відділами в інших закладах, стали директорами провідних науково–дослідних інститутів України. Всі вони зверталися до Вчителя за порадою як з наукових, так і чисто життєвих проблем.

Олександр Олексійович Шалімов – автор 811 наукових праць, зокрема, 26 монографій, 112 винаходів, захищених авторськими свідоцтвами і патентами.

У 1997 р. Міжнародна палата Американського Бібліографічного інституту визнала О. О. Шалімова «Людиною року».

Традиції, закладені академіком Олександром Олексійовичем Шалімовим, шанують і продовжують його численні учні, послідовники – хірурги, співробітники Національного інституту хірургії і трансплантології, який з честю носить його ім'я.

Світла пам'ять про Олександра Олексійовича Шалімова, видатного Хірурга, Вченого, високо ерудовану, інтелігентну, добру, чуйну людину назавжди збережеться в серцях всіх, хто його знав.

*Учні академіка О. О. Шалімова*

**Висновки.** Аналіз результатів хірургічного лікування дозволяє твердити, що відеоасистована паратиреоїдектомія може бути виконана ефективно у кожного третього хворого на ПГПТ і триває менше часу, а також має меншу частоту післяопераційних ускладнень, у порівнянні із конвенційною операцією.

## Адренкортикальний рак: хірургічні тренди та аналіз безпосередніх результатів лікування в одному центрі

О. В. Васильєв, В. І. Копецький, В. І. Дорожинський,  
Л. В. Бабак, К. В. Копчак

Національний інститут раку

**Матеріали:** Адренкортикальний рак – рідкісне онкологічне захворювання із несприятливим прогнозом. Низька захворюваність не дозволяє належним чином систематизувати клінічні прояви та результати лікування таких хворих.

**Методи:** Було проаналізовано 11 пацієнтів, із проспективної бази даних, прооперованих в Національному інституті раку з 2015 по 2018 рік. Середній вік хворих складав  $45,6 \pm 3,2$  років. Жінок було 5 (45,4), чоловіків 6 (54,6%). Гормонально активних пухлин було 3 (27,2%). По стадіях було наступне розподілення пацієнтів: I стадія – 1 (9%), II стадія – 2 (9%), III стадія – 7 (63%) IV стадія – 1 (9%).

**Результати:** У 8 (72,7%) пацієнтів видалення первинної пухлини комбінувалось із резекцією суміжних органів. В 3 (27,2%) випадках хірургічне втручання комбінувалось із резекцією магістральної судини, в 2 (18,1%) із резекцією печінки, в 3 (27,2%) із дистальною панкреатоспленектомією. Лапараскопічно-асистована резекція наднирника була виконана у 1 (9%) пацієнта. Лімфодисекція виконувалась у 8 (72,7%) хворих. Ускладнення II – IV ступеню за класифікацією Clavien–Dindo розвинулись у 4 (36,3%): у 1 (9,1%) хворого розвинулась рання післяопераційна кровотеча, яка потребувала хірургічної корекції, у 2 (18,1%) хворих розвинулась панкреатична фістула, у 1 (9,1%) хворого розвинулась госпітальна пневмонія. Помер один хворий, летальність склала 9%. Медіана виживаності не досягнута. Однорічна виживаність склала 72,7%. Однорічна безрецидивна виживаність склала 63,6%.

**Висновки:** Розширені резекції у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями наднирників дозволяють досягти задовільних віддалених результатів з прийнятним ризиком.

## Оптимальный доступ при левосторонней лапароскопической адреналэктомии

В. В. Грубник, Р. С. Парфентьев, А. С. Бурлак, В. В. Ильяшенко

Одесский национальный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница

**Введение.** Опухоли надпочечников представляют собой достаточно частую патологию и встречаются у 2–4% взрослого населения. Лапароскопический трансабдоминальный доступ к левому надпочечнику является сложными в техническом плане, может сопровождаться такими серьезными осложнениями, как травма селезенки, поджелудочной железы, левой селезеночной вены.

**Целью** данного исследования было изучение возможности использования усовершенствованных методик при выполнении левосторонней адреналэктомии.

**Материалы и методы.** За 2010–2015 гг. в клинике было прооперировано 58 больных с опухолями левого надпочечника (возраст 19–79 лет, средний возраст –  $50,5 \pm 11,2$  лет). Женщин – 43, мужчин – 25. У пациентов имелись опухоли левого надпочечника таких видов: инциденталомы – 20 больных (29,4%), феохромоцитомы – 21 больной (30,9%), альдостеромы – 18 больных (26,5%), кортикостеромы – 7 больных (10,3%), миелолипомы – 2 пациента (2,9%). Размер опухоли варьировал от 2,2 см до 10,4 см. Средний размер составил  $4,3 \pm 1,2$  см. Оперированные больные были разделены на 2 группы: у больных I-й группы (35 пациентов) выполнялось лапароскопическая трансабдоминальная левосторонняя адреналэктомия. Причем, у 26 из них производили стандартную лапароскопическую адреналэктомию, с мобилизацией селезенки, хвоста поджелудочной железы и селезеночного изгиба толстой кишки, выделением и клипированием главной вены надпочечника, впадающей в левую почечную вену. У 9 пациентов I-й группы произвели усовершенствованную нами трансабдоминальную адреналэктомию. Суть данной операции состояла в пересечении коротких сосудов по большой кривизне желудка, связывающих желудок и селезенку, с широкой мобилизацией фундального отдела желудка, после чего вскрывали брюшину и находили левый надпочечник. Последний мобилизовывали, пересекая все вены и артерии, и клипировали главную вену надпочечника, в месте впадения ее в левую почечную вену. У больных II-й группы (33 пациента) использовали ретроперитонеальный доступ, предложенный немецким хирургом R.A. Waltz. Для выполнения данного вмешательства больные укладывались на живот. В области проекции левой почки, ниже 12 ребра, вводили 3 троакара (один 10 мм и два 5 мм). В забрюшинную клетчатку нагнетали углекислый газ под давлением 20–25 мм рт.ст., при этом происходило отслоение забрюшинной клетчатки от мышц спины и диафрагмы. Мобилизовали сращения и выделяли левый надпочечник, ориентируясь на заднюю поверхность левой почки. Сосуды пересекали с помощью коагулятора LigaSure. Главную вену надпочечника выделяли и клипировали только в 10-ти случаях. В остальных случаях использовали также LigaSure. Удаленную опухоль извлекали в специальном контейнере через 10-ти мм порт. Оценивали длительность оперативного вмешательства, число осложнений, длительности пребывания в стационаре.

**Результаты.** Конверсия была произведена в 5-ти случаях (7,4%) (1 пациент из II-й группы и 4 пациента I-й группы). Причинами конверсии в 3-х случаях была большая опухоль, в 2-х случаях – травма селезенки и хвоста поджелудочной железы. Длительность операции во II-й группе была достоверно меньше, нежели у больных I-й группы и составила 84,2 мин, против 118 минут ( $p < 0,01$ ). Число интраоперационных осложнений было больше в I-й группе (7 случаев) против II-й группы (2 случая) ( $p < 0,05$ ). Больные II-й группы вставать, самостоятельно передвигаться и принимать пищу начинали через  $6,1 \pm 1,2$  часа, в то время, как больные I-й группы – через  $17,4 \pm 4,2$  часов ( $p < 0,01$ ). Больные II-й группы нуждались в меньшем количестве анальгетиков (число доз декскетопрофена у больных II-й группы было в 3,5 раза меньше, чем у больных I-й группы ( $p < 0,01$ )).

**Заключение.** Наше исследование показало, что для выполнения лапароскопической левосторонней адреналэктомии задний ретроперитонеальный доступ имеет значительные преимущества и может быть рекомендован у большинства пациентов.