

ISSN 0023 - 2130

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

11.3 листопад 2018

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

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

Редактор
В. М. Мороз
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, DOAJ, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.

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

Свідоцтво 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.
Свідоцтво 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 02.11.18. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір крейдований матовий.
Ум. друк. арк. 10. Обл. вид. арк. 9,81. Тираж 1000.
Замов. 102

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, № 11.3 (листопад) 2018

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. В. Костилюв

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
І. А. Лурін
John Melissas (Greece)
М. Ю. Ничитайло
С. Є. Подпрятков
А. П. Радзіховський
С. І. Саволук
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. Андрущенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
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



Екстрагенітальний абдомінальний ендометріоз в хірургічній практиці

Фомін П. Д., Повч О. А., Переш Є. Є., Марценюк Р. О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ, Україна

Актуальність проблеми. Екстрагенітальні локалізації ендометріозу зустрічаються у 6–8% жінок репродуктивного віку (Д.Э.Елисеев и др., 2016). Найчастіше, ендометріозом, пошкоджується стінка кишківника, викликаючи гострі хірургічні ускладнення: кишкову непрохідність чи кровотечу (Baden et all., 2015).

Мета роботи. Представити клінічні варіанти різних випадків екстрагенітального абдомінального ендометріозу (ЕАЕ), що можуть виникнути в хірургічній практиці.

Матеріал і методи. Протягом останніх 2–х років в клініці спостерігалось 3 пацієнок із ЕАЕ, які потребували екстреного чи планового оперативного втручання. В кожному із випадків діагноз ЕАЕ був поставлений тільки по результатам післяопераційного гістологічного дослідження.

Результати. Хвора Д., 44 р., госпіталізована ургентно із клінікою гострої кишкової непрохідності (ГКН), що підтверджено клінічно та рентгенологічно. Хворіє 3 дні. При МСКТ ОЧП – тонкий кишківник розтягнутий великою кількістю рідини з рівнями газу. У клубовій кишці, на 10–12 см від ілеоцекального кута, має місце звуження просвіту за рахунок внутрішньопросвітнього новоутворення 20х21х20 мм. Екстренна операція під ЕТН – на 6–8 см від сліпої кишки, циркулярне звуження тонкого кишківника за рахунок новоутворення 5,0 на 5,0 см, твердого, кратероподібного. Виконана правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом «бік» у «бік», назогастральна інтубація тонкого кишківника. При ревізії малої миски – виявлені ендометріюїдні кісти правого (10х8 см) та лівого (6х6см) яєчників. Вилучення кіст. Гістологічне дослідження: ендометріоз тонкого кишківника (особливо виражений у м'язевій оболонці), ендометріюїдні кісти обидвох яєчників. Виписана на 10 добу, у задовільному стані.

Хвора Г., 47 р., госпіталізована з ознаками ГКН та кишкової кровотечі (КК) середнього ступеню важкості. При ірригоскопії та МСКТ ОЧП – виявлене стенозуюче новоутворення сигмоподібної кишки. Операційне втручання під ЕТН через 1 добу після поступлення: у нижній третині сигмоподібної кишки – циркулярне новоутворення,

6,0 на 6,0 см, що повністю перекриває просвіт кишківника, проростає стінку, вростає в брижу. Виконана резекція сигмоподібної кишки з десцендоректоанастомозом «бік» у «бік». У малій мисці – ендометріюїдна кіста лівого яєчника, 6,0х6,0 см. Вилучення кісти. Гістологічне дослідження: ендометріоз стінки товстого кишківника і брижі. В одному із досліджуваних лімфатичних вузлів – ділянка ендометріозу. В яєнику – ендометріюїдна кіста. Виписана на 11 добу, у задовільному стані.

Пацієнтка Р., 35 р., госпіталізована з ознаками запаленого новоутворення у лівому кутку післяопераційної рани після виконаного 1 рік тому кесарського розтину. Новоутворення, 5,0 на 5,0 см, в товщі підшкірножирової клітковини, болісне, шкіра над ним гіперемована. Хворіє більше 6 місяців, ознаки запалення – 3 дні. Операційне втручання під ЕТН. Новоутворення вростає під апоневроз. Останнє – відділене від оточуючих тканин, видалене. Дефект, що утворився, закритий сітчатим аллотрансплантатом «sub-lay». Гістологічне дослідження – ендометріоз післяопераційного рубця з вrostанням у м'язи і ознаками запалення. Виписана на 5–у добу у задовільному стані.

Висновки і заключення. Представлені два випадки ЕАЕ із ураженням різних відділів кишківника, що привели до виникнення гострих хірургічних ускладнень (ГКН та поєднання ГКН та КК) і виконання ургентних оперативних втручань. Кожна із операцій супроводжувалась вилученням у пацієнок ендометріюїдних кіст яєчників. Тобто, прояви ЕАЕ були наслідками нелікованого ендометріозу у жінок репродуктивного віку.

Описаний клінічний випадок запалення ендометріюїдного новоутворення післяопераційного рубця, що привів до виконання оперативного втручання в екстреному порядку.

Діагностування ЕАЕ, як правило, виконується тільки у післяопераційному періоді на підставі гістологічного дослідження видалених матеріалів.

Хворі, у яких діагностовано ЕАЕ, після виконання оперативних втручань, потребують подальшого нагляду і лікування у гінекологів.