



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (113) 2022

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983П  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 03 від 22.02.2022 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарьова  
Адміністратор  
К. В. Пономарьова

Підписано до друку 23.02.2022 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 10,75.  
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-39  
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2022

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор  
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор  
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор  
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор  
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент  
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор  
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор  
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка  
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор  
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка  
О. В. Кравцов, доктор медичних наук  
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор  
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор  
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор  
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор  
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор  
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор  
С. О. Савві, док. мед. наук, професор  
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор  
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

## ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece  
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),  
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),  
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU  
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)  
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)  
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU  
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка член-кор. НАМН України  
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU  
А. К. Флорікян, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)  
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреєщев, канд. мед., доцент (Київ, Україна),  
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
І. Я. Дзюбановський, док. мед. наук, професор (Тернопіль, Україна)  
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Сипітій, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. М. Тищенко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



## Зміст

## Contents

### ЗАГАЛЬНА ТА НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ

### GENERAL AND EMERGENCY SURGERY

Діагностика та хірургічна корекція  
анатомо-топографічних змін  
за ускладнених гриж стравохідного  
отвору діафрагми. . . . . 5

*Б. Ф. Шевченко, Н. В. Пролом,  
О. М. Бабій, О. В. Зелениук,  
С. О. Тарабаров, О. О. Галінський*

Diagnosis and surgical correction  
of anatomical and topographic  
changes in case of complicated  
hiatal hernias . . . . . 5

*B. F. Shevchenko, N. V. Prolom,  
O. M. Babii, O. V. Zeleniuk,  
S. O. Tarabarov, O. O. Galinsky*

Нейтрофільно-лімфоцитарне  
співвідношення як ранній прогностичний  
предиктор перебігу гострого панкреатиту . . . . . 12

*Т. В. Форманчук, В. О. Шапринський,  
О. М. Лопушанський*

Neutrophil-lymphocyte ratio  
as an early prognostic predictor  
of the course of acute pancreatitis . . . . . 12

*T. V. Formanchuk, V. O. Shaprinskiy,  
O. M. Lopushanskiy*

Вплив характеру жовтяниці  
на тактику лікування хворих  
на гострий панкреатит . . . . . 18

*Т. І. Тамм, В. В. Непомнящий,  
К. О. Крамаренко, І. М. Мамонтов,  
О. П. Захарчук, І. Г. Зульфїгаров,  
Д. Д. Рябушенко*

Influence of jaundice nature  
on the treatment tactics  
of patients with acute pancreatitis . . . . . 18

*T. I. Tamm, V. V. Nepomnyaschiy,  
K. O. Kramarenko, I. M. Mamontov,  
O. P. Zakharchuk, I. G. Zulfigarov,  
D. D. Ryabushenko*

Спленектомія у пацієнтів  
із патологією системи крові . . . . . 24

*С. О. Бичков, Л. М. Душик,  
Н. В. Черкова*

Splenectomy in patients  
with pathology of the blood system. . . . . 24

*S. O. Bichkov, L. M. Dushyk,  
N. V. Cherkova*

Хірургічне лікування гострої спайкової  
непрохідності тонкої кишки. . . . . 28

*О. В. Капшитар, О. О. Капшитар,  
П. Ю. Танцюра*

Surgical treatment of acute adhesive  
small intestine obstruction. . . . . 28

*O. V. Kapshytar, O. O. Kapshytar,  
P. Y. Tantsura*

Паліативне хірургічне лікування  
нерезектабельних пухлин головки  
підшлункової залози, що ускладнені  
механічною жовтяницею і дуоденальною  
обструкцією, шляхом стентування  
біліарної системи та дванадцятипалої  
кишки нітіноловими стентами. . . . . 33

*Б. Г. Безродний, І. В. Колосович,  
В. П. Слободяник, О. М. Петренко,  
М. С. Філатов*

Palliative surgical treatment  
of unresectable tumors of the head  
of the pancreas complicated  
by mechanical jaundice and duodenal  
obstruction by stenting  
of the biliary system and duodenum  
with nitinol stents . . . . . 33

*B. G. Bezrodnyi, I. V. Kolosovich,  
V. P. Slobodjanyk, O. M. Petrenko,  
M. S. Filatov*

Критерії оцінки важкості та прогнозу  
за гнійно-запальних  
захворювань . . . . . 37

*О. Є. Каніковський, О. І. Бондарчук,  
С. В. Сандер, В. М. Крошка,  
О. М. Лопушанський*

Severity and prognosis assessment  
criteria for purulent-inflammatory  
diseases . . . . . 37

*O. E. Kanikovskiy, O. I. Bondarchuk,  
S. V. Sander, V. M. Kroshka,  
O. M. Lopushanskiy*



Двохетапне хірургічне лікування виразково-некротичного ентериту, ускладненого перфорацією та загальним перитонітом, у хворого, якому виконана тотальна колектомія. . . . .41  
*В. В. Макаров, В. М. Феськов, Р. С. Шевченко, Д. С. Приймєнко*

Багатоповерхові оклюзійно-стенотичні ураження магістральних артерій інфраренального відділу аорти у хворих на атеросклероз: аналіз лікування та ускладнень. . . . .45  
*В. В. Шапринський*

Вплив гальванізації на перебіг ранового процесу при термічних опіках . . . . .51  
*Б. В. Петрюк, О. Й. Хомко, В. К. Гродецький, В. І. Гребенюк, С. О. Якобчук, Л. П. Хомко*

**ХІРУРГІЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ**

Гнійний післятравматичний медіастиніт як ускладнення вогнепальних проникаючих поранень грудей. . . . .55  
*В. В. Бойко, П. М. Замятін, В. В. Крицак, Д. П. Замятін, О. М. Шевченко, Ю. М. Бунін*

Особливості ключового виду та характеру вогнепальних уражень військовослужбовців під час сучасних збройних конфліктів . . . . .59  
*І. А. Лурін, І. П. Хоменко, К. В. Гуменюк, С. О. Король, Є. В. Цема, С. В. Тертишний, О. М. Попова*

Кишкові стоми: причини формування та їхні ускладнення . . . . . 64  
*В. О. Шапринський, А. В. Верба, Є. В. Шапринський, Е. М. Хорошун*

Two-stage surgical treatment of ulcerous-necrotic enteritis complicated by perforation and general peritonitis in a patient who underwent total colectomy. . . . .41  
*V. V. Makarov, V. M. Fes'kov, R. S. Shevchenko, D. S. Prijmenko*

Multi-level occlusive-stenotic lesions of the main arteries of the infrarenal aorta in patients with atherosclerosis: analysis of treatment and complications . . . . .45  
*V. V. Shaprynskyi*

Impact of galvanization on the course of the wound process in thermal burns. . . . .51  
*B. V. Petryuk, O. Y. Khomko, V. K. Grodetskyi, V. I. Hrebeniuk, S. O. Yakobchuk, L. P. Khomko*

**SURGERY OF GUNSHOT WOUNDS AND COMBAT TRAUMA**

Purulous post-traumatic mediastinitis as a complication of flammable penetrating wounds of the breast . . . . .55  
*V. V. Boyko, P. M. Zamiatin, V. V. Krytsak, D. P. Zamiatin, O. M. Shevchenko, Yu. M. Bunin*

Features of the key type and character of fire injuries of military personnel during modern armed conflicts. . . . .59  
*I. A. Lurin, I. P. Khomenko, K. V. Gumeniuk, S. O. Korol, Ye. V. Tsema, S. V. Tertyshnyi, O. M. Popova*

Intestinal stoma: causes of formation and its complications . . . . . 64  
*V. O. Shaprynskyi, A. V. Verba, Ye. V. Shaprynskyi, E. M. Horoshun*



## ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ

Віддалені результати після різних способів  
корекції пахвинних гриж . . . . . 69  
*I. I. Булик*

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Сучасні методи відновних операцій  
у пацієнтів із колостомою. . . . . 75  
*В. В. Бойко, Д. О. Євтушенко,  
С. О. Неменко, І. Г. Фурсов*

## ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Рідкісне ускладнення хвороби  
оперованого шлунку з утворенням  
зовнішньої шлункової нориці . . . . . 81  
*В. О. Шапринський, В. Г. Сулейманова,  
В. Ф. Кривецький, В. П. Сливка*

Вимоги до оформлення статей у журналі  
«Харківська Хірургічна Школа» . . . . . 86

## NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER

Choice of inguinal hernia  
repair procedure. . . . . 69  
*I. I. Bulyk*

## LITERATURE REVIEW

Modern methods of reconstructive surgery  
in patients with colostomy. . . . . 75  
*V. V. Boyko, D. O. Yevtushenko,  
S. O. Nemenko, I. G. Fursov*

## CASE FROM PRACTICE

A rare complication of the operated  
stomach disease with the formation  
of an external gastric fistula . . . . . 81  
*V. O. Shaprynskyi, V. G. Suleimanova,  
V. F. Kryvetskiy, V. P. Sliyka*



С. О. Бичков, Л. М. Душик,  
Н. В. Черкова

Харківський національний  
університет імені  
В. Н. Каразіна

© Колектив авторів

## СПЛЕНЕКТОМІЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СИСТЕМИ КРОВІ

**Реферат.** *Вступ.* Спленектомія (СЕ) у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, що обумовлений наявністю в більшості випадків порушенням гемостазу. Усе це визначає пошук більш сприятливих методів хірургічних втручань у пацієнтів із захворюваннями системи крові. Мета досліджень — поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями системи крові шляхом планування способу спленектомії. *Матеріали та методи досліджень.* Роботу виконано на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 112 хворих з різними захворюваннями системи крові, які потребували оперативного лікування. Крім лабораторної діагностики особлива увага приділялася анамнезу: тривалості захворювання, гормональній терапії; інструментальним методам дослідження: УЗД органів черевної порожнини і КТ, а також нозологіям. Для мобілізації селезінки використовували ультразвуковий скальпель (УЗС). Для обробки судинної ніжки застосовували зшиваючий апарат EndoGIA-30 (AutoSuture). *Результати досліджень та їх обговорення.* Аналіз отриманих результатів СЕ у хворих гематологічного профілю показав, що вибір доступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції за допомогою УЗД і КТ.

Випадків конверсії не було, що можна пояснити можливістю об'єктивного доопераційного планування, в результаті якого у випадках несприятливих для лапароскопічного втручання було прийнято рішення про виконання відкритої СЕ. Відсутність ускладнень і летальних випадків при СЕ у гематологічних хворих свідчить про ефективність використання УЗС та зшиваючих апаратів EndoGIA-30 (AutoSuture) для мобілізації селезінки.

*Висновки.* Використання УЗД і КТ відіграє важливу роль при плануванні способу спленектомії, що дозволяє уникнути випадків конверсії. Одночасне застосування УЗС і зшиваючого апарату для виконання СЕ дозволяє уникнути ускладнень.

**Ключові слова:** гематологічна патологія, зшиваючий апарат, спленектомія, ультразвуковий скальпель.

### Вступ

Спленектомія (СЕ) є патогенетично обґрунтованим втручанням при багатьох гематологічних захворюваннях [1, 2]. СЕ у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, обумовленим наявністю в більшості випадків порушенням гемостазу [3]. Усе це визначає пошук більш сприятливих методів хірургічних втручань у пацієнтів із захворюваннями системи крові.

У теперішній час для виконання СЕ існують різні операційні доступи. Серед переваг лапароскопічної спленектомії (ЛСЕ) перед традиційною операцією є мала травматичність, скорочення часу госпіталізації після операції, рання фізична активність і незначний косметичний дефект [4].

Протипоказання до виконання ЛСЕ: абсолютними є портальна гіпертензія і неперекорна

коагулопатія; відносними — попередні операції на органах черевної порожнини з розвитком злукового процесу, ожиріння, серцева і/або легенева недостатність, виражена спленомегалія, періспленіт і лімфоїдна інфільтрація ніжки селезінки [5].

Встановлено, що для успішного виконання ЛСЕ необхідні відомості про індивідуальні топографо-анатомічні особливості, в тому числі дані про ангіоархітектоніку басейну селезінкової артерії. При цьому саме топографо-анатомічні особливості зони втручання в 3,9–6,7 % випадків слугують причиною переходу від ЛСЕ до відкритої операції [6, 7].

До теперішнього часу дискусія про переваги того чи іншого методу СЕ триває. З огляду на вищевикладене, нами було виконано дослідження, що спрямоване на підвищення клінічної ефективності СЕ при патології системи крові.



### Мета досліджень

Покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями системи крові шляхом планування способу СЕ.

### Матеріали та методи досліджень

Роботу виконано в клініці хірургічних хвороб ХНУ імені В. Н. Каразіна на базі хірургічного відділення Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2 з 2000 року по теперішній час на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 112 хворих з різними захворюваннями системи крові, які потребували оперативного лікування. Прооперовано 49 чоловіків і 63 жінки. Вік хворих становив від 18 до 64 років. Анемії виявлені у 31 (27,7 %) пацієнта, з них аутоімунні гемолітичні анемії — у 18 хворих, вроджені гемолітичні анемії — у 9, апластичні анемії — у 4; тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа) визначалася у 36 (32,14 %) хворих; спленомегалії — у 45 (40,16 %) — лімфома селезінки. Традиційну спленектомію виконано 89 пацієнтам, ЛСЕ виконано 23 пацієнтам.

Показання до СЕ були визначені суто індивідуально після проведеного обстеження і лікування в гематологічному стаціонарі.

Крім лабораторної діагностики особливу увагу приділяли анамнезу: тривалості захворювання, гормональній терапії; інструментальним методам дослідження: УЗД органів черевної порожнини і СКТ, а також нозологіям.

Для вибору способу СЕ вважали важливим визначити розміри селезінки, оцінити розташування підшлункової залози по відношенню до воріт селезінки, виявити наявність лімфатичних вузлів у воротах селезінки, а також виявити додаткові селезінки, так як інтраопераційно ідентифікувати додаткову селезінкову тканину буває дуже важко [6, 7]. З метою уточнення тривалості прийому специфічної терапії приділяли увагу ретельному збору анамнезу.

УЗД органів черевної порожнини проводили з використанням апарату Toshiba Xario 200 (Японія) в режимі реального часу, а для проведення відеолапароскопічних хірургічних втручань — комплекс Karl Storz (Німеччина). Для мобілізації селезінки використовували ультразвукову установку Harmonic Scalpel. Ultracision® (Ethicon, США). Для обробки судинної ніжки застосовували зшиваючий апарат EndoGIA-30 (AutoSuture).

Таким чином, при плануванні операції всебічно оцінювали фактори, що впливають на технічні можливості виконання СЕ.

### Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз отриманих результатів СЕ у хворих гематологічного профілю показав, що вибір до-

ступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції за допомогою УЗД і КТ.

Так, при тривалому (більше року) прийомі гормональної терапії, за нормальних розмірів селезінки або помірної спленомегалії у 6 пацієнтів з ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою були встановлені явища періспленіту і виконана традиційна спленектомія, при якій виявлено значні зрощення діафрагмальної поверхні селезінки з діафрагмою і парієтальної очеревиною.

У результаті тривалого прийому гормональних препаратів з приводу аутоімунних гемолітичних анемій у хворих розвивається ожиріння, тому в 3-х випадках перевагу віддавали лапаротомному доступу.

При збільшенні селезінки більше 20 см, не залежно від нозології виконували традиційну СЕ, це пов'язано не тільки з неможливим проведенням ендохірургічних маніпуляцій, у зв'язку зі зменшенням робочого простору в черевній порожнині, а й розвитком серйозних інтраопераційних ускладнень: масивної кровотечі, пошкодження суміжних органів, імплантації спленоцитів при неминучому ятрогенному пошкодженні капсули селезінки і розвитку спленозу у віддаленому післяопераційному періоді з розвитком рецидиву захворювання.

Якщо на доопераційному етапі було виявлено лімфоїдну інфільтрацію судинної ніжки селезінки при лімфомах селезінки, також виконували традиційну СЕ.

Не залежно від способу СЕ селезінку видаляли без фрагментування, При ЛСЕ — через мінілапаротомний доступ в лівому підребер'ї, з метою подальшого морфологічного і гістохімічного дослідження, для встановлення заключного гематологічного діагнозу. Ускладнень і летальних випадків при традиційній СЕ і ЛСЕ не спостерігалось.

Максимальний розмір видаленої селезінки при лапаротомному доступі 30×17×15 см, при ЛСЕ — 12×8×6 см.

При аналізі частоти застосування традиційної СЕ і ЛСЕ було встановлено, що ЛСЕ частіше виконувалася хворим з імунною тромбоцитопенією. Пояснити це можна тим, що при виконанні традиційної СЕ розмір селезінки значення не має, а при видаленні селезінки лапароскопічним шляхом розмір її був одним із вирішальних чинників до її застосування. У хворих на імунну тромбоцитопенію практично немає вираженої спленомегалії, що визначає безпеку застосування ЛСЕ у даної групи хворих.

При використанні УЗС знижувалася ймовірність дистанційного пошкодження органів, включаючи термічні враження. УЗС забезпечує надійний гемостаз без застосування додатко-



вих методів гемостазу при діаметрі судин до 3 мм. При обробці судинної ніжки зшиваючим апаратом EndoGIA-30 (AutoSuture) не було потрібно прецизійного виділення судин.

Випадків конверсії не було, що можна пояснити можливістю об'єктивного доопераційного планування, в результаті якого у випадках несприятливих для лапароскопічного втручання було прийнято рішення про виконання відкритої СЕ.

Відсутність ускладнень і летальних випадків при СЕ у гематологічних хворих свідчить про

ефективність використання УЗС та зшиваючих апаратів EndoGIA-30 (AutoSuture) для мобілізації селезінки.

#### Висновки

1. Використання УЗД і КТ відіграє важливу роль при плануванні способу спленектомії, що дозволяє уникнути випадків конверсії.

2. Одночасне застосування УЗС і зшиваючого апарату для виконання спленектомії дозволяє уникнути ускладнень.

#### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Заруцький Я. Л. Хірургічне лікування постраждалих з приводу пошкодження селезінки при закритій поєднаній абдомінальній травмі / Я. Л. Заруцький, В. М. Коваленко // *Клінічна хірургія*. – 2015. – № 4. – С. 63–65.
2. Zheng D. Laparoscopic splenectomy for primary immune thrombocytopenia: Current status and challenges. *World J. Gastrointest. Endosc.* 2016; 8(17): 610–615.
3. Giudice V. Role of Laparoscopic Splenectomy in Elderly Immune Thrombocytopenia. *Open Med. (Warsaw, Poland)*. 2016; 11(1): 361–368.
4. Moris D., Dimitriou N., Griniatsos J. Laparoscopic Splenectomy for Benign Hematological Disorders in Adults: A Systematic Review. *In Vivo*. 2017; 31 (3): 291–302.
5. Nonsurgical management of blunt splenic trauma: a comparative analysis of non-operative management and splenic artery embolization – experience from a European trauma center / F. Cinquantini, E. Simonini, S. Di Saverio et al. // *Cardiovasc Intervent Radiol.* – 2018. – Vol. 41, № 9. – P. 1324–1332.
6. Антонєць О. В. Особливості статевих відмінностей сонографічних параметрів селезінки та її судин між практично здоровими чоловіками і жінками різних соматотипів. / О. В. Антонєць // *Організація наукових медичних досліджень «Salutem»* – 2017. – С. 25–28.
7. Гунас, І. В. Зв'язки сонографічних параметрів селезінки з конституціональними параметрами тіла практично здорових чоловіків різних соматотипів / І. В. Гунас, С. В. Прокопенко, О. В. Антонєць, С. В. Дмитренко // *Світ медицини та біології*. – 2017. – 2(60). – С. 25–28.

#### REFERENCES

1. Zarutskiy Ya. L. Surgical treatment of victims of spleen damage in closed combined abdominal trauma / *Clinical surgery*. – 2015. – № 4. – С. 63–65 [Ukr.].
2. Zheng D. Laparoscopic splenectomy for primary immune thrombocytopenia : Current status and challenges / *World J. Gastrointest. Endosc.* 2016; 8(17): 610–615 [Chi.].
3. Giudice V. Role of Laparoscopic Splenectomy in Elderly Immune Thrombocytopenia. *Open Med. (Warsaw, Poland)*. 2016; 11(1): 361–368. [Pol.].
4. Moris D., Dimitriou N., Griniatsos J. Laparoscopic Splenectomy for Benign Hematological Disorders in Adults: A Systematic Review. *In Vivo*. 2017; 31 (3): 291–302. doi: 10.21873/invivo.11058. [Kazakh.].
5. Nonsurgical management of blunt splenic trauma: a comparative analysis of non-operative management and splenic artery embolization – experience from a European trauma center / F. Cinquantini, E. Simonini, S. Di Saverio et al. // *Cardiovasc Intervent Radiol.* – 2018. – Vol. 41, № 9. – P. 1324–1332. [German.].
6. Antonets OV [Peculiarities of gender differences in sonographic parameters of the spleen and its vessels between practically healthy men and women of different somatotypes.]. *Organization of scientific medical research. «Salutem»* – 2017. – С. 25–28.
7. Hunas IV, Prokopenko SV, Antonets O V, Dmytrenko SV [Relationships of sonographic parameters of the spleen with constitutional parameters of the body of practically healthy men of different somatotypes]. *The world of medicine and biology*. – 2017. – 2(60). – С. 25–28. [Ukr.].



## SPLENECTOMY IN PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE BLOOD SYSTEM

*S. O. Bichkov, L. M. Dushyk, N. V. Cherkova*

**Abstract.** Splenectomy (SE) in hematologic patients is accompanied by an increased risk due to the presence of a hemostasis violation in most cases. All this determines the search for more favorable methods of surgical intervention in patients with diseases of the blood system. The purpose of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with blood system diseases by planning the method of splenectomy.

*Materials and methods:* the work was performed on the basis of a comprehensive clinical-laboratory and instrumental examination of 112 patients with various diseases of the blood system that needed surgical treatment. In addition to laboratory diagnosis, special attention was given to the anamnesis: duration of the disease, hormonal therapy; instrumental research methods: ultrasound of the abdominal cavity and CT, as well as nosologies. A harmonic scalpel was used to mobilize the spleen. The EndoGIA-30 stapler (AutoSuture) was used to treat the vascular pedicle.

*Results and discussion:* analysis of the results of SE in patients with hematological profile showed that the choice of surgical access depends on many factors which can be set before operation by dint of ultrasound and CT. There were no conversion cases, which could be explained by the possibility of objective preoperative planning, as a result of which in cases of laparoscopic adverse events, a decision was made to perform open type of SE. The absence of complications and fatal cases at SE in hematologic patients shows the efficacy of the use of harmonic scalpel and EndoGIA-30 (AutoSuture) staplers to mobilize the spleen.

*Conclusions:* the use of ultrasound and CT plays an important role in planning the method of splenectomy, which avoids cases of conversion. Simultaneous use of harmonic scalpel and Autosuture staplers for performing SE helps to avoid complications.

**Keywords:** *hematological pathology, Autosuture stapler, splenectomy, harmonic scalpel.*