

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

із наведенням фрагментів дисертації **Стойки В. І.**
та відповідних фрагментів опублікованих текстів інших авторів
без зазначення авторства

Збіги текстів виділені **жовтим** кольором, перефразування та синоніми – **бірюзовим**, перестановки слів місцями – **зеленим**, вислови дисертантки про те, що це нібито вона особисто щось спостерігає чи робить висновки – **фіолетовим**.

Червоним шрифтом поданий коментар щодо фрагментів дисертації В. І. Стойки.

№	Фрагменти тексту дисертації, у якій виявлено факти порушення академічної доброчесності	Фрагменти опублікованих текстів інших авторів (без зазначення в дисертації В. І. Стойки посилань на джерело)
Вид виявленого порушення: плагіат		
1	<p style="text-align: center;">Стойка Вадим Іванович «Електрохірургічне лікування кіст печінки (клініко-експериментальне дослідження)». Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (спец. 14.01.03 – хірургія). – Вінниця, 2017. https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0417U000859</p>	<p style="text-align: center;">Стукан Сергій Степанович «Хірургічне лікування вогнищевих захворювань печінки з використанням аргоноплазмової коагуляції». Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (спец. 14.01.03 – хірургія). – Вінниця, 2015. https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0416U001298</p>
	С. 5–6.	С. 5–6.
	<p style="text-align: center;">ВСТУП</p> <p>Актуальність теми. <...></p> <p>Тактика лікування хворих на кістозні захворювання печінки суттєво відрізняється. Це залежить від етіології, виду та клінічного перебігу захворювання. Так, при паразитарних кістах багато авторів призначають хіміотерапію препаратами альбендазолу за 3–4 тижні до оперативного втручання (Ничитайло М. Ю. та співавт., 2012), а непаразитарні кісти лікують як пункційними методами під контролем УЗД, так і лапароскопічно (Вишневський В. А., 2010; Тамм Т. І. та співавт., 2012; Ветшев П. С., 2013; Akhan O. et al., 2015).</p> <p>Залежно від розміру зони ураження печінки, характеру процесу, вираженості та типу ускладнень захворювання, вибирають різні форми лікування кіст печінки. Однак, при оперативному лікуванні можуть розвиватися такі ускладнення, як печінкова недостатність, масивні інтраопераційні кровотечі з розвитком геморагічного шоку. Частота таких ускладнень може досягати 30–56 % із летальністю до 8 %. Тому зниження травматичності операцій, запобігання геморагічним та біліарним ускладненням, максимальне збереження функціонуючої паренхіми печінки є одним з найважливіших напрямків розвитку хірургії вогнищевих захворювань печінки (Котенко О. Г. та співав., 2015; Vázquez–Melero A., 2015). <...></p> <p>Проблеми, що пов'язані з хірургічним лікуванням кістозних уражень печінки, потребують пошуку нових підходів до лікування з використан-</p>	<p style="text-align: center;">ВСТУП</p> <p>Актуальність теми. <...></p> <p>Тактика лікування хворих на кістозні захворювання печінки суттєво відрізняється в залежності від етіології, виду та клінічного перебігу захворювання. Так, при паразитарних кістах багато авторів призначають хіміотерапію препаратами альбендазолу за 3–4 тижні до оперативного втручання [Ничитайло М.Ю. та співавт., 2012], а не паразитарні кісти лікують як пункційними методами під контролем УЗД, так і лапароскопічно [Вишневський В.А., 2010; Тамм Т.І. та співавт., 2012; Ветшев П.С., 2013; Akhan O. et al., 2015].</p> <p>Залежно від розміру зони ураження печінки, характеру процесу, вираженості та типу ускладнень захворювання, вибирають різні форми лікування ВЗП. Однак, при оперативному лікуванні можуть розвиватися такі ускладнення як печінкова недостатність, масивні інтраопераційні кровотечі з розвитком геморагічного шоку. Тому зниження травматичності операцій, запобігання геморагічним ускладненням, максимальне збереження функціонуючої паренхіми печінки є одним з найважливіших напрямків розвитку хірургії вогнищевих захворювань печінки [Vázquez–Melero A. et al., 2015]. Залишається актуальним пошук нових хірургічних підходів серед яких використання аргоноплазмової коагуляції в поєднанні з лапароскопією.</p>

<p>ням новітніх електрохірургічних технологій, серед яких перспективним напрямком є використання аргоноплазмової коагуляції.</p>	
<p>С. 7.</p>	<p>С. 7.</p>
<p>Наукова новизна одержаних результатів. У роботі встановлені переваги використання аргоноплазмової коагуляції в режимі мініінвазивного застосування у вигляді зменшення частоти ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів із кістами печінки.</p> <p>Продемонстровано та обґрунтовано, що використання аргоноплазмової коагуляції при кістозних ураженнях печінки супроводжується достовірно меншим деструктивним впливом на тканини печінки, дозволяє досягти надійного гемостазу та сприяє максимальному збереженню функціонуючої печінкової паренхіми.</p>	<p>Наукова новизна одержаних результатів. У роботі встановлено, що застосування аргоноплазмової коагуляції в режимі мініінвазивного застосування зменшує частоту ускладнень у пацієнтів з ехінококозом печінки як в ранньому, так і віддаленому періоді. Показано зниження частоти рецидиву ехінококозу в умовах АПК. Показано, що використання аргону при вогнищевих ураженнях печінки супроводжується достовірно меншою частотою формування ускладнень в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді, сприяє збереженню функціонуючої паренхіми печінки. <...></p>
<p>С. 8.</p>	<p>С. 7–8.</p>
<p>Практичне значення одержаних результатів. Розроблені положення дослідження – це клінічне обґрунтування показів до застосування аргону при лікуванні кістозних захворювань печінки, диференційованої тактики лікування пацієнтів, вибору диференційованого хірургічного методу. Запропоновані методи лікування дозволяють поліпшити безпосередні та віддалені результати лікування хворих із кістами печінки шляхом зменшення кількості ускладнень, медикаментозного навантаження на хворих, тривалості перебування у стаціонарі та інвалідації хворих. <...></p>	<p>Практичне значення одержаних результатів. Розроблені положення дослідження – це клінічне обґрунтування показів до застосування аргону для лікування вогнищевих захворювань печінки, диференційованої тактики лікування пацієнтів, вибору диференційованого хірургічного методу. Запропоновані методи лікування дозволять поліпшити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на ВЗП за рахунок зменшення ускладнень, медикаментозного навантаження на хворих, тривалості перебування у стаціонарі та інвалідації хворих.</p>
<p>С. 26.</p>	<p>С. 10–11.</p>
<p>(РОЗДІЛ 1. ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ))</p> <p>1.5. Особливості хірургічного лікування кістозних уражень печінки <u>Паразитарні кісти.</u> <...> <...> Ехінококові кісти ростуть повільно. У перебігу ехінококозу печінки умовно виділяють три стадії [124, 208].</p> <p>Покликання [124] – це: Cystic echinococcosis in a fox-hound hunt worker, UK / P. S. Craig, M. L. Woods, B. Boufana [et al.] // Pathogens and global health. – 2012. – № 6. – P. 373–375.</p> <p>Покликання [208] – це: Valleylab Clinical Information Hotline News. Basics of monopolar electro-surgery. – 1999. – Vol. 4, Issue 3.</p> <p>Маємо повні збіги тексту разом із готовими покликаннями. Знайти публікацію [208] неможливо, бо сайт http://www.valleylab.com уже не працює, але з назви (“Basics of monopolar electro-surgery”) очевидно, що про перебіг ехінококозу там мова не йде, тому це покликання фальшиве.</p>	<p>(РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ))</p> <p>1.1 Особливості хірургічного лікування кістозних уражень печінки <u>Паразитарні кісти.</u> <...> <...> Ехінококові кісти ростуть повільно. У перебігу ехінококозу печінки умовно виділяють три стадії [124, 208].</p> <p>Покликання [124] – це: Хирургическое лечение эхинококкоза щитовидной железы / Н. А. Бражников [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – N 4. – С. 61–62.</p> <p>Покликання [208] – це: Quail J. F. Hydatidosis of the liver and posterior mediastinum / J. F. Quail, D. L. Gramins, W. D. Dutton // International journal of surgery case reports. – 2015. – № 7. – С. 26–28.</p>

<p>С. 26–27.</p> <p>Перша стадія (початкова) відповідає періоду від проникнення ехінокока в печінку до появи перших ознак захворювання. Тривалість цієї стадії становить роки і десятиліття. Хворі почувають себе задовільно. Кіста виявляється випадково при обстеженні у зв'язку з іншою патологією.</p> <p>У другій стадії з'являються різні симптоми, пов'язані з тиском кісти на тканину печінки або навколишні органи. Пацієнтів турбують відчуття тяжкості, розпирання, ниючий біль у правому під-ребер'ї та епігастрії, рідше в грудній клітці. У разі розташування паразитарної кісти на діафрагмальній поверхні печінки відзначається іррадіація болю в спину, поперекову ділянку, праву лопатку. Спостерігається правобічний френікус-симптом, а рентгенологічно – високе стояння правого купола діафрагми.</p> <p>Третя стадія характеризується виникненням ускладнень кісти: нагноєнням, розривом, здавленням печінкових проток і ворітної вени, звапненням.</p>	<p>С. 11.</p> <p>Перша стадія (початкова) відповідає періоду від проникнення ехінокока в печінку до появи перших ознак захворювання. Тривалість цієї стадії становить роки і десятиліття. Хворі почувають себе задовільно. Кіста виявляється випадково при обстеженні у зв'язку з іншою патологією.</p> <p>У другій стадії з'являються різні симптоми, пов'язані з тиском кісти на тканину печінки або оточуючі органи. Пацієнтів турбують відчуття тяжкості, розпирання, ниючий біль у правому під-ребер'ї та епігастрії, рідше в грудній клітці. У разі розташування паразитарної кісти на діафрагмальній поверхні печінки відзначається іррадіація болю в спину, поперекову область, праву лопатку. Спостерігається правобічний френікус-симптом, а рентгенологічно – високе стояння правого купола діафрагми.</p> <p>Третя стадія характеризується виникненням ускладнень кісти: нагноєнням, розривом, здавленням печінкових проток і ворітної вени, звапненням.</p>
<p>С. 27.</p> <p>При нагноєнні кісти з'являються інтенсивні болі в ділянці її локалізації, гектична температура, озноби. Паразитарна кіста збільшується в розмірах. Результатами нагноєння можуть бути сепсис, прорив абсцесу в черевну або плевральну порожнину [25, 31, 43, 57, 66, 90, 112, 126, 133, 144, 151, 162, 182].</p> <p>Розрив кісти супроводжується різким, інтенсивним болем, що локалізується в правому під-ребер'ї. У низці випадків настає колапс. Іноді кісти спорожняються в бронх, у внутрішньопечінкові жовчні протоки у шлунок, кишечник, жовчний міхур. Попадання вмісту кісти ехінококового міхура у черевну порожнину призводить до дисемінації процесу, виникнення кропив'янки та анафілактичного шоку. При прориві ехінококового міхура в бронх раптово з'являється сильний кашель із відходженням рідкої мокроти, що містить безліч дочірніх ехінококових міхурів. При спорожненні кісти у внутрішньопечінкові жовчні протоки прогресують холангіт, жовтяниця. У результаті здавлення ехінококовим міхуром печінкових проток і ворітної вени розвиваються механічна жовтяниця та портальна гіпертензія. Спорожнення кісти в плевральну порожнину призводить до гнійного плевриту, абсцесу легенів [12, 32, 53, 70, 80, 98, 109, 131, 147, 164].</p> <p>Повний збіг тексту разом із готовими покликаннями за виключенням покликання [182]. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>С. 11–12.</p> <p>При нагноєнні кісти з'являються інтенсивні болі в області її локалізації, гектическая температура, озноби. Паразитарна кіста збільшується в розмірах. Результатами нагноєння можуть бути сепсис, прорив абсцесу в черевну або плевральну порожнину [1, 25, 31, 43, 57, 66, 90, 112, 126, 133, 144, 151, 162, 189].</p> <p>Розрив кісти супроводжується різким, інтенсивним болем, що локалізується в правому під-ребер'ї. У ряді випадків настає колапс. Іноді кісти спорожняються в бронх, у внутрішньопечінкові жовчні протоки, в шлунок, кишечник, жовчний міхур. Попадання вмісту кісти ехінококового міхура в черевну порожнину призводить до дисемінації процесу, виникненню кропив'янки та анафілактичного шоку. При прориві ехінококового міхура в бронх раптово з'являється сильний кашель з відходженням рідкої мокроти, що містить безліч дочірніх ехінококових міхурів. При спорожненні кісти у внутрішньопечінкові жовчні протоки прогресують холангіт, жовтяниця. У результаті здавлення ехінококовим міхуром печінкових проток і ворітної вени розвиваються механічна жовтяниця та портальна гіпертензія. Спорожнення кісти в плевральну порожнину призводить до гнійного плевриту, абсцесу легенів [12, 32, 53, 70, 80, 98, 109, 131, 147, 164].</p>
<p>С. 27.</p>	<p>С. 12.</p>
<p>Печінка у хворих на ехінококоз збільшена в розмірах. При розташуванні паразитарної кісти на передньо-нижній поверхні печінки спостерігається</p>	<p>Печінка у хворих на ехінококоз збільшена в розмірах. При розташуванні паразитарної кісти на передньо-нижній поверхні печінки спостерігається</p>

<p>випинання черевної стінки, при латеральній локалізації – деформація реберної дуги і ребер. При пальпації кіста має гладку поверхню. Консистенція кісти залежить, насамперед, від характеру її вмісту. Неускладнена кіста – м'якоеластична. У разі її прилягання до передньої черевної стінки виявляють симптоми флюктуації і симптом «тремтіння гидатид». Поява вібрації пов'язано з коливаннями дочірніх міхурів, що містяться в порожнині кісти [7, 24, 46, 63, 92, 118, 125, 138].</p> <p>Повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>ся випинання черевної стінки, при латеральній локалізації – деформація реберної дуги і ребер. При пальпації кіста має гладку поверхню. Консистенція кісти залежить насамперед від характеру її вмісту. Неускладнена кіста м'якоеластична. У разі її прилягання до передньої черевної стінки виявляють симптоми флюктуації і симптом «тремтіння гидатид». Поява вібрації пов'язано з коливаннями дочірніх міхурів, що містяться в порожнині кісти [7, 24, 46, 63, 92, 118, 125, 138].</p>
<p>С. 27–28.</p>	<p>С. 12.</p>
<p>Діагноз ехінококозу печінки підтверджується реакціями, в основі яких лежить поява в організмі хворих специфічних антитіл у відповідь на інвазію паразита. Найбільшого поширення набула внутрішньоклітинна реакція Каццоні зі стерильною рідиною ехінококового міхура людини чи домашніх тварин (0,1–0,2 мл). При позитивній пробі на місці ін'єкції антигену виникають свербіж, гіперемія та набряк шкіри. Позитивна реакція Каццоні спостерігається у 75–85 % хворих на ехінококоз. Через рік після загибелі паразита вона стає негативною. Крім реакції Каццоні, у діагностиці ехінококозу печінки використовують реакції зв'язування комплекменту, латекс-аглотинації (латекс-синтетична смола, адсорбент антигенів) і непрямой гемаглотинації. У крові хворих на ехінококоз знаходять еозинофілію [17, 38, 50, 67, 84, 97, 110, 137].</p> <p>Повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Діагноз ехінококозу печінки підтверджується реакціями, в основі яких лежить поява в організмі хворих специфічних антитіл у відповідь на інвазію паразита. Найбільшого поширення набула внутрішньоклітинна реакція Каццоні зі стерильною рідиною ехінококового міхура людини чи домашніх тварин (0,1–0,2 мл). При позитивній пробі на місці ін'єкції антигену виникають свербіж, гіперемія та набряк шкіри. Позитивна реакція Каццоні спостерігається у 75–85% хворих на ехінококоз. Через рік після загибелі паразита вона стає негативною. Крім реакції Каццоні, в діагностиці ехінококозу печінки використовуються реакції зв'язування комплекменту, латекс-аглотинації (латекс-синтетична смола, адсорбент антигенів) і непрямой гемаглотинації. В крові хворих на ехінококоз знаходять еозинофілію [17, 38, 50, 67, 84, 97, 110, 137].</p>
<p>С. 28.</p>	<p>С. 12–13.</p>
<p>Діагноз уточнюється за допомогою ультрасонографії, комп'ютерної томографії, радіоізотопного гепатосканування, ангіографії судин печінки, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини та піддіафрагмальних просторів [9, 15, 34, 61, 77, 99, 105, 115, 135, 146].</p> <p>Хірургічний вплив є успішним, якщо паразит видалається повністю. Часто хірургічні процедури суперечливі і містять резекцію печінки або відкриття паразитарних кіст і подальше видалення паразита. Мініінвазивне лікування є безпечними і менш складними, ніж радикальні операції, незважаючи на вищий ризик розвитку рецидиву захворювання [2, 29, 40, 52, 94, 103, 134, 145, 156, 171, 192].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст</p>	<p>Діагноз уточнюється за допомогою ультрасонографії, комп'ютерної томографії, радіоізотопного гепатосканування, ангіографії судин печінки, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини та піддіафрагмальних просторів [9, 15, 34, 61, 77, 99, 105, 115, 135, 146].</p> <p>Хірургічний вплив є успішним, якщо паразит видалається повністю. Часто, хірургічні процедури суперечливі і містять резекцію печінки або відкриття паразитарних кіст і подальше видалення паразита. Мініінвазивні процедури є безпечними і менш складними, ніж радикальні операції, незважаючи на вищий ризик розвитку рецидиву захворювання через наявність залишкової порожнини [2, 29, 40, 52, 94, 103, 134, 145, 156, 171, 192, 216].</p>

<p>не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана. Доказом того, що саме Стойка переписав текст дисертації Стукана, є фраза «Мініінвазивне лікування є безпечними і менш складними», тоді як треба було «Мініінвазивне лікування є безпечним і менш складним» (у Стукана: «Мініінвазивні процедури є безпечними і менш складними»).</p>	
<p>С. 28.</p> <p>Так, низка рандомізованих досліджень вказують на значно вищі показники захворюваності та рецидивів у пацієнтів, які перенесли мініінвазивну операцію, порівняно із радикальним лікуванням (11 % проти 3 % та 24 % проти 3 %, відповідно). Такі незадовільні результати пов'язують із тим, що механічне оброблення порожнини кісти є недостатнім [5, 21, 35, 41].</p> <p>До радикальних операцій при ехінококозі печінки відносять перицистектомію та резекції печінки, коли мініінвазивні операції полягають у видаленні вмісту кісти та стерилізацію залишкової порожнини разом з частковою резекцією кісти [3, 18, 23, 30, 45, 60, 87, 108, 130, 148].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>С. 13.</p> <p>Так, ряд рандомізованих досліджень вказують на значно вищі показники захворюваності та рецидивів у пацієнтів, які перенесли мініінвазивну операцію порівняно із радикальним лікуванням (11% проти 3% та 24% проти 3%, відповідно). Такі незадовільні результати пов'язують із тим, що механічне оброблення порожнини кісти є недостатнім [5, 21, 35, 41].</p> <p>До радикальних операцій при ехінококозі печінки відносять перицистектомію та резекції печінки, в той час як мініінвазивні операції полягають у видаленні вмісту кісти та стерилізацію залишкової порожнини разом з частковою резекцією кісти [3, 18, 23, 30, 45, 60, 87, 108, 130, 148].</p>
<p>С. 28–29.</p>	<p>С. 13.</p>
<p>Для запобігання післяопераційних ускладнень, викликаних наявністю залишкової порожнини, було запропоновано різні методи, зокрема оментопластику, капітонаж, зовнішнє дренивання, використання клейового поліпозиційного синтетичного фібрину [13, 42, 65, 73, 89, 111, 132, 149, 166, 174, 182, 193].</p> <p>Проте, низка дослідників сходиться у думці, що зовнішнє дренивання має значно вищий рівень ускладнень (інфікування залишкової порожнини, холангіт), ніж оментопластика або капітонаж. Крім того, вищий рівень ускладнень було продемонстровано також і при комбінації зовнішнього дренивання з оментопластикою [117, 129, 152, 160, 173, 185, 210].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній вміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Для запобігання післяопераційних ускладнень, викликаних наявністю залишкової порожнини, було запропоновано різні методи, зокрема оментопластику, капітонаж, зовнішнє дренивання, використання синтетичного фібрину [13, 42, 65, 73, 89, 111, 132, 149, 166, 174, 182, 193].</p> <p>Проте ряд дослідників сходиться у думці, що зовнішнє дренивання має значно вищий рівень ускладнень (інфікування залишкової порожнини, холангіт), ніж оментопластика або капітонаж. Крім того, вищий рівень ускладнень було продемонстровано також і при комбінації зовнішнього дренивання з оментопластикою [117, 129, 152, 160, 173, 185, 210, 217].</p>
<p>С. 29.</p>	<p>С. 13–14.</p>
<p>Вирішенням цієї проблеми може стати впровадження щадних методів електрохірургічної обробки, зокрема аргоноплазмової коагуляції.</p> <p>У роботі Ахмедова І. Г. із співавт., засвідчено, що у 2004 р. з 247 хворих, оперованих з приводу передбачуваного ехінококозу печінки, у 21 (8,5 %) виявлено непаразитарні захворювання печінки та</p>	<p>Вирішенням даної проблеми може стати впровадження щадних методів електрохірургічної обробки, зокрема аргоноплазмової коагуляції.</p> <p>У роботі Ахмедова І.Г. із співавт. (2004) з 247 хворих, оперованих з приводу передбачуваного ехінококозу печінки, у 21 (8,5%) виявлено непаразитарні захворювання печінки та інших органів:</p>


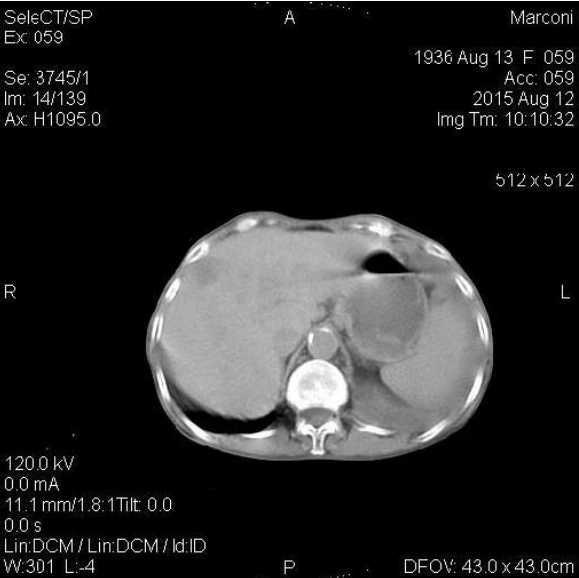
<p>інших органів: непаразитарні кісти (7), гемангіоми (4), абсцеси (4), злویкісні пухлини (3), гідронефроз правої нирки (2), полікістоз печінки і правої нирки (1). Встановлено, що в умовах високої захворюваності населення ехінококозом результати УЗД мають більше діагностичне значення, ніж дані серологічного дослідження, а для попередження помилок у діагностиці кістозного утворення необхідно проводити поліпозиційне УЗД, спрямоване на виявлення ознак, відповідних фазі життєдіяльності гідатидної кісти.</p>	<p>непаразитарні кісти (7), гемангіоми (4), абсцеси (4), злویкісні пухлини (3), гідронефроз правої нирки (2), полікістоз печінки і правої нирки (1). Встановлено, що в умовах високої захворюваності населення ехінококозом результати УЗД мають більше діагностичне значення ніж дані серологічного дослідження, а для попередження помилок в діагностиці кістозного утворення необхідно проводити поліпозиційне УЗД, спрямоване на виявлення ознак, відповідних фазі життєдіяльності гідатидної кісти.</p>
<p>С. 29–30.</p>	<p>С. 14–15.</p>
<p>Дослідники вважають, що лапароскопічна ехінококектомія печінки є одним з основних методів хірургічного лікування неускладненого ехінококозу печінки. Можна зауважити, що вдосконалення техніки лапароскопічного лікування паразитарних кіст печінки є перспективним, зокрема, в аспекті попередження рецидивів захворювання, що становить сьогодні серйозну науково-практичну проблему [6, 14, 28, 37, 48, 55, 102, 123, 141, 150, 175, 187, 198].</p> <p>Слід зазначити, що лапароскопічні технології застосовуються сьогодні досить широко при різних формах вогнищевих захворювань печінки – при пухлинних ураженнях печінки, при лікуванні непаразитарних кіст, а також абсцесів печінки [8, 36, 64, 91].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із готовими покликаннями. Усі покликання фальшиві, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Дослідники вважають, що лапароскопічна ехінококектомія печінки є перспективним методом хірургічного лікування неускладненого ехінококозу печінки. Можна зауважити, що вдосконалення техніки лапароскопічного лікування паразитарних кіст печінки є досить перспективним, зокрема в аспекті попередження рецидивів захворювання, що становить сьогодні серйозну науково-практичну проблему [6, 28, 37, 48, 55, 102, 123, 141, 150, 175, 187, 198].</p> <p>Слід зазначити, що лапароскопічні технології застосовуються сьогодні досить широко при різних формах ВЗП – при пухлинних ураженнях печінки, при лікуванні непаразитарних кіст, а також абсцесів печінки [8, 36, 64, 91].</p>
<p>С. 30.</p>	<p>С. 15.</p>
<p>Однак, з метою лікування гідатидних кіст багато дослідників поєднують радикальний характер втручань з резекційними, зокрема й обширними, втручаннями. Поясненням цьому є необхідність максимально повного видалення фіброзної капсули кісти. На сьогодні доведеним вважається факт проникнення в товщу фіброзної капсули протосколексів, мікробної інфільтрації фіброзної капсули при нагноєнні кісти. Залишення фіброзної капсули збільшує не тільки ризик рецидиву захворювання, але й істотно підвищує ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень, пов'язаних із залишковою порожниною. Така ймовірність збільшується при ускладненому перебігу ехінококозу, коли відбулися зміни фіброзної капсули, що так чи інакше пов'язані із загибеллю паразита: звалнення і ригідність капсули, наявність з'єднання порожнини фіброзної капсули з жовчними протоками, порушення цілісності капсули і її мікробна інвазія при нагноєнні кісти. Тому видалення фіброзної капсули, безумовно, підвищує радикальність операції і зменшує ймовірність розвитку ускладнень [19, 22, 37, 78, 79, 82, 100, 114, 120, 143, 165, 172, 188, 196].</p> <p>Повний збіг тексту разом із багатьма готовими</p>	<p>Однак, з метою лікування гідатидних кіст багато дослідників поєднують радикальний характер втручань з резекційними, зокрема й обширними, втручаннями. Поясненням цьому є необхідність максимально повного видалення фіброзної капсули кісти. На сьогодні доведеним вважається факт проникнення в товщу фіброзної капсули протосколексів, мікробної інфільтрації фіброзної капсули при нагноєнні кісти. Залишення фіброзної капсули збільшує не тільки ризик рецидиву захворювання, але й істотно підвищує ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень, пов'язаних із залишковою порожниною. Така ймовірність збільшується при ускладненому перебігу ехінококозу, коли відбулися зміни фіброзної капсули, що так чи інакше пов'язані із загибеллю паразита: звалнення і ригідність капсули, наявність з'єднання порожнини фіброзної капсули з жовчними протоками, порушення цілісності капсули і її мікробна інвазія при нагноєнні кісти. Тому видалення фіброзної капсули, безумовно, підвищує радикальність операції і зменшує ймовірність розвитку ускладнень [20, 33, 47, 68, 79, 100, 114, 120, 143, 165, 172, 188, 196, 215].</p>

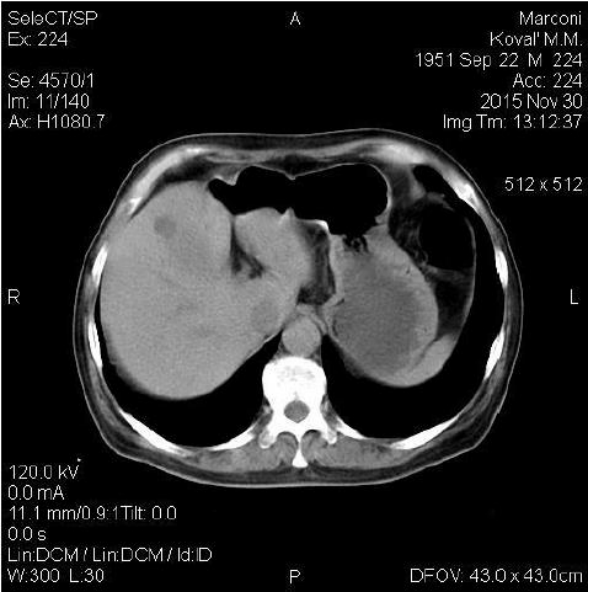
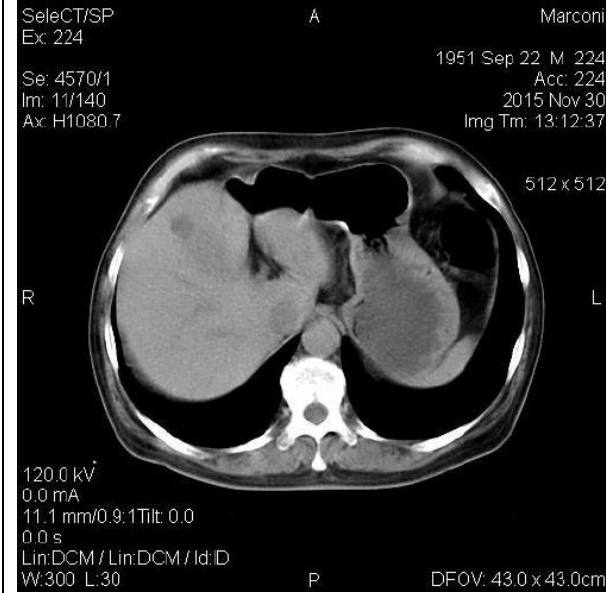
<p>покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	
<p>С. 30.</p>	<p>С. 15.</p>
<p>Abbas M. et al. обґрунтовано вважають, що переваги консервативних методів лікування над радикальними можна досягти тільки при неускладненому перебігу ехінококозу печінки. Заслугують на увагу дані Кахарова М. А. про пункційне лікування 23 пацієнтів з простими первинними солітарними кістами, що не містять дочірніх міхурів. Автор не відзначив справжніх рецидивів захворювання при спостереженні за хворими в термін від 6 місяців до 7 років. Таким чином, пункційні і консервативні методи лікування слід застосовувати за суворими показаннями і під час відсутності ускладнень ехінококозу.</p> <p>Рудаков В. О. і Полуктов Л. В. не спостерігали рецидивів після радикального лікування ехінококозу, тоді як пункційне склерозування кіст призвело до рецидиву захворювання в 16,6 % випадків.</p>	<p>Abbas M. et al. (2006) обґрунтовано вважають, що переваги консервативних методів лікування над радикальними можна досягти тільки при неускладненому перебігу ехінококозу печінки. Заслугують на увагу дані Кахарова М. А. (2003) про пункційне лікування 23 пацієнтів з простими первинними солітарними кістами, що не містять дочірніх міхурів. Автор не відзначив справжніх рецидивів захворювання при спостереженні за хворими в термін від 6 місяців до 7 років. Таким чином, пункційні і консервативні методи лікування слід застосовувати за суворими показаннями і під час відсутності ускладнень ехінококозом.</p> <p>Рудаков В. О. і Полуктов Л. В. (1997) не спостерігали рецидивів після радикального лікування ехінококозу, тоді як пункційне склерозування кіст призвело до рецидиву захворювання в 16,6% випадків.</p>
<p>С. 31.</p>	<p>С. 16.</p>
<p>Журавльов В. А. вважає, що методом вибору при лікуванні ехінококозу печінки повинна бути резекція печінки, мотивуючи свою позицію більшою травматичністю перицистектомії (22,2 % ускладнень) порівняно з резекцією печінки (9,3 % ускладнень). Безумовно, резекція печінки є кращим методом, оскільки відповідає принципам протипаразитарності.</p> <p>Однак, враховуючи, що ураження печінки при ехінококозі часто множинне і нерідко спостерігається залучення в патологічний процес центральних сегментів, вибір резекції як методу лікування слід проводити обережно, оскільки можлива втрата великої частини функціонуючої паренхіми печінки. Показанням до гемігепатектомії слід вважати переважне і масивне ураження однієї з часток печінки, коли такий обсяг операції виправданий щодо профілактики ускладнень з боку не ліквідованих повністю залишкових порожнин функціонально неповноцінної частки. В інших випадках, що стосуються уражень II і III сегментів печінки, крайового розташування кіст або навпаки, їх глибокого розташування в паренхімі печінки, доцільним є виконання економних резекцій – сегментарних або секторальних. При цьому може виникати необхідність у резекціях центральних сегментів печінки, які, безумовно, належать до найбільш складних втручань на цьому органі і повинні проводитися в умовах спеціалізованих відділень хірургічної гепатології [15, 53 56, 63, 77, 104, 122, 127, 136, 155, 159, 167, 178, 191].</p> <p>Повний збіг тексту разом із багатьма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Журавльов В. А. вважає, що методом вибору при лікуванні ехінококозу печінки повинна бути резекція печінки, мотивуючи свою позицію більшою травматичністю перицистектомії (22,2% ускладнень) порівняно з резекцією печінки (9,3% ускладнень). Безумовно, резекція печінки є кращим методом, оскільки відповідає принципам протипаразитарності.</p> <p>Однак, враховуючи, що ураження печінки при ехінококозі часто множинне і нерідко спостерігається залучення в патологічний процес центральних сегментів, вибір резекції як методу лікування слід проводити обережно, оскільки можлива втрата великої частини функціонуючої паренхіми печінки. Показанням до гемігепатектомії слід вважати переважне і масивне ураження однієї з часток печінки, коли такий обсяг операції виправданий щодо профілактики ускладнень з боку не ліквідованих повністю залишкових порожнин функціонально неповноцінної частки. В інших випадках, що стосуються уражень II і III сегментів печінки, крайового розташування кіст або навпаки, їх глибокого розташування в паренхімі печінки, доцільним є виконання економних резекцій – сегментарних або секторальних. При цьому може виникати необхідність у резекціях центральних сегментів печінки, які безумовно належать до найбільш складних втручань на цьому органі і повинні проводитися в умовах спеціалізованих відділень хірургічної гепатології [14, 26, 51, 74, 104, 122, 127, 136, 155, 159, 167, 178, 191, 206, 214, 228].</p>

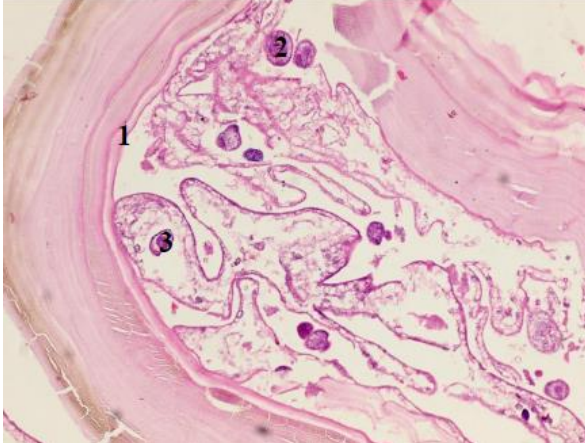
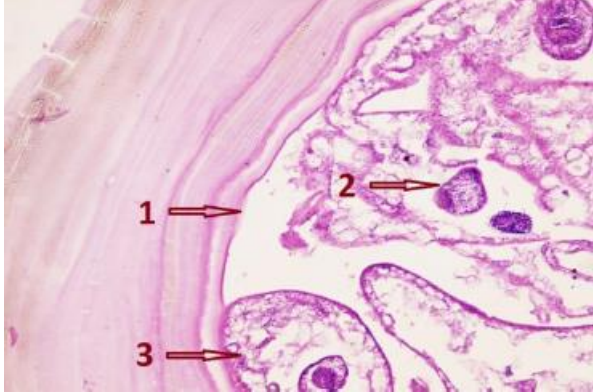
С. 31–32.	С. 16–17.
<p>Непаразитарні кісти. Непаразитарні кісти печінки включають гетерогенну групу захворювань, які відрізняються за етіологією, поширеністю та проявами від паразитарних кіст та пухлинних утворень печінки. Іноді диференційна діагностика може стати складним завданням. З поліпшенням методів діагностики та розвитком малоінвазивних технологій лікування печінкової кістозної хвороби продовжує розвиватися [11, 54, 139, 202].</p> <p>Кісти печінки спостерігаються приблизно у 5 % населення, а за даними аутопсії частота невиявлених паразитарних кіст печінки досягає 7 %. У жінок кісти трапляються в 3–5 разів частіше, ніж у чоловіків, проявляються в період між 30 і 50 роками життя. Згідно із сучасними патогенетичними підходами, справжні кісти в печінці виникають із аберантних жовчних ходів, тобто під час ембріонального розвитку не відбувається підключення до системи жовчних шляхів окремих внутрішньодолькових і міждолькових жовчних ходів, відсутність інволюції цих ходів є причиною розвитку кіст печінки [15, 16, 95, 154, 186, 209].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із багатьма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана. Доказом плагіату є збіг в наступних орфографічних помилках: «патогенетичними підходами.» (треба: «патогенетичними підходами»), «внутрішньодолькових» (треба: «внутрішньодолькових»).</p>	<p>Непаразитарні кісти. Непаразитарні кісти печінки включають гетерогенну групу захворювань, які відрізняються в етіології, поширеності та проявах, від паразитарних кіст та пухлинних утворень печінки. Іноді диференційна діагностика може стати складним завданням. З поліпшенням методів діагностики та розвитком малоінвазивних технологій, лікування печінкової кістозної хвороби продовжує розвиватися [11, 54, 139, 202].</p> <p>Кісти печінки спостерігаються приблизно у 1,8% населення, а за даними аутопсії частота невиявлених паразитарних кіст печінки досягає 1,86%. У жінок кісти трапляються в 3–5 разів частіше ніж у чоловіків, проявляються в період між 30 і 50 роками життя. Згідно із сучасними патогенетичними підходами, справжні кісти в печінці виникають із аберантних жовчних ходів, тобто під час ембріонального розвитку не відбувається підключення до системи жовчних шляхів окремих внутрішньодолькових і міждолькових жовчних ходів, відсутність інволюції цих ходів є причиною розвитку кіст печінки [16, 95, 154, 186, 209].</p>
С. 32.	С. 17.
<p>Хибні кісти розвиваються після травматичного центрального або підкапсульного розриву печінки, їх стінка складається з фіброзно зміненої тканини печінки. Хибні кісти можуть також утворюватися після лікування абсцесу печінки, ехінококкостомії. Зміст кіст печінки являє собою світлу прозору або буру прозору рідину з домішками крові або жовчі. Вони частіше трапляються в лівій долі печінки [5, 8, 142, 161, 176, 181, 197, 199, 201, 205].</p> <p>Справжні кісти печінки не піддаються інволюції і повільно збільшуються в розмірах. При патологоанатомічному дослідженні кісти постають порожнинами, заповненими лимонного кольору рідиною, мають різні розміри і кількість. Вони простелені епітелієм біліарного типу і не з'єднуються з ексреторними протоками [12, 29, 39, 72, 169, 200].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із багатьма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Хибні кісти розвиваються після травматичного центрального або підкапсульного розриву печінки, їх стінка складається з фіброзно зміненої тканини печінки. Хибні кісти можуть також утворюватися після лікування абсцесу печінки, ехінококкостомії. Зміст кіст печінки становить собою світлу прозору або буру прозору рідину з домішками крові або жовчі. Вони частіше трапляються в лівій долі печінки [142, 161, 176, 181, 197, 199, 201, 205, 213, 219, 223, 227].</p> <p>Справжні кісти печінки не піддаються інволюції і повільно збільшуються в розмірах. При патологоанатомічному дослідженні кісти постають порожнинами, заповненими лимонного кольору рідиною, мають різні розміри і кількість. Вони простелені епітелієм біліарного типу і не з'єднуються з ексреторними протоками [10, 39, 72, 169, 200].</p>
С. 32–33.	С. 17–18.
Таким чином, більша поширеність цієї форми	Таким чином, більша поширеність цієї форми

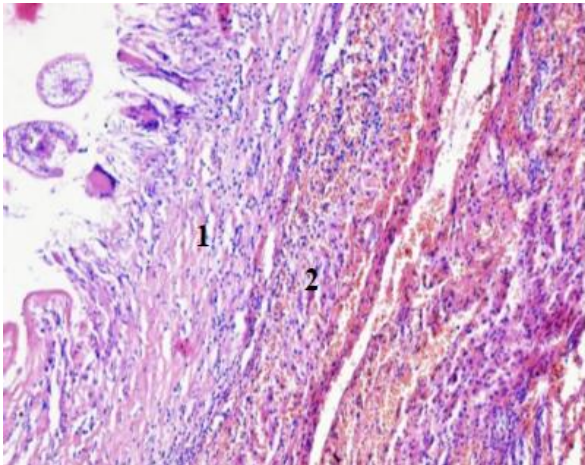
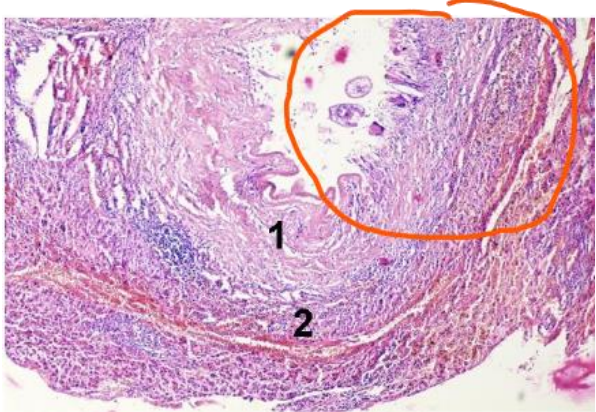
<p>вогнищевого ураження печінки робить актуальною проблему його хірургічного лікування.</p> <p>Головною особливістю непаразитарних кіст печінки є їх переважно, безсимптомний перебіг. Прояви хвороби (біль у правому підребер'ї та інших відділах живота) відмічаються рідко і пов'язані з розтягуванням капсули печінки або черевної стінки із здавленням прилеглих органів і жовчних проток. Провідними у визначенні діагнозу є інструментальні методи дослідження. Традиційно, виявлення у хворих вогнищевих уражень печінки є випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини або при КТ [15, 32, 33, 85, 88].</p> <p>Томографічні дослідження показують, що зі збільшенням розміру кісти об'єм паренхіми не збільшується, але збільшується печінка пропорційно до збільшення розміру кісти. Дослідники пропонують диференціювати маленькі кісти, діаметром до 3 см, середні 3–5 см і великі кісти, діаметром більше за 5 см. У більшості випадків діагностуються солітарні кісти – 61 %, полікістоз визначається значно рідше, в 3–5 % випадків.</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із багатьма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає вмісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>вогнищевого ураження печінки робить актуальною проблему його хірургічного лікування.</p> <p>Головною особливістю непаразитарних кіст печінки є їх переважно безсимптомний перебіг. Прояви хвороби (біль у правому підребер'ї та інших відділах живота) відзначаються рідко і пов'язані з розтягуванням капсули печінки або черевної стінки із здавленням прилеглих органів і жовчних проток. Провідними у визначенні діагнозу є інструментальні методи дослідження. Традиційно, виявлення у хворих вогнищевих уражень печінки є випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини, або при КТ [85, 88].</p> <p>Томографічні дослідження показують, що з ростом кісти об'єм паренхіми не збільшується, але збільшення печінки пропорційне до розміру кісти, що росте. Дослідники пропонують диференціювати маленькі кісти діаметром до 3 см, середні 3–5 см і великі кісти діаметром більше за 5 см. Солітарні кісти трапляються в 61% випадків, мультикістоз печінки в 36% випадків, полікістоз визначається значно рідше, в 1,87% до кількості виявлених кіст печінки.</p>
<p>С. 33.</p>	<p>С. 18.</p>
<p>У виборі показань до хірургічного лікування та визначенні обсягу та характеру оперативного втручання у хворих на полікістоз печінки необхідно дотримуватися диференційованої тактики, яка обумовлюється розміром кіст і локалізацією, наявністю ускладнень і супутніх захворювань [15, 46, 62, 202].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із покликанням [62]. Покликання [62] – це: Рагимов Г. С. Дифференційований вибор способу гемостаза и тактики хирургического лечения травматических поврежденной печени и селезенки (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.17 «Хирургия». – Махачкала, 2010.</p>	<p>У виборі показань до хірургічного лікування та визначенні обсягу та характеру оперативного втручання у хворих полікістозом печінки необхідно дотримуватися диференційованої тактики, яку обумовлює розмір кіст і локалізація, наявність ускладнень і супутніх захворювань [62, 225].</p> <p>Покликання [62] – це: Лупальцов В.И. Хирургическое лечение эхинококкоза и непаразитарных кист печени // Клінічна хірургія. – 2007. – №5/6. – С. 12.</p>
<p>С. 34.</p>	<p>С. 18.</p>
<p>Загалом, для лікування непаразитарних кіст печінки, на відміну від паразитарних кіст, більш широко застосовують тактику мініінвазивних втручань.</p> <p>Показами до оперативного лапароскопічного лікування непаразитарних кіст є нагноєння, розриви, кровотечі (абсолютні показання). Крім того, виділяють умовно-абсолютні показання: гігантська кіста будь-якої локалізації (більше за 10 см в діаметрі); кіста з центральним розташуванням у воротах печінки (зі здавленням біліарного тракту та / або з явищами портальної гіпертензії); кіста з вираженою клінічною картиною (постійні болі в</p>	<p>Загалом для непаразитарних кіст печінки, на відміну від паразитарних кіст, більш широко застосовують тактику мініінвазивних втручань.</p> <p>Показанням до оперативного лапароскопічного лікування непаразитарних кіст є нагноєння, розриви, кровотечі (абсолютні показання). Крім того, виділяють умовно-абсолютні показання: гігантська кіста будь-якої локалізації (більше за 10 см в діаметрі); кіста з центральним розташуванням у воротах печінки (зі здавленням біліарного тракту та / або з явищами портальної гіпертензії); кіста з вираженою клінічною картиною (постійні болі в</p>

<p>підребер'ї, диспепсичні явища, схуднення та ін.). Також лапароскопічні операції проводять при кістах великих розмірів (від 3 до 10 см в діаметрі); ізольованих кістах III–IV сегментів; рецидивних кістах печінки у разі неефективності пункційних методів лікування [15, 19, 22, 78].</p> <p>Техніка оперативного втручання залежить від стану пацієнта, результатів діагностичних процедур та відсутності протипоказів.</p> <p>Існує кілька видів операції, які мають різні техніки виконання [101, 140, 168, 195, 210].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із багатьма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>підребер'ї, диспепсичні явища, схуднення та ін.). Також лапароскопічні операції проводяться при кістах великих розмірів (від 3 до 10 см в діаметрі); ізольованих кістах III–IV сегментів; рецидивних кістах печінки у разі неефективності пункційних методів лікування [19, 22, 78].</p> <p>Техніка оперативного втручання залежить від стану пацієнта, результатів діагностичних процедур та відсутності протипоказань. Існує кілька видів операції, які мають різні техніки виконання [101, 140, 168, 195, 210].</p>
<p>С. 33–34.</p>	<p>С. 18–19.</p>
<p>Так, радикальна операція полягає у резекції або трансплантації печінки, що має на увазі часткове або повне видалення ураженої частини.</p> <p>При умовно-радикальних операціях виконують висічення стінок кісти або вилущування з використанням лапаротомного або лапароскопічного доступу. Крім того, варіантом оперативного втручання може бути видалення «даху» кісти із наступним обробленням стінок кісти електрокоагулятором або аргоноплазмовою коагуляцією [56, 69].</p> <p>Радикальні операції забезпечують невелику кількість рецидивів захворювання. Проте, поряд із цим, кількість ускладнень, що виникають при радикальних оперативних втручаннях, є більшою у порівнянні із умовно радикальними операціями [44, 62, 83, 96, 113].</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із усіма готовими покликаннями. Ці покликання є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>Так, радикальна операція полягає у резекції або трансплантації печінки, що має на увазі часткове або повне видалення ураженої частини.</p> <p>При умовно-радикальних операціях виконують висічення стінок кісти або вилущування з використанням лапаротомного або лапароскопічного доступу. Крім того варіантом оперативного втручання може бути видалення “даху” кісти із наступним обробленням стінок кісти електрокоагулятором або аргоноплазмовою коагуляцією [56, 69].</p> <p>Радикальні операції забезпечують невелику кількість рецидивів захворювання. Проте, поряд із цим, кількість ускладнень, що виникають при радикальних оперативних втручаннях є більшою у порівнянні із умовно радикальними операціями [44, 62, 83, 96, 113].</p>
<p>С. 34–35.</p>	<p>С. 19.</p>
<p>Лапароскопічні операції стають все більш популярними для лікування кіст печінки. Причиною цього є низка переваг лапароскопічного лікування, а саме: зниження післяопераційного болювого синдрому та дискомфорту, низька кількість рецидивів захворювання, рання мобілізація, короткий термін перебування в стаціонарі та реабілітаційний період, а також чудовий косметичний ефект. Проте, чітких показів до лапароскопічного лікування на даний час немає [15, 58, 75, 139].</p> <p>До мініінвазивних методик лікування кістозних уражень печінки також належить абляція порожнини кісти під контролем ультразвукового дослідження [107, 119, 121, 158, 163].</p> <p>Маніпуляція виконується наступним чином. Катетер розмірами 7Fr – 10Fr пункційно вводять в кісту під контролем ультразвукового дослідження. Після евакуації вмісту кісти, вводять склерозант. У якості склерозанту можна використовувати ета-</p>	<p>Лапароскопічні операції стають все більш популярними для лікування кіст печінки. Причиною цього є ряд переваг лапароскопічного лікування, а саме, зниження післяопераційного болювого синдрому та дискомфорту, низька кількість рецидивів захворювання, рання мобілізація, короткий термін перебування в стаціонарі та реабілітаційний період, а також чудовий косметичний ефект. Проте, чітких показів до лапароскопічного лікування на даний час немає [58, 75, 139].</p> <p>До мініінвазивних методик лікування кістозних уражень печінки також відноситься абляція порожнини кісти під контролем ультразвукового дослідження [107, 119, 121, 158, 163].</p> <p>Маніпуляція виконується наступним чином. Катетер розмірами 7Fr – 10Fr пункційно вводять в кісту під контролем ультразвукового дослідження. Після евакуації вмісту кісти, вводять склерозант. В якості склерозанту можна використовувати ета-</p>

<p>нол або оцтову кислоту. Кількість процедури абляції може варіювати від 1 до 3 і визначається терміном повної облітерації порожнини кісти [40, 59].</p> <p>Перспективи застосування АПК в разі кістозних паразитарних (гидатидних) уражень менш очевидні, ніж, наприклад, при непаразитарних. Однак, можна вважати, що обробка стінок справжніх кіст в режимі коагуляції, що містять секреторний епітелій, є надійним технічним прийомом у плані запобігання рецидиву цього захворювання.</p> <p>Майже повний збіг тексту разом із майже усіма готовими покликаннями. Покликання, що співпадають, є фальшивими, оскільки їхній зміст не відповідає змісту покликань з дисертації Стукана.</p>	<p>нол або оцтову кислоту. Кількість процедури абляції може варіювати від 1 до 3 і визначається терміном повної облітерації порожнини кісти [40, 59].</p> <p>Перспективи застосування АПК в разі кістозних паразитарних (гидатидних) уражень менш очевидні, ніж, наприклад, при непаразитарних. Однак, можна вважати, що випалювання стінок справжніх кіст, що містять секреторний епітелій, є надійним технічним прийомом в плані запобігання рецидиву даного захворювання.</p>
<p>С. 50–51.</p>	<p>С. 44–45.</p>
<p>(РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ)</p> <p>На рисунку 2.4 структура печінки в цілому однорідна, але із наявністю в паренхімі VII сегмента та на межі VIII та IV сегментів поодиноких невеликих додаткових порожнистих утворень округлої форми, із рівними чіткими контурами, рідинної структури, діаметром до 10,0 мм, до 14,0 мм та до 24,0 мм.</p> <p>КТ–заключення: КТ–ознаки нечисельних невеликих простих кіст печінки.</p>	<p>(РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ)</p> <p>На рис. 2.4. структура печінки цілому однорідна, але із наявністю паренхімі VII сегмента та на межі VIII та IV сегментів поодиноких невеликих додаткових порожнистих утворень округлої форми, із рівними чіткими контурами, рідинної структури, діаметром до 10,0 мм, до 14,0 мм та до 24,0 мм.</p> <p>КТ–заключення: КТ–ознаки небагаточисельних невеликих простих кіст печінки.</p>
<p>С. 51.</p>	<p>С. 44.</p>
 <p>Рис. 2.4. КТ–ознаки нечисельних простих кіст печінки (пацієнт А., 59 р.).</p> <p>Ідентичні фотографії і підписи до них.</p>	 <p>Рис. 2.4. КТ–ознаки небагаточисельних простих кісти печінки (пацієнт А., 59 років).</p>
<p>С. 51.</p>	<p>С. 45.</p>
<p>На рисунку 2.5 структура печінки в цілому однорідна, але з наявністю в паренхімі VII, IV та V сегментів додаткових порожнинних утворень, де-</p>	<p>На рис. 2.5. структура печінки в цілому однорідна, але з наявністю в паренхімі VII, IV та V сегментів додаткових порожнинних утворень, де-</p>

<p>що неправильної овальної форми, відносно рівними та чіткими контурами, рідинної структури, діаметром від 4,5 мм до 22,0 мм.</p> <p>КТ-заклучення: КТ-ознаки поодиноких простих кіст печінки.</p>	<p>що неправильної овальної форми, відносно рівними та чіткими контурами, рідинної структури, діаметром від 4,5 мм до 22,0 мм.</p> <p>КТ-заклучення: КТ-ознаки поодиноких простих кіст печінки.</p>
<p>С. 52.</p>	<p>С. 45.</p>
	
<p>Рис. 2.5. КТ-ознаки поодиноких простих кіст печінки (пацієнт К., 64 р.).</p> <p>Ідентичні фотографії і підписи до них.</p>	<p>Рис. 2.5. КТ-ознаки поодиноких простих кісти печінки (пацієнт К., 64 роки).</p>
<p>С. 94.</p>	<p>С. 57.</p>
<p>РОЗДІЛ 4. ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИН ПРИ ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ КІСТ ПЕЧІНКИ</p> <p>На сучасному етапі з'явилася велика кількість досліджень, присвячених ефективному застосуванню в різних галузях медицини аргонеплазмової коагуляції, в тому числі в хірургічній гепатології. Проте, ці дослідження знаходяться на початкових етапах, на сьогодні немає чітких рекомендацій щодо використання аргонеплазмової коагуляції при операціях на печінці. Не відпрацьовані критерії, що дозволяють обґрунтувати вибір методу електрокоагуляції залежно від розмірів і локалізації вогнищевих захворювань печінки, наявності ускладнень та клініко-лабораторних показників. Багато питань, що стосуються патоморфологічної характеристики кістозних уражень печінки, також залишаються ще недостатньо з'ясованими. Метою нашої роботи стало вивчити патоморфологічні зміни, що виникають в паренхімі печінки під впливом аргонеплазмової коагуляції в порівнянні із загальноприйнятим методом – монополярної коагуляції. Вирішенню саме такої задачі присвячений цей розділ нашого дисертаційного дослідження.</p> <p>4.1. Патоморфологічні зміни в печінці у хво-</p>	<p>РОЗДІЛ 3 ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПАРАЗИТАРНИХ І НЕПАРАЗИТАРНИХ КІСТАХ, ГЕАНГІОМАХ ТА В ОТОЧУЮЧІЙ ПАРЕНХІМІ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ АРГОНЕПЛАЗМОВОЇ КОАГУЛЯЦІЇ</p> <p>В даний час з'явилася велика кількість досліджень, присвячених ефективному застосуванню в різних областях медицини аргонеплазмової коагуляції, в тому числі в хірургічній гепатології. Проте ці дослідження знаходяться на початкових етапах, на сьогоднішній день немає чітких рекомендацій щодо використання даних операцій. Не відпрацьовані критерії, що дозволяють обґрунтувати вибір методу малоінвазивного оперативного втручання в залежності від розмірів і локалізації вогнищевих захворювань печінки, наявності ускладнень та клініко-лабораторних показників. Багато питань, що стосуються патоморфологічної характеристики кістозних (паразитарних та непаразитарних) уражень печінки також залишаються ще недостатньо з'ясованими. Отже метою нашої роботи стало вивчити патоморфологічні зміни, що виникають в паразитарних та непаразитарних кістах, гемангіомах і в оточуючій паренхімі печінки під впливом аргонеплазмової коагуляції в порівнянні із загальноприйнятим (традиційним) хірургічним методом лікування (ЗПХЛ). Вирішенню саме даної задачі присвячений цей розділ нашого дисертаційного</p>

<p>рих з ехінококовими кістами</p> <p>При гістологічному дослідженні кістозних стінок паразитарних кіст у 95 % випадків, визначалася характерна для гідатидного ехінококу багатошарова хітинова оболонка, яка складалася з гермінативного та кутикулярного шарів. Внутрішня паренхіматозна оболонка – зародкова (гермінативна) була представлена зернистою тканиною, багатою на глікоген та утворювала випинання у вигляді вивідних камер з протосколексами і дочірніми міхурами (рис. 4.1.).</p>	<p>дослідження.</p> <p>При гістологічному дослідженні кістозних стінок паразитарних кіст у 95% випадків, як після АПК, так і після ЗПХЛ визначалася характерна для гідатидного ехінококу шарувата хітинова оболонка, яка складалася з гермінативного та кутикулярного шарів. Внутрішня паренхіматозна оболонка – зародкова (гермінативна) була представлена зернистою тканиною, багатою на глікоген та утворювала випинання (вивідні камери) з протосколексами і дочірніми міхурами (рис. 3.1).</p>
<p>С. 95.</p>	<p>С. 58.</p>
 <p>Рис. 4.1. Гермінативна оболонка з вивідними камерами (1), протосколексами (2) та дочірніми міхурами (3). Гематоксилін й еозин, × 200.</p> <p>Очевидно, що в обох дисертаціях використана та сама фотографія, тільки фото в дисертації Стойки має менше збільшення.</p>	 <p>Рис. 3.1. Гермінативна оболонка з вивідними камерами (1), протосколексами (2) та дочірніми міхурами (3). Гематоксилін й еозин, х 200.</p>
<p>С. 95.</p>	<p>С. 59.</p>
<p>Товщина зародкового шару становила 0,01–0,025 мм, мікроскопічно він складався з двох шарів клітин – зовнішнього, прилеглого до кутикулярного шару, створеному з великих клітин, у яких інколи спостерігали відкладання вапняних тілець. Кутикулярний – був представлений утворенням товщиною близько 0,3–0,5 мкм з мікроросинками довжиною до 0,3 мкм, дистальні ділянки яких проникали в прилеглий шар кутикулярної оболонки.</p>	<p>Товщина зародкового шару складала 0,01 – 0,025 мм, мікроскопічно він складався з двох шарів клітин – зовнішнього, прилеглого до кутикулярного шару, створеному з великих клітин в яких інколи спостерігали відкладання вапняних тілець. Кутикулярний тегумент був представлений утворенням товщиною близько 0,3–0,5 мкм з мікроросинками довжиною до 0,3 мкм, дистальні ділянки яких проникали в прилеглий шар кутикулярної оболонки.</p>
<p>С. 95.</p>	<p>С. 60.</p>
<p>Навколо власної оболонки кісти формувалася фіброзна капсула. Хронічне запалення – основний механізм її утворення, що розвивається в прилеглих до ехінококової кісти тканинах. Дані зміни – запалення, етіологічно обумовлено дією на навколишню паренхіму і строму продуктів життєдіяльності паразита і тканинного розпаду. У фіброзній капсулі чітко виявлялися три шари – внутрішній, прилеглий до хітинової оболонки, гіаліновий і шар пухкої сполучної тканини з грануляціями, запальним інфільтратом та крововиливами (рис. 4.2).</p> <p>Доказом плагіату є скопійоване слово з помил-</p>	<p>Навколо власної оболонки кісти формувалася фіброзна капсула. В основі механізму її утворення лежить хронічне запалення, що розвивається в межуючих з ехінококовою кістою тканинах. Це запалення етіологічно обумовлено дією на оточуючу паренхіму і строму продуктів життєдіяльності паразита і тканинного розпаду. У фіброзній капсулі чітко виявлялися три шари – внутрішній, прилеглий до хітинової оболонки, гіаліновий і шар пухкої сполучної тканини з грануляціями, запальним інфільтратом та крововиливами (рис. 3.4).</p>

кою – «внутрішній» (треба – внутрішній).	
С. 96.	С. 60.
 <p>Рис. 4.2. Ехінококовий міхур (1), обмежений фіброзною капсулою (2) з гіалінозом, гігантоклітинною реакцією, крововиливами та хронічним запаленням. Гематоксилін й еозин, × 100.</p> <p>Та сама ситуація, що й з рис. 4.1 на с. 95. Очевидно, що в обох дисертаціях використана та сама фотографія, тільки тепер навпаки: фото в дисертації Стойки має більше збільшення. Відповідна ділянка на фото з дисертації Стукана обведена оранжевою лінією.</p>	 <p>Рис. 3.4. Ехінококовий міхур (1), обмежений фіброзною капсулою (2) з гіалінозом, гігантоклітинною реакцією, крововиливами та хронічним запаленням. Гематоксилін й еозин, x 100.</p>
С. 96.	С. 60–61.
<p>Внутрішній шар являв собою детрит, або шар некрозу, у якому траплялися живі і мертві протосколекси, епітеліоїдні клітини. Товщина цього шару була неоднакова, місцями він зникав повністю. У невеликих кістах некротичного шару не спостерігалось. У товщині гіалінового шару капсули переважала міжклітинна речовина з чіткою внутрішньою межею, яка складалася з пучків колагенових волокон, поодиноких макрофагів та фіброцитів.</p>	<p>Внутрішній шар являв собою детрит, або шар некрозу, в якому зустрічалися живі і мертві протосколекси, епітеліоїдні клітини. Товщина цього шару була неоднакова, місцями він зникав повністю. У невеликих кістах некротичного шару не спостерігалось. Товщина гіалінового шару також була різною. У цьому шарі капсули переважала міжклітинна речовина з чіткою внутрішньою межею, яка складалася з пучків колагенових волокон. З клітинних елементів в ньому зустрічалися поодинокі макрофаги та фіброцити.</p>
С. 96.	С. 61.
<p>У зовнішньому шарі фіброзної капсули міжклітинна речовина сполучної тканини була виражена значно слабше, ніж у внутрішньому. У ньому траплялися численні клітинні елементи, переважно фібробласти, а у невеликій кількості макрофаги, зернисті лейкоцити, лімфоцити і плазматичні клітини. Вони мали досить великі ядра, у яких виявлялися 1–2 ядрця. Цитоплазма клітин мала слабке базофільне фарбування.</p>	<p>У зовнішньому шарі фіброзної капсули міжклітинна речовина сполучної тканини було виражена значно слабше, ніж у внутрішньому. У ньому зустрічалися численні клітинні елементи, переважно фібробласти. Вони мали досить великі ядра, в яких виявлялися 1–2 ядрця. Цитоплазма клітин мала слабке базофільне фарбування. У цьому шарі були присутні також у невеликій кількості макрофаги, зернисті лейкоцити, лімфоцити і плазматичні клітини. Зрідка зустрічалися епітеліоподібні клітини, геморагічний детрит.</p>
С. 96–97.	С. 62.
<p>У 10 % випадків у фіброзній капсулі спостерігали вогнищеві деструктивні зміни, що займали до 7 % її внутрішньої поверхні, та виражене вогнищеве колагеноутворення. У навколишній склерозованій паренхімі печінки траплялися ділянки му-</p>	<p>У 10% випадків у фіброзній капсулі спостерігали осередкові деструктивні зміни, що займали до 7% її внутрішньої поверхні та виражене вогнищеве колагеноутворення. В оточуючій склерозованій паренхімі печінки зустрічалися ділянки му-</p>

<p>коїдного або фібриноїдного набухання сполучної тканини з переходом у фібриноїдний некроз та фрагментацією.</p> <p>Дані результати свідчать, що фіброзна капсула ехінокока має органоподібну структуру, що відрізняє її від рубцевих змін в тканинах, які виникають навколо сторонніх тіл. Відбувається формування васкуляризованої капсули замість знищення паразита макрофагами, або його ізоляції рубцем. Сформована капсула зберігає свою структуру, поки паразит життєздатний.</p>	<p>коїдного або фібриноїдного набухання сполучної тканини з переходом у фібриноїдний некроз та фрагментацією, глибокчим розпадом окремих сполучнотканинних волокон.</p> <p>Отже, можна констатувати, що фіброзна капсула ехінокока має органоподібну структуру, що відрізняє її від рубцевих змін в тканинах, які виникають навколо сторонніх тіл. Паразит змінює захисну запальну реакцію оточуючої тканини. Замість знищення паразита макрофагами, або його ізоляції рубцем, відбувається формування васкуляризованої капсули. Сформована капсула зберігає свою структуру, поки паразит життєздатний.</p>
<p>С. 97.</p>	<p>С. 72.</p>
<p>Постійний вплив ехінокока на паренхіму печінки, який викликав локальне хронічне запалення, з часом формування фіброзної капсули та життєздатності паразита сприяв атрофічним змінам у прилеглий паренхімі печінки. Також, у міру свого зростання кіста надає механічний вплив на навколишню тканину печінки, що призводить до її ішемії, порушення трофіки гепатоцитів і заміщенню паренхіми сполучною тканиною. Локально знижувалася функціональна здатність паренхіми з порушеннями всіх обмінних процесів.</p>	<p><...> Таким чином, у міру свого зростання кіста надає механічний вплив на навколишню тканину печінки, що призводить до її ішемії, порушення трофіки гепатоцитів і заміщенню паренхіми сполучною тканиною. <...></p>
<p>С. 102.</p>	<p>С. 70–71.</p>
<p>4.2. Патоморфологічні зміни в печінці у хворих з непаразитарними кістами</p> <p>Непаразитарні кісти печінки спостерігали у 57 випадках та за морфологічною будовою їх поділяли на справжні (60 %) та несправжні (40 %). Стінка несправжніх кіст була представлена ущільненою та фіброзованою паренхімою печінки у вигляді пухкої сполучної тканини з наявністю колагенових волокон, багатой капілярно-судинною мережею і незначним клітинним компонентом (фібробластами і поодинокими лімфоцитами) на межі з гепатоцелюлярною паренхімою. Справжні кісти склалися з фіброзної капсули, що за своєю будовою відповідала стінкам жовчновивідних шляхів та були вистелені циліндричним або сплюсненим кубічним епітелієм.</p>	<p>Непаразитарні кісти печінки спостерігали у 67 випадках та за морфологічною будовою поділяли їх на справжні (60%) та несправжні (40%). Множинні кісти були у 7 хворих, поодинокі кісти у 46 (68,6%) пацієнтів. Стінка несправжніх кіст була представлена ущільненою та фіброзованою паренхімою печінки у вигляді пухкої сполучної тканини з наявністю колагенових волокон, багатой капілярно-судинною мережею і незначним клітинним компонентом (фібробластами і поодинокими лімфоцитами) на межі з гепатоцелюлярною паренхімою. Справжні кісти склалися з фіброзної капсули, що за своєю будовою відповідали стінкам жовчновивідних шляхів та були вистелені циліндричним або сплюсненим кубічним епітелієм (рис. 3.10).</p>
<p>С. 102.</p>	<p>С. 71–72.</p>
<p>Вистилка залежала від розмірів кісти. Так, у кіст розміром до 50 мм епітеліальна вистилка була представлена однорядним циліндричним епітелієм із збільшенням діаметра кіст епітелій ставав кубічним або плоским. У тканині печінки, що розташована безпосередньо навколо кіст, спостерігалися ділянки з патологічними змінами: гепатоцити розташовані хаотично, мали місце ділянки зі склеротичними змінами, гіперпроліферацією жовчних проток. лімфогістіоцитарною інфільтрацією. У міру віддалення від кісти клітини печінки набували нормальної будови. Більш виражені фіброзні зміни і відсутність нормальної печінкової архітек-</p>	<p>Це залежало від їх розмірів, так у кіст розміром до 50 мм епітеліальна вистилка була представлена однорядним циліндричним епітелієм, із збільшенням діаметра кіст епітелій ставав кубічним або плоским. Тканина печінки, розташована безпосередньо навколо кіст, була місцями патологічно змінена: гепатоцити розташовані хаотично, мали місце ділянки зі склеротичними змінами, лімфогістіоцитарною інфільтрацією, гіперпроліферацією жовчних проток. У міру віддалення від кісти клітини печінки набували нормальної будови. Більш виражені фіброзні зміни і відсутність нормальної печінкової архітектоники були характерні для по-</p>

<p>тоніки були характерні для полікістозу у 10 % випадків. Таким чином, у міру свого зростання кіста надає механічний вплив на навколишню тканину печінки, що призводить до її ішемії, порушення трофіки гепатоцитів і заміщенню паренхіми сполучною тканиною. Ступінь вираженості морфологічних змін у паренхімі печінки також залежав від розмірів кіст.</p>	<p>лікістозу у 10% випадків. Таким чином, у міру свого зростання кіста надає механічний вплив на навколишню тканину печінки, що призводить до її ішемії, порушення трофіки гепатоцитів і заміщенню паренхіми сполучною тканиною. Ступінь вираженості морфологічних змін в паренхімі печінки також залежав від розмірів кіст, проте в порівнянні з ехінококовими кістами <...></p>
<p>С. 159.</p>	<p>С. 144.</p>
<p style="text-align: center;">ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>1. При плануванні оперативного втручання у хворих із кістами печінки слід враховувати дані ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії – методів, що володіють найбільшою чутливістю та специфічністю до такого комплексу патологій. <...></p> <p>3. При лікуванні пацієнтів із непаразитарними кістами печінки розмірами менше за 10,0 см, для зменшення больового синдрому, нормалізації загально-клінічних та лабораторних показників у післяопераційному періоді перевагу слід надавати лапароскопічним оперативним втручанням із обробкою залишкової порожнини аргоноплазмовою коагуляцією.</p>	<p style="text-align: center;">ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>1. При плануванні оперативного втручання у хворих із вогнищевими захворюваннями печінки слід враховувати дані ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії – методів, що володіють найбільшою чутливістю та специфічністю до даного комплексу патологій. <...></p> <p>3. При лікуванні пацієнтів із непаразитарними кістами печінки розмірами менше за 10,0 см, для зменшення больового синдрому, нормалізації загально-клінічних та лабораторних показників в післяопераційному періоді, перевагу слід надавати лапароскопічним оперативним втручанням із обробленням залишкової порожнини кісти аргоноплазмовою коагуляцією.</p>