

Український Журнал Хірургії

Українский Журнал Хирургии

Ukrainian Journal of Surgery

Науково-практичний журнал

Виходить чотири рази на рік
Заснований у квітні 2008 року

№ 3 (18), 2012

Донецьк
Асоціація хірургів Донецької області
2012

УДК 617(477)(051.2)

Головний редактор: П.Г. Кондратенко

Заступник головного редактора: О.І. Міміношвілі
Заступник головного редактора: М.В. Конькова

Відповідальний секретар: М.І. Смирнов
Секретар: Д.В. Соболев

Редакційна рада:

В.П. Андрощенко (Львів)
О.Є. Болроєв (Київ)
В.В. Бойко (Харків)
Г.В. Болдар (Донецьк)
В.І. Болдар (Луганськ)
С.М. Васильок (Івано-Франківськ)
І.Є. Верхульський (Донецьк)
С.В. Веселий (Донецьк)
В.О. Вишневіський (Москва)
О.Ф. Возіанов (Київ)
І.Д. Герич (Львів)
С.О. Гешелін (Одеса)
В.М. Грона (Донецьк)
В.В. Грубнік (Одеса)
Ф.І. Гольцамедов (Донецьк)
В.К. Денисов (Донецьк)
В.Г. Десятерик (Кривий Ріг)
І.Я. Дзюбановський (Тернопіль)
І.М. Дікан (Київ)
О.І. Дронов (Київ)
Ю.В. Думанський (Донецьк)
О.А. Епіфанцев (Донецьк)
І.П. Журило (Донецьк)
Б.С. Запорожченко (Одеса)
М.П. Захараш (Київ)
Н.В. Кабанова (Донецьк)
В.М. Казаков (Донецьк)
О.Є. Каніковський (Вінниця)
А.М. Кардаш (Донецьк)
В.Й. Кімакович (Львів)
В.М. Клименко (Запоріжжя)
Л.Я. Ковальчук (Тернопіль)
Я.Г. Колкін (Донецьк)
В.М. Копчак (Київ)
О.Г. Котенко (Київ)
Ф.Г. Кулячек (Чернівці)
О.В. Лгоненко (Полтава)
В.М. Лобас (Донецьк)
В.І. Лупальов (Харків)
В.І. Мамчич (Київ)
Б.О. Матвійчук (Львів)
М.М. Милуца (Запоріжжя)
С.О. Мунтян (Дніпропетровськ)
В.Г. Мішалов (Київ)
М.Ю. Нічитайло (Київ)
О.С. Ніконенко (Запоріжжя)
М.П. Павловський (Львів)
Ю.В. Поляченко (Київ)
М.П. Попик (Львів)
В.І. Ручин (Ужгород)
Ю.С. Семенов (Рівне)
Ю.П. Серняк (Донецьк)
І.Є. Селдаков (Донецьк)
В.О. Славний (Харків)
Т.І. Тамм (Харків)
М.І. Тутченко (Київ)
Я.П. Фелештинський (Київ)
П.Д. Фомін (Київ)
О.Ч. Халдизев (Сімферополь)
В.І. Черний (Донецьк)
В.О. Шапирський (Вінниця)
С.Д. Шаповал (Запоріжжя)
І.М. Шевчук (Івано-Франківськ)
І.В. Ярема (Москва)
В.Г. Ярешко (Запоріжжя)

Український
Журнал
Хірургії

Засновники:
Донецький національний
медичний університет
ім. М.Горького,
Асоціація хірургів Донецької
області

Свідчення про державну
реєстрацію:
КВ № 14759-370ПП від 17.12.2008

Видавель:
Асоціація хірургів Донецької
області

Адреса редакції і видавця:
83047, м. Донецьк,
вул. Багратіона, 19,
кафедра хірургії
Донецького національного
медичного університету
ім. М.Горького,
Асоціація хірургів Донецької
області

Адреса для кореспонденції:
83047, м. Донецьк, вул. Багратіона, 19
e-mail: ujk@dsmi.edu.ua
www: <http://www.ujk.dsmi.edu.ua>
тел.: (062) 221-57-64

Друк:
«Норд Комп'ютер»,
83003, Україна, м. Донецьк,
вул. Раєнкова, 6;
тел.: (062) 389-73-82
Свідчення суб'єкта видавничої
справи АОО № 737160 від 04.11.1998
Тираж 500 прим.
Замовлення № 1626

Журнал внесено в перелік наукових фахових видань України
Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009 № 1-05/2

Матеріали публікуються українською, російською, англійською мовами.
Усі статті рецензуються.

Рекомендовано до видання Вченою радою Донецького національного медичного університету
ім. М.Горького (протокол № 5 від 25.05.2012)

Цілювати або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції та з посиланням на джерело. Відповідальність за добір
та викладання фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці.

© Український журнал хірургії, 2012
© Асоціація хірургів Донецької області, 2012

ЗМІСТ
ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Гіперторакс – предиктор важкості протікання гострого панкреатиту
Русин В.І., Філіп С.С......5
- Профілактика і лікування ішемічних уражень кишечника при його вродженій обструктивній патології у дітей
Фодішев О.Д......9
- Тактика лікування хворих на цироз печінки з кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу, шлунка в останній з іншими ускладненнями портальної гіпертензії з застосуванням лапароскопічної техніки.
Тупченко М.І., Рудик Д.В......15
- Особливості проведення ендоскопічних досліджень, шлунково-кишкового тракту у хірургічних хворих та шляхи його оптимізації
Кейн А.Д., Коутт Л.М., Артюшенко М.Є......21
- Гепато-ренальна дисфункція на ґрунті інтоксикаційного синдрому у хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, послідовною з внутрішньою грижею
Васильок С.М., Галок В.М., Іванчина В.В., Яворський М.І., Клим'юк В.М......25
- Хірургіческая корекція і профілактика послеперитонеальних ускладненьні болезни Гиршпрунга у взрослых
Мирзыхидов М.М......30
- Перспективя застосування нових похідних прямидаду при носкомиальних інфекціях, викликаних грамнегативними мікроорганізмами
Шербак О.М., Андреева І.Д., Казмирчук В.В., Русак П.С., Менкус О.В......34
- Профілактика ранніх послеперитонеальних ускладнень при геріоопластикі послеперитонеальних вентральних грыж
Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Орехов А.А., Чибисов Л.П......38
- Патоморфологическое обоснование применения перемногого электромагнитного поля при лечении икстрареперической формы рожж
Ковригаленко П.С., Соболев В.В., Соболев Д.В., Мамисавацели З.С......41
- Значение иммунокоррекции в комплексной терапии бронхолегочных осложнений у больных с черепно-мозговой травмой
Масеррабейли И.Ш., Абдуллаев А.Д., Мирзоева В.С., Керимова Т.Б., Кулиев Э.Р......45
- Агрессивный фиброматоз у детей
Журило И.П., Литовка В.К., Грона В.Н., Иноземцев И.Н., Весельев С.В., Латышов К.В., Гулякин А.Ю., Литовка Е.В......49
- Профілактика інтраабдомінальних зрощень після перенесених гнійно-запальних захворювань органів черевної порожнини у дітей
Боднар Б.М., Усєуран А.М......54
- Hydrothorax – predictors of severity of acute pancreatitis process
Rusin V.I., Filip S.S......5
- The prophylaxis and treatment of ischemic defects of bowel at its congenital obstructive pathology in children
Fofanov O.D......9
- The tactics of laparoscopic treatment of patients with gastro-esophageal bleeding and other complications of portal hypertension with application of laparoscopic technics
Tupchenko M.I., Rudik D.V......15
- Peculiarity of conducting endoscopy and gastrointestinal tract examination in surgical patients and the ways of its optimization
Koeyn A.D., Koutt L.M., Artyushenko M.E......21
- Hepatorenal dysfunction based on intoxication syndrome in patients with acute adhesion intestinal obstruction, combined with ventral hernia
Vasyluk S., Galok V., Ivanchina V., Yavorsky M., Klimyuk V......25
- Surgical correction and preventive maintenance of the postoperative complications of girsprung disease in adults
Mirzakhidov M.M......30
- Prospects of new pyrimidine derivatives in nosocomial infections caused by gram-negative microorganisms
Shcherbak O.M., Andreeva I.D., Kazmirchuk V.V., Rusak P.S., Menkus E.V......34
- Prophylactics of early postoperative complications at hernioplasty of postoperative ventral hernias
Bondarev R.V., Chibisov A.L., Orlov A.A., Chibisov L.P......38
- Pathomorfologic grounding of application of alternating electromagnetic field in treatment of necrotizing erysipelas
Kovrygalenko P.S., Sobolev V.V., Sobolev D.V., Mamisavaceli Z.S......41
- The value of immunological disturbances in the development of bronchopulmonary complications in patients with traumatic brain injury
Maherrambeyli I.Sh., Abdullayev A.C., Mirzoeva V.S., Kerimova T.B., Kuliyev E.R......45
- Aggressive fibromatosis in children
Zhurilo I.P., Litovka V.K., Grona V.N., Inozemtsev I.N., Veselov S.V., Latyshov K.V., Guzykin A.Yu., Litovka E.V......49
- Prevention of intra-abdominal adhesion after previous serptic abdominal disease in children
Bodnar B.N., Usuryan A.M......54

- Особенности развития и профилактики осложненной плановой пульмоэктомии у больных раком легких в зависимости от функционального состояния респираторной системы
Винник Ю.А., Гаврилов А.Ю......57
- Паллиативное комбинированное лечение больных раком желудка с метастазами в печень
Сидюк А.В......62
- Шляхо прогнозування розвитку гострого післяопераційного панкреатиту у хірургічній практиці
Рідмиряк А.А......66
- Підвищення якості внутрішньої локалізації у дітей
Литовка В.К., Журило И.П., Сопов Г.А., Латышов К.В......70
- Застосування комплексної фармакотерапії для профілактики ранових ускладнень при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стіні
Грищенко С.Г......75
- Зміна імунного статусу постраждалих з постравама-тичними остеомиелитом довгих кісток кінцівок в процесі комплексного лікування
Бодяченко К.А......78
- З досвіду роботи
*Цитредуктивні оперативні втручання в лікуванні розповсюдженого раку яєчників
Гнатюк М.Н., Петрук Ю.Р., Лянсконський М.В., Райчук С.І.*.....83
- Иммуноное тело прямой кишки
Голев В.А., Андриченко С.В., Луценко Ю.Г......87
- Ущемлённая грыжа Рихтера параумбиликального трыакрального доступа после видеолапароскопической холцистэктомии
Кашпитарь А.В......89
- Случай злокачественной нейрогенной опухоли брыжейки толстой кишки у ребёнка
Журило И.П., Литовка В.К., Гулякин А.Ю......91
- ОГЛЯДИ
Лапароскопічне лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей
Зародзіченко А......93
- Хірургічне лічення рака лёгкого
Колеснік А.Р......99
- Лечение новообразований проксимального отдела внепеченочных желчных протоков
Курбанова Э.М......107
- Современные проблемы лечения гнойного артрита голеностопного сустава и возможные пути их оптимизации
Шадыко А.А......113
- Features of the development and prevention of complications in patients planned pulmonectomy lung cancer, depending on the functional state of the respiratory system
Vinnik Yu.A., Gavrilov A.Yu......57
- Palliative combined treatment of patients with cancer of stomach with metastasis in liver
Sidyuk A.V......62
- Forecasting of development of acute postoperative pancreatitis in surgical practice
Ridmiiryak A.A......66
- Prognosis tumors internal location in children
Litovka V.K., Zhurilo I.P., Sopov G.A., Latyshov K.V......70
- Application of complex pharmacotherapy in prevention of traumatic complications in anteroventral reconstructive surgery
Hryvenko S.H......75
- Changes of the immune state of victims with post-traumatic osteomyelitis of long bones of extremities in the course of complex treatment
Bodachenko K.A......78
- EXPERIENCE OF WORK
Cytoreductive operative interventions in the treatment of disseminated ovarian carcinoma
Hnatiuk M.N., Petruk Yu.P., Lianskonnskyi M.V., Raichuk S.I......83
- Foreign body of rectum
Golev V.A., Andrichenko S.V., Lutsenko Yu.G......87
- Strangulated Richter's hernia of paraumbilical tro-phy approach after videolaroscopic cholecystectomy
Kashpitary A.V......89
- The case of malignant neurogenic tumors of the mesentery of the colon in a child
Zhurilo I.P., Litovka V.K., Guzykin A.Yu......91
- REVIEWS
Laparoscopic treatment of acute surgical abdominal pathology in children
Zarozhichenko A......93
- Surgical treatment of lung cancer
Kolesnik A.P......99
- Treatment of neoplasms of proximal part of extrahepatic bile ducts
Kurbanova E.M......107
- Modern problems of treatment of purulent arthritis of talocrural joint and possible ways of their optimization
Schadko A.A......113

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.25-003.217:616.37-402-36.111-07

В.І. Русин, С.С. Флін

ГІДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ВАЖКОСТІ ПРОТІКАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ужгородський національний університет

В основі розвитку асептичних деструктивних ускладнень при гострому панкреатиті є стерильний некроз паренхіми підшлункової залози і/або позаочеревинної клітковини в комплексі з реактивними запальними змінами з боку навколишніх органів і тканин. Мета дослідження. Визначити діагностичну специфічність та чутливість гідротораксу при деструктивних формах гострого панкреатиту. Гідроторакс діагностований всього у 179 хворих, в тому числі при рентгенологічному обстеженні у 41 (22,9%), при ультразвуковому дослідженні у 101 (56,4%), при комп'ютерній томографії – у 37 (20,7%) пацієнтів. Дослідження зв'язку гідротораксу і важкості клінічного перебігу захворювання показали, що із 179 випадків він спостерігався при важкому гострому панкреатиті у 169 (94,4%) хворих. Розрахунок діагностичної специфічності, діагностичної чутливості і діагностичної ефективності дав, відповідно, результати: 98,8%, 48,2%, 73,5%. Гідроторакс був одностороннім у 82 із 179 (45,8%), в тому числі зліва у 71 (39,7%), справа у 11 (6,1%). Двухсторонній гідроторакс був у 97 (54,2%). Правосторонній гідроторакс виповняв переважно лівому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції в 42% спостережень, переважно центральному або 2-хсторонньому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції в 52% спостережень і лише в 5,3% був відмічений при правому розповсюдженні поза очеревиної деструкції. 2-хсторонній гідроторакс діагностований відповідно у 13,4%, в 73,1% і в 11,5% спостережень. Величина гідротораксу вимірювалась по розходженню плеуральних листків за даними ультразвукового дослідження. Вона складала від 0,2-0,5 см до 4-5 см. Розвиток гідротораксу великого об'єму не допускали, розходження плеуральних листків 4-5 см вважалось допустимим величиною і було показом до виконання плеуральної пункції. Особливість гідротораксу – супроводжувати протікання як правого, так і важкого форм панкреатитів. Особливість важкого гострого панкреатиту – дозволяти розповсюдити його в якості маркера важкості гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий панкреатит, гідроторакс, лікування.

Матеріал та методи

Гідроторакс у хворих на ГП представляє собою накопичення рідини в плеуральній порожнині внаслідок реакції плеуральних листків на деструктивно-запальний процес в клітковині верхнього поверху позаочеревинного простору «то сусідств». Реактивний характер гідротораксу при ГП підтверджується тим, що він спостерігався лише у 0,5% хворих на ГП без виявленого залучення в процес заочеревинної клітковини.

Гідроторакс діагностований всього у 179 хворих, в тому числі при рентгенологічному обстеженні у 41 (22,9%), при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у 101 (56,4%), при комп'ютерній томографії – у 37 (20,7%) пацієнтів. Частота розвитку гідротораксу залежить від розповсюдження деструктивного

процесу по підшлунковій залозі і позаочеревинній клітковині.

Висока частота розвитку гідротораксу спостерігається при субтотальному і тотальному панкреонекрозі (72,7% і 85,7% відповідно), а також у хворих з позаочеревинною деструкцією, яка займає 7 і більше анатомічних зон позаочеревинної клітковини (83,9%). У хворих дрібно-вогніщевим і великовогніщевим панкреонекрозом, і при позаочеревинній деструкції з ураженням менше 7 зон, частота розвитку гідротораксу складає 36-46% і 11-68% відповідно.

Подібна особливість гідротораксу – супроводжувати протікання як правого розповсюдження форм панкреонекрозу із значним ураженням позаочеревинної клітковини, дозволяла запропонувати його в якості маркера важкості ГП [2, 3]. Дослідження зв'язку гідротораксу і важкості клінічного перебігу захворювання показали, що із 179 випадків він спостерігався при важкому ГП у 169 (94,4%) хворих. Це дозволяє стверджувати, що якщо у хворого на ГП виявлений гідроторакс, це, з ймовірністю більше 94%, свідчить про наявність важкого ГП, що характеризує гідроторакс як високо специфічний критерій важкості гострого панкреатиту. Проте чутливість цього критерію невисока: серед всіх 351 хворих важким ГП гідроторакс спостерігався у 169 (48,2%). Розрахунок діагностичної специфічності (ДС), діагностичної чутливості (ДЧ) і діагностичної ефективності (ДЕ) дав, відповідно, результати: ДС=98,8%, ДЧ=48,2%, ДЕ=73,5%. Наявність гідротораксу достовірно корелює з важкістю ГП, що підтверджується критерієм Ші-квадрат з рівнем значимості $P < 0,05$. Це дозволяє характеризувати гідроторакс як високо специфічний, але низько чутливий критерій важкості ГП. На практиці це означає, що наявність гідротораксу у хворого на ГП з високою долею ймовірності свідчить про важкий ГП, в той же час як відсутність гідротораксу не може служити переконливим доказом для виключення важкого ГП.

Результати та обговорення

Гідроторакс був одностороннім у 82 із 179 (45,8%), в тому числі зліва у 71 (39,7%), справа у 11 (6,1%). Двухсторонній гідроторакс був у 97 (54,2%). Вивчення відповідності сторони локалізації гідроторакса і переважачою локалізації деструктивної процесу в позаочеревинній клітковині показало, що правосторон-

ній гідроторакс відповідав переважно правому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції у всіх 11 хворих. Лівосторонній гідроторакс відповідав переважно лівому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції в 42% спостережень, переважно центральному або 2-хсторонньому типу розповсюдження поза очеревиної деструкції в 52% спостережень і лише в 5,3% був відмічений при правому типі розповсюдження поза очеревиної деструкції. 2-х сторонній гідроторакс діагностований відповідно у 15,4%, в 73,1% і в 11,5% спостережень. Здатність гідроторакса відповідати як правило стороні ураження позаочеревинної клітковини дозволяє використовувати його в якості діагностичного орієнтира для визначення типу переважачою локалізації позачеревинної деструкції, тобто по оглядовій рентгенограмі труної клітки можна орієнтуватися у відношенні того, на якій стороні слід шукати панкреатогенну деструкцію. Таким чином, важливою особливістю протікання гідротораксу у хворих на ГП служить його роль як орієнтира переважачою стороні ураження позаочеревинної клітковини.

Величина гідротораксу вимірювалась по розходженню плеуральних листків за даними УЗД. Вона складала від 0,2-0,5 см до 4-5 см. Розвиток гідротораксу великого об'єму не допускали, розходження плеуральних листків 4-5 см вважалось допустимим величиною і було показом до виконання плеуральної пункції.

Гідроторакс вперше діагностувався по часу від 1 до 66 діб від початку захворювання, в тому числі в перші 10 діб у 149 хворих, що складало 83,2% по відношенню до хворих з гідротораксом. Середній термін виявлення гідротораксу склав серед них 6-7 діб. Пізніше 10 доби від початку захворювання гідроторакс вперше діагностований у 30 хворих, що складало 16,8%. Середній термін першого виявлення гідротораксу склав серед них 23-25 діб.

Виявлена частота і переважачою стороною появи гідротораксу дозволяють, перше, вважати його типовим раннім ускладненням ГП і пов'язувати його появу розвитком асептичних деструктивних ускладнень; по-друге, перше виявлення гідротораксу у левій частині хворих в середньому на 3-му тижні захворювання заставляє звернути на нього увагу, як на можливий маркер гнійно-деструктивних ускладнень, клінічні прояви яких розгортаються частіше всього саме в цей період захворювання.

ГИДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.И. Русин, С.С. Филиш

В основе развития асептических деструктивных осложнений при остром панкреатите является стертый некроз паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки в комплексе с реактивными воспалительными изменениями со стороны окружающих органов и тканей. Цель исследования – определить диагностическую специфичность и чувствительность гидроторакса при деструктивных формах острого панкреатита. Гидроторакс диагностирован всего в 179 больных, в том числе при рентгенологическом исследовании у 41 (22,9%), при ультразвуковом исследовании у 101 (56,4%), при компьютерной томографии – у 37 (20,7%) пациентов. Исследование связи гидроторакса и тяжести клинического течения заболевания показали, что из 179 случаев он наблюдался при тяжелом остром панкреатите в 169 (94,4%) больные. Расчет диагностической специфичности, диагностической чувствительности и диагностической адекватности дал соответственно результаты: 98,8%, 48,2%, 73,5%. Гидроторакс был обнаружен у 82 из 179 (45,8%) пациентов, в том числе слева – у 71 (89,7%), справа – у 11 (6,1%). Двусторонний гидроторакс был у 97 (54,2%). Преимущественно правому типу распространения забрюшинной деструкции у всех 11 больных. Левосторонний гидроторакс отмечал преимущественно левому типу распространения в 42% наблюдений, в основном центральному или 2-стороннему типу распространения забрюшинной деструкции в 52% наблюдений и только в 5,3% был отмечен при правом типе распространения забрюшинной деструкции. 2-сторонний гидроторакс диагностирован соответственно в 15,4%, в 73,1% и в 11,5% наблюдений. Величина гидроторакса измерялась в зависимости от расхождения левральных листков по данным ультразвукового исследования. Она составляла от 0,2-0,5 см до 4-5 см. Развитие гидроторакса большого объема не допускалось, расхождение левральных листков 4-5 см считалось допустимым при размерах и было показанием к выполнению плевральной пункции. Особенность гидроторакса – сопровождение течения как правило распространенных форм панкреонекроза со значительным поражением забрюшинной клетчатки, позволяло продолжать его в качестве маркера тяжести острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, гидроторакс, лечение.

ГИДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.И. Русин, С.С. Филиш

протікання, гідроторакс може бути рекомендований як чітка діагностична ознака асептичних деструктивних ускладнень з боку черевної порожнини і позаочеревинної клітковини. Окрім того він може бути використаний в якості критерія оцінки ефективності лікування асептичних деструктивних ускладнень, оскільки, як показано вище, їх поява, настання і регресія співпадають в 84,8% спостережень. В якості надійного маркеру у критерії оцінки ефективності лікування гнійних терія оцінки ефективності лікування гнійних ускладнень панкреонекрозу гідроторакс запропонованам не може бути, оскільки при них аналогічний показник складає не більше 67%. Оскільки гідроторакс є реактивним ускладненням на панкреатогенну деструкцію «по сусідству», основним методом його лікування була комплексна консервативна терапія основно-гнійного захворювання – острого панкреатиту. Плевральні пункції з евакуацією рідини застосовувались при наростаючому гідротораксі з розходженням листків плевири більше 4 см, а також при гідротораксі меншого об'єму, якщо була дихальна недостатність або рентгенологічні ознаки зміщення середостіння (див. рис.). Важливою особливістю безлеченого виділення плевральної пункції з приводу гідротораксу у хворих на ГП – відмова від плеврального пункції типулої точки пункції в 7-8 міжребер'ях по задньо-підпашвинній лінії. У хворих з важким ГП, які приймали лежачь у горизонтальному положенні на спині і мають парез кишківника, висока ймовірність зміщення куполу діафрагми і плеврального синуса вгору до 6-4 міжребер'я. Ось чому обов'язкова розмітка під контролем УЗД точки пункції в проекції найбільшого скопичення рідини, бажаний УЗД-контроль з приводу пункції і об'єм язиковий рентгенологічний контроль для виключення пневмотораксу і оцінки ефекту пункції після неї. У всіх випадках гідротораксу систематичні пункції і спостереження з УЗД-контролем дозволяють спостерігати процес. Після пункції спостерігалися поодинокі ускладнення, які пов'язані з інфікуванням і розвитком емпієми у 1 хворого, травмою легень і розвитком ненапруженого пневмотораксу ще у одного пацієнта. Ускладнення були ліквовані традиційними мікроприємами.

Ключевые слова: острый панкреатит, гидроторакс, лечение.

ГИДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.И. Русин, С.С. Филиш

Проведене у цьому зв'язку дослідження особливостей протікання гідротораксу у порівнянні з протіканням асептичних і гнійних деструктивних ускладнень з боку черевної порожнини і позаочеревинної клітковини у хворих на ГП показало, що:

- гідроторакс є маркером деструктивних ускладнень зі сторони черевної порожнини і позаочеревинної клітковини, який спостерігався при них у 169 із всіх 179 (94,4%) хворих з гідротораксом. Гидроторакс при відсутності позаочеревинних деструктивних ускладнень був тільки у 10 (5,6%) пацієнтів. Таким чином, виявлення гідротораксу у хворих на ГП в перші 10 днів захворювання з високою долею ймовірності свідчать про наявність інтраабдомінальних і/або позаочеревинних деструктивних ускладнень.
- гідроторакс може зникати по мірі ретрессії деструктивних ускладнень і з'являтися знову, якщо процес ускладнюється внаслідок прогресування деструкції або прислудування гнійної інфекції. Проте якщо поява, настання і ліквоція гідротораксу співпадають з появою, прогресуванням і зникненням асептичних деструктивних змін в позаочеревинній клітковині в 84,8% спостережень, то подібна кореляція протікання гідротораксу і гнійно-деструктивних ускладнень була чітко відмічена лише у 66,7% на що також вказують Э.А. Береснева, А.В. Гришин [2, 3].

Ключевые слова: острый панкреатит, гидроторакс, лечение.

Рис. Схема лкуально-диагностичного алгоритму при деструктивному панкреатиті

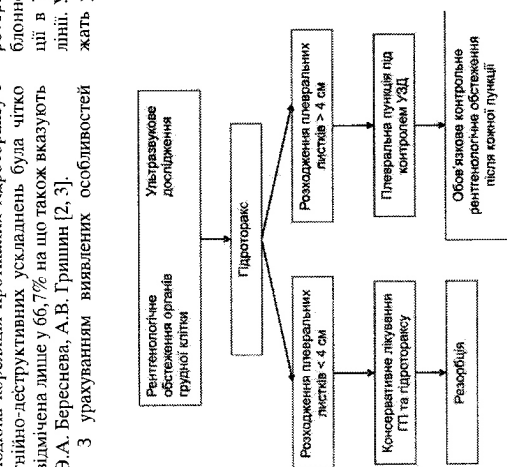


Рис. Схема лкуально-диагностичного алгоритму при деструктивному панкреатиті

thorax in destructive forms of acute pancreatitis. Hydrothorax diagnosed total of 179 patients, including the X-ray examination in 41 (22.9%) with ultrasound in 101 (56.4%), with computed tomography – in 37 (20.7%) patients. Research of connection of hydrothorax and severity of clinical disease showed that of 179 cases it was observed in severe acute pancreatitis in 169 (94.4%) patients. Calculation of diagnostic specificity, the diagnostic sensitivity and diagnostic efficiency gave, respectively, results: 98.8%, 48.2%, 73.5%. Hydrothorax was unilateral in 82 of 179 (45.8%), including left in 71 (39.7%), right in 11 (6.1%). A bilateral hydrothorax was in 97 (54.2%). Right hydrothorax corresponded mainly to right type of distribution of retroperitoneal destruction in all 11 patients. Left hydrothorax corresponded mainly to left type distribution of retroperitoneal destruction in 42% of cases, mainly central or 2-sided type distribution outside the peritoneal destruction in 52% of cases and only 5.3% was marked in the right type of retroperitoneal destruction beyond destruction. 2-sided hydrothorax diagnosed in 15.4% respectively, in 73.1% and 11.5% of observations. The size hydrothorax was measured by the difference of pleural leaves according to ultrasound. It was from 0.2-0.5 cm to 4-5 cm. The development of hydrothorax of large volume didn't assume difference of pleural leaves 4-5cm was considered permissible size and it was indication to perform pleural puncture. Feature hydrothorax – to accompany the flow usually common form of pancreatic necrosis with a significant lesion pozaocheruvynnoyi fiber allowed to offer it as a marker of severity acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, hydrothorax, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дрошов О.І. Тактика лікування хворих з острым панкреатитом. // О.І. Дрошов, І.О. Ковалюк // Хірургія України. – 2008. – № 4 (28) (податок №1). – С. 80-90.
2. Береснева Э.А. Возможность и значение рентгенологического метода для диагностики флегмоны забрюшинной клетчатки, развивающейся при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде // Э.А. Береснева, Г.Ю. Павеликова, П.А. Ивалов, А.В. Гришин // Наука – класика. Невский радиологический форум – 2005; Материалы II междунар. конгр., 9-12 апр. 2005 г. – СПб., 2005. – С. 80-81.
3. Возможность разных лучевых методов при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде // Э.А. Береснева, Э.Я. Дубров, А.В. Гришин [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита. – М.: НИИ СТИ. – 2007. – Т. 195. – С. 21-26.
4. Гострий мілярний панкреатит: обґрунтування диференціальних тактичних підходів // В.П. Андрущенко, Ю.С. Лисож, Д.М. Білок [та інші.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2011. – № 2 (41). – С. 14-17.
5. Гострий панкреатит. Певелюкості підпункції лівої / В.І. Русин, О.О. Болдыжар, А.В. Русин [та інші.] – Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. – 200 с.
6. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит // Кондратенко П.Г., А.А. Васильев, М.В. Кляшкова. – Донецьк, 2008. – 352 с.
7. Кочык В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування гнійних форм гострого панкреатиту // В.М. Кочык // Клінічна хірургія. – 2011. – № 5 (818). – С. 25-26.