

Міністерство охорони здоров'я України
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Асоціація хірургів Донецької області

Ministry of Health Service of Ukraine
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Association of Surgeons of Donetsk Region

Український Журнал
ХІРУРГІЇ

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ХІРУРГІЇ

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ ХИРУРГИИ

UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY

Науково-практичний журнал
Періодичність виходу 4 рази на рік
Заснований у квітні 2008 року

*Включений до наукометричних баз даних
Science Index, Google Scholar та Index Copernicus*

№ 3-4 (26-27), 2014



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

Передплатний індекс: 68571



Адреса редакції:

Україна, 04107, г.Київ, а/я 74

www.mif-ua.com

Електронні адреси для звертань

З питань публікації статей

edition.ugs@gmail.com

З питань передплати

info@mif-ua.com

Тел. +38 (044) 223-27-42

З питань розміщення реклами та інформації

про лікарські засоби

reclama@mif-ua.com

office@zaslavsky.kiev.ua

golubnichayan@gmail.com

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

*Рекомендовано до видання вченою радою Донецького
національного медичного університету ім. М. Горь-
кого, протокол № 5 від 16.05.2014 р.*

*Матеріали публікуються українською, російською,
англійською мовами.*

Усі статті рецензуються.

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 19629-9429ПР від 11.01.2013

Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 17,67.

Тираж 5000 прим.

Видавці
Заславський О.Ю.

Україна, 83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2182 від 13.05.2005 р.

Асоціація хірургів Донецької області

Друкарня «Астро»

Україна, 83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

Головний редактор

КОНДРАТЕНКО П.Г.

Заступники головного редактора

МІМІНОШВІЛІ О.І.

КОНЬКОВА М.В.

Відповідальний секретар

СМИРНОВ М.Л.

Редакційна колегія

Верхулецький І.Є.

(Донецьк)

Веселий С.В. (Донецьк)

Грона В.М. (Донецьк)

Гюльмамєдов Ф.І.

(Донецьк)

Денисов В.К. (Донецьк)

Думанський Ю.В.

(Донецьк)

Єпіфанцев О.А. (Донецьк)

Кардаш А.М. (Донецьк)

Колкін Я.Г. (Донецьк)

Лобас В.М. (Донецьк)

Ничитайло М.Ю. (Київ)

Русин В.І. (Ужгород)

Серняк Ю.П. (Донецьк)

Седаков І.Є. (Донецьк)

Усенко О.Ю. (Київ)

Фомін П.Д. (Київ)

Черній В.І. (Донецьк)

Редакційна рада

Андрюшенко В.П. (Львів)

Бабчак Мар'ян (Пряшів)

Березницький Я.С.

(Дніпропетровськ)

Бобров О.Є. (Київ)

Бойко В.В. (Харків)

Васильюк С.М.

(Івано-Франківськ)

Вишневський В.О.

(Москва)

Возіанов О.Ф. (Київ)

Гешелін С.О. (Одеса)

Гранов Д.А.

(Санкт-Петербург)

Грубнік В.В. (Одеса)

Десятерик В.І.

(Кривий Ріг)

Дзюбановський І.Я.

(Тернопіль)

Дикан І.М. (Київ)

Дронов О.І. (Київ)

Запорожченко Б.С.

(Одеса)

Захараш М.П. (Київ)

Іоффе І.В. (Луганськ)

Каніковський О.Є.

(Вінниця)

Клименко В.М.

(Запоріжжя)

Ковальчук Л.Я.

(Тернопіль)

Копчак В.М. (Київ)

Котенко О.Г. (Київ)

Кубишкін В.О. (Москва)

Кулачек Ф.Г. (Чернівці)

Лігоненко О.В. (Полтава)

Лупальцов В.І. (Харків)

Мамчич В.І. (Київ)

Матвійчук Б.О. (Львів)

Милиця М.М.

(Запоріжжя)

Мішалов В.Г. (Київ)

Мунтян С.О.

(Дніпропетровськ)

Назиров Ф.Г. (Ташкент)

Ніконенко О.С.

(Запоріжжя)

Полянський І.Ю.

(Чернівці)

Поляченко Ю.В. (Київ)

Попик М.П. (Львів)

Сипливий В.О. (Харків)

Скіпенко О.Г. (Москва)

Тамм Т.І. (Харків)

Тутченко М.І. (Київ)

Фелештинський Я.П.

(Київ)

Шаповал С.Д.

(Запоріжжя)

Шапринський В.О.

(Вінниця)

Шевчик Орест (Інсбрук)

Шевчук І.М.

(Івано-Франківськ)

Ярема І.В.

(Москва)

Ярешко В.Г. (Запоріжжя)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Український журнал хірургії, 2014

© Асоціація хірургів Донецької області, 2014

© Заславський О.Ю., 2014

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А.,
Юдин А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В.,
Кондратенко А.П.

Общие принципы консервативной
терапии острого панкреатита 7

Сипливий В.О., Акименко А.В., Євтушенко Д.В

Оцінка якості життя хворих
після спленектомії 17

Шаповал С.Д., Савон І.Л., Мартинюк В.Б.,
Василевська Л.А., Якунич А.М., Максимова О.О.

Дослідження впливу медикаментозної терапії
на мікроциркуляцію у хворих на ускладнений
синдром діабетичної стопи в залежності
від клінічної форми..... 22

Шкварковський І.В., Антонюк Т.В.,
Шкварковська Н.В.

Зменшення частоти високих ампутацій
як результат клінічного застосування методу
вакуум-кавітаційної санації гнійних ран
у хворих із синдромом діабетичної стопи 28

Дзюбановський І.Я., Футуйма Ю.М., Вітович Л.Є.

Органозберігаючі та органощадні
хірургічні втручання в лікуванні виразкової
хвороби шлунка..... 33

Мирзоян А. О., Патрикян Д. А., Егунян М. А.

Различные факторы отрицательно влияющие
на хирургическое лечение множественной
(поэтажной) гематомы при изолированной
черепно-мозговой травме..... 39

ORIGINAL RESEARCHES

Kondratenko P.G., Konkova M.V., Vasilev A.A.,
Yudin A.A., Dzhansyz I.N., Shirshov I.V.,
Kondratenko A.P.

General principles of conservative therapy
of acute pancreatitis 7

Syplyviy V.O., Akimenko A.V. Yevtushenko D.V.

Assessing the quality of life of patients
after splenectomy 17

Shapoval S.D., Savon I.L., Martynuk V.B.,
Vasilevska L.A., Yakunich A.N., Maksimova O.O.

Study of effect of therapy on microcirculation
in patients with complicated diabetic
foot syndrome depending
on the clinical forms 22

Shkvarkovskij I.V., Antoniuk T.V.,
Shkvarkovska N.V.

Decrease the incidence of amputations high
as a result of clinical application of vacuum-
cavitation d-bridgebment while of purulent
wounds in patients with a diabetic foot..... 28

Dzubanovskiy I. Ya., Futuyma Yu.M., Viytovych L. Ye.

The organpreserving and organsparing surgical
interventions in treatment of the ulcer disease
of stomach 33

Mirzoyan H.H., Patrtikyan D. A., Yegunyan M.A.

The various factors negatively
influencing on surgical treatment
of isolated traumatic intracranial multiple
hematoma 39

<i>Смирнова Н.Н., Онищенко Е.В., Мендзяк Р.М., Климачева И.Е.</i>	<i>Smirnova N.N., Onishchenko E.V., Mendzyak R.M., Klimacheva I.E.</i>
Болевой синдром при оперативных вмешательствах большой и средней травматичности 44	Pain in surgical interventions large and medium trauma 44
<i>Чорномидз А.В.</i>	<i>Chornomydz A.V.</i>
Клінічна оцінка використання водорозчинної форми кверцетину у комплексі «терапії обриву» гострого панкреатиту 52	Experience in water soluble form quercetin in "treatment break" of acute pancreatitis 52
<i>Братасюк А.М., Тернушчак Т.М., Дебречені К.О., Чопей І.В., Філіп С.С., Гечко М.М., Плоскіна В.Ю.</i>	<i>Bratasuk A.M., Ternushchak T.M., Debreceni K.O., Chohey I.V., Filip S.S., Hechko M.M., Ploskina V.Yu.</i>
Значення трансендоскопічної термометрії слизової оболонки шлунку в оцінці кровотоку у пацієнтів з атеросклерозом судин за даними ультразвукового дуплексного сканування екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій 57	The value of transendoscopy thermometry of gastric mucosa in the evaluation of blood flow in patients with atherosclerosis by duplex ultrasound of extracranial brachiocephalic arteries 57
<i>Бодяка В.Ю., Іващук О.І., Власов В.В., Козак І.О.</i>	<i>Bodyaka V.Yu., Ivashchuk O.I., Vlasov V.V., Kozak I.O.</i>
Особенности закрытия лапаростомии за острого поширеного перитоніту 62	Peculiarities of laparostomy wound closing is cases of acute systemic peritonitis 62
<i>Кондратенко П.Г., Койчев Е.А.</i>	<i>Kondratenko P.G., Koychev E.A.</i>
Программированные санации брюшной полости в комплексном лечении острого распространенного гнойного перитонита 68	Scheduled sanations of abdominal cavity in complex treatment of acute diffuse purulent peritonitis 68
<i>Костів С.Я., Венгер І.К., Ненашко І.А., Якимчук О.А.</i>	<i>Kostiv S. Ya., Venger I.K., Nenashko I.A., Yakimchuk O.A.</i>
Попередження ТЕЛА при післяопераційних тромбозах в системі нижньої порожнистої вени 74	Warning pulmonary embolism at postoperative thrombosis in the system of inferior vena cava 74
<i>Десятерик В.І., Котов О.В., Міхно С.П.</i>	<i>Desyteryk V.I., Kotov O.V., Mihno S.P.</i>
Особенности хирургического лечения послеоперационных попереково-боковых вентральных грыж 78	Features of surgical treatment of lumbar incisional hernia 78
<i>Дроняк М.М.</i>	<i>Dronyak M.M.</i>
Хірургічна тактика у хворих на післяопераційний перитоніт і внутрішньоочеревинні абсцеси 81	Surgical tactics in patients with postoperative peritonitis and intraperitoneal abscess 81
<i>Іващук С.І.</i>	<i>Ivashchuk S.I.</i>
Реактивна відповідь поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові хворих на гострий панкреатит залежно від генезу 86	Reactive response of peripheral blood polymorphonuclear neutrophils of patients to acute pancreatitis depending on genesis 86

Дзюбановський І.Я., Дзюбановський О.І.,
Галей М.М.

Диференційований підхід
до вибору методу лікування хворих
на обтураційну жовтяницю обумовлену
холедохолітіазом..... 94

Dzyubanovsky I.YA., Dzyubanovsky O.I.,
Galei M.M.

Differentiated approach
to the choice
of treatment of patients with obstructive
jaundice due to choledocholithiasis..... 94

Шраменко Е.К., Кузнецова І.В., Макаrchuk О.В.

Нефропротекція при острому пошкодженні
почек, викликаному тромбозом почечної
артерії 99

Shramenko K.K., Kuznetsova I.V., Makarchuk O.V.

Nephroprotection in Acute Kidney
Injury caused by Renal Artery
Thrombosis..... 99

Мирович Е.Д., Митюков В.А., Томашевський Н.І.,
Писаренко П.Н.

Медіо-латеральна епізіотомія в родах,
пролапс геніталії, урогенітальні
расстройства, сексуальна дисфункція;
хірургічна корекція
і оздоровительна реабілітація жінок 104

Mirovich E.D., Mityukov V.A., Tomaszewski N.I.,
Pisarenko P.N.

Medio-lateral episiotomy during childbirth,
prolapse, urogenital disorders,
sexual dysfunction; surgical correction
and rehabilitation of women
wellness..... 104

Каніковський О.Є., Бондарчук О.І., Карий Я.В.,
Бабійчук Ю.В.

Хірургічна тактика при лікуванні
ускладнених форм жовчнокам'яної
хвороби у хворих
похилого і старечого віку 109

Kanikovskiy O.Ye., Bondarchuk O.I., Karyi Ya.V.,
Babiichuk Yu.V.

Surgical approach to treatment
of complicated forms
of gallstone disease in elderly
and senile patients 109

Капшитарь А.В.

Первые результаты применения
ультразвукового исследования в
абдоминальной хирургии врачом-хирургом
ургентной бригады 113

Kapshytar A.V.

The first results of application
of ultrasound examination
in abdominal surgery
by the physician-surgeon of urgent brigade 113

Кравченко А.И.

Клинико-рентгенологическая верификация
цервикальной нестабильности позвоночника
у детей подросткового возраста..... 117

Kravchenko A.I.

Clinico-roentgenological
verification instability of cervical spine
in children..... 117

Брахми Ноамен Бен Амара

Комплаєнс больних хроническим
бескаменным холециститом, которым показано
оперативное лечение 121

Brahmi Noamen Ben Amara

Compliance patients with chronic
acalculous cholecystitis,
which operative treatment 124

ОГЛЯДИ ТА ДИСКУСІЇ

REVIEWS AND DISCUSSIONS

Грузинський О.В.

Роль бактерій роду Helicobacter в патогенезі
холелітіазу 126

Gruzinskiy A. V.

Role of Helicobacter species in choleliti asis
pathogenesis 126

Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Войтюк В.Н.,
Матвиенко В.А., Глазков А.И.

Диагностика и лечение гемангиом печени
(научный обзор) 131

*Khatsko V.V., Kuzmenko A.E., Voituk V.N.,
Matvienko V.A., Glazkov A.I.*

Diagnosis and treatment of hemangiomas
of the liver (scientific review) 135

ПОВІДОМЛЕННЯ З ПРАКТИКИ

Толмачев А.Г., Койчев Е.А., Деревянко А.В.

Успешное лечение мочепузырного свища
с помощью продленной вакуум-терапии 136

Tolmachev A.H., Koichev Ye.A. Derevianko A.V.

Successful Treatment of Vesical Fistula Using
Prolonged Vacuum Therapy 136

Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И.

Случаи успешного лечения раневого
сепсиса с отдаленными
септикопиемическими очагами 139

Balatsky E.R., Zuravleva J.I.

Cases of successful treatment
events of sepsis with remote septicopyemic
suppurative 139

*Воронов Н.В., Мещеряков В.В., Воронов А.Н.,
Субас Тхапа Магар*

К 75-летию еюногастропластики
по Е.И. Захарову 143

*Voronov N.V., Mesheryakov V.V., Voronov A.N.,
Subas Thapa Magar*

75th anniversary of Jejunogastroplasty by E.I.
Zakharov 143

ПИТАННЯ ПЕДАГОГІКИ

Кондратюк Э.Р.

Особенности преподавания хирургии
в медицинском колледже 147

Kondratyuk E.R.

Features of teaching of surgery
in medical college 147

До уваги авторів 150

Information for Authors 150

Анкета читателя 152

Reader's Questionnaire 152

ISSUES OF PEDAGOGY

УДК 616.37-036.11-08-039.73

КОНДРАТЕНКО П.Г., КОНЬКОВА М.В., ВАСИЛЬЕВ А.А., ЮДИН А.А.,
ДЖАНСЫЗ И.Н., ШИРШОВ И.В., КОНДРАТЕНКО А.П.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Цель исследования: представить общие принципы консервативной терапии острого панкреатита.

Материал и методы. С 1983 по 2013 годы в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе городской клинической больницы №16 г.Донецка на лечении находилось 7368 пациентов с острым панкреатитом. Возраст пациентов колебался от 18 до 89 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 86,5%. Мужчин было 5047 (68,5%), женщин – 2321 (31,5%), соотношение – 2 : 1. Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 3116 (42,3%) больных, от 25 до 72 ч — у 1503 (20,4%), более 72 ч — у 2749 (37,3%). У 3433 (46,6%) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), у 3264 (44,3%) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов, патология терминального отдела холедоха (так называемый «билиарный панкреатит») – у 383 (5,2%), другие причины – у 287 (3,9%). Оперировано 947 (12,9%) пациентов, консервативно пролечено – 6421 (87,1%).

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день бесспорным является то, что лечение всех больных острым панкреатитом должно осуществляться только в условиях хирургического стационара. Однако, в так называемом, общехирургическом отделении могут лечиться только больные с нетяжелым (отечным) панкреатитом. Пациенты с тяжелым (некротическим) панкреатитом должны сразу госпитализироваться в отделение интенсивной терапии.

Консервативное лечение нетяжелого острого панкреатита, как правило, трудностей не представляет. К этой категории относятся пациенты с отечным (интерстициальным) панкреатитом, а также с некротическим панкреатитом и объемом поражения поджелудочной железы не более 10%, как правило, без парапанкреатита. В абсолютном большинстве наблюдений лечение этих пациентов не требует применения дорогостоящих препаратов, острый панкреатит у них разрешается в течение 5-7 суток. Основные направления консервативного лечения нетяжелого острого панкреатита: обезболивающие средства, спазмолитические средства, препараты, подавляющие желудочную секрецию, инфузионная терапия, препараты, подавляющие секрецию поджелудочной железы, нутритивная поддержка.

Главные задачи интенсивной терапии при тяжелом остром панкреатите: поддержание жизни пациента, предотвращение развития системных осложнений заболевания, ограничение зоны парапанкреатита и инфицирования при некротическом панкреатите. Основными системными осложнениями острого панкреатита являются острая сердечно-сосудистая, дыхательная и почечная недостаточность. В связи с поздним обращением большинства пациентов за медицинской помощью, к глубокому сожалению, мы не в состоянии повлиять на ограничение зоны некроза в самой поджелудочной железе (как правило, это происходит в ближайшие часы от начала заболевания!).

Основные направления комплексной консервативной терапии при тяжелом остром панкреатите: адекватное обезболивание, гемодинамическая поддержка, антимикробная терапия, нутритивная поддержка, профилактика образования острых гастродуоденальных язв и эрозий, подавление секреторной функции поджелудочной железы, купирование эндогенной интоксикации, респираторная поддержка, иммунозаместительная терапия, коррекция нарушений гемостаза и профилактики тромбоза глубоких вен.

По моему мнению, как при асептическом, так и инфицированном некротическом панкреатите отличий в интенсивной терапии практически нет. Исключение составляет лишь раздел «подавление секреторной функции поджелудочной железы». Эти препараты целесообразно применять лишь в первые часы от нача-

© Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А.,
Юдин А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В.,
Кондратенко А.П., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

ла болезни, но такая возможность встречается достаточно редко. Вместе с тем в процессе лечения могут на первый план могут выходить те или иные осложнения, коррекция которых потребует усиления какого-то конкретного направления интенсивной терапии.

Заключение. Медикаментозная терапия является чрезвычайно важным компонентом комплексного лечения пациентов с острым панкреатитом. Полноценная консервативная терапия в сочетании с адекватным хирургическим пособием — это залог успеха лечения острого панкреатита. Сегодня не вызывает сомнений тезис о том, что активная консервативная терапия должна быть начата как можно раньше, т.е. сразу же при поступлении больного. Основным принципом комплексной консервативной терапии является ее полнота, индивидуальная обоснованность и воздействие на все механизмы патогенеза острого панкреатита с обязательным учетом стадии воспалительного процесса, осложнений со стороны брюшной и плевральной полостей, а также системных осложнений.

Приведенные основные направления консервативного лечения острого панкреатита не являются исчерпывающими. Это лишь попытка поделиться с коллегами нашим скромным опытом лечения такой грозной патологии, как острый панкреатит. В настоящее время хирурги и анестезиологи располагают целым рядом высокоэффективных лекарственных средств и различных вспомогательных мероприятий для обеспечения высокого лечебного эффекта консервативной терапии. Однако до полной победы, к сожалению, еще очень и очень далеко.

Ключевые слова: острый панкреатит, консервативная терапия.

«Острый панкреатит — наиболее ужасное из всех острых заболеваний органов брюшной полости. Внезапность начала, беспрецедентное по тяжести страдание, вызванное этой болезнью, и летальность, ею обусловленная, позволяют назвать ее наиболее устрашающей из всех возможных катастроф».

Lord B. Moynihan (1925)

Первое описание острого панкреатита, правда это были секционные данные, принадлежит Alberti, которое он сделал в 1578 году. Таким образом, на сегодняшний день история изучения острого панкреатита насчитывает 436 лет! Однако, несмотря на столь почтенный возраст проблема диагностики и лечения данной патологии, по-прежнему, остается не только актуальной, но и весьма далекой от своего окончательного разрешения [5]. Это объясняется и сложностью патогенеза заболевания, и невозможностью прогнозировать течение болезни, и объемом вовлечения в воспалительный процесс, как поджелудочной железы, так и забрюшинной клетчатки, и поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, и многими другими причинами [1, 3, 4].

Правда справедливости ради необходимо отметить, что даже в начале XX века острый панкреатит описывался скорее как казуистика и лишь с середины XX века он по-настоящему привлек к себе внимание многочисленных исследователей. В значительной степени это объяснялось отсутствием надежных методов лабораторной и инструментальной диагностики данной патологии. В настоящее время в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит прочно занял второе место и уступает пальму первенства лишь острому аппендициту [5, 21]. Более того в последние годы отмечается постоянное увеличение пациентов с данной патологией. В странах Западной Европы заболеваемость острым панкреатитом ежегодно возрастает на 10 случаев в год на каждые 100000 населения. При этом наблюдается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости среди лиц работоспособного возраста.

Примерно у 80-85% пациентов наблюдается тяжелый острый панкреатит, представленный преимущественно его отечной формой (летальность, как правило, отсутствует). Однако у 15-20% больных развивается острый некротический панкреатит, который требует не только интенсивного и дорогостоящего лечения, но и обуславливает высокую как общую, так и послеоперационную летальность [3-5, 8]. «Ранние токсемические» и «поздние септические» осложнения некротического панкреатита, по-прежнему, остаются основной причиной смерти, варьируя в пределах 20-45%. При этом, если при асептическом панкреонекрозе, летальность обычно не превышает 10%, то смертность при генерализованном инфицированном процессе достигает 80% [4, 9-11, 13-15, 17, 18].

Есть и еще одно обстоятельство, обуславливающее актуальность проблемы лечения острого панкреатита — это экономика. Так в Великобритании фактическая стоимость лечения 1 пациента с острым панкреатитом составляет от £ 9.296 до £ 33.796. В 2012 г. в США расходы на лечение пациентов с ОП составили \$ 2,6 млрд. (210 000 случаев острого панкреатита). Таким образом, стоимость лечения 1 пациента в условиях стационара в среднем составила ~ \$ 12.380. К сожалению, в Украине подобной статистики нет, а вместе с тем заболеваемость острым панкреатитом в США и в Украине практически одинакова — 67 случаев на 100000 населения [1, 5, 21].

Успех лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом во многом зависит от эффективного сочетания адекватной хирургической тактики (имеются в виду показания к операции, сроки его выполнения, объем самого вмешательства) и комплексной интенсивной терапии (медикаментозной и инфузионной).

За последние несколько десятилетий тактика ведения больных острым панкреатитом значительно эволюционировала. Период агрессивной хирургической тактики с применением больших по объему и травматичных операций сменился периодом чрезмерного консерватизма. Однако оба подхода в конечном итоге были отвергнуты. Причина — очень высокая как общая,

так и послеоперационная летальность. В последнее время все большее число хирургов отдает предпочтение тактике, в основу которой положены знание фаз течения болезни, точная диагностика формы и осложнений острого панкреатита в сочетании с использованием значительно менее травматичных хирургических вмешательств (пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука, лапароскопии, люмботомии и др.) [3, 5-8, 10-12, 15, 19, 20].

Медикаментозное лечение острого панкреатита за это время также претерпело существенные изменения. Его следует рассматривать как очень важную составную часть комплексной консервативной терапии является ее полнота, индивидуальная обоснованность и воздействие на все механизмы патогенеза острого панкреатита.

Ушли в прошлое назначение голода, локальной гипотермии (внутрижелудочной или путем накладывания на переднюю брюшную стенку в проекции поджелудочной железы пузыря со льдом, поясов с циркулирующей в них холодной водой), наркотических анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных и антиаллергических средств, 5-фторурацила, аминокaproновой кислоты, внутривенного введения 0,25% раствора новокаина, выполнение регионарных новокаиновых блокад (субксифидальной, двусторонней паранефральной, пограничного симпатического ствола и чревных нервов, параперитонеальной, забрюшинного пространства и др. [2].

Пересматриваются показания к применению отдельных, ранее часто используемых методик. В частности, дренирование главного лимфатического протока постепенно исключается из арсенала детоксикационных методов, в то время как лапароскопическая санация брюшной полости находит все более широкое применение. Хирурги и анестезиологи более дифференцированно подходят к назначению медикаментозного лечения при отечном и некротическом панкреатите [5-7, 10, 14, 16, 18].

Вместе с тем при остром панкреатите по-прежнему применяется большое число самых различных лекарственных средств и окончательного выбора в пользу не только тех или иных препаратов, но даже групп препаратов пока нет. Это свидетельствует об отсутствии единой концепции в лечении данного заболевания [2, 3].

Все изложенное побудило нас высказать свою точку зрения по вопросу консервативной терапии острого панкреатита.

Материал и методы

С 1983 по 2013 годы в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе городской клинической больницы №16 г.Донецка на лечении находилось 7368 пациентов с острым панкреатитом. Возраст пациентов колебался от 18 до 89 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 86,5%. Мужчин было 5047 (68,5%), женщин — 2321 (31,5%), соотношение — 2 : 1. Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 3116 (42,3%) больных, от 25 до 72 ч — у 1503 (20,4%), более 72 ч — у 2749

(37,3%). У 3433 (46,6%) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), у 3264 (44,3%) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов, патология терминального отдела холедоха (так называемый «билиарный панкреатит») — у 383 (5,2%), другие причины — у 287 (3,9%). Оперировано 947 (12,9%) пациентов, консервативно пролечено — 6421 (87,1%).

Результаты и обсуждение

Организация лечения пациентов с острым панкреатитом — одна из ключевых задач, правильное решение которой позволяет существенно улучшить результаты лечения этой тяжелой и не всегда прогнозируемой патологии.

На сегодняшний день бесспорным является то, что лечение всех больных острым панкреатитом должно осуществляться только в условиях хирургического стационара. Однако, в так называемом, общехирургическом отделении могут лечиться только больные с нетяжелым (отечным) панкреатитом. Пациенты с тяжелым (некротическим) панкреатитом должны сразу госпитализироваться в отделение интенсивной терапии.

Вместе с тем, наилучшие результаты лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом, могут быть получены только в условиях специализированных центров, обеспеченных не только необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, медикаментами и инфузионными средами, но и, прежде всего, высококвалифицированными специалистами — хирургами, врачами интенсивной терапии, анестезиологами, радиологами, в т.ч. интервенционными, эндоскопистами-хирургами, специалистами по нутритивной поддержке и др.

Первоочередные задачи в условиях хирургического или специализированного отделения заключаются в следующем:

— точный диагноз острого панкреатита (форма острого панкреатита, осложнения и т.д.) должен быть установлен в течение 24 ч от момента госпитализации больного, для чего используют наиболее доступное ультразвуковое исследование или же компьютерную томографию или магниторезонансную томографию;

— этиология острого панкреатита должна быть установлена, по меньшей мере, у 80% больных, при этом число идиопатического панкреатита не должно превышать 20%;

— степень тяжести острого панкреатита должна быть определена сразу после госпитализации больного и через 48 ч (критерии синдрома системного воспалительного ответа, шкалы MODS, SOFA, APACHE II и др.);

— при билиарном панкреатите патология со стороны большого сосочка двенадцатиперстной кишки и холедоха должна быть устранена в течение 24-48 ч от момента госпитализации (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция и др.).

— в самые кратчайшие сроки должна быть начата комплексная интенсивная терапия, в первую очередь у пациентов с тяжелым панкреатитом.

Консервативное лечение нетяжелого острого панкреатита, как правило, трудностей не представляет. К этой категории относятся пациенты с отечным (интерстициальным) панкреатитом, а также с некротическим панкреатитом и объемом поражения поджелудочной железы не более 10%, как правило, без парапанкреатита. В абсолютном большинстве наблюдений лечение этих пациентов не требует применения дорогостоящих препаратов, острый панкреатит у них разрешается в течение 5-7 суток. **Основные направления консервативного лечения нетяжелого острого панкреатита:**

1. **Обезболивающие средства** — лорноксикам (ксефокам), декскетопрофен (дексалгин), кеторолак (кеторол), метамизол натрия (анальгин), метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид (баралгин, спазган) и др.

2. **Спазмолитические средства** — дротаверин (ношпа), платифиллин, папаверин, мебеверин (дуспаталин), пинаверия бромид (дигестел). К преимуществам последних двух препаратов можно отнести то, что они селективно, уменьшают двигательную активность кишечника, оказывают обезболивающий эффект и избирательно действуют на сфинктер Одди, вызывая его релаксацию, а к недостаткам — их таблетированные формы выпуска.

3. **Препараты, подавляющие желудочную секрецию:**
— ингибиторы протонной помпы: пантопразол (контролок), эзомепразол (нексиум), омепразол (омез) — 40 мг в/в через 12 ч в течение 3 суток с последующим переходом на пероральный прием;

— антацидные препараты: маалокс, алмагель, и др.

4. **Инфузионная терапия** (раствор Рингера, физиологический раствор и т.д.) из расчета 10-20 мл на кг массы тела больного.

5. **Препараты, подавляющие секрецию поджелудочной железы** (октреотид — 300-600 мкг/сут), целесообразно использовать лишь в ближайшие часы от начала приступа острого панкреатита!

6. **Нутритивная поддержка** — пероральный прием стандартных комбинированных и полностью сбалансированных питательных смесей с последующим переходом на стол №1.

Интенсивная терапия тяжелого острого панкреатита. В отделении интенсивной терапии пациентам с тяжелым острым панкреатитом в первую очередь необходимо выполнить следующие мероприятия:

— катетеризировать центральную вену;

— определить величину ЦВД;

— подключить монитор для контроля основных жизненно важных показателей состояния организма человека (ЭКГ-монитор, пульсоксиметр и др.);

— катетеризировать мочевого пузыря.

Стандарт мониторинга в отделении интенсивной терапии включает:

— ЭКГ с подсчетом ЧСС;

— сатурацию крови кислородом;

— определение АД инвазивным методом в автоматическом режиме с интервалом 3-5 минут;

— определение ЦВД;

— капнографию;

— определение частоты дыхания;

— термометрию;

— почасовой диурез.

Главные задачи интенсивной терапии при тяжелом остром панкреатите: поддержание жизни пациента, предотвращение развития системных осложнений заболевания, ограничение зоны парапанкреатита и инфицирования при некротическом панкреатите. Основными системными осложнениями острого панкреатита являются острая сердечно-сосудистая, дыхательная и почечная недостаточность. В связи с поздним обращением большинства пациентов за медицинской помощью, к глубокому сожалению, мы не в состоянии повлиять на ограничение зоны некроза в самой поджелудочной железе (как правило, это происходит в ближайшие часы от начала заболевания!).

Основные направления комплексной консервативной терапии при тяжелом остром панкреатите:

— адекватное обезболивание;

— гемодинамическая поддержка;

— антимикробная терапия;

— нутритивная поддержка;

— профилактика образования острых гастродуоденальных язв и эрозий;

— подавление секреторной функции поджелудочной железы;

— купирование эндогенной интоксикации;

— респираторная поддержка;

— иммунозаместительная терапия;

— коррекция нарушений гемокоагуляции и профилактика тромбоза глубоких вен.

По нашему мнению, как при асептическом, так и инфицированном некротическом панкреатите отличий в интенсивной терапии практически нет. Исключение составляет лишь раздел «подавление секреторной функции поджелудочной железы». Эти препараты целесообразно применять лишь в первые часы от начала болезни, но такая возможность встречается достаточно редко. Вместе с тем в процессе лечения могут на первый план могут выходить те или иные осложнения, коррекция которых потребует усиления какого-то конкретного направления интенсивной терапии.

1. **Адекватное обезболивание:**

— продленная эпидуральная анестезия — у всех пациентов с тяжелым острым панкреатитом!

— обезболивающие средства: лорноксикам (ксефокам), декскетопрофен (дексалгин), налбуфин, кеторолак (кеторол), метамизол натрия (анальгин), метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид (баралгин, спазган) и др.

— спазмолитические средства — дротаверин (ношпа), платифиллин, папаверин, мебеверин (дуспаталин), пинаверия бромид (дигестел).

Нестероидные противовоспалительные препараты (в частности лорноксикам) при тяжелом остром панкреатите должны применяться длительно (в течение 1-2 недель). Это обусловлено их противовоспалительным действием, поскольку они подавляют синтез про-

стагландинов (за счет угнетения циклооксигеназы) и опосредованно других медиаторов воспаления (таких как кинины), ингибируют высвобождение кислородных радикалов из активированных лейкоцитов, что при тяжелом остром панкреатите не менее важно, чем их обезболивающий эффект.

2. Гемодинамическая поддержка. Одним из основных звеньев патогенеза острого некротического панкреатита является гиповолемия и связанные с ней нарушения макро- и микрогемодинамики. Снижение объема циркулирующей крови за счет секвестрации жидкости влечет за собой выраженные нарушения микроциркуляции во внутренних органах.

Циркуляторная недостаточность и возникающая в результате этого спланхическая ишемия с развитием синдрома кишечной недостаточности, приводит к повреждению барьерной функции кишечника, что способствует бактериальной транслокации с развитием инфекционных осложнений и синдрома мультиорганной дисфункции.

Однако самым приоритетным направлением проведения интенсивной терапии является корригирующая инфузионно-трансфузионная терапия, которая крайне необходима для поддержания адекватного транспорта кислорода.

Основные направления инфузионной терапии:

- волюмокоррекция — восстановление адекватного объема циркулирующей крови и нормализация ее состава при гиповолемии;

- гемореокооррекция — нормализация гомеостатических и реологических свойств крови;

- инфузионная регидратация — поддержание нормальной микро- и макроциркуляции (в частности, при клинически отчетливой дегидратации);

- нормализация электролитного баланса и кислотно-основного равновесия.

Инфузионно-трансфузионная терапия осуществляется из расчета 30-50 и более мл/кг массы тела больного. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов — 1:4. Среди кристаллоидных растворов предпочтение следует отдавать стерофундину, раствору Рингера, 0,9% раствору хлорида натрия, а среди коллоидных — растворам на основе гидроксиэтилированного крахмала (тетраспану, венорундину, стабизолу, рефортану, волювену), растворам на основе модифицированного жидкого желатина (гелофузину), альбумину, свежемороженой плазме, производным многоатомных спиртов (сорбिलाку, реосорбिलाку).

В целях восстановления микроциркуляции и нормализации реологических свойств крови используют препараты с высокой реологической активностью: тетраспан, рефортан, реосорбилакт, пентоксифиллин и др. Эти препараты быстро разжижают кровь, улучшают ее текучесть, привлекают в сосудистое русло жидкость, улучшают капиллярный кровоток. Количественный и качественный состав инфузионных сред может варьировать в зависимости от состояния больного и степени отрицательного водного баланса. При необходимости стимулируют диурез.

При тяжелом остром панкреатите наряду с транскапиллярной экссудацией и секвестрацией жидкости в тканях, которые определяют гиповолемический шок, наблюдается еще и низкое периферическое сопротивление, характерное для септического шока. В связи с этим попытки поддержания адекватного объема циркуляции только лишь за счет агрессивной инфузии коллоидных растворов может только усугубить секвестрацию жидкости. Шок, рефрактерный к терапии, требует мониторинга гемодинамических показателей и легочного капиллярного давления для определения адекватного объема вводимой жидкости, а также применения диуретиков, инотропных средств и вазопрессоров, для того, чтобы оптимизировать наполнение левого предсердия, сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления.

Показанием к переливанию крови является снижение уровня гемоглобина до 80 г/л и ниже, величины гематокрита — до 20-25 л/л и ниже.

Критериями адекватности инфузионной терапии являются:

- систолическое АД — более 100 мм рт. ст.,

- среднее АД — более — 85 мм рт. ст.,

- ЦВД — 5-12 см водн. ст.,

- почасовой диурез — более 50 мл в час,

- сатурация крови кислородом — не ниже 92%.

3. Антимикробная терапия. Применение антибиотиков при остром панкреатите обосновано как в стадии асептического воспаления — для профилактики развития инфицированного панкреатита (т.е. с первых суток пребывания в стационаре), так и в стадии гнойных осложнений, но уже для их лечения.

Препаратами выбора в качестве стартовой эмпирической терапии являются карбапенемы (имипенем-циластатин, меропенем) в виде монотерапии или в сочетании с группой линкозамидов или производными имидазола!

Деэскалационную антибактериальную терапию (одним или несколькими антибиотиками) проводят на основе данных антибиотикограммы, полученной через 18-36 ч после забора исследуемого материала. Повторную коррекцию назначений антибактериальных препаратов осуществляют через 3-4 суток после получения полных данных бактериологического обследования (идентификация возбудителя, уточнение антибиотикограммы).

Вместе с тем у большинства пациентов с асептическим некротическим панкреатитом карбапенемы мы применяли в течение 10-15 суток, а иногда и дольше. При этом у ряда пациентов после применения одного из карбапенемов (например, меропенема) использовали другой (например, имипенем-циластатин) и наоборот.

Применение при асептическом некротическом панкреатите в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов (имипенем-циластатин, меропенем) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) позволило нам у 32% пациентов с парапанкреатическим инфильтратом избежать развития острых асептических парапанкреатическими жидкостных

скоплений и соответственно избежать необходимости выполнения вообще какого-либо хирургического вмешательства. Применение такого подхода в сочетании с пункционно-дренирующими операциями под контролем ультразвука или люмботомией позволило у 95% пациентов с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями избежать развития гнойных осложнений, а летальность снизить до 1,8%.

При инфицированном некротическом панкреатите применение карбапенемов в сочетании с применением пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука и непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе (оментобурсотомия, люмботомия) позволило снизить послеоперационную летальность до 8%.

Менее эффективными препаратами, как в целях профилактики при асептическом панкреонекрозе, так и для лечения при инфицированном панкреонекрозе являются: цефалоспорины 4-го или 3-го поколения (цефепим, цефоперазон + сульбактам, цефоперазон, цефтазидим), или фторхинолоны (ципрофлоксацин) в сочетании с группой линкозамидов (клиндамицин) или производными имидазола (метронидазол).

Учитывая необходимость длительного применения антибиотиков при тяжелом остром панкреатите, их необходимо обязательно сочетать с противогрибковыми препаратами (флуконазолом), пробиотиками (лациумом, бификолом, линексом и др.) и пребиотиками (дуфалаком, нормазе, лактувитом и др.).

4. Нутритивная поддержка. У пациентов с тяжелым панкреатитом быстро развивается недостаточность питания вследствие сложных метаболических изменений, обусловленных медиаторами и гормонами. Нарушение питания имеет четкую связь со снижением клеточного и гуморального иммунитета, что приводит к повышению чувствительности к инфекциям, риску развития септических осложнений и летальных исходов при тяжелом остром панкреатите. Показанием для проведения нутритивной поддержки у данной категории пациентов является предотвращение развития белково-энергетической недостаточности на фоне выраженного гиперкатаболизма и гиперметаболизма.

Нутритивная поддержка решает следующие задачи:

- обеспечение организма нутриентами для поддержания гомеостаза (предотвращение развития белково-энергетической недостаточности на фоне выраженного гиперкатаболизма и гиперметаболизма);

- предупреждение транслокации микрофлоры из кишечника;

- профилактика развития дисбактериоза;

- повышение функциональной активности энтероцита и защитных свойств слизистой оболочки;

- снижение степени эндотоксикоза и риска развития вторичных инфекционных осложнений.

В настоящее время основным методом нутритивной поддержки при тяжелом панкреатите является энтеральное питание различными сбалансированными стандартными полимерными смесями высокой

питательной плотности через назоеюнальный зонд, установленный ниже связки Трейца. Также возможно сочетание энтерального зондового и парентерального питания. При парезе кишечника применяют только парентеральное питание.

Вместе с тем у больных с некротическим панкреатитом при отсутствии рвоты и кишечной непроходимости, на фоне подавления секреции желудка и поджелудочной железы по нашему мнению возможен и безопасен *естественный (пероральный) прием сбалансированной питательной смеси*, что в том числе лишает больного некоторых неудобств, связанных со стоянием назоеюнального зонда.

Применив естественный (пероральный) прием сбалансированной питательной смеси более чем у 3000 пациентов (за исключением пациентов с паралитической кишечной непроходимостью), мы не наблюдали ни увеличения летальности, ни роста осложнений. Следует подчеркнуть, что естественное энтеральное питание играет важную роль еще и в профилактике образования острых гастродуоденальных язв и эрозий, а также развития их осложнений — кровотечения и перфорации.

5. Профилактика образования острых гастродуоденальных язв и эрозий:

- ингибиторы протонной помпы: пантопризол (контролок), эзомепразол (нексиум), омепразол (омез) — 80 мг в/в болюсно, затем по 8 мг/ч в течение 3-5 и более суток с последующим переходом на пероральный прием;

- + антацидные препараты: тальцид, маалокс, гастал, альмагель, гестид, ренни;

- + препараты, оказывающие защитное действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки: сукральфат, де-нол.

Основное направление профилактики — поддержание pH в пределах 3,5-6,0, что в абсолютном большинстве случаев позволяет предотвратить образование острых язв и эрозий слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки, а также их осложнения (кровотечение, перфорация).

Применение данной комбинации препаратов у более чем 6000 пациентов позволило нам избежать таких тяжелых осложнений острого панкреатита, как кровотечение (чаще) или перфорация (реже) острых язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

6. Подавление секреторной функции поджелудочной железы — обеспечение функционального покоя железы (эффективно лишь в первые часы от начала болезни!) — октреотид (50 мкг в/в струйно в 10 мл физиологического раствора, а затем по 25 — 50 мкг/ч в виде длительных инфузий на протяжении 3-5 дней).

7. Купирование эндогенной интоксикации. Показанием к применению методов детоксикации является сепсис и полиорганная недостаточность. Достаточно эффективным методом детоксикации организма при остром некротическом панкреатите является плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксинового шока).

Оптимальным считают применение плазмообменов в постоянном режиме с титрованным удалением в среднем 3-5 объемов плазмы с одновременным замещением ее свежемороженой плазмой, альбумином, коллоидными и кристаллоидными растворами (1-3 сеанса через 24-48 часов). Каждый сеанс экстракорпоральной детоксикации (помимо непосредственного плазмафереза) должен сопровождаться регидратацией и коррекцией водно-солевого обмена в режиме форсированного диуреза.

Процесс детоксикации при тяжелом панкреатите может также достигаться путем эвакуации токсических экссудатов: перитонеального с помощью лапароскопической санации и дренирования брюшной полости, ретроперитонеального — с помощью люмботомии, дренирования и декомпрессии забрюшинной клетчатки и пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука, плеврального — с помощью пункции и дренирования плевральной полости.

8. Респираторная поддержка. Тяжелый некротический панкреатит повышает потребность организма в кислороде, что требует дополнительной оксигенации при проведении интенсивной терапии. Увлажненный кислород подается через носовой катетер или маску в 100% концентрации (при критическом состоянии больного). По мере стабилизации состояния — концентрация кислорода в дыхательной смеси уменьшается до 30-50%.

При развитии дыхательной недостаточности (частота дыхания более 35-40 в 1 минуту, снижение сатурации кислорода ниже 85%), а также бессознательном состоянии пациента, показан перевод на ИВЛ с ингаляцией 100% кислорода. Продленная ИВЛ проводится до восстановления гемодинамических показателей, диуреза, сознания, адекватного дыхания.

Вместе с тем острая дыхательная недостаточность может быть следствием развившегося синдрома интраабдоминальной гипертензии. При повышении внутрибрюшного давления более 20 мм рт. ст. (27 см водн. ст.) — показаны открытое ведение брюшной полости (лапаростомия) и интубация кишечника. В стадии асептического воспаления никакие вмешательства на поджелудочной не выполняются, в стадии гнойных осложнений — объем операции зависит от перооперационных данных.

Кроме того, одним из способов снижения и нормализации внутрибрюшного давления является декомпрессия забрюшинной клетчатки путем выполнения люмботомии.

9. Иммунозаместительная терапия показана у пациентов с острым инфицированным некротическим панкреатитом и сепсисом. В этих случаях применяют: биологический (рекомбинантный интерлейкин-2 человека — рИЛ-2), полиоксидоний (иммуномодулятор, обладает иммуномодулирующими и дезинтоксикационными свойствами) и биовен (иммунологически активная белковая фракция иммуноглобулина G). При этом следует помнить о том, что главным и основным иммунокорректирующим эффектом обладает своев-

ременная и полноценная хирургическая санация деструктивных очагов. После правильно проведенного оперативного вмешательства, как правило, происходит нормализация показателей иммунной системы.

10. Коррекция нарушений гемокоагуляции и профилактики тромбоза глубоких вен. Для профилактики тромбоза глубоких вен наряду с максимально ранней активизацией (по возможности) больного и лечебной физкультурой наиболее часто используют низкомолекулярные гепарины: надропарин кальция (фраксипарин), эноксапарин натрия (клексан) и др. Вместе с тем следует помнить о том, что применение антикоагулянтов повышает риск развития кровотечения, особенно у пациентов, оперированных по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки.

Кроме того, наряду с перечисленными для лечения тяжелого острого панкреатита достаточно часто используются препараты, оказывающие антигипоксическое и антиоксидантное действие, а также способствующие восстановлению целостности клеточных мембран: актовегин, витамин С, цитохром С, тивортин, апротинины (гордокс, контрикал).

Заключение

Медикаментозная терапия является чрезвычайно важным компонентом комплексного лечения пациентов с острым панкреатитом. Полноценная консервативная терапия в сочетании с адекватным хирургическим пособием — это залог успеха лечения острого панкреатита. Сегодня не вызывает сомнений тезис о том, что активная консервативная терапия должна быть начата как можно раньше, т.е. сразу же при поступлении больного. Основным принципом комплекса консервативной терапии является ее полнота, индивидуальность обоснованность и воздействие на все механизмы патогенеза острого панкреатита с обязательным учетом стадии воспалительного процесса, осложнений со стороны брюшной и плевральной полостей, а также системных осложнений.

Приведенные основные направления консервативного лечения острого панкреатита не являются исчерпывающими. Это лишь попытка поделиться с коллегами нашим скромным опытом лечения такой грозной патологии, как острый панкреатит. В настоящее время хирурги и анестезиологи располагают целым рядом высокоэффективных лекарственных средств и различных вспомогательных мероприятий для обеспечения высокого лечебного эффекта консервативной терапии. Однако до полной победы, к сожалению, еще очень и очень далеко.

Список литературы

1. Кондратенко П.Г. Тактика лечения парапанкреатического инфильтрата у больных с острым асептическим некротическим панкреатитом / Кондратенко П.Г., Джансыз И.Н. // Украинський журнал хірургії. — 2014. — №1 (24). — С. 9-15.
2. Малков И.С. Лечение острого панкреатита: поиски и решения / Малков И.С. // Практическая медицина. — 2010. — № 2 (10). — С. 24-29.

3. Плоткин Д.В. Современные принципы медикаментозного лечения острого панкреатита / Плоткин Д.В., Поварихина О.А., Беленцева О.В. // ФАРМиндекс-Практик. – 2005. – Вып. 7. – С. 64-67.
4. Ярешко В.Г. Клінічні і тактичні особливості діагностики та лікування гострого панкреатиту: методичні рекомендації / Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю. – Запоріжжя, 2004. – 20 с.
5. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. [et al.] // Gut/ – 2013. – № 62. – P. 102-111.
6. Banks P.A. Practice guidelines in acute pancreatitis / Banks P.A., Freeman M.L. // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – № 101. – P. 2379-2400.
7. Dutch Pancreatitis Study Group. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial / Bakker O.J., van Santvoort H.C., van Brunschot S. [et al.] // JAMA – 2012. – № 307. – P. 1053-1061.
8. Brun A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / Brun A., Agarwal N., Pitchumoni C.S. // J. Clin. Gastroenterol. – 2011. – № 45. – P. 614-625.
9. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation / Dellinger E.P., Forsmark C.E., Luyer P. [et al.] // Ann. Surg. – 2012. – № 256 (6). – P. 875-880.
10. Fisher J.M. The “golden hours” of management in acute pancreatitis / Fisher J.M., Gardner T.B. // Am. J. Gastroenterol. – 2012. – № 107. – P. 1146-1150.
11. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference / Freeman M.L., Werner J., Van Santvoort H.C. [et al.] // Pancreas. – 2012. – № 41. – P. 1176-1194.
12. Characteristics and outcomes of patients undergoing debridement of pancreatic necrosis / Harrison S., Kakade M., Varadarajula S. [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – № 14. – P. 245-251.
13. Aggressive versus conservative initiation of antimicrobial treatment in critically ill surgical patients with suspected intensive-care-unit-acquired infection: a quasi-experimental, before and after observational cohort study / Hranjec T., Rosenberger L., Swenson B. [et al.] // Lancet Infect. Dis. – 2012. – № 12 (10). – P. 774-780.
14. High quantity and variable quality of guidelines for acute pancreatitis: a systematic review / Loveday B.P., Srinivasa S., Vather R. [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – № 105. – P. 1466-1476.
15. Michael J. Hudson Effective Antibiotic Treatment Prescribed by Emergency Physicians in Patients Admitted to the Intensive Care Unit With Severe Sepsis or Septic Shock / Michael J. Hudson, Gregory P. Moore // J. Emerg. Med. – 2011. – № 41 (6). – P. 573-580.
16. Detailed fluid resuscitation profiles in patients with severe acute pancreatitis / Mole D.J., Hall A., McKeown D. [et al.] // HPB. – 2011. – № 13. – P. 51-58.
17. Incidence of individual organ dysfunction in fatal acute pancreatitis: analysis of 1024 death records / Mole D.J., Olabi B., Robinson V. [et al.] // HPB. – 2009. – № 11. – P. 166-170.
18. Mouli V.P. Efficacy of conservative treatment, without necrosectomy, for infected pancreatic necrosis: a systematic review and metaanalysis / Mouli V.P., Sreenivas V., Garg P.K. // Gastroenterology. – 2012. – Vol. 144, Issue 2. – P. 333-340.
19. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis / Van Baal M.C., Van Santvoort H.C., Bollen T.L. [et al.] // Br. J. Surg. – 2011. – № 98. – P. 18-27.
20. Dutch Pancreatitis Study Group. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis / Van Santvoort H., Besselink M., Bakker O. [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – № 362. – P. 1491-1502.
21. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update / Peery A.F., Dellon E.S., Lund J. [et al.] // Gastroenterology. – 2012. – Vol. 143, Issue 5. – P. 1179-1187.

Получено 7.03.14 ■

Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А., Юдін А.А., Джансиз І.Н., Ширшов І.В., Кондратенко А.П.
Донецький національний університет ім.М.Горького

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Мета дослідження: представити загальні принципи консервативної терапії гострого панкреатиту.

Матеріал та методи. З 1983 по 2013 роки в клініці хірургії та ендоскопії донецького національного медичного університету ім. М.Горького на базі міської клінічної лікарні №16 м. Донецька на лікуванні знаходилось 7368 пацієнтів з гострим панкреатитом. Вік пацієнтів коливався від 18 до 89 років, в т.ч. Пацієнти віком до 50 років склали 86,5%. Чоловіків було 5047 (68,5%), жінок – 2321 (31,5%), співвідношення – 2: 1. Тривалість захворювання до 24 годин відмічена у 3116 (42,3%) хворих, від 25 до 72 – у 1503 (20,4%), більше 72 – у 2749 (37,3%). У 3433 (46,6%) хворих причиною гострого некротичного панкреатиту було одностороннє харчування (надлишковий прийом

переважно жирної їжі), у 3264 (44,3%) – прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів, патологія термінального відділу холедоха (так званий «біліарний панкреатит») – у 383 (5,2%), інші причини – у 287 (3,9%). Оперовано 947 (12,9%) пацієнтів, консервативно проліковано – 6421 (87,1%).

Результати та обговорення. На сьогоднішній день безперечним є те, що лікування всіх хворих гострим панкреатитом повинно здійснюватися тільки в умовах хірургічного стаціонару. Однак, в так званому, загальнохірургічному відділенні можуть лікуватися лише хворі з нетяжким (набряковим) панкреатитом. Пацієнти з тяжким (некротичним) панкреатитом повинні відразу госпіталізувати у відділення інтенсивної терапії.

Консервативне лікування нетяжкого гострого панкреатиту, як правило, труднощів не представляє. До цієї категорії відносяться пацієнти з набряковим (інтерстиціальним) панкреатитом, а також з некротичним панкреатитом і об'ємом ураження підшлункової залози не більше 10%, як правило, без парапанкреатита. В абсолютній більшості спостережень лікування цих пацієнтів не вимагає застосування дорогих препаратів, гострий панкреатит у них регресує протягом 5-7 діб. Основні напрямки консервативного лікування нетяжкого гострого панкреатиту: знеболюючі засоби, спазмолітичні засоби, препарати, що пригнічують шлункову секрецію, інфузійна терапія, препарати, що пригнічують секрецію підшлункової залози, нутритивна підтримка.

Головні завдання інтенсивної терапії при тяжкому гострому панкреатиті: підтримання життя пацієнта, запобігання розвитку системних ускладнень захворювання, обмеження зони парапанкреатиту та інфікування при некротическом панкреатиті. Основними системними ускладненнями гострого панкреатиту є гостра серцево-судинна, дихальна і ниркова недостатність. У зв'язку з пізнім зверненням більшості пацієнтів за медичною допомогою, на превеликий жаль, ми не в змозі вплинути на обмеження зони некрозу в самій підшлунковій залозі (як правило, це відбувається в найближчі години від початку захворювання!).

Основні напрямки комплексної консервативної терапії при тяжкому гострому панкреатиті: адекватне знеболення, гемодинамічна підтримка, антимікробна терапія, нутритивна підтримка, профілактика утворення гострих гастродуоденальних виразок та ерозій, пригнічення секреторної функції підшлункової залози, купірування ендогенної інтоксикації, респіраторна підтримка, імунозамісна терапія, корекція порушень гемокоагуляції і профілактика тромбозу глибоких вен.

На нашу думку, як при асептичному, так і інфікованому некротичному панкреатиті відмінностей в інтенсивній терапії практично немає. Виняток становить лише розділ «пригнічення секреторної функції підшлункової залози». Ці препарати доцільно застосовувати лише в перші години від початку хвороби, але така можливість зустрічається досить рідко. Разом з тим в процесі лікування можуть на перший план виходити ті чи інші ускладнення, корекція яких потребує посилення якогось конкретного напрямку інтенсивної терапії.

Висновок. Медикаментозна терапія є надзвичайно важливим компонентом комплексного лікування пацієнтів з гострим панкреатитом. Повноцінна консервативна терапія в поєднанні з адекватним хірургічним втручанням — це запорука успіху лікування гострого панкреатиту. Сьогодні не викликає сумнівів теза про те, що активна консервативна терапія повинна бути розпочата якомога раніше, тобто відразу ж при надходженні хворого. Основним принципом комплексної консервативної терапії є її повнота, індивідуальна обґрунтованість і вплив на всі механізми патогенезу гострого панкреатиту з обов'язковим урахуванням стадії запального процесу, ускладнень з боку черевної і плевральної порожнин, а також системних ускладнень.

Наведені основні напрямки консервативного лікування гострого панкреатиту не є вичерпними. Це лише спроба поділитися з колегами нашим скромним досвідом лікування такої грізної патології, як гострий панкреатит. В теперішній час хірурги і анестезіологи мають у своєму розпорядженні цілий ряд високоефективних лікарських засобів і різних допоміжних заходів для забезпечення високого лікувального ефекту консервативної терапії. Однак до повної перемоги, на жаль, ще дуже і дуже далеко.

Ключові слова: гострий панкреатит, консервативна терапія.

Kondratenko P.G., Konkova M.V., Vasilev A.A., Yudin A.A., Dzhansyz I.N., Shirshov I.V., Kondratenko A.P.
Donetsk National Medical University named after M.Gorky

GENERAL PRINCIPLES OF CONSERVATIVE THERAPY OF ACUTE PANCREATITIS

Summary. Objective: to provide general principles of conservative treatment of acute pancreatitis.

Material and methods. From 1983 to 2013 in the clinic of surgery and endoscopy donetsk national medical university of maxim gorky based on city clinical hospital №16 (donetsk) on treatment were 7368 patients with acute pancreatitis. The age of patients ranged from 18 to 89 years, including patients aged 50 years who comprised 86,5%. The men was 5047 (68,5%), women — 2321 (31,5%), ratio of 2:1. Duration of the disease up to 24 hours was noted in 3116 (42,3%) patients. The period of the disease up to 25 to 72 hours was observed in 1503 (20,4%) patients. Duration of the disease more than 72 hours was marked in 2749 (37,3%) patients. In 3433 (46,6%) patients the cause of acute necrotizing pancreatitis were monotonous food (excessive fatty meal), in 3264 (44,3%) — alcohol consumption (alcohol excess) or its surrogates, the pathology of the terminal part of the common bile duct (the so-called «biliary pancreatitis») — in 383 (5,2%), other causes — in 287 (3,9%). 947 (12,9%) patients were operated. Were treated conservatively — 6421 (87,1%).

Results and discussion. For today is indisputable that the treatment of all patients with acute pancreatitis should be carried out only in a surgical hospital. However, in the general surgical depart-

ment can be treated only patients with mild (edematous) pancreatitis. The patients with severe (necrotizing) pancreatitis immediately should be hospitalized in the intensive care unit. Conservative treatment of non-severe acute pancreatitis usually is not difficulties. This category includes patients with edematous (interstitial) pancreatitis, as well as with necrotizing pancreatitis with a lesion of pancreatic parenchyma not more than 10 %, as a rule, without parapaneatitis. In an absolute majority of observations treatment of these patients do not require the use of expensive drugs. Acute pancreatitis in these patients is regressing in 5-7 days. The main directions of the conservative treatment of non-severe acute pancreatitis: painkillers, antispasmodics, drugs that inhibit gastric secretion, infusion therapy, drugs that inhibit the secretion of the pancreas, nutritional support.

The main objectives of intensive therapy in severe acute pancreatitis: maintaining the patient's life, prevention of systemic complications of the disease, the restriction zone parapaneatitis and infection of pancreatic parenchyma. The main systemic complications of acute pancreatitis are acute cardiovascular, respiratory and renal failure. To our deep regret due to late treatment in most patients for medical care, we are not able to influence the restriction zones of ne-

crisis in the pancreas (usually it happens in the next few hours from the disease beginning!).

The main directions of complex conservative treatment of severe acute pancreatitis: adequate analgesia, hemodynamic support, antimicrobial therapy, nutritional support, prevention formation of acute gastroduodenal ulcers and erosions, the suppression of the secretory function of the pancreas, cupping endogenous intoxication, respiratory support, the immune replacement therapy, correction of coagulation and prevention of deep vein thrombosis.

In our opinion, the differences in the intensive care for aseptic and infected necrotizing pancreatitis virtually none. Only exception is the "suppression of the secretory function of the pancreas". These drugs are appropriate to apply only the first few hours of the onset of the disease, but this possibility is quite rare. However, in process of treatment may come to the forefront these or other complications that require correction or amplification of intensive therapy.

Conclusion. Medical therapy is a critical component of complex treatment of patients with acute pancreatitis. A complete conservative therapy in combination

With adequate surgical operation — is the key to the success of the treatment of acute pancreatitis. Today no doubt the thesis that an active conservative therapy should be initiated as early as possible, ie immediately after hospitalization. The basic principle of the complex conservative therapy is its completeness, individual substantiation and impact on all the mechanisms of the pathogenesis of acute pancreatitis with the obligatory based on your stage of the inflammatory process, complications from the abdominal and pleural cavities, as well as systemic complications.

These main directions of conservative treatment of acute pancreatitis are not exhaustive. This is just an attempt to share with colleagues our modest experience in treating this formidable disease as acute pancreatitis. Currently, surgeons and anesthesiologists have a number of highly effective medicines and various supportive measures to ensure a high therapeutic effect of conservative therapy. However, to complete victory, unfortunately, still very, very far away.

Key words: acute pancreatitis, conservative therapy.

УДК 616.411-089.87-089.168.1:616.15-07

СИПЛИВИЙ В.О., АКИМЕНКО А.В., ЄВТУШЕНКО Д.В.

Харківський національний медичний університет

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ СПЛЕНЕКТОМІЇ

Резюме. Введення. На сьогоднішній день дослідження якості життя є зручним та інформативним методом, що дозволяє оцінити як самопочуття пацієнтів, так і ефективність будь-якого виду лікування та реабілітації.

Мета роботи. Вивчити та оцінити якість життя хворих, які перенесли спленектомію внаслідок її травматичного ушкодження залежно від терміну після оперативного втручання.

Матеріали і методи. Для вивчення та оцінки якості життя було проанкетовано 45 хворих, які перенесли спленектомію з приводу її травматичного ушкодження. Серед проанкетованих чоловіків було 73,3% та їх середній вік становив — $37,4 \pm 2,6$ років, жінок відповідно — 26,7% та $38,2 \pm 4,1$ років. В залежності від терміну після проведення оперативного втручання всі респонденти були розподілені наступним чином: I група – це пацієнти, прооперовані 10 років та менше та II група – це пацієнти, прооперовані більше 11 років тому.

Результати та їх обговорення. Показники по всіх блоках обмежень в різних сферах життєдіяльності опитаних знаходяться переважно в межах задовільного, окрім блоку фізичного функціонування (82,9%) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування (38,9%) – мінімальний. При вивченні якості життя пацієнтів, які перенесли спленектомію, встановлено, що пацієнти, які перенесли операцію 10 років та менше оцінили якість свого життя вище, ніж інша група. При розрахунку основних показників: фізичного та психологічного компоненту здоров'я встановлено, що в I групі показник фізичного компоненту здоров'я в – 82,3% та психологічного – 76,1%; в II групі відповідно: 61,9% та 57,0%.

Висновки. Показники якості життя досліджуваної групи по всіх блоках обмежень в різних сферах життєдіяльності респондентів знаходилися переважно в межах задовільного рівня, окрім блоку фізичного функціонування (82,9%) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування (38,9%) – мінімальний рівень життя.

При аналізі показників якості життя хворих, які перенесли спленектомію не встановлено статистично достовірної різниці залежно від статі ($p > 0,05$).

Таким чином, чим віддаленіший термін після оперативного втручання, тим нижче якість життя хворих.

Ключові слова: спленектомія, якість життя, опитувальник SF-36.

Введення

На сьогоднішній день дослідження якості життя (ЯЖ) є зручним та інформативним методом, що дозволяє оцінити як самопочуття пацієнтів, так і ефективність будь-якого виду лікування та реабілітації [1,3,7]. ЯЖ — це ступінь комфортності людини всередині себе та в межах всього суспільства. Вагому роль в створенні методології дослідження ЯЖ відіграють Міжнародний центр дослідження якості життя, Міжнародне суспільство дослідження якості життя (International Society for Quality of Life Research — ISOQOL) та ін. [4]. Вони сприяють формуванню у лікарів єдиної концепції, знань і підходів у галузі дослідження ЯЖ. Дана концепція дозволяє визначити низку характеристик до визначення ЯЖ, серед яких основними є багатовимірність, змінність в часі та участь хворого в оцінці його стану [2,5]. Дані характеристики роблять дослідження ЯЖ гнучким, що цілком дозволяє застосовувати її в хірургії. Багатовимірність: ЯЖ включає відомості про основні сфери життя лю-

дини — фізичної, психічної, соціальної та економічної. Оцінка ЯЖ дозволяє диференційовано визначити вплив захворювання і методу лікування на стан хворого з урахуванням як пов'язаних, так і не пов'язаних з захворюванням факторів. Змінність у часі: ЯЖ здатне зазнавати зміни в часі залежно від стану хворого, що обумовлено низкою зовнішніх і внутрішніх факторів. Участь хворого в оцінці його стану — найбільш важливе і значиме, що дозволяє поряд з традиційним медичним висновком, який зробив лікар, врахувати думку самого хворого і скласти максимально повну та об'єктивну картину хвороби та її наслідків [6,8].

Мета роботи. Вивчити та оцінити ЯЖ хворих, які перенесли спленектомію внаслідок її травматичного ушкодження залежно від терміну після оперативного втручання.

© Сипливиий В.О., Акименко А.В., Євтушенко Д.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Матеріали і методи

Для вивчення та оцінки ЯЖ було проанкетовано 45 хворих, які перенесли спленектомію з приводу її травматичного ушкодження. Середній вік хворих складав $37,6 \pm 2,2$ років. Серед проанкетованих чоловіків було 73,3% та їх середній вік становив $37,4 \pm 2,6$ років, жінок відповідно — 26,7% та $38,2 \pm 4,1$ років. В залежності від терміну після проведення оперативного втручання всі респонденти були розподілені наступним чином: I група — це пацієнти, прооперовані 10 років та менше та II група — це пацієнти, прооперовані більше 11 років тому.

Більшість респондентів ввійшли до II групи. У II групі середній вік пацієнтів складав $38,2 \pm 2,3$ років. У цій групі переважали чоловіки (75,7%), віком $37,6 \pm 2,6$ років. Жінки відповідно: 24,3% та $40,2 \pm 5,3$ років. В I групі середній вік пацієнтів складав $34,8 \pm 6,2$ років з переважною більшістю чоловіків — 62,5%, середнім віком $36,4 \pm 10,1$ років; відповідно жінок — 37,5% віком $32,0 \pm 2,5$ років.

Таким чином, із загальної кількості опитаних, які перенесли спленектомію більшість складала чоловіки, а саме 73,3% та їх середній вік був $37,6 \pm 2,2$ років. В залежності від терміну після оперативного втручання II групу складала переважна кількість пацієнтів від усіх опитаних, а саме — (82,2%).

ЯЖ пацієнтів, що перенесли спленектомію оцінювали за опитувальником SF-36 з модифікацією до досліджуваної патології. Опитувальник складається із 36 пунктів, які були згруповані в вісім шкал (блоків): фізичне функціонування (Physical Functioning — PF), повсякденне функціонування (Role-Physical Functioning — RP), емоційний стан (Role-Emotional — RE), психічне здоров'я (Mental-Health — MH), соціальне функціонування (Social Functioning — SF), життєва активність (Vitality — VT), інтенсивність болю (Bodily pain — BP) та загальне здоров'я (General Health — GH). Дані шкали формували два основних показники: фізичний (Physical Health — PH) та психологічний компонент здоров'я (Mental Health — MCH). Окремим був виділений клінічний блок. Кожна відповідь оцінювалася у балах. При формуванні тієї або іншої шкали ці бали складаються та математично обробляються за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я.

Клінічний блок складався із питань щодо самопочуття респондентів за останній рік, а саме: чи приходилося опитаним звертатися за медичною допомогою після проведеної операції; чи виникав біль в животі; біль в лівому або правому підбер'ї; як часто виникали застудні захворювання; чи виникав біль в животі під час застудних захворювань; як часто респонденти хворіли на бронхіт, пневмонію, гнійні захворювання шкіри; чи відмічалось збільшення піднижньощелепних або пахових лімфатичних вузлів; чи були алергічні реакції без видимих причин. На всі ці питання були запропоновані такі варіанти відповідей: взагалі ні, 1-2 рази на рік, 3-4 рази на рік, більше 4 разів на рік. На-

ступні питання клінічного блоку були відносно встановлення факту перенесення таких захворювань, як інфаркт міокарду, інсульту, запалення вен нижніх кінцівок. А далі уточнювалось, які саме захворювання виникали в післяопераційному періоді, чи проводилися повторні оперативні втручання.

Оцінка ЯЖ на індивідуальному та популяційному рівнях проводилася за наступною шкалою: мінімальний рівень — до 40,0%, задовільний — від 41,0% до 70,0% та оптимальний — 71,0% та більше. Для оцінки популяційного рівня ЯЖ пацієнтів розраховувалася середня арифметична на основі індивідуальних показників. Статистичну обробку результатів проводили після створення бази даних у системах Microsoft Excel та Access. Середні показники обстежених пацієнтів визначали за допомогою пакета аналізу в системі Microsoft Excel. Статистичний аналіз проводився з використанням пакета прикладних програм Statistica версія 6.0. Міжгрупові статистичні відмінності для кількісних даних розраховувалися за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

Результати та їх обговорення

При аналізі першого блоку — клінічного встановлено, що за медичною допомогою після проведеної операції звернулося $60,0 \pm 11,5\%$ опитаних, при цьому 1-2 рази на рік — $33,3 \pm 8,6\%$; 3-4 рази на рік — $4,4 \pm 3,1\%$; більше 4 разів на рік — $22,2 \pm 7,0\%$. Взагалі не зверталося за медичною допомогою $40,0 \pm 9,4\%$. Застудні захворювання виникали за останній рік у $80,0 \pm 13,3\%$ респондентів (1-2 рази на рік — $46,6 \pm 10,1\%$; 3-4 рази на рік — $17,7 \pm 6,2\%$; більше 4 разів на рік — $15,6 \pm 5,8\%$). На протязі останнього року бронхітом хворіли $37,8 \pm 9,1\%$: 1-2 рази на рік — $28,9 \pm 8,0\%$; 3-4 рази на рік — $6,7 \pm 3,8\%$; більше 4 разів на рік — $2,2 \pm 2,2\%$. На пневмонію, на протязі останнього року, хворіло $17,8 \pm 6,2\%$ опитаних, при цьому захворювання виникало 1-2 рази на рік. Гнійні захворювання шкіри виникали за останній рік лише у $20,0 \pm 6,6\%$ респондентів. Збільшення підщелепних і пахових лімфовузлів на протязі останнього року відмічається у $17,8 \pm 6,2\%$. Алергічні реакції спостерігалися у аналогічній кількості опитаних — $17,8 \pm 6,2\%$. Відмічають схуднення $77,8 \pm 13,1\%$ опитаних, при цьому більшість респондентів схудли до 5 кг, а саме $53,3 \pm 10,9\%$. Інфаркт та інсульт в анамнезі не відмічалися в жодного респондента. На запалення вен нижніх кінцівок вказало $20,0 \pm 6,6\%$ опитаних.

Нами також було оцінено ЯЖ пацієнтів по всій досліджуваній групі (рис. 1.), залежно від статі та від терміну після оперативного втручання по кожній шкалі окремо відповідно до інструкції з обробки даних SF-36. Так, середнє арифметичне по шкалі (блоку) відносно фізичного функціонування (PF), яка складалася з питань, що відображають ступінь обмеження виконання фізичних навантажень становило 82,9%. В залежності від статевої структури серед жінок цей показник становив 83,3%, серед чоловіків — 82,7%.

Наступний блок питань був стосовно повсякденного функціонування (RP), який показував ступінь

впливу фізичного стану на повсякденність: чи виникала необхідність в скороченні кількості часу, яке затрачувалося на працю або інші справи; виконали менше, ніж хотіли; чи були обмежені в виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності; були труднощі при виконанні своєї праці або інших справ (наприклад, вони потребували додаткових зусиль). Цей блок питань по досліджуваній групі складав 38,9%, при цьому серед жінок цей показник був дещо вищим – 50,0%, ніж у чоловіків – 34,8%.

Блок відносно емоційного стану (RE), включав в себе питання відносно змін в роботі або в іншій звичайній повсякденній життєдіяльності. До цього блоку ввійшли такі питання: чи довелося скоротити кількість часу, яке затрачувалося на роботу; виконували менше, ніж хотіли; виконували свою роботу або інші справи не так акуратно, як звичайно. Відповідно розрахункам RE становив 51,1% (серед жінок – 61,1%, серед чоловіків – 47,5%).

Наступні питання опитувальника були відносно вивчення психічного здоров'я (МН) та життєвої активності (VT), а саме, як себе почували і яким був настрій за весь час після проведеної операції. По досліджуваній групі МН складав 58,9%, при цьому серед жінок цей показник був вищим – 62,7%, у чоловіків – 57,68%. Шкала VT була оцінена пацієнтами на – 60,0%, при цьому жінки оцінили свою життєву активність дещо вище, ніж чоловіки, відповідно: 62,7% та 57,6%.

Питання стосовно соціального функціонування (SF): як часто за весь час після перенесеної операції фізичний та емоціональний стан заважали респондентам активно спілкуватися з людьми (весь час, більшу

частину часу, інколи, рідко, жодного разу). Показник SF складав 69,2%; у жінок – 70,8%, у чоловіків – 68,6%.

Шкала щодо інтенсивності болю (BP) та її впливу на можливість займатися повсякденною роботою становила 50,2%, серед чоловіків – 50,6%, жінок – 49,2%. Шкала (блок) про загальний стан здоров'я (GH) в досліджуваній групі становила 53,2%; необхідно відмітити, що жінки оцінили свій стан здоров'я вище, ніж чоловіки, відповідно: 63,6% та 49,5%.

Показники по всім блокам обмежень в різних сферах життєдіяльності опитаних респондентів знаходяться переважно в межах задовільного, окрім блоку фізичного функціонування (82,9%) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування (38,9%) – мінімальний рівень життя.

Нами також було вивчено ЯЖ пацієнтів, які перенесли спленектомію, в залежності від терміну після оперативного втручання. Так, досліджувана група була розподілена додатково на дві групи: 10 років та менше після оперативного втручання і 11 років та більше після оперативного втручання (рис. 2). Як видно із приведеного графіку по усім шкалам (блокам обмежень) пацієнти, які перенесли операцію 10 років та менше оцінили якість свого життя вище, ніж інша група. При розрахунку основних показників: фізичний (Physical Health – PH) та психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MCH) встановлено, що в I групі PH – 82,3% та MCH – 76,1%; в II групі PH – 61,9% та MCH – 57,0%.

Міжгрупові статистичні відмінності показників ЯЖ по I та II групи розраховувалися за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Так, встановлено статис-

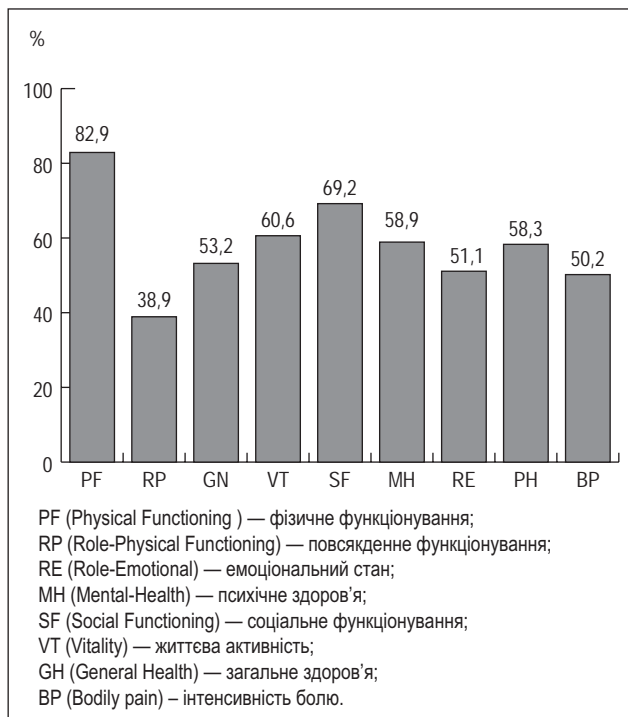


Рис. 1. Обмеження в різних сферах життєдіяльності пацієнтів, які перенесли спленектомію.

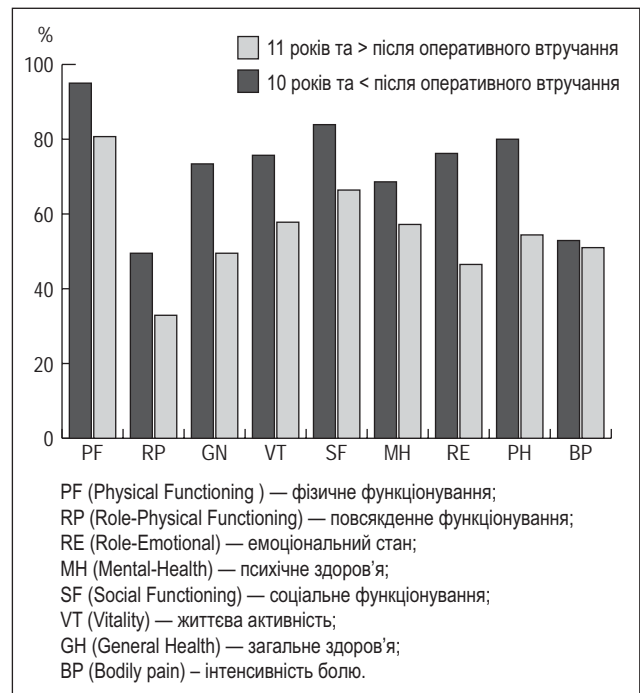


Рис. 2. Обмеження в різних сферах життєдіяльності пацієнтів, які перенесли спленектомію, в залежності від терміну після оперативного втручання.

тично достовірну різницю ($p \leq 0,05$) між такими показниками: PF (95,0% та 80,7%); GH (73,4% та 49,5%); VT (75,7% та 57,8%); SF (83,9% та 66,4%); RE (76,2% та 46,5%). Між іншими показниками ЯЖ різниця статистично не достовірна ($p \geq 0,05$).

Висновки

При аналізі відповідей на питання клінічного блоку щодо самопочуття пацієнтів та супутніх захворювань виявлено, що за останній рік у переважній більшості прооперованих, а саме у $80,0 \pm 13,3\%$ виникали застудні захворювання: при цьому 1-2 рази на рік – $46,6 \pm 10,1\%$; 3-4 рази на рік – $17,7 \pm 6,2\%$; більше 4 разів на рік – $15,6 \pm 5,8\%$.

Показники ЯЖ досліджуваної групи по всіх блоках обмежень в різних сферах життєдіяльності респондентів знаходилися переважно в межах задовільного рівня, окрім блоку фізичного функціонування PF (82,9%) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування RP (38,9%) – мінімальний рівень життя.

При аналізі показників ЯЖ хворих, які перенесли спленектомію не встановлено статистично достовірної різниці залежно від статі ($p > 0,05$)

Порівнюючи по групах два основних показники ЯЖ, а саме фізичний (Physical Health – PH) та психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MCH) було виявлено їх статистично значиму різницю ($p \leq 0,05$).

Таким чином, чим віддаленіший термін після оперативного втручання, тим нижче якість життя хворих.

Список літератури

1. Новик А. А. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине* / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Нева, 2002. – 320 с.
2. *Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования «Мираж»* / В.Н. Амирджанова [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. – 2008. – № 1. – С. 36-48.
3. *Исследование качества жизни больных в хирургии* / С.Р. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джамынчиев [и др.] // *Хирургия*. – 2008. – № 12. – С. 73-76.
4. *Лехан В.М. Якість життя як критерій якості медичної допомоги* / В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Інаттов // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2006. – № 3. – С. 95-99.
5. *Pais-Ribeiro J.L. Quality of life is a primary end-point in clinical settings* / J.L. Pais-Ribeiro // *Clinical Nutrition*. – 2004. – № 23. – P. 121-130.
6. *Construction and validation of a quality of life instrument for young adults* / H. Chen, P. Cohen, S. Kasen [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 13, № 4. – P. 747-759.
7. *Ягєнський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці* / А.В. Ягєнський // *Внутрішня медицина*. – 2007. – № 3. – С. 46-49.
8. *Ware J. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual* / Ware J., Kosinski M., Keller S. – Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Отримано 15.04.14 ■

Сиглиный В.А., Акименко А.В., Евтушенко Д.В.
Харьковский национальный медицинский университет

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Резюме. Введение. На сегодняшний день исследования качества жизни является удобным и информативным методом, позволяющим оценить как самочувствие пациентов, так и эффективность любого вида лечения и реабилитации.

Цель работы. Изучить и оценить качество жизни больных, перенесших спленэктомию вследствие ее травматического повреждения в зависимости от срока после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Для изучения и оценки качества жизни было проанкетировано 45 больных, перенесших спленэктомию по поводу ее травматического повреждения. Среди проанкетированных мужчин было 73,3 % и их средний возраст составлял – $37,4 \pm 2,6$ лет, женщин соответственно – 26,7 % и $38,2 \pm 4,1$ лет. В зависимости от срока после проведения оперативного вмешательства все респонденты были распределены следующим образом: I группа – это пациенты, прооперированные 10 лет и меньше и II группа – это пациенты, прооперированные более 11 лет назад.

Результаты и их обсуждение. Показатели по всем блокам ограничений в различных сферах жизнедеятельности опрошенных находятся преимущественно в пределах удовлетворительного, кроме блока физического функционирования (82,9 % –

оптимальный уровень жизни и блока повседневного функционирования (38,9 %) – минимальный. При изучении качества жизни пациентов, перенесших спленэктомию, установлено, что пациенты, перенесшие операцию 10 лет и меньше оценили качество своей жизни выше, чем другая группа. При расчете основных показателей: физического и психологического компонента здоровья установлено, что в первой группе показатель физического компонента здоровья в – 82,3 % и психологического – 76,1 % ; во II группе соответственно: 61,9 % и 57,0 %.

Выводы. Показатели качества жизни исследуемой группы по всем блокам ограничений в различных сферах жизнедеятельности респондентов находились преимущественно в пределах удовлетворительного уровня, кроме блока физического функционирования (82,9 %) – оптимальный уровень жизни и блока повседневного функционирования (38,9 %) – минимальный уровень жизни. При анализе показателей качества жизни больных, перенесших спленэктомию не установлено статистически достоверной разницы в зависимости от пола ($p > 0,05$). Таким образом, чем более отдаленный срок после оперативного вмешательства, тем ниже качество жизни больных.

Ключевые слова: спленэктомия, качество жизни, опросник SF-36.

Syplyviy V.A., Akimenko A.V. Yevtushenko D.V.
Kharkiv National Medical University

ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER SPLENECTOMY

Summary. Introduction. To date, studies of quality of life is a convenient and informative method to assess the health of patients as well as the effectiveness of any type of treatment and rehabilitation. Assessment of quality of life allows to determine the differential impact of disease and treatment on the patient's condition, taking into account both related and unrelated to disease factors. The participation of the patient in assessing his condition — the most important and meaningful, allowing along with traditional medical report, which made the doctor, consider the opinion of the patient and make the most complete and objective picture of the disease and its consequences.

Purpose of work. Examine and evaluate the quality of life in patients who underwent splenectomy because of her traumatic injury, depending on the period after surgery.

Materials and methods. To study and evaluate the quality of life was questioned 45 patients who underwent splenectomy about her traumatic injury. Among the men questioned was 73,3 % and their mean age was — $37,4 \pm 2,6$ years, women respectively — 26,7 % and $38,2 \pm 4,1$ years. Depending on the period after the surgery, all the respondents were divided as follows: I group — patients operated for 10 years and under and II group — patients operated for more than 11 years ago. The majority of respondents included in group II. In group II the average age of the patients was $38,2 \pm 2,3$ years. This group dominated by men (75,7 %), age $37,6 \pm 2,6$ years. Women are, respectively, 24,3 % and $40,2 \pm 5,3$ years. In group I the average age of the patients was $34,8 \pm 6,2$ years, with the vast majority of men — 62,5 %, mean age $36,4 \pm 10,1$ years; pursuant women — 37,5 % under the age $32,0 \pm 2,5$ years. Assessment of quality of life assessment at the individual and population levels was carried out according to the following scale: minimum — up to 40,0%, satisfactory — from 41,0%

to 70,0%, and optimal — 71,0% or more. To estimate the population of Assessment of quality of life of patients was calculated based on the arithmetic mean of individual parameters.

Results and discussion. Performance on all blocks restrictions in various sectors of the surveyed respondents are mainly within satisfactory except block physical functioning (82,9 %) — the best standard of living and daily functioning unit (38,9 %) — the minimum standard of living. In the study of quality of life of patients undergoing splenectomy, depending on the period after surgery found that patients who underwent surgery 10 years and under rated their quality of life higher than the other group. Intergroup statistical differences in Assessment of quality of life indicators and second groups were calculated by using the U — Mann-Whitney.

In the calculation of key indicators: physical and mental health component found that the group index and the physical component of health — 82,3 %, and psychological — 76,1 %; In the second group, respectively, 61,9 % and 57,0 %.

Conclusions. Quality of life of the group on all clusters restrictions in various sectors of the respondents were mainly within the satisfactory level, except for unit physical functioning (82,9 %) — the best standard of living and daily functioning unit (38,9 %) — the minimum standard of living. In analyzing the quality of life of patients who underwent splenectomy does not have a statistically significant difference by gender ($p > 0,05$).

Comparing the two groups on the main indicators of quality of life, such as physical and mental health component was found of a statistically significant difference ($p \leq 0,05$). Thus, the more remote period after surgery, the lower the quality of life of patients.

Key words: splenectomy, quality of life, questionnaire SF-36.

УДК 617.586-002.44:616.379-008.64)-085:612.1

ШАПОВАЛ С.Д., САВОН І.Л., МАРТИНЮК В.Б., ВАСИЛЕВСЬКА Л.А., ЯКУНИЧ А.М., МАКСИМОВА О.О.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА МІКРОЦИРКУЛЯЦІЮ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ

Резюме. Обстежено 264 хворих на ускладнений синдромом діабетичної стопи, що знаходилися на стаціонарному лікуванні. Середній вік хворих складав $59,4 \pm 3,5$ років. З них жінок — 152 (57,6 %), чоловіків — 112 (42,4 %). У всіх пацієнтів мав місце ЦД 2 типу, його середня тривалість склала $12,5 \pm 2,2$ років. Із середньою тяжкістю ЦД було 168 (63,6 %) хворих, з важким перебігом — 96 (36,4 %). Хворі контрольної групи ($n=85$) отримували комплекс лікувальних заходів, умовно названий «стандартним». В основній групі до комплексу «стандартної» терапії додатково застосовували: в підгрупі А ($n=92$) препарат з групи простагландинів (алпростадил); в підгрупі В ($n=87$) — антигіпоксанти, депротейнізований гемодеріват з крові телят — ДГКТ. Пацієнти були розподілені на клінічні групи: нейропатичну, ішемічну і змішану форми. Вивчення мікроциркуляції проводилося методом лазерної доплерівської флоуметрії. У хворих з нейропатичною формою ускладненого СДС контрольної групи відбувалося покращення показників мікроциркуляції при стандартній терапії, але додаткове застосування алпростадилу (підгрупа А) та ДГКТ (підгрупа В) оптимізувало показники краще. Більш виражені зміни в показниках хворих з нейропатичною формою зафіксовані при застосуванні ДГКТ (підгрупа В). У хворих з ішемічною формою ускладненого СДС контрольної групи достовірно покращився лише один показник, застосування алпростадилу (підгрупа А) та ДГКТ (підгрупа В) позитивно вплинули практично на всі показники. У хворих зі змішаною формою ускладненого СДС стандартна терапія практично не вплинула на показники мікроциркуляції, застосування алпростадилу сприяло зміні показників у бік покращення.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, мікроциркуляція, медикаментозна терапія.

Цукровий діабет (ЦД) визнаний ВООЗ найбільш поширеною ендокринною патологією. В європейських країнах, в тому числі і в Україні, розповсюдженість ЦД становить від 3 % до 10 % від загальної популяції, а серед літнього населення до 30 %. Щороку кількість пацієнтів із ЦД збільшується на 4-5%, кожні 12-15 років подвоюється [1].

Досягнення сучасної діабетології дозволили значно зменшити ризик смертності від діабетичної коми і збільшити тривалість життя [10]. Але з'явилися не менш важливі проблеми — розвиток хронічних ускладнень з боку різних органів і систем. Одним з ускладнень ЦД, є синдром діабетичної стопи (СДС) — патологічний стан стопи у хворих на ЦД, що виникає на тлі ураження периферійних судин і нервів [4].

За даними Американської діабетичної асоціації (ADA), кількість пацієнтів з ЦД, які перенесли ампутацію нижніх кінцівок, становить від 5 % до 15 %, що в 20-40 разів більше ніж у загальній популяції. Згідно ретроспективних досліджень, в 6-30% випадків після першої ампутації нижньої кінцівки на протязі 1-3 ро-

ків ампутують іншу кінцівку, а у 28-51% протягом 5 років [11].

Встановлено, що саме діабетична нейро— і мікроангіопатія на пізніх стадіях визначають прогноз життя хворого, а частота виникнення судинних ускладнень обумовлена раннім і прискореним розвитком атеросклерозу [12].

Дискутабельним залишається питання про вибір лікарських засобів у комплексному лікуванні ускладненого СДС [2, 3, 6, 7].

Ефективність лікування даної категорії хворих можливо істотно підвищити при введенні до схеми комплексного лікування препаратів, що впливають на мікроциркуляцію [5]. Такий підхід має особливе значення при неможливості корекції порушення кровообігу іншими відомими методами [9]. Бажано, щоб

© Шаповал С.Д., Савон І.Л., Мартинюк В.Б., Василевська Л.А., Якунич А.М., Максимова О.О., 2014
© «Український журнал хірургії», 2014
© Заславський О.Ю., 2014

використані препарати покращували гемодинаміку та сприяли активації метаболізму в умовах гіпоксії та порушенні вуглеводного обміну [8].

Мета роботи — дослідити стан мікроциркуляції у хворих на ускладнений СДС в залежності від медикamentозної терапії та клінічної форми.

Об'єкт і методи дослідження

Обстежено 264 хворих на ускладнений синдромом діабетичної стопи, що знаходились на стаціонарному лікуванні в гнійно-септичному відділенні з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3» м. Запоріжжя.

Вік пацієнтів коливався від 41 до 82 років, в середньому склав $59,4 \pm 3,5$ років. З них жінок — 152 (57,6 %), чоловіків — 112 (42,4 %).

У всіх пацієнтів мав місце ЦД 2 типу, його середня тривалість склала $12,5 \pm 2,2$ років. Із середньою тяжкістю ЦД було 168 (63,6 %), з важким перебігом — 96 (36,4 %).

Супутня патологія була представлена ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, хронічними захворюваннями легень, ожирінням, церебросклерозом.

Всі пацієнти оперовані. Їм були виконані оперативні втручання: некректомія, розкриття і дренивання абсцесу або флегмони, ампутація пальців або стопи.

Обстеження хворих передбачало визначення загально-клінічних і біохімічних лабораторних показників, рівень глікемії. Стан кісткової системи оцінювали по рентгенограмах, оцінка стану магістральних судин нижніх кінцівок виконувалась за допомогою дуплексного сканування, а мікроциркуляції — за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ). Зміни неврологічного статусу фіксували по змінам вібраційної, тактильної, температурної та больової чутливості.

Хворі контрольної групи (n=85) отримували комплекс лікувальних заходів, умовно названий нами «стандартним», що включав у себе: компенсацію вуглеводного обміну (стол №9, інсулінотерапія та цукрознижуючі засоби); антибактеріальну терапію; нестероїдні протизапальні засоби; препарати, що поліпшують метаболізм нервової тканини (альфа-ліпоєва кислота, вітаміни групи В); дезагреганти (низькомолекулярні гепарини); інфузійну терапію (розчин Рінгера, фізіологічний розчин); корекцію супутньої патології; розвантаження кінцівки; хірургічну обробку та місцеве лікування ран.

Таблиця 1 — Розподіл хворих в залежності від форми ускладненого СДС та лікування

Клінічна форма СДС	Контрольна група (стандартне лікування)	Основна група	
		підгрупа А (стандартне + алпростадил)	підгрупа В (стандартне + ДГКТ)
Нейропатична	29	24	26
Ішемічна	25	36	28
Змішана	31	32	33
Всього:	85	92	87

В основній групі (n=179) до комплексу «стандартної» терапії додатково застосовували: в підгрупі А (n=92) препарат з групи простаноїдів (ВАП 20 — діюча речовина алпростадил); в підгрупі В (n=87) — антигіпоксанти, депротейнізований гемодериват з крові телят — ДГКТ (Актовегін).

Приводом для відмови від ревазуляризуючих втручання були: вік, супутні захворювання, багаторівневе ураження артеріального русла, кальциновані судини.

Згідно класифікації СДС (Міжнародна робоча група з діабетичної стопи, 1999), пацієнти були розподілені на клінічні групи: нейропатичну, ішемічну і змішану форми (табл. 1).

Розподіл було проведено за допомогою неврологічного, доплерівського досліджень та флоуметрії (Патент на корисну модель № 43969. Спосіб діагностики форми синдрому діабетичної стопи. Зареєстровано 10.09.2009.).

Вивчення мікроциркуляції проводилося методом ЛДФ, за допомогою аналізатора ЛАКК-02 ТОВ НВП «ЛАЗМА», Росія.

Кровоток шкіри стопи вивчали у спокої, датчик встановлювали на тильну поверхню стопи у першому міжплюсневому проміжку.

Реєстрація показників мікрогемодинаміки виконувалася у горизонтальному положенні обстежуваного протягом 10 хвилин з наступною обробкою даних.

Розраховували середні показники перфузії: M_{cp} — величина середнього потоку крові; σ — середнє коливання перфузії щодо середнього значення потоку крові; K_v (коефіцієнт варіації) — співвідношення величин M_{cp} і σ . Амплітудно-частотний спектр (АЧС) перфузії аналізували за допомогою алгоритму Вейвлет-перетворення. Реєстрували коливальний процес, обумовлений активними чинниками — ендотеліальними (Ае), нейрогенним (Ан), міогенним (Ам) і пасивними — дихальним (Ад), серцевим (Ас). Обчислювали нейрогенний (НТ) та міогенний тонус (МТ), показник шунтування (ПШ).

Показники мікроциркуляції, прийняті за норму, отримані при обстеженні 25 здорових мешканців нашого регіону середнім віком $28,2 \pm 3,5$ років, з них жінок 14 (56 %), чоловіків 11 (44 %).

Дослідження мікроциркуляції проводили двічі: до лікування та після — на 18-21 добу.

Статистичну обробку даних проводили з урахуванням принципів доказової медицини, розрахунки виконували з використанням програмного пакета для статистичного аналізу даних «STATISTICA 6.1».

Результати та обговорення

У пацієнтів контрольної групи з нейропатичною формою ускладненого СДС стандартна терапія достовірно ($P < 0,05$) сприяла зростанню показника σ на 84 % та K_v на 21 % ($P < 0,05$) відносно даних до лікування (табл. 2).

Також відмічено зростання амплітуди дихального коливання (Ад) на 55 % ($P < 0,05$) і зниження нейрогенної амплітуди (Ан) на 16 % ($P < 0,05$). Хоча величина середнього потоку крові (Мср) залишилась незмінною ($P > 0,05$), проте зростання показників середнього коливання перфузії та коефіцієнта варіації вказувало на позитивні зміни мікроциркуляції.

В основній групі пацієнтів з нейропатичною формою ускладненого СДС, котрі додатково отримували алпростадил (підгрупа А), відмічено достовірне покращення мікроциркуляції шляхом зростання Мср на 107 % ($P < 0,05$), σ на 840 % ($P < 0,001$), K_v на 91 % ($P < 0,05$). Також відмічено збільшення НТ на 26 % ($P < 0,05$), та зниження ПШ на 25 % ($P < 0,05$) при порівнянні з показниками до лікування.

У хворих основної групи з ішемічною формою ускладненого СДС, котрі додатково отримували ДГКТ (підгрупа В), відмічено збільшення показників Мср на 21 % ($P < 0,05$), σ на 138 % ($P < 0,05$), K_v на 83 % ($P < 0,05$), НТ на 40 % ($P < 0,05$) (табл. 3).

При обстеженні пацієнтів з ішемічною формою контрольної групи, виявлено достовірне покращення лише одного показника — Мср на 12 % ($P < 0,05$).

Додаткове використання алпростадилу у хворих з ішемічною формою ускладненого СДС (підгрупа А)

привело до зміни практично усіх показників мікроциркуляції. Покращилися Мср на 26 % ($P < 0,05$), σ на 60 % ($P < 0,05$), K_v на 37 % ($P < 0,05$).

Достовірно ($P < 0,05$) зменшилися амплітуди ендотеліальних коливань (Ае) на 21 %, нейрогенних коливань (Ан) на 23 %, міогенних коливань (Ам) на 63 %, дихальних коливань (Ад) на 73 %, серцевих коливань (Ас) на 59 % відносно показників до лікування. Також відбулися достовірні ($P < 0,05$) зміни Мср, σ , Ан, Ам, Ад, Ас відносно показників контрольної групи після лікування.

Використання ДГКТ (підгрупа В) у хворих з ішемічною формою ускладненого СДС привело до достовірного ($P < 0,05$) покращення показників — Мср на 20 % ($P < 0,05$), σ на 19 % ($P < 0,05$), K_v на 36 % ($P < 0,05$). У порівнянні із змінами показників підгрупи А ці відмінності мали не такий значний розмір.

Дослідження мікроциркуляції у хворих зі змішаною формою ускладненого СДС контрольної групи на тлі стандартної терапії показало зниження Мср на 13 % ($P < 0,05$) та збільшення K_v на 19 % ($P < 0,05$) (табл. 4).

В основній групі зі змішаною формою ускладненого СДС, пацієнти якої додатково отримували алпростадил (підгрупа А), виявлено достовірне зменшення Мср на 28 % ($P < 0,05$) та збільшення σ на 87 % ($P < 0,05$), K_v на 37 % ($P < 0,05$), зменшення амплітуди нейрогенних коливань (Ан) на 34 % ($P < 0,05$) та міогенних коливань (Ам) на 14 % ($P < 0,05$) відносно показників до лікування, а також відновлення Мср, σ , K_v , Ан відносно контрольної групи.

Таблиця 2 — Показники мікроциркуляції у хворих з нейропатичною формою ускладненого СДС в залежності від медикаментозної терапії ($M \pm m$)

Показник перфузії	Норма, $n=25$	Контрольна група (стандартна терапія), $n=29$		Основна група			
		До лікування	Після лікування	підгрупа А (стандартна терапія+алпростадил), $n=24$		підгрупа В (стандартна терапія+ДГКТ), $n=26$	
				До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Мср, пф.од.	2,70 ± 0,24	5,78 ± 0,26	5,62 ± 0,12	5,93 ± 0,51	12,31 ± 1,92 ^{B,D}	5,52 ± 0,22	6,72 ± 0,32 ^{C,E,F}
σ , пф.од.	0,89 ± 0,10	0,45 ± 0,05	0,83 ± 0,11 ^A	0,42 ± 0,07	3,95 ± 0,90 ^{B,D}	0,50 ± 0,09	1,19 ± 0,04 ^{C,E,F}
K_v , %	39,96 ± 4,10	14,91 ± 0,86	18,10 ± 0,56 ^A	15,44 ± 1,70	29,50 ± 0,41 ^{B,D}	14,40 ± 1,63	26,38 ± 0,64 ^{C,E}
НТ, пф.од.	2,17 ± 0,20	1,82 ± 0,05	2,31 ± 0,08 ^A	1,91 ± 0,07	2,40 ± 0,12 ^B	1,80 ± 0,09	2,53 ± 0,22 ^C
МТ, пф.од.	2,79 ± 0,11	3,22 ± 0,24	3,24 ± 0,26	3,21 ± 0,31	3,02 ± 0,45	3,20 ± 0,61	3,33 ± 1,29
ПШ, пф.од.	1,40 ± 0,05	3,68 ± 0,19	3,17 ± 1,30	3,56 ± 0,17	2,66 ± 0,11 ^B	3,38 ± 0,22	3,07 ± 0,09 ^F
Ае, пф.од.	0,51 ± 0,04	0,39 ± 0,04	0,38 ± 0,03	0,37 ± 0,05	1,58 ± 0,05 ^{B,D}	0,28 ± 0,05	0,51 ± 0,40 ^{C,E,F}
Ан, пф.од.	0,49 ± 0,05	0,62 ± 0,02	0,51 ± 0,01 ^A	0,60 ± 0,04	0,41 ± 0,53	0,64 ± 0,05	0,48 ± 0,14
Ам, пф.од.	0,41 ± 0,05	0,36 ± 0,05	0,38 ± 0,04	0,32 ± 0,04	0,92 ± 0,06 ^{B,D}	0,30 ± 0,07	0,41 ± 0,12 ^F
Ад, пф.од.	0,21 ± 0,04	0,20 ± 0,02	0,31 ± 0,02 ^A	0,20 ± 0,03	0,36 ± 0,21	0,18 ± 0,01	0,29 ± 0,04 ^C
Ас, пф.од.	0,12 ± 0,01	0,17 ± 0,05	0,16 ± 0,06	0,18 ± 0,01	0,39 ± 0,08 ^B	0,16 ± 0,02	0,16 ± 0,03 ^F

Примітки: r^A — $P < 0,05$ при порівнянні даних в контрольній групі; r^B — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі А; r^C — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі В; r^D — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою А після лікування; r^E — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою В після лікування; r^F — $P < 0,05$ при порівнянні між підгрупою А та підгрупою В після лікування.

Таблиця 3 — Показники мікроциркуляції у хворих з ішемічною формою ускладненого СДС в залежності від медикаментозної терапії ($M \pm m$)

Показник перфузії	Норма, n=25	Контрольна група (стандартна терапія), n=25		Основна група			
				підгрупа А (стандартна терапія+алпростадил), n=36		підгрупа В (стандартна терапія+ДГКТ), n=28	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Мср, пф.од.	2,70 ± 0,24	34,52 ± 0,47	30,25 ± 0,56 ^A	34,54 ± 2,17	25,33 ± 0,41 ^{B,D}	35,47 ± 1,61	28,37 ± 0,12 ^{C,E,F}
σ, пф.од.	0,89 ± 0,10	11,54 ± 2,80	10,65 ± 0,90	11,73 ± 1,34	4,63 ± 1,10 ^{B,D}	9,70 ± 5,41	7,83 ± 0,21 ^{E,F}
Kv, %	39,96 ± 4,10	25,38 ± 3,62	28,42 ± 0,21	22,50 ± 1,48	30,94 ± 0,41 ^B	22,66 ± 1,41	30,89 ± 0,24 ^{C,E}
НТ, пф.од.	2,17 ± 0,20	3,08 ± 0,26	3,02 ± 0,21	2,54 ± 0,19	2,37 ± 0,24	2,44 ± 0,53	2,44 ± 0,06 ^E
МТ, пф.од.	2,79 ± 0,11	3,82 ± 0,28	3,68 ± 0,16	3,57 ± 0,09	3,93 ± 0,04 ^B	3,51 ± 1,31	2,68 ± 0,25 ^{E,F}
ПШ, пф.од.	1,40 ± 0,05	1,26 ± 0,16	1,31 ± 0,14	1,21 ± 0,04	1,49 ± 0,05 ^B	1,31 ± 0,18	1,36 ± 0,46
Ае, пф.од.	0,51 ± 0,04	4,21 ± 0,05	3,90 ± 0,05	4,25 ± 0,19	3,35 ± 0,21 ^B	4,43 ± 2,91	3,24 ± 0,07 ^E
Ан, пф.од.	0,49 ± 0,05	3,30 ± 0,54	3,19 ± 0,12	3,48 ± 0,23	2,67 ± 0,13 ^{B,D}	3,46 ± 1,52	3,19 ± 0,13 ^F
Ам, пф.од.	0,41 ± 0,05	2,46 ± 0,43	2,03 ± 0,20	2,66 ± 0,51	0,98 ± 0,09 ^{B,D}	2,34 ± 0,29	1,32 ± 0,04 ^{C,E,F}
Ад, пф.од.	0,21 ± 0,04	2,60 ± 0,38	2,13 ± 0,24	2,14 ± 0,41	0,57 ± 0,20 ^{B,D}	2,72 ± 0,91	1,19 ± 0,07 ^{E,F}
Ас, пф.од.	0,12 ± 0,01	0,91 ± 0,25	0,92 ± 0,11	1,03 ± 0,07	0,42 ± 0,13 ^{B,D}	0,96 ± 0,47	0,94 ± 0,11 ^F

Примітки: r^A — $P < 0,05$ при порівнянні даних в контрольній групі; r^B — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі А; r^C — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі В; r^D — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою А після лікування; r^E — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою В після лікування; r^F — $P < 0,05$ при порівнянні між підгрупою А та підгрупою В після лікування.

Таблиця 4 — Показники мікроциркуляції у хворих зі змішаною формою ускладненого СДС в залежності від медикаментозної терапії ($M \pm m$)

Показник перфузії	Норма, n=25	Контрольна група (стандартна терапія), n=31		Основна група			
				підгрупа А (стандартна терапія+алпростадил), n=32		підгрупа В (стандартна терапія+ДГКТ), n=33	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Мср, пф.од.	2,70 ± 0,24	10,71 ± 0,26	9,23 ± 0,17 ^A	10,69 ± 0,61	7,59 ± 0,34 ^{B,D}	10,70 ± 0,39	8,71 ± 0,15 ^C
σ, пф.од.	0,89 ± 0,10	1,37 ± 0,18	1,59 ± 0,05	1,29 ± 0,12	2,42 ± 0,32 ^{B,D}	1,33 ± 0,18	2,22 ± 0,12 ^{C,E}
Kv, %	39,96 ± 4,10	19,48 ± 0,71	23,14 ± 0,61 ^A	20,83 ± 1,12	28,71 ± 1,03 ^{B,D}	20,54 ± 0,34	24,13 ± 0,24 ^{C,F}
НТ, пф.од.	2,17 ± 0,20	2,41 ± 0,13	2,32 ± 0,15	2,22 ± 0,08	2,30 ± 0,21	2,38 ± 0,25	2,35 ± 0,18
МТ, пф.од.	2,79 ± 0,11	3,20 ± 0,21	3,13 ± 0,12	3,63 ± 0,34	3,52 ± 0,04 ^D	3,49 ± 0,49	3,72 ± 0,47
ПШ, пф.од.	1,40 ± 0,05	1,54 ± 0,06	1,52 ± 0,52	1,50 ± 0,19	1,45 ± 0,42	1,56 ± 0,15	1,47 ± 0,13
Ае, пф.од.	0,51 ± 0,04	0,65 ± 0,14	0,63 ± 0,43	0,62 ± 0,81	0,61 ± 0,71	0,62 ± 0,26	0,60 ± 0,03
Ан, пф.од.	0,49 ± 0,05	0,62 ± 0,07	0,75 ± 0,03	0,65 ± 0,06	0,43 ± 0,01 ^{B,D}	0,66 ± 0,04	0,84 ± 0,03 ^{C,F}
Ам, пф.од.	0,41 ± 0,05	0,51 ± 0,05	0,57 ± 0,06	0,55 ± 0,02	0,47 ± 0,01 ^B	0,58 ± 0,03	0,75 ± 0,04 ^{C,F}
Ад, пф.од.	0,21 ± 0,04	0,25 ± 0,29	0,30 ± 0,32	0,26 ± 0,12	0,24 ± 0,18	0,25 ± 0,02	0,34 ± 0,02 ^C
Ас, пф.од.	0,12 ± 0,01	0,21 ± 0,01	0,22 ± 0,10	0,20 ± 0,06	0,24 ± 0,10	0,18 ± 0,02	0,24 ± 0,08

Примітки: r^A — $P < 0,05$ при порівнянні даних в контрольній групі; r^B — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі А; r^C — $P < 0,05$ при порівнянні даних в підгрупі В; r^D — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою А після лікування; r^E — $P < 0,05$ при порівнянні між контрольною групою та підгрупою В після лікування; r^F — $P < 0,05$ при порівнянні між підгрупою А та підгрупою В після лікування.

У пацієнтів, що отримували ДГКТ (підгрупа В) встановлено достовірне зменшення Мср на 18 % ($P < 0,05$), збільшення σ на 66 % ($P < 0,05$), Кв на 17 % ($P < 0,05$), амплітуди нейрогенних коливань (Ан) на 27 %, міогенних коливань (Ам) на 29 %, дихальних коливань (Ад) на 36 %.

У хворих з нейропатичною формою ускладненого СДС контрольної групи відбувалося покращення показників мікроциркуляції при стандартній терапії, але додаткове застосування алпростадилу (підгрупа А) та ДГКТ (підгрупа В) оптимізувало показники краще. Більш виражені зміни в показниках хворих з нейропатичною формою Мср, σ , Ад, Ас достовірно ($P < 0,05$) отримані у хворих, які приймали алпростадил (підгрупа А), у той же час зміни МТ та ПШ достовірно зафіксовані при застосуванні ДГКТ (підгрупа В).

У хворих з ішемічною формою ускладненого СДС контрольної групи достовірно покращився лише один показник, застосування алпростадилу (підгрупа А) та ДГКТ (підгрупа В) позитивно вплинули практично на всі показники. У хворих з ішемічною формою більш впливовим виявився алпростадил (підгрупа А).

У хворих зі змішаною формою ускладненого СДС стандартна терапія практично не вплинула на показники мікроциркуляції, застосування алпростадилу та ДГКТ сприяло зміні показників у бік норми. У хворих зі змішаною формою показники більш змінилися під впливом алпростадилу (підгрупа А).

Висновки

1. Призначення терапії у хворих на ускладнений СДС повинно відбуватися після дослідження магістрального кровотоку та мікроциркуляції нижніх кінцівок.

2. При відсутності умов для хірургічного відновлення кровотоку, варіантом медикаментозного впливу на мікроциркуляцію можливе використання простаноїдів та антигіпоксантив. Ефективність та доцільність подальшого лікування залежить від реакції механізмів регуляції мікроциркуляторного русла.

3. При нейропатичній формі ускладненого СДС доцільне використання ДГКТ, що достовірно підтверджено позитивним впливом на показники кровотоку, при ішемічній та змішаній формах більш впливовим виявився алпростадил.

4. Перспективним напрямком дослідження є пошук засобів для покращення мікроциркуляції нижніх кінцівок при наявності оклюзії або критичного стенозу за рахунок анатомічних особливостей колатерального кровотоку та механізмів їх регуляції.

Література

1. Горобейко М.Б. Ефективність актовегіну за периферичної ангіопатії різного ступеня у хворих на цукровий діабет / М.Б. Горобейко, О.С. Ларін, Є.В. Таран // *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. — 2009. -№ 3 (28). — С. 22-24.

2. Дибиров М.Д. *Метаболическая терапия актовегином при ишемическом синдроме нижних конечностей* / М. Д. Дибиров // *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова*. — 2014. — № 2. — С. 33-36.
3. *Лекарственная и хирургическая коррекция нарушенной артериальной кровообращения в нижних конечностях у больных сахарным диабетом* / Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, Ф.Ф. Хамитов [и др.] // *Болезни сердца и сосудов*. — 2009. -N 2. -С. 29-33.
4. Ляпіс М. О. Синдром стопи діабетика. Чи можна виконати умови Сент-Вінсентської декларації в Україні? / М. О. Ляпіс, П. О. Герасимчук // *Шпитальна хірургія*. — 2001. — № 3, додаток. — С. 117-120.
5. *Методы сосудистой хирургии в комплексном лечении гнойно-некротической формы синдрома диабетической стопы* / Е.А. Корымасов, А.М. Аюпов, С.Ю. Пушкин [и др.] // *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. — 2009. — Т.4, № 2. — С. 124.
6. Мишалов В.Г. *Применение препарата «вазапростан» в лечении хронической критической ишемии нижних конечностей* / В.Г. Мишалов, В.А. Черняк // *Сучасні медичні технології*. — 2009. — №1. — С. 73-81.
7. *Оценка эффективности применения препарата Актовегин у больных с синдромом диабетической стопы: анализ отдаленных результатов* / В.Т. Кривичин, А.В. Чернобай, М.Е. Елисеєва [и др.] // *Эффективная фармакотерапия*. — 2013. -№ 5. — С. 46-51.
8. *Резервные возможности сосудистого русла у пациентов с системным атеросклерозом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа* / О.В. Каменская, И.Ю. Логинова, А.С. Клиникова [и др.] // *Сахарный диабет*. — 2013. — № 1. — С. 78-83.
9. Р.А. Манушарова *Современные возможности консервативного и хирургического методов лечения гнойно-некротических поражений стоп у больных сахарным диабетом* / Р.А. Манушарова, М.Д. Дибиров, Д.И. Черкезов // *Русский медицинский журнал*. 2005. -№ 28. — С. 1915-1918.
10. Chow I. *Management and prevention of diabetic foot ulcers and infections: a health economic review* / I. Chow, E. V. Lemos, T. R. Einarson // *Pharmacoeconomics*. — 2008. — Vol. 26, № 12. — P. 1019-1035.
11. *Incidence of lower-limb amputation in the diabetic and nondiabetic general population: a 10-year population-based cohort study of initial unilateral and contralateral amputations and reamputations* / A. Johanneson, G.U. Larsson, N. Ramstrand [et al.] // *Diabetes Care*. — 2009. — Vol. 32, № 2. — P. 275-280.
12. *Mortality, causes of death and associated risk factors in a cohort of diabetic patients after lower-extremity amputation: a 6.5-year follow-up study in Taiwan* / С. Н. Tseng, С.К. Chong, С. P. Tseng [et al.] // *Atherosclerosis*. — 2008. — Vol. 197, № 1. — P. 111-117.

Отримано 29.04.14 ■

Шаповал С.Д., Савон І.Л., Мартынюк В.Б., Василевская Л.А., Якунич А.Н., Максимова О.О.
ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

Резюме. Обследовано 264 больных с осложненным синдромом диабетической стопы, которые находились на стационарном лечении. Средний возраст больных составлял $59,4 \pm 3,5$ лет. Из них женщин — 152 (57,6 %), мужчин — 112 (42,4 %). У всех пациентов имел место СД 2 типа, средняя продолжительность которого составила $12,5 \pm 2,2$ лет. Со средней тяжестью СД было 168 (63,6 %) больных, с тяжелым течением — 96 (36,4 %). Больные контрольной группы ($n=85$) получали комплекс лечебных мероприятий, условно названный «стандартным». В основной группе к комплексу «стандартной» терапии дополнительно применяли: в подгруппе А ($n=92$) препарат из группы простагландинов (алпростадил); в подгруппе В ($n=87$) — антигипоксанты, депропротеинизированный гемодериват из крови телят — ДГКТ. Пациенты были разделены на клинические группы: нейропатическую, ишемической и смешанную формы. Изучение микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии. У больных с

нейропатической формой осложненного СДС контрольной группы отмечено улучшение показателей микроциркуляции при стандартной терапии, но дополнительное применение алпростадил (подгруппа А) и ДГКТ (подгруппа В) оптимизировало показатели лучше. Более выраженные изменения в показателях больных с нейропатической формой зафиксированы при применении ДГКТ (подгруппа В). У больных с ишемической формой осложненного СДС контрольной группы достоверно улучшился лишь один показатель, применение алпростадил (подгруппа А) и ДГКТ (подгруппа В) положительно повлиял практически на все показатели. У больных со смешанной формой осложненного СДС стандартная терапия практически не повлияла на показатели микроциркуляции, применение алпростадил способствовало изменению показателей в сторону улучшения.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, микроциркуляция, медикаментозная терапия.

Shapoval S.D., Savon I.L., Martynuk V.B., Vasilevska L.A., Yakunich A.N., Maksimova O.O.
SI «Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine»

STUDY OF EFFECT OF THERAPY ON MICROCIRCULATION IN PATIENS WITH COMPLICATED DIABETIC FOOT SINDROME DEPENDING ON THE CLINICAL FORMS

Summary. We have examined 264 patients with complicated diabetic foot syndrome (DFS), who were hospitalized. The average age of the patients was $59,4 \pm 3,5$ years. Among them — women — 152 (57,6 %), men — 112 (42,4%). All patients had type 2 diabetes, the average duration of which was $12,5 \pm 2,2$ years. With a moderate diabetes was 168 (63,6%), with severe — 96 (36,4%). The control group ($n=85$) received range of therapeutic interventions, tentatively called «standard». In the main group to the complex «standard» therapy additionally was used: in subgroup A ($n=92$) drug from the group of prostaglandins (Alprostadil); in the subgroup B ($n=87$) — antihypoxants, gemoderivat deproteinized blood from calves — GDBC. Patients were divided into clinical groups: neuropathic, ischemic and mixed forms. Microcirculation study was conducted by laser doppler flowmetry. In patients with

neuropathic form of complicated DFS of the control group was an improvement in microcirculation with standard therapy, but additional use of Alprostadil (subgroup A) and GDBC (subgroup B) optimized performance is better. More pronounced changes in terms of patients with neuropathic form are registered in using GDBC (subgroup B). In patients with ischemic form of complicated DFS control group significantly improved only one indicator, while use of alprostadil (subgroup A) and GDBC (subgroup B) had a positive impact on almost all indicators. In patients with mixed form of complicated DFS standard therapy largely unaffected the microcirculation, while use of Alprostadil helped to change the parameters in the direction of the norm.

Keywords: diabetic foot syndrome, microcirculation, effect of therapy.

УДК 616.-001 4-002.3-085.8 37-089.44

ШКВАРКОВСЬКИЙ І.В., АНТОНЮК Т.В., ШКВАРКОВСЬКА Н.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЗМЕНШЕННЯ ЧАСТОТИ ВИСОКИХ АМПУТАЦІЙ ЯК РЕЗУЛЬТАТ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ ГНІЙНИХ РАН У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Резюме. Синдром діабетичної стопи є одним з найбільш частих і тяжких ускладнень цукрового діабету, що ускладнює перебіг захворювання. Ризик виникнення гангрені нижніх кінцівок у цих хворих у кілька разів вищий, ніж у загальній популяції. У світі щородини виконується 55 ампутацій нижніх кінцівок з приводу синдрому діабетичної стопи. З метою зменшення частоти високих ампутацій розроблений метод комплексного хірургічного лікування з використанням низькочастотного ультразвуку та вакуумної терапії.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, вакуумна терапія, ультразвукова кавітація.

Вступ

Цукровий діабет залишається однією з актуальних проблем медицини, оскільки він є одним з найбільш поширених ендокринологічних захворювань зі стійкою тенденцією до зростання. За останні роки досягнуті певні успіхи у вивченні патогенезу гнійно-запальних уражень при цукровому діабеті, хірургічному лікуванні таких хворих, зокрема ревазуляризуючих оперативних втручань, використання різноманітного ранового покриття та аплікацій на ранову поверхню стовбурових клітин [8]. Однак захворювання і надалі залишається медичною і соціальною проблемою з високим ризиком післяопераційної летальності, яка сягає 25-55% [7]. І навіть за умови успішного стаціонарного лікування у 50-60% осіб з гнійно-запальними ускладненнями м'яких тканин, на фоні цукрового діабету, протягом 3-5 років розвивається рецидив гнійно-запального процесу з переходом у некротичні ураження тканини і кінцівок [7].

Синдром діабетичної стопи є одним з найбільш частих і тяжких ускладнень цукрового діабету, що змінює перебіг захворювання майже у 25% пацієнтів. Ризик виникнення гангрені нижніх кінцівок у таких хворих у 20 разів вищий, ніж у загальній популяції [4]. Відсоток післяопераційних ускладнень залишається високим (30-37%), а летальність сягає 9-26% [3]. Велика соціальна значущість цукрового діабету полягає в тому, що він призводить до ранньої інвалідності. Ампутацію нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет виконують у 17-45 разів частіше, ніж в осіб без такого захворювання. Серед хворих на цукровий діабет після першої ампутації підлягає ампутації друга кінцівка – від 1 до 3 років – 6-30%, через 5 років – 28-51% [4].

Гнійно-запальний процес м'якої тканини за умови гіперглікемії має певну особливість перебігу. Порушення клітинної і гуморальної ланок імунітету призводить до швидкого поширення патогенних мікроорганізмів, місцевий прояв запалення не завжди супроводжується системними ознаками інфекції, що призводить до пізнього звернення хворих по медичну допомогу [10].

Нині, в аспекті вдосконалення хірургічної допомоги, науково-дослідницькі програми спрямовуються на боротьбу з тяжкими гнійно-некротичними ураженнями, які найчастіше виникають в ділянці стопи. Не існує методики для лікування рани, що була б універсальною на всіх стадіях запального процесу, досліджуються методи, засновані на різних фізичних методах (обробка рани низькочастотним ультразвуком, вакуумна терапія, кріотерапія, гіпербарична оксигенація та застосування лазерів) [4].

Вакуумна терапія знаходить все більш широке використання в комплексному лікуванні гнійних ран. Лікувальний ефект досягається створенням постійного негативного тиску на всій рановій поверхні. При цьому відбувається активне видалення продуктів некротичного розпаду та надмірного ранового ексудату, у тому числі речовин, що уповільнюють загоєння рани (наприклад, матриксних металопротеїназ і продуктів їх розпаду) [5,9]. Збереження вологості ранової поверхні, що стимулює ангиогенез, посилює фібриноліз і сприяє функціонуванню чинників зростання. Створюєть-

© Шкварковський І.В., Антонюк Т.В.,

Шкварковська Н.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

ся умова для швидкої елімінації мікробного фактора з вогнища запалення. Зниження локального інтерстиціального набряку тканини, зниження міжклітинного тиску, посилення місцевого лімфообігу і транскапілярного транспорту поліпшує живлення тканини і збільшує швидкість формування грануляційної тканини, а поліпшення перфузії ранового ложа додатково сприяє деконтамінації рани [6].

При обробці ран ультразвуком виникають кавітаційні процеси, завдяки яким відбувається дезінфекція рани на глибині, вимивання фібрину і ексудату з тяжкодоступних ділянок рани. Ультразвук має виражену бактерицидну і бактериостатичну дію на збудники ранової інфекції, знижує їх антибіотикорезистентність, стимулює внутрішньоклітинний біосинтез і регенераторний процес у рані, сприяє розширенню капілярів у грануляційній тканині, поліпшує мікроциркуляцію. Також має властивість потенціювати дію лікарських засобів, що застосовуються для місцевого лікування рани. Бактерицидний ефект зумовлений ушкоджувальною дією ультразвукової хвилі на мікробну клітину, підвищенням температури в озвучуваному середовищі, утворенням у ній хімічних сполук, які згубно діють на мікроорганізми [1]. Крім поліпшення мікроциркуляції, ультразвук має протизапальну дію внаслідок усунення застійного процесу, розсмоктування інфільтрату, підвищення фагоцитарної активності лейкоцитів і рівня природного захисту. Вплив низькочастотного ультразвуку на тканину приводить до активації синтезу протеїнів фібробластами і факторів росту макрофагами, збільшення продукції NO ендотеліальними клітинами під впливом низькочастотного ультразвуку і поліпшення перфузії ішемізованих тканин [2].

Мета дослідження. Підвищити ефективність хірургічного лікування гнійно-некротичного процесу у хворих із синдромом діабетичної стопи з метою зменшення частоти високих ампутацій за рахунок використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептичних розчинів.

Матеріал і методи

На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарні швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 31 хворого після первинного оперативного втручання з приводу гнійно-некротичного процесу синдрому діабетичної стопи – 13 чоловіків і 18 жінок. Вік пацієнтів коливався від 39 до 64 років і, у середньому, становив $56,4 \pm 2,18$ року. Серед нозологічних форм діагностовані: 15 хворим виконана ампутація стопи за Лісфранком, 6 пацієнтам – ампутація стопи за Шарпом, у 10 хворих – рана після ампутації стопи за Шопаром. Середній термін ускладнень після первинного оперативного лікування становив $6,2 \pm 1,12$ доби. Застосовували спосіб лікування гнійної рани кавітаційно-вакуумним методом за розробленою методикою (патент України №81727, опублікований 10.07.2013. Бюл. №13).

Контрольну групу становили 40 пацієнтів з гнійно-некротичним процесом синдрому діабетичної стопи

після первинного оперативного втручання – 18 чоловіків і 22 жінки. Вік пацієнтів коливався від 39 до 68 років і, у середньому, склав $53,2 \pm 2,31$ року. Групи були порівнянні за віком і нозологічними формами. Середній термін розвитку захворювання до звернення за медичною допомогою в контрольній групі становив $6,6 \pm 1,15$ доби ($p > 0,05$). Лікування хворих у контрольній групі проводилося за традиційними методиками.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою програм «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0». При цьому виконували обчислення середніх величин (M), їх помилки (m), відмінність у показниках вважали достовірним при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Усім хворим після видалення некротично зміненої тканини проводиться заливка порожнини розчином антисептика і виконується ультразвукова кавітація дна рани з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 1,5 Вт/см, тривалість процедури залежить від розміру ранової поверхні – 1 хв на 1 см². У подальшому в рані розміщують змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем, який розташовується всередині губки і виводиться через окремий розтин шкіри на відстані від країв рани, що дозволяє краще герметизувати порожнину. Рану закривають зовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднують до вакуумного пристрою, що дозволяє підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,1-0,2 атм. Ступінь розрідження визначається стадією перебігу ранового процесу, характером ранового вмісту. Пористість губки має значення, розмір пор залежить від характеру ранового ексудату. На початку лікування перевагу надається губкам з розміром пор 1500 мікрметрів, що дозволяє евакуювати залишки некротизованих тканин. У стадії проліферації, коли ексудація з рани є мінімальною і утворюється грануляційна тканина, доцільно застосовувати губки з меншим розміром пор (500 мікрметрів), що не ушкоджує грануляційну тканину.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість ранового ексудату (відсутній, незначний, помірний, значний), характер ранового ексудату (відсутній, серозний, серозно-гнійний, гнійний), наявність перипроцесу (набряк, гіперемія) (відсутній, слабо виражений, помірно виражений, сильно виражений), наявність грануляції (відсутня, поодинокі, виповнює повністю, надмірна), характер грануляції (відсутня, дрібнозерниста, великозерниста, лакова), епітелізація (відсутня, слабка, помірна, виражена, повна), наявність шкірного свербіжжя, швидкість загоєння рани, термін накладання вторинного шва на рану, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, динаміку лейкоцитарного індексу інтоксикації, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

За результатами клінічних спостережень визначено, що хворі, яким проводили вакуум-кавітаційну обробку рани за розробленою методикою, вже на другу добу відзначали вщухання болю і свербіж, зниження температури тіла, нормалізацію сну й апетиту. Дані ознаки зменшувалися в контрольній групі тільки на 3-4 добу.

Зменшення перифокального набряку та гіперемії шкіри навколо рани відзначали у більшості пацієнтів основної групи – 26 (83,9%) до 2 діб лікування. При цьому ознаки перифокального набряку в контрольній групі зберігалися на другу добу в усіх хворих ($p < 0,05$) і тільки на четверту добу зникали у 33 (82,5%) хворих. Ознаки лимфангоїту і лімфаденіту зникали в усіх хворих основної групи на 3 добу проведеної терапії, при цьому в контрольній групі – на 5 добу.

Інтенсивність больового синдрому коливалася від трьох до шести балів за Цифровою Рейтинговою Шкалою (Numerical Rating Scale, NRS) [10] і в середньому склала $4,3 \pm 0,22$ бала в основній групі. У контрольній групі інтенсивність больового синдрому становила $5,7 \pm 0,46$, що достовірно вище показника контрольної групи ($p < 0,01$).

Очищення рани від некротичної тканини відбувалося після 2-3 сеансів ультразвукової кавітації в основній групі, що відповідало в середньому $4,6 \pm 0,35$ добу. У контрольній групі очищення відбувалося тільки на $6,7 \pm 0,63$ добу ($p < 0,05$). Виділення ранового ексудату зменшувалося наполовину на $4,4 \pm 0,50$ доби в основній групі, що було достовірно менше показника основної групи – $6,4 \pm 0,46$ доби ($p < 0,05$). Зміна характеру виділень від гнійних до серозних проходила в середньому до $3,9 \pm 0,47$ доби у хворих основної групи. У контрольній групі цей показник становив $5,6 \pm 0,53$ доби, що достовірно вище основної групи ($p < 0,05$).

У хворих основної групи середній термін появи грануляційної тканини становив $2,9 \pm 0,36$ доби, а початок крайової епітелізації – $3,6 \pm 0,44$ доби. Дані показники були достовірно ($p < 0,05$) вищими в контрольній групі – $4,2 \pm 0,51$ доби і $5,0 \pm 0,54$ доби відповідно.

Швидкість загоєння рани визначали за методикою Л.Н. Попової [4], що становило 3,4 % протягом перших 5 діб і 4,8% – до повного загоєння рани. У 22 (71,0%) хворих основної групи закриття ранового дефекту провели за допомогою вторинного шва на $6,3 \pm 1,6$ добу. Швидкість загоєння рани у хворих контрольної групи була 2,8% до 5 діб і 4,1% – до повного загоєння рани. У контрольній групі рани гоїлися вторинним натягом без накладення вторинних швів.

Динаміка кількості мікробних тіл в біоптаті рани хворих основної групи, яку визначали в Lg КУО/г тканини рани, показала, що вихідний рівень обсіменіння післяопераційної рани мікрофлорою становив $8,9 \pm 0,15$ Lg КУО/г тканини, на 3 добу після операції – $3,5 \pm 0,20$ Lg КУО/г тканини і на 6 добу – $2,5 \pm 0,18$ Lg КУО/г тканини. При цьому вихідний показник обсіменіння післяопераційної рани мікрофлорою достовірно не відрізнявся в контрольній групі – $8,7 \pm 0,19$ Lg КУО/г ($p > 0,05$). Показники на 3 і

6 добу були достовірно вищими в контрольній групі – $6,3 \pm 0,30$ Lg КУО/г ($p < 0,01$) і $4,7 \pm 0,25$ Lg КУО/г ($p < 0,01$) відповідно.

При надходженні визначали лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Кальф-Каліфа, що становив $5,4 \pm 0,41$ в основній групі і не відрізнявся від показника контрольної групи – $5,6 \pm 0,26$ ($p > 0,05$). В основній групі на 3 добу ЛІІ знизився до $3,2 \pm 0,26$, а на 6 добу – до $2,5 \pm 0,15$, що було достовірно нижче ЛІІ у контрольній групі – $4,7 \pm 0,33$ ($p < 0,01$) і $3,4 \pm 0,22$ ($p < 0,01$) відповідно на 3 і 6 добу.

У 8 (20%) хворих контрольної групи не вдалося зберегти кінцівку і довелося виконувати високу ампутацію внаслідок прогресування гнійно-некротичного процесу. В основній групі висока ампутація виконана у 2 (6,5%) хворих. Тривалість післяопераційного періоду була достовірно нижча ($p < 0,05$) у хворих основної групи і становила $20,2 \pm 0,94$ доби проти $28,4 \pm 1,20$ доби в контрольній групі.

Найбільш наочно результати нашого лікування демонструє таке спостереження: хвора В., 40 років, надійшла до 1-го хірургічного відділення ЛШМД 19.05.2013р., через два місяці від початку захворювання, з діагнозом: цукровий діабет I типу, тяжкий перебіг, субкомпенсований, ускладнений мікро-та макроангіопатією судин нижніх кінцівок, периферичною сенсорною полінейропатією, синдром діабетичної стопи, гнійно-некротична рана культи правої стопи. З анамнезу: пацієнтка була прооперована з приводу гангрені пальців правої стопи, після зняття швів на 10 добу краї рани розійшлися, приєдналася вторинна інфекція. (рис. 1).

При надходженні – скарги на біль у ділянці рани, набряк та почервоніння правої стопи, виділення гнійного характеру, підвищення температури тіла до $38,2$ С. Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості, шкіра та слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Пульс 84 за 1 хв, задовільної властивості, АТ 100/70 мм рт. ст. Серцеві тони ритмічні, у легенях дихання везикулярне. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт звичайної форми, симетричний, бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, неболючий, симптоми подразнення очеревини негативні, перистальтика активна. Локально: у ділянці правої стопи рана розміром $10 \times 4 \times 2$ см, дно вкрите нальотом фібрину, набряк, гіпертермія стопи, виділення серозно-гнійні, при пальпації визначається болючість. У день надходження була проведена обробка рани низькочастотним ультразвуком упродовж 15 хв з частотою 25 кГц, із заливкою порожнини розчином антисептика (рис. 2).

20.05.2013р накладені вакуумні пов'язки, проведені чотири сеанси вакуумної терапії (рис. 3).

Закриття ранового дефекту проводилося за допомогою вторинних швів 24.05.2013р (рис. 4).

На 2 добу зменшився больовий синдром, нормалізувалася температура тіла, зникли набряк та гіперемія шкіри навколо рани. Інтенсивність больового синдрому за Цифровою Рейтинговою Шкалою (Numerical



Рис. 1. Гнійно-некротична рана правої стопи хворої В. при надходженні: 1 – некротична тканина в рані; 2 – ділянка грануляційної тканини



Рис. 2. Рана після проведення сеансу ультразвукової кавітації: 1 – грануляційна тканина в рані



Рис. 4. Рана після накладання вторинних швів: 1 – вторинні шви за Донатті

Rating Scale, NRS) становила 5 балів. Повне очищення рани від некротичної тканини відбулося на 4 добу, грануляційна тканина з'явилася на 2 добу, крайова епітелізація – на 6 добу. Швидкість загоєння рани, що визначали за методикою Л.Н. Попової, становила 6,4%. Динаміка кількості мікробних тіл у біоптаті рани показала: вихідний рівень обсіменіння післяопераційної рани мікрофлорою становив 8,4 Lg КУО/г тканини, на 4 добу після операції – 4,2 Lg КУО/г тканини і на 7 добу – 2,1 Lg КУО/г тканини. При надходженні лейкоцитарний індекс інтоксикації сягав 5,4, на 4 добу показник дорівнював 3,6, на 7 добу – 2,0. Тривалість післяопераційного періоду становила 16 дб (рис. 5).

Висновок

Клінічне використання запропонованого способу лікування гнійно-некротичного процесу у хворих із синдромом діабетичної стопи дозволило запобігти виконанню високої ампутації і сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації,



Рис. 3. Рана після проведеної вакуумної терапії: 1 – грануляційна тканина; 2 – крайова епітелізація



Рис. 5. Рана на 14 добу лікування: 1 – загоєння первинним натягом

зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини і процесу епітелізації.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьев В.А. Метод ультразвуковой кавитации в комплексном хирургическом лечении гранулирующих ран / В.А. Арефьев, Л.А. Анищенко, Р.А. Агеев // *Клінічна хірургія*. – 2009. – № 11-12. – С. 4-6.
2. Брискин Б.С. Ультразвуковая кавитация в лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы / Б.С. Брискин, М.В. Полянский, Ф.В. Прошин // *Инфекции в хирургии*. – 2007. – № 3. – С. 33-39.
3. Варианты гнойно-некротического поражения у больных при синдроме диабетической стопы. / Н.Н. Милица, В.В. Солдусова // *Клінічна хірургія*. – № 11–12. – С. 56.
4. Грекова Н.М. Хирургия диабетической стопы / Н.М. Грекова, В.Н. Бордуновский. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2009. – 188 с.
5. Зайцева Е.Л. Вакуум-терапия в лечении хронических ран / Е.Л. Зайцева, А.Ю. Токмакова // *Сахарный диабет*. – 2012. – № 3. – С. 45-49.
6. Кутовой А.Б. Лечение гнойных ран с использованием вакуум-терапии / А.Б. Кутовой, С.О. Косильников, С.А. Тарнопольский // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 6. – С. 51-61.
7. Маслова О. В. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений / О. В. Маслова, Ю.И. Сунцов // *Сахарный диабет*. – 2011. – № 3. – С. 6–11.
8. Удовиченко О. В. Диабетическая стопа / О. В. Удовиченко, Н. М. Грекова. – М.: Практическая медицина, 2010. – 272 с.
9. Fracalvieri M. Patient's pain feedback using negative pressure wound therapy with foam and gauze / M. Fracalvieri, E. Ruka // *International wound journal*. – 2011. – № 8. – P. 492-499.
10. Shaw J. E. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 / J. E. Shaw, R. A. Sicree, P. Z. Zimmet // *Diabetes Res. Clin. Pract.* – 2010. – Vol. 87. – № 1. – P. 4–14.

Отримано 18.03.14 ■

Шкварковский И.В., Антониук Т.В., Шкварковская Н.В.
Буквинский государственный медицинский университет

УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВАКУУМ-КАВИТАЦИОННОЙ САНАЦИИ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Резюме. Синдром диабетической стопы является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений сахарного диабета, что усугубляет течение заболевания. Риск возникновения гангрены нижних конечностей у таких больных в разы выше, чем в общей популяции. В мире ежедневно выполняется 55 ампутаций нижних конечностей в связи с синдромом диабетической

стой стопы. С целью уменьшения частоты высоких ампутаций разработана методика комплексного хирургического лечения с использованием низкочастотного ультразвука и вакуумной терапии.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, вакуумная терапия, ультразвуковая кавитация.

Shkvarkovskij I.V., Antoniuk T.V., Shkvarkovska N.V.
Bukovinian State Medical University

DECREASE THE INCIDENCE OF AMPUTATIONS HIGH AS A RESULT OF CLINICAL APPLICATION OF VACUUM-CAVITATION D-BRIDEVMENT WHILE OF PURULENT WOUNDS IN PATIENTS WITH A DIABETIC FOOT

Abstract. Diabetic foot syndrome is one of the most frequent and serious complications of diabetes, which complicates the disease. The risk of gangrene of the lower extremities in these patients is several times higher than in the general population. Worldwide hourly performed 55 amputations of lower limbs on diabetic

foot syndrome. In order to decrease the high rate of amputations development of methods for complex surgical treatment using low-frequency ultrasound and vacuum therapy.

Key words: diabetic foot syndrome, vacuum therapy, ultrasound cavitation.

УДК 616.33-002.44-089.87

ДЗЮБАНОВСЬКИЙ І.Я., ФУТУЙМА Ю.М., ВІЙТОВИЧ Л.Є.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ТА ОРГАНОЩАДНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

Резюме. Вступ. Питання вибору оперативного лікування хворих на ускладнені форми виразкової хвороби, на думку цілого ряду авторів, є досить актуальним і дискусійним. При хірургічному лікуванні виразкової хвороби шлунка на практиці, як правило, віддається перевага резекційним методам. Вибір способу та об'єму оперативного втручання є суттєвим фактором, який впливає на безпосередні та віддаленні результати лікування хворих. При виборі хірургічної тактики не враховується тип виразкової деструкції та важкість супутньої патології особливо при гострих кровотечах. Ці моменти сприяють пошуку нових рішень та удосконаленню існуючих методів оперативного лікування виразкової хвороби.

Мета дослідження. Визначити тактику хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка з перевагою органозберігаючого та органощадного підходу.

Матеріали і методи. Робота базується на дослідженні 106 пацієнтів з виразковою хворобою шлунка I-III типу, що лікувалися на базі 2-ї міської та університетської лікарень м. Тернополя та яким виконано органозберігаючі, органощадні та резекційні методи хірургічної корекції. Усім пацієнтам проведено езофаго-гастроудоденоскопію для верифікації діагнозу, ускладнень, визначення локалізації з біопсією виразки та периульцерозної інфільтрації з наступним морфологічним, цитометричним та імунологічним дослідженням біоптатів. Аналізовано клінічну симптоматику, залежно від типу виразки за Johnson (1965).

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено аналіз ефективності хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка з перевагою органозберігаючого та органощадного підходу. У виборі методу хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та її ускладнень враховували: місце розташування виразкового дефекту, дані імуноморфологічних досліджень периульцерозної зони, ступінь диспластичних процесів слизової оболонки шлунка, особливості моторно-евакуаторної та секреторної здатності органу, дані кожної інтраопераційної ситуації зокрема. Виявлена кореляція між ступенем дисплазії та обсіменінням слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori*. Для оптимізації прогнозування ускладнень захворювання проаналізовано результати обстеження пацієнтів з виразковою хворобою шлунка на основі кореляційних показників та багатопараметричної нейромережевої кластеризації.

Висновки. За умов відсутньої чи помірної дисплазії, збереженні моторно-евакуаторної та секреторної функції, гострих ускладнень в виборі методу слід віддавати перевагу органозберігаючим та органощадним методам хірургічного лікування. Аналіз результатів на основі багатопараметричної нейромережевої кластеризації дозволяє спрогнозувати ймовірність виникнення ускладнень.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка, органозберігаючі та органощадні хірургічні втручання, нейромережева кластеризація.

Вступ

Питання етіології, патогенезу та лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ) а також її ускладнень, незважаючи на значні досягнення наукових пошуків та лікувально-діагностичної апаратури, і надалі залишатиметься актуальним та дискусійним [6]. Разом з тим на дану патологію хворіє біля 10 % населення, розповсюдженість її не має тенденції до зниження а частота ускладнень зростає в 2,5 рази [1].

Питання вибору оперативного лікування хворих на ускладнені форми виразкової хвороби (ВХ), на думку цілого ряду авторів [7, 9], є досить актуаль-

ним і дискусійним. При хірургічному лікуванні ВХШ на практиці, як правило, віддається перевага резекційним методам. Однак, висока летальність 4-5 %, виникнення важких форм післярезекційних синдромів у 10-15 % випадків [3], стійка інвалідність 3-5 % свідчать про те, що резекція шлунка не доведена до рівня досконалості та повної безпеки, особливо при ускладнених формах ВХ.

© Дзюбановський І.Я., Футуйма Ю.М., Війтович Л.Є., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Вибір способу та об'єму оперативного втручання є суттєвим фактором, який впливає на безпосередні та віддалені результати лікування хворих [3, 7]. При виборі хірургічної тактики не враховується тип виразкової деструкції та важкість супутньої патології особливо при гострих кровотечах. Ці моменти сприяють пошуку нових рішень та удосконаленню існуючих методів у плані оперативної тактики ВХШ.

Мета дослідження. На основі даних виразкової локалізації, імуноморфологічних особливостей периульцерозної зони шлунка, ступеня диспластичних процесів слизової оболонки, моторно-евакуаторної та секреторної функціональних здатностей органа визначити тактику хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка з перевагою органозберігаючого та органошадного підходу.

Матеріали і методи

Робота базується на дослідженні 106 пацієнтів з виразковою хворобою шлунка I-III типу, що лікувалися на базі 2-ї міської та університетської лікарень м. Тернополя та яким виконано органозберігаючі, органошадні та резекційні методи хірургічної корекції. З них – чоловіків – 71 (67%), жінок – 35 (33 %). Середній вік хворих становив $(54,57 \pm 2,14)$ років.

Усім пацієнтам проведено ЕФГДС для верифікації діагнозу, ускладнень, визначення локалізації з біопсією виразки та периульцерозної інфільтрації з наступним морфологічним, цитометричним та імунологічним дослідженням біоптатів. Аналізовано клінічну симптоматику, залежно від типу виразки за Johnson (1965). Відповідно, згідно класифікації Johnson, виразки I типу виявлено – у 57, II – у 12 та III – у 31 хворих. Моторно-евакуаторну функцію (МЕФ) шлунка вивчали за методиками С.І. Піманова, В.Н. Горбунова та В.Н. Короткого, які адаптовані для досліджень при ВХШ [2], секреторну – за методом комп'ютерної внутрішньопорожнинної рН-метрії за методом В.М. Чернобрового [8].

Серед ускладнень ВХШ виявлено: пенетрацію – у 28, кровотечу – у 25, перфорацію – у 12, стеноз вихідного відділу шлунка – в 7 пацієнтів; неускладнену виразку – у 34 хворих, яка не піддавалася консервативному лікуванню. Загалом з метою хірургічної корекції даної патології хворим виконано 67 органозберігаючих і органошадних та 39 резекційних методів лікування.

Статистична обробка матеріалу проводилася з використанням пакета програм “Microsoft Excel” (Microsoft Office 2003). Для більш глибокого аналізу показників обстеження з метою прогнозування ускладнень захворювання використано нейромережний підхід з використанням надбудови NeuroXL Classifier для програми Microsoft Excel [3, 4].

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчаючи та аналізуючи сукупність суб'єктивних клінічних даних, виразки I типу характеризувалися

гострим або ниючим, стискуючим болем, субксифоїдальною або лівоепігастральною локалізацією, часто іррадіювали в нижню третину стравоходу, за грудиною, нерідко спостерігалися кардіалгії (табл.1).

Такі виразки часто вторинні, “гіпоксичні”, пов'язані з кардіопульмональною патологією у людей старечого віку, вперше виявлені та маніфестували появою геморагічного синдрому. Поєднані виразки шлунка та ДПК II типу переважно проявлялись геморагічним або змішаним синдромом – больовим, що в подальшому ускладнювався кровотечею. Препілоричні виразки III типу характеризувалися наявністю больового синдрому, ускладнювалися кровотечами, пенетраціями, стенозами (гастритичний синдром).

Комплексом імуноморфогістохімічних методів досліджено 69 стінок шлунка з яких: з неускладненою виразкою – 21; з ускладненою – 48, з яких виявлено у 29 – помірну та 19 – виражену дисплазію (табл.2).

При імуногістохімічному та морфометричному дослідженнях осіб з неускладненою виразкою середня кількість клітин продуцентів Ig A на 1 мм^2 тканини складала $(408,17 \pm 37,61)$, Ig M $(167,09 \pm 10,54)$, Ig G $(104,26 \pm 11,52)$, Ig E $(32,57 \pm 4,09)$. Вміст SIg A у слизовій оболонці шлунка (СОШ) становив у середньому $(0,82 \pm 0,03)$ г/л. За даними морфометрії середній діаметр покривних епітеліоцитів становив $(29,9 \pm 0,76)$ мкм, діаметр ядер епітеліоцитів – $(7,64 \pm 0,69)$ мкм. Відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів – $(31,89 \pm 1,71)$ %. Мітотичний індекс становив у середньому – $(0,08 \pm 0,002)$ %, апоптичний індекс – $(4,91 \pm 0,31)$ %. За даними проточної цитометрії відсоток апоптичних клітин становив – $(7,43 \pm 0,48)$ %, некротичних – $(17,57 \pm 0,57)$ %.

У хворих з ускладненими виразками при помірній вираженій дисплазії середня кількість клітин продуцентів Ig A на 1 мм^2 тканини складала $(359,55 \pm 34,71)$, Ig G $(122,52 \pm 11,33)$, Ig M $(186,21 \pm 11,33)$, Ig E $(44,55 \pm 5,48)$. Вміст SIg A у слизовій оболонці шлунка становив у середньому $(0,74 \pm 0,04)$ г/л. За даними морфометрії середній діаметр покривних епітеліоцитів (ДПЕ) становив $(28,56 \pm 0,87)$ мкм, діаметр ядер епітеліоцитів (ДЯЕ) – $(8,49 \pm 0,67)$ мкм. Відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів (ВОПЕ) становив у середньо-

Таблиця 1. Домінуючі синдроми в залежності від типу виразки за Johnson

Симптом	Тип виразки		
	I тип (n=57)	II тип (n=12)	III тип (n=31)
Больовий	17	2	8
Геморагічний	19	3	4
Змішаний	6	7	
Гастритичний			19
Маскоподібний	15		

му ($34,92 \pm 1,78$)%. Мітотичний індекс (MI) становив у середньому – ($0,080 \pm 0,001$) %, апоптичний індекс (AI) – ($6,0 \pm 0,49$) %. За даними проточної цитометрії відсоток апоптичних (AN) клітин становив – ($17,960 \pm 4,012$) %, некротичних (PI) – ($16,73 \pm 0,56$) %.

За умов вираженої дисплазії середня кількість клітин продуцентів Ig A на 1 мм^2 тканини складала ($170,20 \pm 0,465$), Ig M ($258,9 \pm 0,543$), Ig G ($191,8 \pm 0,432$), Ig E ($90,7 \pm 1,123$). Вміст SIg A у слизовій оболонці шлунка становив у середньому ($0,429 \pm 0,015$) г/л. За даними морфометрії середній діаметр покривних епітеліоцитів становив ($23,452 \pm 1,972$) мкм, діаметр ядер епітеліоцитів – ($11,468 \pm 1,12$) мкм. Відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів становив у середньому

($46,25 \pm 1,322$) %. Мітотичний індекс становив у середньому – ($0,07 \pm 0,002$) %, апоптичний індекс – ($10,097 \pm 0,599$) %. За даними проточної цитометрії відсоток апоптичних клітин становив – ($57,633 \pm 3,988$) %, некротичних – ($13,15 \pm 0,529$) %. Таким чином, виявлено, що виразки шлунка у 69,6 % випадках супроводжуються диспластичними змінами епітелію слизової оболонки, з яких у 39,6 % важка дисплазія. Встановлено кореляцію між ступенем дисплазії та обсіменінням СОШ *Helicobacter Pylori*. Так, при важких ступенях дисплазії значно зменшується бактеріальне обсіменіння – III ступеня – у 5,3 %, II – у 15,8 % та I – у 78,9 % хворих. Тобто, при переході запальних змін, спричинених *Helicobacter Pylori*, у диспластичні, поступово зменшується бактеріальна інвазія.

Таблиця 2. Імуноморфогістохімічна характеристика стінки шлунка пацієнтів з неускладненою та ускладненою виразкою шлунка

Група	Неускладнена виразка	Ускладнені виразки	
		помірна дисплазія	виражена дисплазія
Кількість пацієнтів	(n=21)	(n=29)	(n=19)
Вік	$49,04 \pm 2,55$	$51,52 \pm 2,34$	$60 \pm 3,72^*$
ПП Ig A	$408,17 \pm 37,61$	$359,552 \pm 34,71$	$170,20 \pm 0,465^{**}$
ПП Ig M	$167,09 \pm 10,54$	$186,21 \pm 10,92$	$258,9 \pm 0,543^{**}$
ПП Ig G	$104,26 \pm 11,52$	$122,52 \pm 11,33$	$191,8 \pm 0,432^{**}$
ПП Ig E	$32,57 \pm 4,09$	$44,55 \pm 5,48$	$90,7 \pm 1,123^{**}$
S Ig A, г/л	$0,82 \pm 0,03$	$0,74 \pm 0,04$	$0,429 \pm 0,015^{**}$
Апоптоз, %	$7,43 \pm 0,48$	$17,96 \pm 4,02$	$57,663 \pm 3,988^{**}$
Некроз, %	$17,57 \pm 0,57$	$16,53 \pm 0,58$	$13,15 \pm 0,529^*$
MI, %	$0,08 \pm 0,002$	$0,08 \pm 0,00$	$0,07 \pm 0,002^{**}$
ДПЕ, мкм	$29,9 \pm 0,76$	$28,56 \pm 0,87$	$23,452 \pm 1,972^*$
ДЯЕ, мкм	$7,64 \pm 0,69$	$8,50 \pm 0,67$	$11,468 \pm 1,12$
ВОПЕ, %	$31,89 \pm 1,71$	$34,92 \pm 1,78$	$46,25 \pm 1,322^{**}$
AI, %	$4,91 \pm 0,31$	$6,0 \pm 0,49$	$10,097 \pm 0,599^{**}$

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ у порівнянні із групою з неускладненими виразками

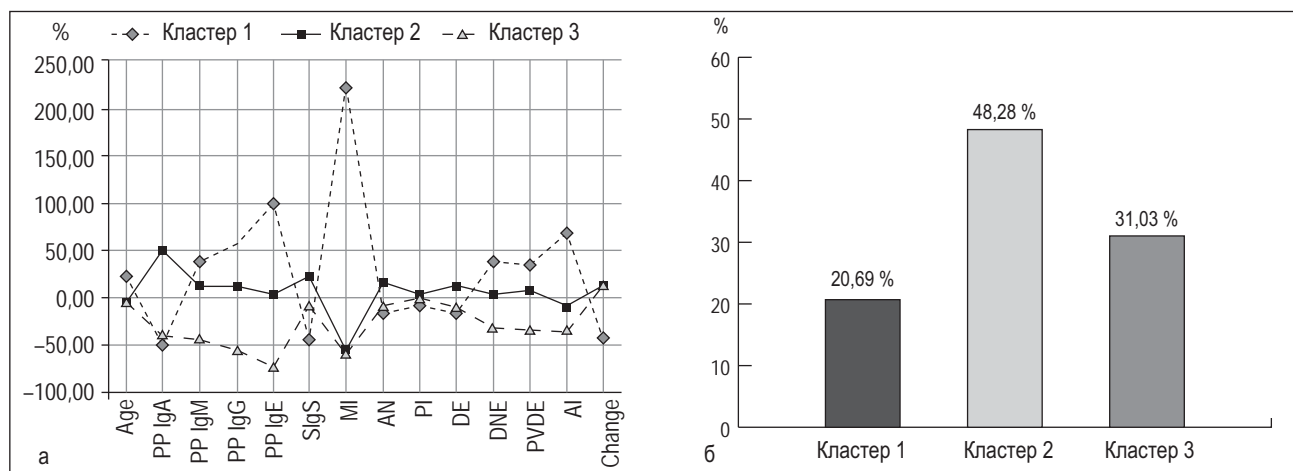


Рис. 1. Результати кластеризації для хворих з виразковою хворобою за результатами обстеження: а) кластерний портрет – середні значення параметрів в межах розподілених кластерів; б) доли кластерів – відсотки пацієнтів, що потрапили у певний кластер

Таблиця 3. Кількісні показники методів виконаних оперативних втручань

Вид операції	Ускладнення			
	неускладнені	Крово-теча	пене-трація	перфор-ація
органозберігаючі	2	6	2	9
органощадні	11	14	21	2
резекції	8	13	17	1

З метою встановлення значення поєднання змінних чи інших параметрів для оптимізації прогнозування ускладнень захворювання здійснено нейромережеву кластеризацію пацієнтів на основі показників віку, змін імунологічних та морфометричних показників, стану клітинного гомеостазу. Наведені результати виконання програми розглянуто на рисунку 1.

Згідно рисунка 1а (кластерний портрет), найбільша частка пацієнтів на ВХШ із вираженою дисплазією знаходиться у кластері №1. У даному кластері найбільш значущими є показники віку (age), кількості плазматичних клітин - продуцентів Ig M, Ig G та Ig E (PP Ig M, PP Ig G, PP IgE), апоптичних клітин, мітотичний та апоптичний індекси (MI, AI), питома вага пошкоджених епітеліоцитів (PVDE). Саме поєднання цих показників свідчать про значення в прогнозуванні такого ускладнення як малігнізації виразки шлунка, а отже в даній ситуації спонукати хірурга до виконання більш радикального методу хірургічного лікування – а саме субтотальної резекції.

Таким чином, в виборі об'єму та методики оперативного лікування у даної категорії хворих враховувалися морфологічні та морфометричні показники, стан клітинного гомеостазу (проліферації та апоптозу) СОШ, функціональна здатність шлунка (табл. 3).

Показанням до органозберігаючих операцій вважаємо кровоточиву й проривну виразку з нормальною моторно-евакуаторною та кислотопродуруючою здатністю органа, відсутністю дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка. Органощадні оперативні втручання виконували: у хворих з I-II типом виразок шлунка за умов відсутності або помірної вираженості дисплазії епітелію СОШ, негативної тенденції до за живлення за даними імунорфологічного моніторингу; при кровоточивих виразках I-II типу; рецидиву виразки шлунка після перенесеного раніше вшивання перфоративного отвору дуоденальної виразки; рецидив виразки шлунка після перенесеного раніше вшивання проривного отвору виразки шлунка, пілоростенозі. Резекції виконували за умов вираженої дисплазії епітелію СОШ, кровоточивих виразках III типу, пенетрації в сусідні органи та підозрі на малігнізацію.

Висновки

1. У виборі методу хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка окрім клініко-анамнестичних та локальних ендоскопічних даних слід враховувати імунорфологічні особливості периульцерозної зони шлунка, ступінь диспластичних процесів слизової оболонки шлунка й функціональну здатність органа.

2. За умов відсутньої чи помірної дисплазії, збереженні моторно-евакуаторної та секреторної функції, гострих ускладнень в виборі методу слід віддавати перевагу органозберігаючим та органощадним методам хірургічного лікування.

3. Аналіз результатів на основі кореляційних показників та багатопараметричної нейромережевої кластеризації дозволяє спрогнозувати ймовірність виникнення ускладнень, а саме малігнізації, що може бути використано в виборі методу хірургічного лікування у хворих на виразкову хворобу шлунка.

Література

1. Березницький Я. С., *Хирургические методы в лечении язвенной болезни* / Березницький Я. С., Ратчик В. М. // *Здоров'я України*. - 2003. - № 64.
2. Ковальчук Л.Я., *Оцінка моторно-евакуаторної функції шлунка сонографічним методом після різних видів резекції з приводу шлункових виразок в ранньому післяопераційному періоді* / Ковальчук Л.Я., Беденюк А.Д., Футуйма Ю.М. // *Шпитальна хірургія*. - 2005. - № 2. - С. 7-11.
3. Ковальчук Л.Я., *Хірургія демпінг синдрому* / Ковальчук Л.Я., Дзюбановський І.Я.. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - 167 с.
4. Марценюк В.П. *О программной среде проектирования интеллектуальных медицинских баз данных* / В.П. Марценюк, Н.О. Кравец // *Клиническая информатика и телемедицина* - 2004. - №1. - С. 47-53.
5. Марценюк В.П. *Нейромережеве прогнозування складання студентами-медиками ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок 1" на основі результатів поточної успішності та семестрового комплексного тестового іспиту* / В.П.Марценюк, А.В.Семенець, О.О.Стаханська // *Медицина інформатика та інженерія*. - 2010. - № 2. - С. 57-62.
6. *Патогенетичний підхід у виборі методу хірургічного лікування хворих на хронічну виразку шлунка* / Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф., Красовський В.О. // *Матеріали ХХ з'їзду хірургів України*. - Том.1.- Тернопіль, 2002.- С.36-38.
7. *Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе* / Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А. // *Клін. хірургія*. - 2003. - № 3. - С. 5-8.
8. Чернобровий В.М. та співав. *Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практичне керівництво*. - Вінниця, 1999. - 79 с.
9. *Індивідуальна-раціональна хірургічна тактика при ускладнених формах виразкової хвороби шлунка і*

дванадцятипалої кишки/ Шевчук М.Г., Кахно С.А., Шевчук І.М., Ткачук О.Л. // Науковий вісник Ужгородського університету: Медицина. – 2003. – Вип. 20. – С. 89-91.

sues / R.M. Epstein, P. Franks, K. Fiscella [et al.] // Soc. Sci. Med. – 2005. – Vol. 61, P. 1516-1528.

10. *Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical is-*

Отримано 13.03.14 ■

Дзюбановский И.Я., Футуйма Ю.М., Вийтович Л.Е.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ И ОРГАНОЩАДЯЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Резюме. Введение. Вопрос выбора оперативного лечения больных с осложненными формами язвенной болезни, по мнению целого ряда авторов, является весьма актуальным и дискуссионным. При хирургическом лечении язвенной болезни желудка на практике, как правило, отдается предпочтение резекционным методам. Выбор способа и объема оперативного вмешательства является существенным фактором, влияющим на непосредственные и отдаленные результаты лечения больных. При выборе хирургической тактики не учитывается тип язвенной деструкции и тяжесть сопутствующей патологии особенно при острых кровотечениях. Эти моменты способствуют поиску новых решений и совершенствованию существующих методов оперативного лечения язвенной болезни.

Цель исследования. Определить тактику хирургического лечения язвенной болезни желудка с преобладанием органосохраняющего и органощадящего подхода.

Материалы и методы. Работа базируется на исследовании 106 пациентов с язвенной болезнью желудка I-III типа, лечившихся на базе 2-й городской и университетской больницы г. Тернополя и которым выполнено органосохраняющие, органощадящие и резекционные методы хирургической коррекции. Всем пациентам проведено эзофагогастродуоденоскопию для верификации диагноза, осложнений, определения локализации с биопсией язвы и перилуцерозной инфильтрации с последующим морфологическим, цитометрическим и иммунологическим исследованием биоптатов. Проанализировано клиническую симптоматику, в зависимости от типа язвы по Johnson (1965).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен анализ эффективности хирургического лечения язвенной болезни желудка с преобладанием органосохраняющего и органощадящего подхода. В выборе метода хирургического лечения язвенной болезни желудка и ее осложнений учитывали: местоположение язвенного дефекта, данные иммуноморфологические исследований перилуцерозной зоны, степень диспластических процессов слизистой оболочки желудка, особенности моторной и секреторной способности органа, данные каждой интраоперационной ситуации в частности. Обнаружена корреляция между степенью дисплазии и обсеменением слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Для оптимизации прогнозирования осложнений заболевания проанализированы результаты обследования пациентов с язвенной болезнью желудка на основе корреляционных показателей и многопараметрической нейросетевой кластеризации.

Выводы. При отсутствующей или умеренной дисплазии, сохранении моторной и секреторной функции, острых осложнений в выборе метода следует отдавать предпочтение органосохраняющим и органощадящим методам хирургического лечения. Анализ результатов на основе многопараметрической нейросетевой кластеризации позволяет спрогнозировать вероятность возникновения осложнений.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, органосохраняющие и органощадящие хирургические вмешательства, нейросетевая кластеризация.

Dzubanovskiy I. Ya., Futuyma Yu. M., Viytovych L. Ye.

SHEI «Ternopil state medical university by I. Ya. Gorbachevskiy»

THE ORGANPRESERVING AND ORGANSparing SURGICAL INTERVENTIONS IN TREATMENT OF THE ULCER DISEASE OF STOMACH

Summary. Introduction. The choice of surgical treatment of patients with complicated forms of peptic ulcer disease, according to a number of authors, is very important. In the surgical treatment of gastric ulcer in practice usually preferred resection methods. Select the method and extent of surgery is an important factor that affects the direct distance and the results of treatment of patients. When choosing surgical treatment is not considered the type of peptic degradation and severity of comorbidity particularly acute bleeding. These points contribute to the search for new solutions and improve existing methods of surgical treatment of peptic ulcer.

The purpose of the study. Determine the tactics of surgical treatment of gastric ulcer with a predominance of organ and organpreserving approach.

Materials and methods. The work is based on a study of 106 patients with gastric ulcer type I-III treated at the 2nd city and university hospitals of Ternopil, which made organpreserving and resection methods of surgical correction. We made endoscopy research with excess biopsy of ulcer and nearby infiltration to each patient for specification of diagnosis and tipe of ulcer with successive immunomorphological study of biopsy, determination the stage of dysplastic process and stomach mucosa bacterial contamination. Analyzed

the clinical symptoms, depending on the type of ulcers by Johnson (1965). For the surgical correction of this disease we made 67 organ-preserving and organsparing approach and 39 organ resection treatments. Statistical analysis of the material was carried out using the software package "Microsoft Excel" (Microsoft Office 2003). For a deeper analysis of survey indicators to predict complications of the disease used neural network approach using the add NeuroXL Classifier for Microsoft Excel.

Results and discussion. The analysis of efficiency of surgical treatment of the ulcer disease of stomach with preference of organ-preserving and organsparing approach was performed. Choosing the method of surgical treatment of the ulcer disease of stomach we took into account the localization of ulcer, the results of immunomorphological study of nearby infiltration, the stage of dysplastic process of stomach mucosa, specifics of motor-evacuation and secretory capacity of the organ, details of each particular situation intraoperative. We found a correlation between the stage of dysplasia and contamination of stomach mucosa with *Helicobacter Pylori*.

Indication for organ operations and breakthrough bleeding believe ulcer with normal motor-evacuation and acid-resolution body, absence of epithelial dysplasia of the gastric mucosa. Organpreserving surgery performed: in patients with type I and II gastric ulcers in the absence or moderate severity of epithelial dysplasia of the gastric mucosa, the negative trend in the data for the power immunomorphological monitoring; with bleeding ulcers

and type II; recurrence of gastric ulcer after suffering a perforated hole before stitching duodenal ulcer; recurrence of gastric ulcer after suffering earlier stitching breakthrough hole gastric ulcer, pyloric stenosis. Resection was performed under conditions of severe epithelial dysplasia of the gastric mucosa, bleeding ulcers third type penetrations into neighboring authorities and suspected malignancy. Analysis of the survey results of patients with ulcer disease based on correlation indices and multiparameter neuronetwork clusterization to optimize the prognosis of the disease was performed.

Conclusions. 1. In the choice of surgical treatment of gastric ulcer except clinical-anamnestic and local endoscopic data should be considered immunomorphological features around the ulcer stomach area, the degree of dysplastic processes gastric mucosa and functional capacity of the organ.

2. Given absent or moderate dysplasia, maintaining motor-evacuation and secretory function, absence of acute complications in choosing a method should be preferred organpreserving methods of surgical treatment.

3. Analysis of the results from the correlation parameters and multiparameter clustering neural network helps to predict the likelihood of complications, such as malignancy, which can be used in the choice of a method of surgical treatment patients with peptic ulcer.

Keywords: ulcer disease of stomach, the organpreserving and organsparing surgical interventions, neuronetwork clusterization.

УДК 617.51-003.215

МИРЗОЯН А.О.¹, ПАТРИКЯН Д.А.¹, ЕГУНЯН М.А.²¹Республиканский Медицинский Центр «Армения» РМЦ, г. Ереван, Республика Армения²Медицинский Центр «Эребуни», г. Ереван, Республика Армения

РАЗЛИЧНЫЕ ФАКТОРЫ ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ (ПОЭТАЖНОЙ) ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Резюме. Введение и цель работы: Количество пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) колеблется в разных странах от 89 до 281 на 100000 населения и ежегодно увеличивается (и будет расти, согласно прогнозам), является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения, в индустриально развитых странах. На множественные гематомы приходится 0,74% всех черепно-мозговых повреждений. Среди различных видов гематом множественные составляют 8—25% всех объемных внутричерепных кровоизлияний. Многовариантность подходов к тактике лечения внутричерепных гематом таит в себе много противоречий и потенциальных ошибок. Соблюдение всех известных принципов хирургии гематом так же не гарантирует обязательного положительного результата. Исходя из этого поставлена цель выявить различные факторы, влияющие на исход множественной (поэтажной) гематомы при хирургическом лечении у больных с изолированной ЧМТ.

Материал и методы. Сделан ретроспективный анализ, достоверность представленного материала оценена при помощи методов параметрической статистики. Изучались истории болезней 188 пациентов с ИЧМТ оперированных в разных больницах Республики Армения. Из 188 оперированных больных у 16 обнаружена множественная (поэтажная) гематома (МГ), т.е. внутричерепные гематомы, расположенные в области одного полушария, непосредственно одна над другой в двух разных пространствах-эпидуральной, субдуральной или внутримозговой. 10 больных были в возрасте до 60, а шестеро — 60 и старше. Разделены 3 группы больных исходя от стадии клинического течения ЧМТ, в котором больные находились при поступлении. 5 (31,25%) больные были в первой группе, они поступили в стадии субкомпенсации, 7 (43,75%)—в второй, поступили в стадии умеренной декомпенсации, 4 (25%) — в третьей группе, поступили в стадии грубой декомпенсации. В дооперационном периоде с помощью КТ исследования головного мозга МГ была обнаружена у 6 (37,5%) больных. У 10 (62,5%) МГ обнаружена только во время операции. Из больных МГ у шести была внутримозговая гематома (ВГ) и субдуральная гематома (СГ), у 5 — эпидуральная гематома (ЭГ) и внутримозговая гематома (ВГ), у 5 — ЭГ и СГ. Часть больных была оперирована в течение 1-2 часов после поступления, остальные — с 3-24 часов. Повторно оперировались 2 (28,6%) больные из второй группы. Во время операции произведена резекционную трепанацию и устранен остаточной объем удаленной гематомы. Отрицательный исход был у 5 (31,25%) больных, 4 (25%) из которых умерли, 1 (6,25%) выписался с островыраженным неврологическим дефицитом. Отрицательный исход был у 1 (20%) больного из первой группы, 2 (28,6%)—из второй, 1 (25%)—из третьей.

Результаты и обсуждение. МГ редко встречается у больных с изолированной ЧМТ, которые подвергаются к операции (8,5% (16)), и имеет остроченное клиническое течение— при поступлении на стадии клинической компенсации ЧМТ не наблюдаются ни у одного больного. Клиническое течение тяжелее протекает у больных старческого возраста—в возрастной группе с 60 и более лет (50% (2)). У каждого четвертого больного с МГ бывает летальный исход. Исход МГ более неблагоприятен у больных с внутримозговой гематомой (40-50%). Сердечно-сосудистые заболевания также отрицательно влияют на лечение (75% (3)). В дооперационном периоде МГ обнаруживаются в 37,5% (6) случаях, а в 62,5% (10) случаях обнаруживаются только во время операции. Затянутость срока операции из-за различных причин более, чем на 2 часа после приема, отрицательно отражается на исходы МГ (25-100%).

© Мирзоян А. О., Патрикян Д. А., Егунян М. А., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Выводы. КТ исследование, сделанное в день поступления, обнаруживает МГ в случаях меньше 50%. В большинстве случаев МГ обнаруживается только во время операции. На исход МГ отрицательно влияет тяжелое состояние больных, которые при поступлении находятся в разных стадиях декомпенсации клинического течения ЧМТ, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, отсутствие терапевтического лечения в догоспитальном периоде, операция, сделанная с опозданием в 2 часа после поступления, развитие мозговых и внемозговых осложнений, в частности, легочных и очагов энцефаломалиции. Внутричерепной компонент МГ оказывает большое отрицательное влияние на клиническое течение и исход МГ.

Ключевые слова: Факторы, гематома, множественная, лечение, ЧМТ.

Введение и цель работы

Количество пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) колеблется в разных странах от 89 до 281 на 100000 населения и ежегодно увеличивается (и будет расти, согласно прогнозам), является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения, в индустриально развитых странах [1,7,9]. На множественные гематомы приходится 0,74% всех черепно-мозговых повреждений [5]. Среди различных видов гематом множественные составляют 8–25% всех объемных внутричерепных кровоизлияний [2,3]. Многовариантность подходов к тактике лечения внутричерепных гематом таит в себе много противоречий и потенциальных ошибок. Соблюдение всех известных принципов хирургии гематом так же не гарантирует обязательного положительного результата. [4,6,8]. Исходя из вышесказанного поставлена цель: выявить различные факторы, влияющие на исход множественной (поэтажной) гематомы при хирургическом лечении у больных с изолированной ЧМТ.

Методы и материалы

Исследования проводили в различных больницах РА в 2007-2011 гг, изучались истории болезней 188 оперированных пациентов с изолированной ЧМТ. Сделан ретроспективный анализ, процентный расчет. Из 188 оперированных больных у 16 (8,5%) обнаружена множественная (поэтажная) гематома (МГ), т.е. внутричерепные гематомы, расположенные в области одного полушария, непосредственно одна над другой в двух разных пространствах-эпидуральной, субдуральной или внутримозговой.

Для обнаружения факторов, влияющих на исход МГ при хирургическом лечении, нужно исследовать эти исходы, учитывая стадию клинического течения ЧМТ в котором находятся больные при поступлении. В состоянии пострадавшего с ЧМТ различают 5 клинические стадии — клинической компенсации, субкомпенсации, умеренной декомпенсации, грубой декомпенсации, терминальная стадия. Разные больные поступили в разных стадиях клинического течения ЧМТ. Согласно этому, больных разделили на три группы: в первой группе подразделились больные, поступившие в стадии субкомпенсации клинического течения ЧМТ (5 (31,25%)), во второй группе больные в стадии умеренной декомпенсации (7 (43,75%)), в третьей группе больные, поступившие в стадии грубой декомпенсации (4 (25%)). 10 больных были в возрасте

до 60, а шестеро — 60 и старше. Двое из них поступили в стадии грубой декомпенсации (50%).

Условно определили два типа исходов ЧМТ при хирургическом лечении: положительный и отрицательный. Положительными считались те исходы, при которых больные выписались без грубых неврологических расстройств (11 больных). Отрицательные же — исходы, при которых больные или умерли, или выписались с таким неврологическим дефицитом, что привело к инвалидности. Отрицательный исход был у 5 (31,25%) больных, 4 (25%) из которых умерли, 1 (6,25%) выписался с островыраженным неврологическим дефицитом. Отрицательный исход был у 1 (20%) больного из первой группы, 2 (28,6%) — из второй, 1 (25%) — из третьей.

В дооперационном периоде с помощью КТ исследования головного мозга МГ была обнаружена у 6 (37,5%) больных. У 10 (62,5%) МГ обнаружена только во время операции. У 7 (43,75%) из них с помощью КТ исследования была обнаружена эпидуральная гематома (ЭГ), у 3 (18,75%) — внутримозговая гематома (ЭГ). Тремя повторно произведено КТ исследование в дооперационном периоде, но МГ не обнаружили. Вместо чего обнаружили увеличение гематомы, найденной при первом КТ исследовании. У 10 (62,5%) больных МГ была обнаружена во время операции.

Из больных МГ у шести была внутримозговая и субдуральная гематома (СГ), у 3 (50%) из которых — отрицательный исход. У 5 больных была эпидуральная и внутримозговая гематома, у 2 (40%) из них был отрицательный исход. У 5 больных с ЭГ и СГ не было случая отрицательного исхода. Часть больных была оперирована в течение 1-2 часов после поступления, остальные — с 3-24 часов. После поступления в течение с 3-24 часов подверглись к операции 4 (80%) больные из первой группы. Из них у 1 (25%) был отрицательный исход. Из второй группы оперировались 5 (71,4%), у 2 (40%) из которых был отрицательный исход. Из третьей группы — 1 (25%) больной, у него был отрицательный исход.

4 (80%) больных из первой группы поступили в первый день травмы, 1 (20%) — во второй день. 7 (100%) больные из второй группы поступили в первый же день травмы. 2 (50%) из третьей группы поступили в первый день травмы, 2 (50%) — во 2-3 день. На догоспитальном этапе из этих больных не получил лечения 1 (20%) больной из первой группы, 5 (71,4%) — из второй, из них у 2 (40%) был отрицательный исход, из третьей

группы 2 (50%) больных, у 1 (50%) из которых тоже был отрицательный исход.

После операции произведено КТ исследование головного мозга у 5 больных, при котором обнаружен остаточный объем удаленной гематомы у 2 (28,6%) больных из второй группы, положительная динамика была у 1 (20%) больного из первой группы, увеличение зоны отека головного мозга и дислокация срединных структур головного мозга — у 1 (25%) из третьей группы, у которого был отрицательный исход, очаг ишемического инсульта у 1 (20%) больного из первой группы.

Повторно оперировались 2 (28,6%) больные из второй группы. Во время операции произведена резекционную трепанацию и устранен остаточный объем удаленной гематомы.

Осложнения, возникшие после операции, и обнаруженные КТ, лабораторным, рентгенологическим исследованиями, а также в результате патоморфологических исследований мозга умерших, разделено на две группы: мозговые и немозговые. Кроме перечисленных осложнений, обнаруженных при КТ исследовании головного мозга, очаг энцефаломалиции был обнаружен у 1 (20%) из первой группы, 2 (28,6%) — из второй, 1 (25%) больного из третьей. Все эти больные умерли. Из немозговых осложнений развилась пневмония у 1 (6,25%) больного, у которого был отрицательный исход. У 1 (6,25%) был инфаркт миокарда, после чего больной умер. Все они были из третьей группы. Сердечно-сосудистым заболеванием страдало 4 (25%) человек, из них у 3 (75%) был отрицательный исход.

Обсуждение

МГ редко встречается у больных с изолированной ЧМТ, которые подвергаются к операции (8,5% (16)), и имеет острое течение — при поступлении на стадии клинической компенсации ЧМТ не наблюдаются ни у одного больного. Оперировались больные, которые при поступлении находятся в стадиях субкомпенсации, умеренной или грубой декомпенсации клинического течения ЧМТ. Клиническое течение тяжелее протекает у больных старческого возраста — в возрастной группе с 60 и более лет (50% (2)). У каждого четвертого больного с МГ бывает летальный исход. Исход МГ более неблагоприятен у больных с внутримозговой гематомой (40-50%). Сердечно-сосудистые заболевания также отрицательно влияют на лечение (75% (3)). В дооперационном периоде МГ обнаруживаются в 37,5% (6) случаях, а в 62,5% (10) случаях обнаруживаются только во время операции. Даже при повторном КТ исследовании, сделанном до операции, невозможно определить МГ (18,75% (3)), то есть вопросы диагностики до сих пор остаются сложной задачей нейрохирургии.

Затянутость срока операции из-за различных причин более, чем на 2 часа после приема, отрицательно отражается на исходы МГ (25-100%), особенно если заметить, что 18,75% (3) больных поступают не в первый день травмы. В догоспитальном этапе отсутствие лечебных мероприятий также отрицательно отражается на

исход МГ. Такие случаи были у 40-71,4%, у 40-50% из которых был отрицательный исход. Для повышения эффективности лечения, наблюдения за развитием патологических изменений, желательнее в послеоперационном периоде провести КТ исследование головного мозга, что проводится лишь в 31,25% (5) случаях. Именно данным исследованием обнаруживаются различные осложнения, при данном исследовании — увеличение отека головного мозга, дислокация срединных структур головного мозга (остаточный объем удаленной гематомы, который устраняется с помощью резекционной трепанации при повторной операции. Это означает, что костно-пластическая трепанация во время первичной операции не дает возможности для полноценных хирургических манипуляций. Резекционная трепанация, проведенная во время повторной операции, дала такую возможность, кроме чего являлась способом борьбы против отека головного мозга. Следовательно, у больных с МГ необходимо сделать резекционную краниотомию, что даст возможность более успешно провести хирургические манипуляции, и станет способом борьбы против развития отека головного мозга.

Кроме вышеперечисленных мозговых осложнений у 20-28,6% больных, поступивших на разных клинических этапах, развивается очаг энцефаломалиции, который приводит к смерти. Во время интенсивной терапии в разных периодах лечения необходимо избежать не только мозговых, но и немозговых осложнений, в частности, легочных и сердечных, которые встречаются в 6,25% (1) случаях и приводят к развитию отрицательного исхода. Наиболее уязвимы больные, поступившие в стадиях умеренной или грубой декомпенсации клинического течения ЧМТ.

Выводы

1. КТ исследование, сделанное в день поступления, обнаруживает МГ в случаях меньше 50%. В большинстве случаев МГ обнаруживается только во время операции.
2. На исход МГ отрицательно влияет тяжелое состояние больных, которые при поступлении находятся в разных стадиях декомпенсации клинического течения ЧМТ, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, отсутствие терапевтического лечения в догоспитальном периоде, операция, сделанная с опозданием в 2 часа после поступления, развитие мозговых и немозговых осложнений, в частности, легочных и очагов энцефаломалиции.
3. Внутримозговой компонент МГ оказывает большое отрицательное влияние на клиническое течение и исход МГ.

Список литературы

1. Данилов В.О. Концепции образовательно профессиональной программы клинической ординатуры по нейрохирургии / Данилов В.О. // Материалы IV Съезда нейрохирургов РФ. — 2006. — С. 554.
2. Исаков Ю. В. Острые травматические внутричерепные гематомы / Исаков Ю. В. — М.: Медицина, 1977. — 264 с.

3. Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургии: Рук.-во для врачей / Лебедев В.В., Крылов В.В. — Москва: Медицина, 2000. — 568с.
4. Сочетанная черепно-мозговая травма//Черепно-мозговая травма: клиническое руководство / Лебедев В.В., Крылов В.В., Соколов В.А., Лебедев Н.В. [и др.]. — Москва, 2001. — Т. 2. — 523 с.
5. Лихтерман Л.В. Травматические внутримозговые гематомы: клиническое руководство / Лихтерман Л. В., Хитрин Л. Х. — Москва: Медицина, 1973. — 296 с.
6. Потапов А.А. Доказательная нейротравматология / Потапов А.А. — М., 2003. — 517 с.
7. Susceptibility weighted imaging: neuropsychological outcome and pediatric head injury / Badikian T. et al. // *Pediatric Neurology*. — 2005. — Vol. 33. — P. 184-194.
8. Chang, E.F. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period / E.F. Chang, M. Meeker, M.C. Holland // *Neurosurgery*. — 2006. — Vol. 58. — P. 647-656.
9. Garner A. Efficacy of prehospital clinical care teams for severe blunt head injury in the Australian setting / A. Garner, V. Crooks, A. Lee // *J. Trauma*. — 2000. — Vol. 4. — P.25-28.

Отримано 3.03.14 ■

Мірзоян А.О.¹, Патрікян Д.А.¹, Егунян М.А.²¹Республіканський Медичний Центр «Вірменія» РМЦ, м.Єреван, Республіка Вірменія²Медичний Центр «Еребуні», м.Єреван, Республіка Вірменія

РІЗНІ ЧИННИКИ НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МНОЖИННОЇ (ПОВЕРХОВІЙ) ГЕМАТОМИ ПРИ ІЗОЛЬОВАНІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ.

Резюме. Введення і мета роботи: Кількість постраждалих з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) коливається в різних країнах від 89 до 281 на 100000 населення і щорічно збільшується (і зростатиме, згідно з прогнозами), є однією з провідних причин смертності та інвалідизації працездатного населення, в індустріально розвинених країнах. Но множинні гематоми доводиться 0,74% всіх черепно-мозкових ушкоджень. Серед різних видів гематом множинні складають 8-25% всіх об'ємних внутрішньочерепних кровоизливання. Многвариантність підходів до тактики лікування внутрішньочерепних гематом таїть в собі багато протиріч і потенційних помилок. Дотримання всіх відомих принципів хірургії гематом так само не гарантує обов'язкового позитивного результату. Виходячи з цього поставлена мета виявити різні фактори, що впливають на результат множинної (поверховій) гематоми при хірургічному лікуванні у хворих з ізольованою ЧМТ.

Матеріал і методи. Зроблено ретроспективний аналіз, достовірність поданого матеріалу оцінена за допомогою методів параметричної статистики. Вивчалися історії хвороб 188 пацієнтів з ЧМТ оперованих в різних лікарнях Республіки Вірменія. З 188 оперованих хворих у 16 виявлена множинна (поповерхова) гематома (МГ), тобто внутрішньочерепні гематоми, розташовані в області одного півкулі, безпосередньо одна над іншою в двох різних просторах-епідуральної, субдуральної або внутрішньомозкової. 10 больниє були віком до 60, а шестеро — 60 і старше. Розділені 3 групи хворих виходячи від стадії клінічного перебігу ЧМТ, в якому хворі перебували при вступі. 5 (31,25%) хворі були в першій групі, вони надійшли в стадії субкомпенсації, 7 (43,75%) — в другій, надійшли в стадії помірної декомпенсації, 4 (25%) — в третій групі, надійшли в стадії грубої декомпенсації. В доопераційному періоді за допомогою КТ дослідження головного мозку МР була виявлена у 6 (37,5%) хворих. У 10 (62,5%) МГ виявлена тільки під час операції. З хворих МГ у шести була внутрішньомозкова гематома (ВГ) і субдуральна гематома (СГ), у 5 — епідуральна гематома (ЕГ) і внутрішньомозкова гематома (ВГ),

у 5 — ЕГ і СГ. Частина хворих була оперирована протягом 1-2 годин після надходження, решта-з 3-24 годин. Повторно оперировались 2 (28,6%) хворі з другої групи. Під час операції проведена резекційну трепанацію і усунутий залишкової обсяг вилученої гематоми. Від'ємний результат був у 5 (31,25%) хворих, 4 (25%) з яких померли, 1 (6,25%) виписався з остро вираженим неврологічним дефіцитом. Від'ємний результат був у 1 (20%) хворого з першої групи, 2 (28,6%) — з другої, 1 (25%) — з третьою.

Результати та обговорення. МГ рідко зустрічається у хворих з ізольованою ЧМТ, які піддаються до операції (8,5% (16)), і має остроченне клінічне течення- при надходженні на стадії клінічної компенсації ЧМТ не наблюдаються у жодного хворого. Клінічний перебіг важче протікає у хворих старшого віку-у віковій групі з 60 і більше років (50% (2)). У кожного четвертого хворого з МГ буває летальний результат. Вихід МГ більш несприятливий у хворих з внутрішньомозкової гематомою (40-50%). серцево-судинні захворювання також негативно впливають на лікування (75% (3)). в доопераційному періоді МГ виявляються в 37,5% (6) випадках, а в 62,5% (10) випадках виявляються тільки під час операції. затягти терміни операції через різні причин більш, ніж на 2 години після прийому, негативно відбивається на результати МР (25-100%).

Висновки. КТ дослідження, зроблене в день надходження, виявляє МГ у випадках менше 50%. У більшості випадку МГ виявляється тільки під час операції. На результат МГ негативно впливає важкий стан хворих, які при надходженні знаходяться в різних стадіях декомпенсації клінічного перебігу ЧМТ, супутуючісерцево-судинні захворювання, відсутність терапевтичного лікування в догоспітальному періоді, операція, зроблена з запізненням в 2 години після надходження, розвиток мозкових і екстрамедулярних ускладнень, зокрема, легенивих і вогнищ енцефаломалачії. Внутрішньомозкової компонент МГ робить великий негативний вплив на клінічний перебіг і результат МР.

Ключові слова: Фактори, гематома, множинна, лікування, ЧМТ.

Mirzoyan H.H.¹, Patrikyan D.A.¹, Yegunyan M.A.²

¹Republican Medical Center «Armenia», Republic of Armenia, city Yerevan

²Medical Center «Erebuni», Republic of Armenia, city Yerevan

THE VARIOUS FACTORS NEGATIVELY INFLUENCING ON SURGICAL TREATMENT OF ISOLATED TRAUMATIC INTRACRANIAL MULTIPLE HEMATOMA

Summary. The number of patients with traumatic brain injury (TBI) varies in different countries, from 89 to 281 per 100,000 of population and is increasing annually (according to forecasts that will continue to grow). TBI is one of the leading causes of death and disability in the working age population, in the industrialized countries. The multiple hematoma is 0.74% of TBI, and 8-25% of intracranial hematomas. Multiplicity of surgical approaches of intracranial hematomas are fraught with contradictions and potential errors. All known principles of surgery hematomas doesn't guarantee the positive result.

On this basis, the aim is to study the peculiarities of the clinical course and to identify factors influencing the outcomes of surgery isolated traumatic intracranial multiple hematoma.

The retrospective analysis were performed, the reliability of the presented material is estimated using the method of parametric statistics. 188 medical records of patients with isolated traumatic brain injury (ITBI) were studied, who operated in various hospitals of Republic of Armenia. Intracranial multiple hematoma (IMH) consisted of two components having directly above one another in the two different intracranial spaces — epidural, subdural or intracerebral, and were detected at 16 patients. 10 patients were under the age of 60, and six — 60 and older. 3 groups of patients are divided on the basis of the stage of the clinical course of the head injury, which patients were adopted in. 5 (31,25%) were in the first group, they were adopted in the stage of subcompensation, 7 (43,75%)-in the second group, they adopted in the moderate decompensation stage, 4 (25%)-in the third group, adopted in the rough decompensation stage. In the preoperative period IMH was detected by CT scan at 6 (37,5%) patients. IMH was detected only during the operation at 10 (62,5%) patients. 6 patients with IMH have intracerebral hematoma (IH)

and subdural hematoma (SH), 5 — epidural hematoma (EH) and intracerebral hematoma (IH), 5 — EH and SH. Some of the patients had been operated within 1-2 hours after receipt, the rest — 3-24 hours. 2 (28,6%) patients from the second group were re-operated. The negative outcome was in 5 (31.25%) patients, 4 (25%) of whom died at 1 (6.25%) discharged with rough neurological deficit. The negative outcome was 1 (20%) patients of the first group, 2 (28,6%) of the second, 1 (25%) of the third.

IMH is rare in surgery of isolated head injury (8.5% (16)), and has severe clinical course — there no patient in the clinical compensation on admission. The clinical course is severe at the elderly patients in the age group of 60 years and more (50% (2)). The lethal outcome seems at every fourth patient with IMH. The exodus of IMH are more unfavorable in patients with intracerebral hematoma (40-50%). Cardiovascular diseases also negatively affect on outcomes of surgical treatment (75% (3) of IMH. In the preoperative period IMH was detected in 37.5% (6) cases, and in 62.5% (10) cases was detected only during the operation. Delayed operation due to various reasons more than for 2 hours after admission negatively affect on the outcomes of surgical treatment IMH (25-100%).

Conclusions: CT scan detects IMH in cases less than 50%. IMH is detected during the operation in the most cases. There are many factors negatively affecting on the outcomes IMH, that are severe condition of patients admitted in different stages of clinical decompensation, cardiovascular diseases, lack of treatment in the pre-hospital period, delayed operation for more that 2 hours after receipt, intracerebral component of IMH, the cerebral and extracerebral complications, in particular, focus of encephalomalacia and pulmonary complications.

Key words: factors, multiple, hematoma, TBI, treatment.

УДК 617.5-031.14-009.7

СМИРНОВА Н.Н.¹, ОНИЩЕНКО Е.В.², МЕНДЗЯК Р.М.², КЛИМАЧЕВА И.Е.²¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,²КЛПУ «Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение»

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ БОЛЬШОЙ И СРЕДНЕЙ ТРАВМАТИЧНОСТИ

Резюме. Одной из основных причин послеоперационных осложнений рассматривается хирургический стресс-ответ – комплекс изменений нейроэндокринного, метаболического и воспалительного характера, развивающийся в результате хирургической травмы. Хирургический стресс-ответ становится основной причиной периоперационной дисфункции различных органов и систем (боль, катаболизм, нарушения иммунитета и гемостаза, дисфункция легких, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы). Оценка интенсивности послеоперационного болевого синдрома при оперативных вмешательствах различной травматичности с целью последующей разработки рекомендаций по ее профилактике и лечению является актуальной проблемой.

Цель исследования - изучить интенсивность послеоперационного болевого синдрома при оперативных вмешательствах различной травматичности в условиях многопрофильной хирургической клиники.

Для оценки интенсивности послеоперационного болевого синдрома использована визуально-аналоговая шкала интенсивности боли.

Наблюдение продолжалось от 0 часов до 72 часов послеоперационного периода включительно.

Оценка интенсивности послеоперационного болевого проводилась в трех группах: группа 1 (n = 68) – оперативные вмешательства средней травматичности, группа 2 (n = 82) – большой травматичности, группа 3 (n = 23) – оперативные вмешательства при огнестрельных ранениях брюшной полости и забрюшинного пространства. Группы 1 и 2 были сопоставимы по полу и возрасту. Третья группа на 100% состояла из мужчин возрастом от 28 до 62 (в среднем $36,6 \pm 3,33$).

В послеоперационном периоде пациенты всех трех групп были разделены на подгруппы в зависимости от различных схем обезболивания: с использованием эпидуральной анестезии и без эпидуральной анестезии. Дополнительно группы были разделены на подгруппы: внутримышечное введение промедола или промедола с дексотопрофеном.

Скорость инфузии ропивакаина подбиралась индивидуально в зависимости от интенсивности боли и уровня артериального давления (допускалось снижение не более 20-25% от исходного). При усилении болевого синдрома во всех группах назначали дополнительное введение нестероидных противовоспалительных препаратов.

При оперативных вмешательствах большой травматичности средний показатель интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале в группах без использования продленной эпидуральной анестезии находится в диапазоне сильных болевых ощущений; при эпидуральной анестезии – в диапазоне болевых ощущений средней интенсивности.

Начало эпидуральной анестезии после травмы менее эффективно – длительность сохранения послеоперационной боли увеличивается в сравнении с использованием эпидурального обезболивания как составной части мультимодальной анестезии во время оперативного пособия с последующим продолжением в послеоперационном периоде. Это может быть объяснено запуском механизмов центральной сенситизации. Данное утверждение достоверно доказано при оценке боли у пациентов с огнестрельными ранениями, где эпидуральная анестезия начиналась значительно позднее травмы. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов достоверно эффективно как компонент планового послеоперационного обезболивания только при оперативных вмешательствах средней травматичности без использования эпидуральной анестезии.

© Смирнова Н.Н., Онищенко Е.В., Мендзяк Р.М.,

Климачева И.Е., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Нами также были изучена потребность в дополнительных дозах нестероидных противовоспалительных препаратов из-за выраженного болевого синдрома. За дополнительную потребность мы принимали более чем двукратное введение препаратов указанной группы сверх назначенного плана обезболивания в течение 72 часов после оперативного вмешательства. Значительный удельный вес дополнительного обезболивания во всех изученных группах вызывает необходимость поиска путей дальнейшей оптимизации послеоперационного обезболивания, в частности, применения превентивной анестезии. Дополнительные введения нестероидных противовоспалительных препаратов требовались во всех группах пациентов. Внеплановое обезболивание было необходимо чаще при эпидуральной анестезии, начатой в послеоперационном периоде, по сравнению с началом обезболивания до операции, при близком по травматичности хирургическом вмешательстве. Значительный удельный вес дополнительного обезболивания во всех изученных группах вызывает необходимость поиска путей дальнейшей оптимизации послеоперационного обезболивания, в частности, применения превентивной анестезии.

Ключевые слова: послеоперационная боль, оценка боли, схемы обезболивания, оперативные вмешательства большой и средней травматичности, огнестрельные ранения.

Актуальность

Одной из основных причин послеоперационных осложнений рассматривается хирургический стресс-ответ — комплекс изменений нейроэндокринного, метаболического и воспалительного характера, развивающийся в результате хирургической травмы [9]. При высокой травматичности оперативного вмешательства эти изменения, первоначально имеющие компенсаторно-приспособительный характер, становятся избыточными, приобретая, таким образом, четко очерченную патологическую направленность. Хирургический стресс-ответ становится основной причиной периоперационной дисфункции различных органов и систем (боль, катаболизм, нарушения иммунитета и гемостаза, дисфункция легких, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы) [1,2].

Острая боль повышает ригидность мышц грудной клетки и передней брюшной стенки, что ведет к снижению дыхательного объема, жизненной емкости легких, функциональной остаточной емкости и альвеолярной вентиляции. Следствием этого является коллапс альвеол, гипоксемия и снижение оксигенации крови. Затруднение откашливания на фоне болевого синдрома нарушает эвакуацию бронхиального секрета, что способствует ателектазированию с последующим развитием легочной инфекции.

Боль сопровождается гиперактивностью симпатической нервной системы, что клинически проявляется тахикардией, гипертензией и повышением периферического сосудистого сопротивления. Помимо этого, симпатическая активация вызывает послеоперационную гиперкоагуляцию и, следовательно, повышает риск тромбообразования. На этом фоне у пациентов высокого риска, особенно страдающих недостаточностью коронарного кровообращения, высока вероятность резкого увеличения потребности миокарда в кислороде с развитием острого инфаркта миокарда. По мере развития ишемии, дальнейшее увеличение ЧСС и повышение АД увеличивают потребность в кислороде и расширяют зону ишемии [3].

Активация вегетативной нервной системы на фоне болевого синдрома повышает тонус гладкой мускулатуры кишечника со снижением перистальтической активности и развитием послеоперационного пареза [7].

Интенсивная боль является одним из факторов реализации катаболического гормонального ответа на травму: задержки воды и натрия с увеличением секреции АДГ и альдостерона, а также гипергликемией за счет гиперсекреции кортизола и адреналина [11]. Отрицательный азотистый баланс в послеоперационном катаболическом периоде нарастает за счет гиподинамии, отсутствия аппетита и нарушения нормального режима питания.

Невозможность ранней мобилизации пациентов на фоне неадекватной аналгезии повышает риск венозного тромбообразования [14].

В ряде исследований показано существенное ухудшение иммунного статуса и повышение частоты септических осложнений периоперационного периода при неадекватном купировании послеоперационной боли, особенно у пациентов повышенного риска [16].

И, наконец, ноцицептивная стимуляция боль-модулирующих систем спинного мозга может привести к расширению рецепторных полей и повышению чувствительности боль-воспринимающих нейронных структур спинного мозга. Результатом является формирование хронических послеоперационных нейропатических болевых синдромов, в основе которых лежат вышеупомянутые пластические изменения ЦНС [4].

Послеоперационная боль продолжает оставаться актуальной проблемой и в XXI веке — как в нашей стране, так и за рубежом. Приведенные в литературе данные интенсивности послеоперационного болевого синдрома колеблются в достаточно широком диапазоне — от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов [5, 6, 10, 12]. Аудиторская комиссия Великобритании в свое время установила стандарт качества лечения послеоперационной боли: процент пациентов с болями высокой интенсивности к 1997 году должен был снизиться до 20, а к 2002 — до 5. Однако указанные сроки прошли, а ситуация изменилась мало [8]. Литературные данные по изучаемой проблеме в отечественных источниках последних 10 лет отсутствуют.

В связи с вышеизложенным оценка интенсивности послеоперационного болевого синдрома при оперативных вмешательствах различной травматичности в условиях конкретной системы здравоохранения с

целью последующей разработки рекомендаций по ее профилактике и лечению является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить интенсивность послеоперационного болевого синдрома при оперативных вмешательствах различной травматичности в условиях многопрофильной хирургической клиники.

Материалы и методы

Для оценки интенсивности послеоперационного болевого синдрома использована визуально-аналоговая шкала интенсивности боли (ВАШ) (рис. 1), по которой с помощью специальной линейки с бегунком пациентам предлагалось оценить болевые ощущения в различное время.

Условно болевые ощущения от 1 до 2,9 баллов оценивались как легкие, от 3 до 4,9 – умеренные, от 5 до 6,9 – средние, от 7 до 8,9 – сильные, 9 до 10 – сильные нестерпимые.

Наблюдение продолжалось от 0 часов до 72 часов послеоперационного периода включительно.

Оценка интенсивности послеоперационного болевого проводилась в трех группах: группа 1 (n = 68) – оперативные вмешательства средней травматичности, группа 2 (n = 82) – большой травматичности, группа 3 (n = 23) – оперативные вмешательства при огнестрельных ранениях брюшной полости и забрюшинного пространства.

Группы 1 и 2 были сопоставимы по полу и возрасту. В первой группе мужчины составили 57,4% (39 человек), женщины – 42,6% (29 человек); во второй – 58,5% (48 человек) и 14,5% (34 человека) соответственно (t = 0,15, p > 0,05). Возраст пациентов первой группы от 29 до 72 (в среднем 48,6 ± 1,72) лет, во второй группе от 34 до 76 (в среднем 49,9 ± 1,63) лет (t = 0,55, p > 0,05). Третья группа на 100% состояла из мужчин возрастом от 28 до 62 (в среднем 36,6 ± 3,33).

У всех больных использовалась общая анестезия с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). С целью премедикации за 30-40 мин до операции больные получали ингибитор протонной помпы (пантопризол 40 мг внутривенно). Премедикация на операционном столе осуществлялась с помощью м-холиноблокатора (атропин в дозе 0,01-0,02 мг/кг), бензодиазепинового транквилизатора (диазепам 0,2-0,5 мг/кг внутривенно), опиоидов (фентанил 0,5-1,5 мкг/кг), орошения задней стенки глотки 10% раствором лидокаина. Для индукции использовали тиопентал натрия в дозе

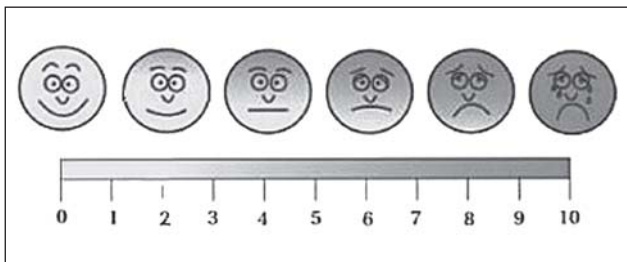


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли

5-6 мг/кг. Интубация трахеи осуществлялась после введения сукцинилхолина в дозе 1-1,5 мг/кг. Для поддержания наркоза использовали низкочастотную анестезию севофлюраном (1,5-1,8 % МАК) с FiO₂ 95-100%. ИВЛ проводилась в режиме нормовентиляции. Для поддержания релаксации применяли пипекурония бромид 0,02-0,05 мг/кг. Анестезия поддерживалась фракционным введением фентанила (1-3 мкг/кг каждые 20-30 минут).

У 30 пациентов первой группы и 59 пациентов второй группы дополнительно до начала оперативного пособия выполнялась пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне Th6-Th9, и анестезия дополнялась постоянным введением ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 6-14 мл/час. 12 пациентам третьей группы пункция и катетеризация эпидурального пространства выполнена в течение вторых суток послеоперационного периода, поскольку больные требовали оперативного вмешательства в ургентном порядке и из-за возбужденного состояния и имеющегося болевого синдрома более ранняя установка эпидурального катетера была затруднена.

В послеоперационном периоде пациенты всех трех групп были разделены на подгруппы в зависимости от различных схем обезболивания.

А. Пациенты без эпидурального катетера:

1) Промедол по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов (группа 1.1, n = 17; группа 2.1, n = 9; группа 3.1, n = 3).

2) Промедол по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов совместно с декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 1.2, n = 21; группа 2.2, n = 14; группа 3.1, n = 5).

В. Пациенты с установленным эпидуральным катетером:

3) Постоянная инфузия ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3-12 мл/час совместно с промедолом по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов (группа 1.3, n = 8; группа 2.3, n = 21; группа 3.3, n = 2).

4) Постоянная инфузия ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3-12 мл/час совместно с промедолом по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов и декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 1.4, n = 8; группа 2.4, n = 21; группа 3.4, n = 2).

5) Постоянная инфузия ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3-12 мл/час совместно с декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 1.5, n = 12; группа 2.5, n = 12). В группе с огнестрельными ранениями данная схема не использовалась в виду необходимости дополнительного обеспечения психоэмоционального комфорта в послеоперационном периоде, которое достигалось при введении наркотических анальгетиков.

Скорость инфузии ропивакаина подбиралась индивидуально в зависимости от интенсивности боли и уровня артериального давления (допускалось снижение не более 20-25% от исходного). При усилении болевого синдрома во всех группах назначали допол-

нительное введение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере с помощью пакетов лицензионных программ «Microsoft Excel 2007», «Statistica 10». Оценивали средние значения (M), их погрешность (m), t-критерии Стьюдента (kS), достоверность разницы показателей (pkS).

Результаты и их обсуждение

Результаты оценки интенсивности болевого синдрома при операциях средней и большой травматичности, а также при операциях по поводу огнестрельных ранений брюшной полости представлены в таблицах 1, 2 и 3 соответственно.

Анализ полученных результатов показал наличие статистически значимых различий в сторону умень-

Таблица 1. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале при операциях средней травматичности (группа 1) в различные сроки послеоперационного периода

Время после оперативного вмешательства, час	Интенсивность болевого синдрома по ВАШ						
	Группа 1А Общая анестезия n = 38			Группа 1В Общая анестезия + эпидуральная анестезия n = 30			
	Группа 1.1 (Пр) n = 17	Группа 1.2 (Пр + Д) n = 21	Среднее значение показателя ВАШ	Группа 1.3 (Пр + ЭА) n = 8	Группа 1.4 (Пр + Д + ЭА) n = 10	Группа 1.5 (Д + ЭА) n = 12	Среднее значение показателя
0-24	6,2 ± 0,22	6,1 ± 0,21	6,15 ± 0,22	4,5 ± 0,3	4,2 ± 0,27	4,2 ± 0,34	4,3 ± 0,28
25-48	4,9 ± 0,25	4,1 ± 0,24	4,5 ± 0,26	3,6 ± 0,24	3,2 ± 0,16	3,4 ± 0,22	3,4 ± 0,19
49-72	3,8 ± 0,3	3,2 ± 0,34	3,65 ± 0,33	3,1 ± 0,22	2,7 ± 0,19	3,0 ± 0,16	2,9 ± 0,17

Таблица 2. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале при операциях большой травматичности (группа 2) в различные сроки послеоперационного периода

Время после оперативного вмешательства, час	Интенсивность болевого синдрома по ВАШ						
	Группа 2А Общая анестезия n = 23			Группа 2В Общая анестезия + эпидуральная анестезия n = 59			
	Группа 2.1 (Пр) n = 17	Группа 2.2 (Пр+Д) n = 21	Среднее значение показателя	Группа 2.3 (Пр + ЭА) n = 8	Группа 2.4 (Пр + Д + ЭА) n = 10	Группа 2.5 (Д + ЭА) n = 12	Среднее значение показателя
0-24	7,5 ± 0,26	7,4 ± 0,31	7,45 ± 0,3	5,5 ± 0,3	5,1 ± 0,32	5,3 ± 0,34	5,3 ± 0,32
25-48	6,8 ± 0,22	6,3 ± 0,33	6,6 ± 3,3	4,7 ± 0,41	4,5 ± 0,38	4,8 ± 0,32	4,7 ± 0,36
49-72	5,3 ± 0,27	4,9 ± 0,28	5,1 ± 0,29	4,3 ± 0,38	4,0 ± 0,27	4,3 ± 0,27	4,2 ± 0,27

Таблица 3. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале при операциях по поводу огнестрельных ранений брюшной полости и забрюшинного пространства (группа 3) в различные сроки послеоперационного периода

Время после оперативного вмешательства, час	Интенсивность болевого синдрома по ВАШ						
	Группа 3А Общая анестезия n = 8			Группа 3В Общая анестезия + эпидуральная анестезия n = 11			
	Группа 3.1 (Пр) n = 3	Группа 3.2 (Пр+Д) n = 5	Среднее значение показателя	Группа 3.3 (Пр + ЭА) n = 2	Группа 3.4 (Пр + Д + ЭА) n = 9	Группа 3.5 (Д + ЭА) n = 12	Среднее значение показателя
0-24	8,5 ± 0,41	8,4 ± 0,39	8,45 ± 0,41	–	–	–	–
25-48	7,9 ± 0,38	7,4 ± 0,38	7,65 ± 0,39	6,8 ± 0,28	6,5 ± 0,31	–	6,7 ± 0,32
49-72	6,7 ± 0,32	6,6 ± 0,34	6,65 ± 0,33	5,2 ± 0,27	5,1 ± 0,27	–	5,2 ± 0,29

Примечание к таблицам 1–3. Пр – использование промедола для послеоперационного обезболивания; Д – использование дексетопрофена для послеоперационного обезболивания; ЭА – продленная эпидуральная анестезия ропивакаином для послеоперационного обезболивания

шения болевого синдрома при использовании комбинации дексетпрофен + промедол в сравнении моноанестезией промедолом при операциях средней травматичности в период с 25 до 48 часов послеоперационного периода. Использование вышеуказанной комбинации в сроки от 0 до 24 часов и от 49 до 72 часов при операциях средней травматичности также приводит к уменьшению болевого синдрома, однако различия между группами статистически недостоверны (табл. 4).

В группе операций большой травматичности при комбинации наркотического анальгетика и нестероидного противовоспалительного препарата в сравнении с использованием только наркотического анальгетика статистически недостоверное уменьшение боли выявлено в период от 25 до 48 часов, в период от 0 до 24 часов пациенты испытывали болевые ощущения одинаковой интенсивности (табл. 5).

В группе с огнестрельными ранениями вышеуказанная комбинация препаратов не приводила к умень-

шению болевого синдрома в сравнении с монообезболиванием промедолом во всех изучаемых временных интервалах.

Использование эпидуральной анестезии как компонента обезболивания во время оперативного вмешательства с последующей продленной анестезией в послеоперационном периоде достоверно уменьшало интенсивность болевого синдрома в сравнении с группами без эпидуральной анестезии во всех интервалах послеоперационного периода, за исключением периода с 25 до 48 часов в группе с огнестрельными ранениями, что объясняется более поздним началом эпидурального обезболивания. В дальнейшем, в период с 49 до 72 часов, разница в болевых ощущениях между указанными группами становится достоверной (табл. 6).

В группах с использованием эпидуральной анестезии при плановых операциях большой травматичности (группа 2В) и при оперативных вмешательствах, связанных с огнестрельными ранениями (группа 3В), оценка интенсивности болевого синдрома выявила

Таблица 4. Различия интенсивности болевого синдрома по ВАШ при использовании комбинации дексетпрофен + промедол в сравнении моноанестезией промедолом при операциях средней травматичности

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0-24	24-48	49-72
1.1 и 1.2	kS	0,33	2,31	1,32
	pkS	p > 0,05	p < 0,05	p > 0,05

Таблица 5. Различия интенсивности болевого синдрома по ВАШ при использовании комбинации дексетпрофен + промедол в сравнении моноанестезией промедолом при операциях большой травматичности

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0-24	24-48	49-72
2.1 и 2.2	kS	–	1,26	1,03
	pkS	–	p > 0,05	p > 0,05

Таблица 6. Различия интенсивности болевого синдрома по ВАШ в группах без эпидуральной анестезии и с эпидуральной анестезией при операциях различной травматичности

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0-24	24-48	49-72
1А и 1В	kS	5,2	3,42	2,02
	pkS	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05
2А и 2В	kS	4,9	3,89	2,27
	pkS	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05
3А и 3В	kS	не сопоставимы из-за отсутствия эпидурального катетера в группе 3В	1,88	3,3
	pkS		p > 0,05	p < 0,05

Таблица 7. Различия интенсивности и длительности болевого синдрома по ВАШ в группах при плановых операциях большой травматичности и при оперативных вмешательствах, связанных с огнестрельными ранениями

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0-24	24-48	49-72
ВАШ ср* 2В и ВАШ ср 3В	kS	не сопоставимы из-за отсутствия эпидурального катетера в группе 3В	4,15	2,52
	pkS		p < 0,05	p < 0,05

Примечание. * ВАШ ср – среднее значение интенсивности болевого синдрома в группе

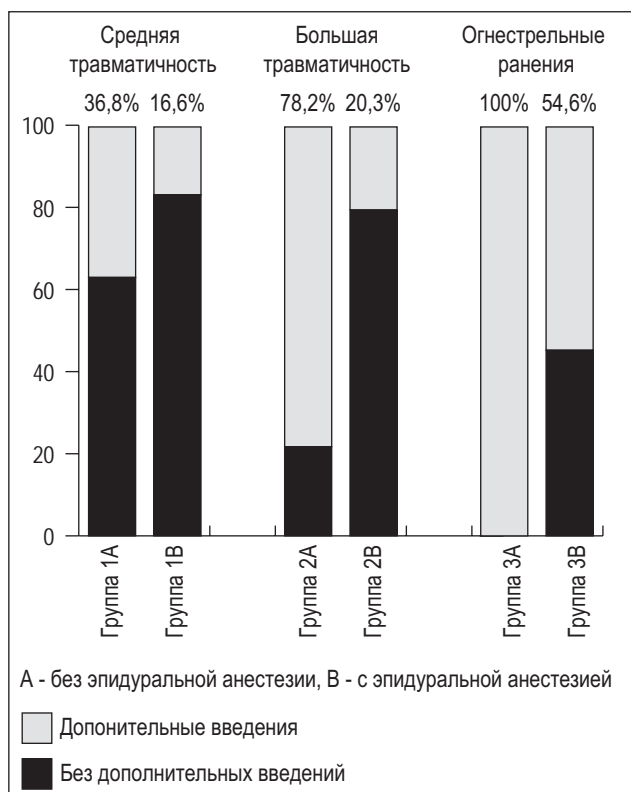


Рис 2. Потребность в дополнительных дозах НПВП в изучаемых группах пациентов

достоверно меньшую интенсивность боли группе 2В. Также выявлено достоверно более длительное сохранение интенсивных болевых ощущений: в период от 49 до 72 часов от окончания оперативного вмешательства в группах 2В-3В показатель боли по ВАШ составил в среднем $4,7 \pm 0,29$ и $5,2 \pm 0,27$ соответственно (табл. 7)

Полученные результаты согласуются с литературными данными о меньшей эффективности эпидуральной анестезии, которая начата после повреждения [13,15].

Нами также были изучена потребность в дополнительных дозах нестероидных противовоспалительных препаратов из-за выраженного болевого синдрома. За дополнительную потребность мы принимали более чем двукратное введение препаратов указанной группы сверх назначенного плана обезболивания в течение 72 часов после оперативного вмешательства. Результаты представлены на рисунке 2.

Дополнительные введения НПВП требовались во всех группах пациентов. При использовании эпидуральной анестезии как компонента обезболивания ко-

Таблица 8. Различия в удельном весе дополнительных введений НПВП при оперативных вмешательствах различной интенсивности

Статистические показатели	Группы сравнения		
	1А и 1В	2А и 2В	3А и 3В
kS	1,95	5,66	2,89
pkS	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

личество дополнительных введений НПВП достоверно меньше группам 2 и 3 (табл.). В группе 1 отличия статистически недостоверны.

Внеплановое обезболивание НПВП было необходимо чаще при эпидуральной анестезии, начатой в послеоперационном периоде, по сравнению с началом обезболивания до операции, при близком по травматичности хирургическом вмешательстве (группы 2В – 3В; $kS = 2,06$, $pkS < 0,05$), что может свидетельствовать о начале формирования центральной сенситизации.

Выводы

1. При оперативных вмешательствах большой травматичности средний показатель интенсивности болевого синдрома по ВАШ в группах без использования продленной эпидуральной анестезии находится в диапазоне сильных болевых ощущений; при эпидуральной анестезии – в диапазоне болевых ощущений средней интенсивности, что позволяет рекомендовать данный компонент как обязательный (при отсутствии противопоказаний) у пациентов, которые подвергаются обширным оперативным вмешательствам.

2. При оперативных вмешательствах средней травматичности использование эпидурального обезболивания позволяет достичь полностью комфортного течения послеоперационного периода с умеренным болевыми ощущениями.

3. Использование НПВП достоверно эффективно как компонент планового послеоперационного обезболивания только при оперативных вмешательствах средней травматичности без использования эпидуральной анестезии.

4. Начало эпидуральной анестезии после травмы менее эффективно – длительность сохранения послеоперационной боли увеличивается в сравнении с использованием эпидурального обезболивания как составной части мультимодальной анестезии во время оперативного пособия с последующим продолжением в послеоперационном периоде, – что может быть объяснено запуском механизмов центральной сенситизации.

5. Значительный удельный вес дополнительного обезболивания во всех изученных группах вызывает необходимость поиска путей дальнейшей оптимизации послеоперационного обезболивания, в частности, применения превентивной анестезии.

Список использованных источников

- Любошевский П. А. Хирургический стресс-ответ при абдоминальных операциях высокой травматичности и возможности его анестезиологической коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.20 / П.А. Любошевский. – Ярославль, 2012. – 21 с.
- Осипов С.А., Сравнительная оценка действия местных анестетиков в сочетании с морфином при их эпидуральном введении / С.А. Осипов, И.В. Червякова, В.Е. Киселевич и др. // Анестезиология и реаниматология. – 1993. – № 1. – С. 70 – 73.

3. Breivik H. Postoperative pain management / H. Breivik // *Bailliere's Clinical Anaesthesiology*. — 1995. — V. 9. — P. 403 — 585.
4. Campiglia L. Pre-emptive analgesia for postoperative pain control: a review / L. Campiglia, G. Consoles, A.R. De Gaudio // *Clin. Drug Investig.* — 2010. — Suppl 2. — P. 15–26.
5. Carr D. Acute pain / D.Carr, L. Goudas // *Lancet*. — 1999. — V. 353. — P. 205 I– 2058.
6. Chauvin M. Postoperative patient management. Pain after surgical intervention / M. Chauvin // *Presse Med.* — 1999. — V.28. — P.203 — 211.
7. de Leon Casasola. The effects of epidural bupivacaine morphine and intravenous PCA morphine on bowel function and pain after radical hysterectomies / de Leon Casasola, D. Karabella, M. Lema // *Anesth Analg.* — 1993. — V.76. — P.73.
8. Dolin S. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. / S. Dolin, J. Cashman, J. Bland // *Br.J.Anaesth.* — 2002. — V.89. — P.409–423.
9. Gottschalk A., Sharma S., Ford J., et al. The role of the perioperative period in recurrence after cancer surgery / A. Gottschalk, S. Sharma, J. Ford, et al // *Anesthesia & Analgesia*. — 2010. — Vol. 110, N 6. —P. 1636–1643.
10. Harmer M. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services / M. Harmer, K. Davies // *Anaesthesia*. — 1998. — V.53. — P.424 — 430.
11. Kehlet H. Postoperative pain / H. Kehlet, J.B. Dahl // *World J.Surg.* — 1993. — V.17. — P.215–219.
12. Neugebauer E. Recommendations and guidelines for perioperative pain therapy in Germany / E. Neugebauer, H. Wulf // *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd.* — 1998. — V.115. — P. 666 — 671.
13. Shipton E.A. Pain acute and chronic / E.A. Shipton. — New York : Oxford University Press, 1999. — 378p.
14. Tuman K. Effects of anaesthesia and analgesia on coagulation and outcome after major vascular surgery / K. Tuman, R. McCarthy, R. March // *Anesth.Analg.* — 1991. — V.73. — P.696 — 704.
15. Vadivelu N. Preventive analgesia for postoperative pain control: a broader concept. / N. Vadivelu, S. Mitra, E. Schermer, V. Kodumudi, A.D. Kaye, R.D. Urman // *Local Reg Anesth.* — 2014. — Vol. 7. — P. 17–22.
16. Yeager M. Epidural anaesthesia and analgesia in high risk surgical patients / M. Yeager, D. Glass, R. Neff, F. Brick Johnsen // *Anesthesiology*. — 1988. — V.73. — P. 729 — 736.

Получено 24.03.14 ■

Смирнова Н.Н.¹, Онищенко Є.В.², Мендзяк Р.М.², Клімачева І.Е.²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²КЛПУ «Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання»

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ ВЕЛИКОЇ І СЕРЕДНЬОЇ ТРАВМАТИЧНОСТІ.

Резюме. Однією з основних причин післяопераційних ускладнень розглядається хірургічний стрес-відповідь — комплекс змін нейроендокринного, метаболічного і запального характеру, що розвивається в результаті хірургічної травми. Хірургічний стрес-відповідь стає основною причиною періопераційної дисфункції різних органів і систем (біль, катаболізм, порушення імунітету і гемостазу, дисфункція легких, шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи). Оцінка інтенсивності післяопераційного больового синдрому при оперативних втручаннях різної травматичності з метою подальшої розробки рекомендацій щодо її профілактики та лікування є актуальною проблемою.

Мета дослідження — вивчити інтенсивність післяопераційного больового синдрому при оперативних втручаннях різної травматичності в умовах багатопрофільної хірургічної клініки.

Для оцінки інтенсивності післяопераційного больового синдрому використана візуально-аналогова шкала інтенсивності болю.

Спостереження тривало від 0 годин до 72 годин післяопераційного періоду включно.

Оцінка інтенсивності післяопераційного больового проводилась в трьох групах: група 1 (n = 68) — оперативні втручання середньої травматичності, група 2 (n = 82) — великий травматичності, група 3 (n = 23) — оперативні втручання при вогнепальних пораненнях черевної порожнини та заочеревинного простору. Групи 1 і 2 були порівнянні за статтю та віком. Третя

група на 100% складалася з чоловіків віком від 28 до 62 (в середньому $36,6 \pm 3,33$).

В післяопераційному періоді пацієнти всіх трьох груп були розділені на підгрупи в залежності від різних схем знеболення: з використанням епідуральної анестезії і без епідуральної анестезії. Додатково групи були розділені на підгрупи: внутрішньом'язове введення промедолу або промедолу з дексотопрофеном.

Швидкість інфузії ропівакаїна підбиралася індивідуально в залежність від інтенсивності болю та рівня артеріального тиску (допускалося зниження не більше 20–25% від вихідного). При посиленні больового синдрому у всіх групах призначали додаткове введення нестероїдних протизапальних препаратів.

При оперативних втручаннях великої травматичності середній показник інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою в групах без використання продовженої епідуральної анестезії знаходиться в діапазоні сильних больових відчуттів; при епідуральної анестезії — в діапазоні больових відчуттів середньої інтенсивності.

Початок епідуральної анестезії після травми менш ефективно — тривалість збереження післяопераційного болю збільшується в порівнянні з використанням епідурального знеболення як складової частини мультимодальної анестезії під час оперативного посібники з подальшим продовженням в післяопераційному періоді. Цей може бути пояснено запуском механізмів центральної сенситизації. Дане твердження досто-

вірно доведено при оцінці болю у пацієнтів з вогнепальними пораненнями, де епідуральна анестезія починалася значно Позднеев травми.

Використання нестероїдних протизапальних препаратів достовірно ефективно як компонент планового післяопераційного знеболювання тільки при оперативних втручаннях середньої травматичності без використання епідуральної анестезії.

Нами також були вивчена потреба в додаткових дозах нестероїдних протизапальних препаратів через вираженого болювого синдрому. За додаткову потребу ми приймали більш ніж дворазове введення препаратів зазначеної групи понад призначеного плану знеболювання протягом 72 годин після оперативного втручання. Значну питому вагу додаткового знеболювання в усіх вивчених групах викликає необхідність пошуку

шляхів подальшої оптимізації післяопераційного знеболювання, зокрема, застосування превентивної анестезії. Додаткові введення нестероїдних протівовопалітельних препаратів були потрібні у всіх групах пацієнтів. Позапланове знеболювання було необхідно частіше при епідуральній анестезії, розпочатої в післяопераційному періоді, порівняно з початком знеболювання до операції, при близькому за травматичності хірургічному втручання. Значну питому вагу додаткового знеболювання в усіх вивчених групах викликає необхідність пошуку шляхів подальшої оптимізації післяопераційного знеболювання, зокрема, застосування превентивної анестезії.

Ключові слова: післяопераційний біль, оцінка болю, схеми знеболювання, оперативні втручання великої та середньої травматичності, вогнепальні поранення.

Smirnova N.N.¹, Onishchenko E.V.², Mendzyak R.M.², Klimacheva I.E.²

¹Donetskiy National Medical University. M. Gorky

²KLPU "Donetsk Regional Clinical Territorial Medical

PAIN IN SURGICAL INTERVENTIONS LARGE AND MEDIUM TRAUMA.

Summary. One of the main causes of postoperative complications is considered a surgical stress response — a complex of changes in neuroendocrine, metabolic and inflammatory nature, evolving as a result of surgical trauma. Surgical stress response becomes the main cause of perioperative dysfunction of various organs and systems (pain, catabolism, impaired immunity and hemostasis dysfunction lungs, gastrointestinal tract, and cardiovascular system). The assessment of the intensity of postoperative pain during surgery various traumatic for subsequent development of recommendations for the prevention and treatment is an important issue.

The purpose of the study is — to examine the intensity of postoperative pain in surgical interventions in various traumatic conditions multidisciplinary surgical clinic.

To estimate the intensity of postoperative pain used visual analogue scale of pain intensity.

Observation lasted from 0 hours to 72 hours of the postoperative period, inclusive.

Assessment of the intensity of postoperative pain was conducted in three groups: group 1 (n = 68) — the average trauma surgery, group 2 (n = 82) — large trauma, group 3 (n = 23) — surgery for gunshot wounds of abdominal and retroperitoneal space. Groups 1 and 2 were matched by sex and age. The third group consisted of 100% of men aged 28 to 62 (average $36,6 \pm 3,33$).

Postoperatively, patients in all three groups were divided into subgroups based on various schemes analgesia: using epidural anesthesia and epidural anesthesia without. Additionally, the group was divided into subgroups: intramuscular or promedola promedola with deksotoprofenom.

Ropivacaine infusion rate selected individually depending on the intensity of pain and blood pressure (reduction allowed no more than 20-25% of the original). In the amplification of pain in all groups assigned the additional administration of non-steroidal anti-inflammatory drugs.

During surgery large traumatic average pain intensity on a visual analogue scale in groups without the use of epidural anesthesia is in the range of severe pain; for epidural anesthesia — the range of average pain intensity.

Starting epidural anesthesia after injury is less effective — the duration of preservation increases postoperative pain compared with ispolzovnii epidural analgesia as part of a multimodal anesthesia during surgical benefits, followed by a continuation in the postoperative period. This can be attributed to the launch of the mechanisms of central sensitization. Danoe assertion proved significantly when assessing pain in patients with gunshot wounds, where the epidural began significantly Pozdneev injury. Use the nonsteroidal anti-inflammatory drugs significantly effective as a component of routine postoperative analgesia only during surgery without the use of secondary traumatic epidural.

We have also studied the need for additional doses of nonsteroidal anti-inflammatory drugs because of significant pain syndrome. For additional demand we have been more than double the administration of drugs over specified group designated plan analgesia for 72 hours after surgery. Significant proportion of additional analgesia in all groups studied is the need to find ways to further optimize postoperative analgesia, in particular, use of preventive anesthesia. Additional administration of non-steroidal drugs protivovopalitelnyh required in all groups of patients. Unscheduled anesthesia was necessary more often with epidural anesthesia, which started in the postoperative period, compared with the beginning of anesthesia to opertsii at close to trauma surgery. Significant proportion of additional analgesia in all groups studied is the need to find ways to further optimize postoperative analgesia, in particular, use of preventive anesthesia.

Keywords: post-operative pain, pain assessment, pain relief scheme, surgery large and medium trauma, gunshot wounds.

УДК 616.37-002-036.11-085.356:547.972.35

ЧОРНОМИДЗ А.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського»

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ ВОДОРОЗЧИННОЇ ФОРМИ КВЕРЦЕТИНУ У КОМПЛЕКСІ «ТЕРАПІЇ ОБРИВУ» ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Встановлено, що при використанні з перших днів перебігу гострого панкреатиту водорозчинної форми кверцетину вдається знизити тривалість перебування хворих у стаціонарі, зменшити активність запального процесу та відсоток розвитку ускладнень захворювання. Окрім цього, при застосуванні запропонованої нами схеми лікування вдалося попередити розвиток важкого панкреатиту у 44% хворих із прогнозовано важким перебігом.

Ключові слова: гострий панкреатит, кверцетин, важкість перебігу захворювання.

«Лікування гострого панкреатиту схоже на посадку на останній поїзд: найкращий варіант – прийти завчасно, добре – встигнути в останню хвилину. Але, на жаль, найчастіше ми запізнюємось і стараємось наздогнати поїзд, що давно поїхав».

Вступ

Гострий панкреатит на сьогодні є одним із найпоширеніших і найважчих із хірургічних захворювань [5, 6, 12, 14, 18]. Діагностика його є однією із важких проблем хірургії, а клінічний перебіг, розвиток ускладнень та кінцевий результат лікування є часто непередбачуваним [6, 13, 15].

Характер і об'єм інтенсивної терапії гострого панкреатиту та його ускладнень постійно змінюється з розвитком знань про його патогенез та відкриттям окремих факторів, що мають прогностичну та діагностичну роль, нових методів лікування [1, 3, 14, 16, 17]. Існує 2 основних напрямки в лікуванні хворих гострим деструктивним панкреатитом. Перше полягає в підтримуючій терапії та корекції тих ускладнень, які можуть виникнути. Друге пов'язане з запобіганням прогресування запалення в підшлунковій залозі та системної запальної відповіді шляхом переривання ланки в їх патогенезі [9, 11, 16].

Лікування гострого панкреатиту є неспецифічним і у більшості випадків застосовується лише підтримуюча терапія. Єдиних підходів у лікуванні захворювання до цих пір не існує, загальноприйнята тактика відсутня, що не знайдено раціональне співвідношення консервативних та хірургічних методів в загальному комплексі лікувальних заходів при цьому важкому стражданні [1, 10, 11, 16]. Лікарська терапія за останні десятиліття

зазнала значних змін, і представлена, по суті, ланцюгом невиправданих надій і розчарувань у пошуках «засоби від панкреатиту». До теперішнього часу чітко не окреслено оптимальне коло консервативних міроприємств [3, 12, 15, 17].

При ранньому підключенні інтенсивного комплексу досягається «обриваючий» лікувальний ефект, при якому відбувається купування або різке обмеження деструктивного процесу в підшлунковій залозі. При пізньому початку інтенсивної терапії метою лікування служить не «обрив» (який в терміни більше 24 год. від початку захворювання не здійснимий), а лікування і профілактика системних порушень, зокрема поліорганної недостатності, респіраторного дистрес-синдрому і ендотоксинуового шоку [9, 10].

В основу патогенетичної терапії «обриву» лежить поняття про етапний перебіг гострого панкреатиту та можливість зупинки каскаду патологічних реакцій впливаючи на окремі ланки патогенетичного процесу. Як відомо, в перші 3 доби перебігу гострого панкреатиту можливий регрес патологічного процесу у підшлунковій залозі при гострому панкреатиті, аж до повного відновлення функціонального стану залози без формування вогнищ некрозу [9, 10, 16].

Серед можливих напрямків «обриву» патологічного процесу можна виділити активну дезінтоксикаційну терапію, видалення із крові, або знешкодження біологічно-активних продуктів (медіаторів запалення, кінінів, вільних радикалів, цитокінів та ін.), забезпечення фізіологічного «спокою» та адекватного кровопостачання підшлункової залози [3, 4, 11, 14].

© Чорномидз А.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Найперспективнішим напрямком у лікуванні гострого панкреатиту є вплив на мікроциркуляторні порушення у підшлунковій залозі та інших органах і системах, модуляція вазоактивних біологічно-активних речовин, антиоксидантний вплив [11, 16]. Серед препаратів, що здатні впливати на зазначені ланки розвитку гострого панкреатиту заслуговує уваги препарат на основі кверцетину («Корвітин»), який володіє антиоксидантними, протизапальними, антигістамінними, мембраностабілізуючими, імуномодулюючими властивостями, здатен покращувати мікроциркуляцію та запобігати розвитку реперфузійного синдрому [2]. У зв'язку із низькою токсичністю та широким спектром біологічної активності, препарат давно привертає увагу дослідників [91, 104, 364].

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність застосування водорозчинної форми кверцетину у комплексі консервативного лікування гострого панкреатиту з метою профілактики розвитку важкого перебігу захворювання.

Матеріали та методи

Для дослідження ефективності препарату на основі кверцетину у профілактиці важкого панкреатиту нами порівняно результати обстеження 64 хворих контрольної групи та 64 хворих основної групи, які додатково отримувала препарат «Корвітин» (Борщагівський ХФЗ, Україна) у вигляді внутрішньовенних інфузій в дозі 0,5 г препарату, розчиненого в 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. В перші 3 доби препарат вводили двічі на добу з інтервалом 12 годин, а з 4 по 7 добу — один раз в день.

Усі хворі основної групи поділені на 2 підгрупи по 32 хворих на гострий панкреатит. В склад першої групи увійшли хворі із прогнозованим легким перебігом захворювання, у склад другої — із важким перебігом. Для прогнозування перебігу гострого панкреатиту використовували розрахунок прогностичного індексу тяжкості (ПІТ) по В.І. Філіну й А.Л. Костюченко, який рекомендований для оцінки важкості та прогнозування перебігу панкреатиту МОЗ України та включена в

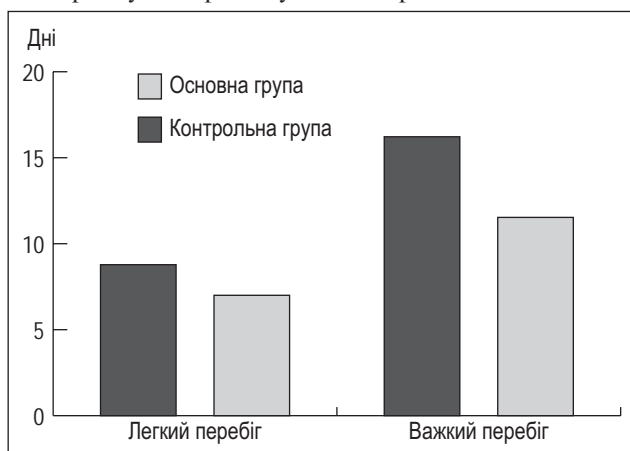


Рисунок 1 Тривалість перебування хворих у стаціонарі в залежності від проведеного лікування

протоколи надання медичної допомоги хворим із гострим панкреатитом [8]. Нами оцінювались ефективність лікування захворювання та профілактика важкого перебігу.

Усім хворим при надходженні в клініку проводився стандартні лабораторні та інструментальні обстеження згідно протоколів надання медичної допомоги.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою статистичних функцій програм «Microsoft Office Excel 2007» та «STATISTICA 8.0» на персональному комп'ютері, застосовуючи варіаційно-статистичний метод аналізу. Достовірність різниці показників між групами оцінювали за допомогою t-тесту для незалежних вибірок. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05.

Результати досліджень та їх обговорення

Встановлено, що при використанні запропонованої схеми лікування достовірно ($p < 0,05$) знижувалась тривалість перебування хворих у стаціонарі при легкому та важкому перебігу панкреатиту (рис. 1).

Достовірним є також зниження тривалості перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії в основній групі. Так, якщо у контрольній групі при легкому перебігу хворі на гострий панкреатит перебували у ВІТ $0,91 \pm 0,15$ ліжко-днів, а при важкому — $4,00 \pm 0,32$ ліжко-днів, то при використанні у комплексі лікування препарату на основі кверцетину — $0,13 \pm 0,04$ та $2,41 \pm 0,24$ ліжко-днів відповідно ($p < 0,05$). Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії регламентувався динамікою порушень вітальних функцій організму та розвитком ускладнень гострого панкреатиту.

Серед ускладнень гострого панкреатиту у хворих основної групи нами встановлено переважання ознак печінкової недостатності, порушення толерантності до глюкози, наявність вільної рідини в черевній порожнині, реактивного плевриту та утворення гострих псевдокіст підшлункової залози (табл. 1).

У порівнянні із контрольною групою виявлено зниження відсотка розвитку практично усіх ускладнень гострого панкреатиту. Утримувався лише на попередньому рівні відсоток розвитку печінкової дисфункції у випадку важкого перебігу панкреатиту. Звертає особливу увагу значне зниження відсотка хворих із наявністю вільної рідини в черевній та плевральній порожнинах і утворення гострих псевдокіст підшлункової залози. Ймовірно це пов'язано саме із мембранопротекторним ефектом кверцетину. Помітним є і зниження частоти розвитку ниркової недостатності, особливо у групі хворих із важким перебігом захворювання. Як відомо розвиток ниркової дисфункції передусім пов'язаний із порушеннями гемодинаміки та їх токсичним ураженням. Виявлений і нефропротекторний вплив запропонованої нами терапії, що проявлявся у зниженні відсотка розвитку ниркової дисфункції.

Таблиця 1. Ускладнення гострого панкреатиту

Ускладнення гострого панкреатиту	Легкий перебіг гострого панкреатиту (n-32)		Важкий перебіг гострого панкреатиту (n-32)	
	Контрольна група	Основна група	Контрольна група	Основна група
Гостра псевдокіста ПЗ	0%	0%	34,4%	21,9%
Реактивний плеврит	18,8%	6,2%	75,0%	40,6%
Панкреатогенний асцит	31,3%	15,6%	78,1%	53,1%
Парапанкреатит	9,4%	6,2%	31,3%	18,8%
Перитоніт	0%	0%	34,4%	31,3%
Перикардит	0%	0%	3,1%	0%
Порушення толерантності до глюкози	12,5%	9,4%	53,1%	37,5%
Ознаки ниркової дисфункції	18,8%	9,4%	28,1%	18,7%
Ознаки печінкової дисфункції	46,9%	37,5%	50,0%	50,0%
Порушення свідомості	0%	0%	15,6%	6,2%
Некроз заочеревинного простору	0%	0%	3,1%	0%

Порушення центральної та периферичної гемодинаміки в основній групі відмічались практично в усіх хворих в перші 2-3 доби захворювання, тобто в період гемодинамічних порушень. Ступінь тяжкості розладів центральної та периферичної гемодинаміки у порівнянні із даними контрольної групи подано на рисунку 2. Встановлено зниження важких форм ураження центральної та периферичної гемодинаміки як при важкому перебігу захворювання, так і при легкому панкреатиті.

Аналіз результатів загального аналізу крові хворих із основної групи показав достовірне зниження рівня паличкоядерних нейтрофілів на 3 добу перебігу захворю-

вання у порівнянні із показниками хворих контрольної групи ($p < 0,05$) (табл. 2). В першу добу захворювання показники загального аналізу крові в обох дослідних групах достовірно не відрізнялась.

При аналізі відсотка виявлення інших лабораторних показників у крові хворих на гострий панкреатит основної групи виявлено у хворих із легким перебігом зниження відсотка хворих із наявністю гіпокальціємії, гіпербілірубінемії, гіперглікемії та зростанням рівня сечовини і креатиніну в перші 3 доби захворювання на тлі зростання хворих із наявністю лейкоцитозу та зсуву лейкоформули вліво у порівнянні із показниками контрольної групи (табл. 3).

При важкому перебігу захворювання при використанні запропонованої нами схеми лікування виявлено зниження відсотка хворих із лейкоцитозом та зсувом лейкоформули вліво у порівнянні із показниками контрольної групи. Також відмічається помітне зниження відсотка хворих із гіпопротеїнемією та зростанням у крові рівня сечовини та креатиніну в перші 3 доби захворювання.

Для встановлення ефективності профілактики розвитку важкого панкреатиту нами проаналізовані результати клінічного перебігу та лабораторних обстежень усіх хворих основної групи. Встановлено, що в усіх 32 хворих із прогнозованим легким перебігом

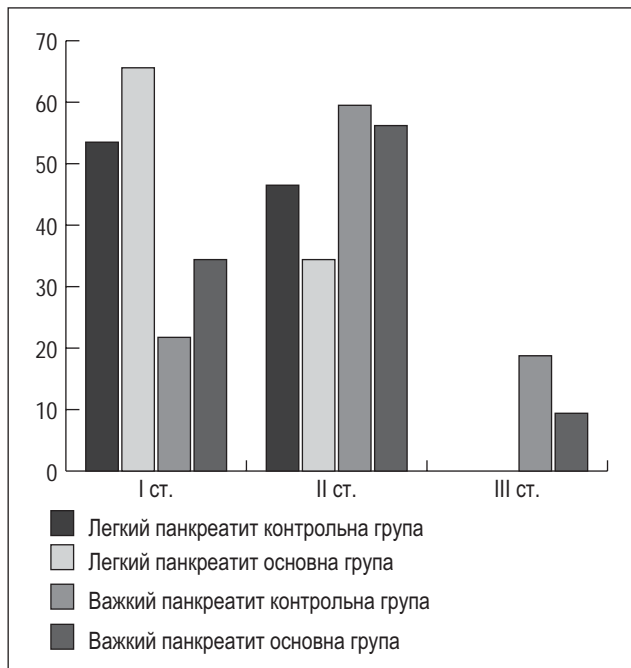


Рисунок 2. Ступінь тяжкості розладів центральної та периферичної гемодинаміки у хворих на гострий панкреатит.

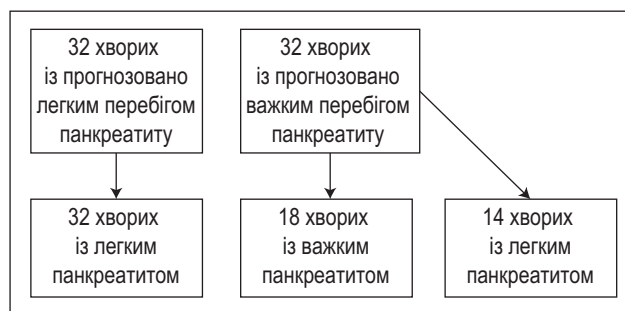


Рисунок 2. Перебіг гострого панкреатиту в основній групі хворих

Таблиця 2. Показники загального аналізу крові у хворих контрольної та основної групи на 3 добу захворювання, $M \pm m$

Перебіг гострого панкреатиту	Кількість лейкоцитів у крові, $\times 10^9/\text{л}$		Відсоток паличкоядерних нейтрофілів, %		Швидкість осідання еритроцитів, мм/год	
	Контрольна група	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група	Основна група
Легкий перебіг (n-32)	9,06 \pm 0,45	9,58 \pm 0,40	11,29 \pm 1,01	12,59 \pm 0,63	9,37 \pm 0,86	9,59 \pm 0,75
Важкий перебіг (n-32)	9,99 \pm 0,61	10,03 \pm 0,56	22,91 \pm 2,01	14,66 \pm 1,12*	15,56 \pm 1,68	15,44 \pm 1,74

Примітка. * — достовірність різниці показників між контрольною та основною групами $p < 0,05$.

Таблиця 3. Досліджувані лабораторні показники у хворих на гострий панкреатит основної групи в перші 3 доби захворювання, % виявлення

Група обстежених	Лейкоцитоз	Зсув лейкоформули вліво	Анемія	Гемоконцентрація	Зростання діастазу сечі	Гіпокальціємія	Гіпергікемія	Гіпербілірубінемія	Зростання сечовини та креатиніну	Гіпопротеїнемія
Легкий панкреатит, контрольна група (n-32)	62,5	84,4	3,1	37,5	100,0	12,5	15,6	59,4	21,9	3,1
Легкий панкреатит, основна група (n-32)	75	90,6	6,2	37,5	100,0	3,1	9,4	37,5	0	3,1
Важкий панкреатит, контрольна група (n-32)	75,0	93,7	6,2	37,5	87,5	40,6	40,6	53,1	25,0	37,5
Важкий панкреатит, основна група (n-32)	68,8	87,5	6,2	40,6	96,9	43,7	37,5	50	18,7	18,7

панкреатиту захворювання перебігало без переходу у важку форму (рис. 2).

У випадку прогнозованого важкого перебігу гострого панкреатиту при використанні розробленої нами схеми лікування у 44% хворих захворювання перебігало як легкий панкреатит, тобто без розвитку ускладнень.

Таким чином, використання препарату водорозчинної форми кверцетину з перших днів захворювання дало можливість попередити розвиток важкого перебігу гострого панкреатиту у 44% хворих, а в інших випадках знизити важкість клінічного перебігу та ураження інших органів і систем.

Висновки

1. При використанні з перших днів перебігу гострого панкреатиту водорозчинної форми кверцетину вдалося знизити тривалість перебування хворих у стаціонарі, зменшити активність запального процесу та відсоток розвитку ускладнень захворювання.

2. При застосуванні запропонованої нами схеми лікування вдалося попередити розвиток важкого панкреатиту у 44% хворих із прогнозовано важким перебігом.

3. Використання водорозчинної форми кверцетину у комплексі лікування гострого панкреатиту може бути рекомендоване для застосування для профілактики важкого перебігу захворювання.

Список літератури

1. Ананко О.А. Нове і старе в лікуванні та діагностиці гострого панкреатиту. Погляд на проблему з точки зору доказової медицини / О.А. Ананко // Укр. Мед. Часопис. — 2007. — № 6 (62) — С.59-62
2. Билык О.В. Биофлавоноид кверцетин и перспективы его использования в медицине / О.В. Билык, В.К. Рыбальченко, Б.П. Романюк // Загальна патологія та патологічна фізіологія. — 2007. — Т. 2, №1. — С. 4-8
3. Гальперин Э.И. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева // Анналы хирургической гепатологии — 2007. — Т. 12. — № 2. — С. 46-51.
4. Кочетова Л. В. Метаболическая коррекция в комплексном лечении больных острым панкреатитом / Л.В. Кочетова, С.С. Дунаевская // Казанский мед.ж.. 2011. №92. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/metabolicheskaya-korreksiya-v-kompleksnom-lechenii-bolnyh-ostrym-pankreatitom>
5. Острый панкреатит [под ред. А.М. Шулутоко, В.И. Семикова]. — Москва: ГОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. — 2010. — 35с.
6. Острый панкреатит: руководство для врачей / под ред. проф. Э.В. Недашковского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.
7. Русин В.І. Оцінка важкості гострого панкреатиту / В.І. Русин, С.С. Філін, С.М. Чобей // Науковий вісник

- Ужгородського університету, серія «Медицина» – 2012 – № 2 (44). – С. 118-121
8. Стандарты надання медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини : Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.surgery_2_fipo.dsmu.edu.ua/
 9. Толстой А.Д. Возможности «обрыва» деструктивного процесса на ранних стадиях панкреонекроза / А.Д. Толстой, Р.В. Гольцов // Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 29–31.
 10. Толстой А.Д. Концепция "обрыва" панкреонекроза – ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита / А.Д. Толстой, В.Б. Краснорогов, В.Р. Гольцов и др. // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2001. – № 6. – С.26-30.
 11. Хомерики Н.М. Патогенетически обоснованные подходы к лечению панкреатитов / Н.М. Хомерики, С.Г. Хомерики // Фарматека. – 2007. – № 13(147). – С. 74-78.
 12. Anaya-Ayala J.E. Severe acute pancreatitis: prognosis and treatment implications / Anaya-Ayala, M. Porres-Aguilar, C.F. Mora-Loya [et al.] // Rev. Gastroenterol. Mex. – 2008. – Vol. 73, N 1. – P. 40 – 46.
 13. Banks P.A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P.A. Banks, M.L. Freeman // Am J Gastroenterol – 2006 – № 101. – P. 2379–2400.
 14. Bo-Guang Fan Acute pancreatitis / Bo-Guang Fan, Åke Andrén-Sandberg // North American Journal of Medical Sciences. – 2010. – V.2., №. 5. – P. 211-214
 15. Johnson C.D. Pancreatic disease: Basic Science and clinical management / C.D. Johnson, C.W. Imrie. – London: Springer-Verlag, 2004. – 490 p.
 16. Lankisch P.G. Pharmacological prevention and treatment of acute pancreatitis: where are we now? / P.G. Lankisch, M.M. Lerch // Dig Dis. – 2006. – № 24(1-2). – P. 148 – 159.
 17. Takeda K. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis / K. Takeda, T. Takada, Y. Kawarada // J. Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2006. – № 13(1). – P. 42-47.
 18. Whitcomb D.C. Clinical practice. Acute pancreatitis / D.C. Whitcomb // N Engl J Med. – 2006. – V.354. – P. 2142-2150

Отримано 14.04.13 ■

Чорномидз А.В.

ВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОДОРАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ КВЕРЦЕТИНА В КОМПЛЕКСЕ «ТЕРАПИИ ОБРЫВА» ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Установлено, что при использовании с первых дней течения острого панкреатита водорастворимой формы кверцетина удается снизить продолжительность пребывания больных в стационаре, уменьшить активность воспалительного процесса и процент развития осложнений заболевания. Кроме этого,

при применении предложенной нами схемы лечения удалось предупредить развитие тяжелого панкреатита у 44% больных с прогнозируемо тяжелым течением.

Ключевые слова: острый панкреатит, кверцетин, тяжесть течения заболевания.

Chornomydz A.V.

SHEI «Ternopil State Medical University Horbachevsky»

EXPERIENCE IN WATER SOLUBLE FORM QUERCETIN IN "TREATMENT BREAK" OF ACUTE PANCREATITIS

Acute pancreatitis is today one of the most common and most difficult of surgical diseases. The basis of pathogenetic "therapy break" is the concept of phased course of acute pancreatitis and the ability to stop the pathological cascade of reactions affecting the individual links pathogenetic process. The most promising direction in the treatment of acute pancreatitis is the impact on microcirculatory abnormalities in the pancreas and other organs and systems. Objective: To evaluate the clinical efficacy of water-soluble forms of quercetin in the complex conservative treatment of acute pancreatitis to prevent severe disease

Materials and methods. To investigate the efficacy based on quercetin in the prevention of severe pancreatitis we examined 128 patients with acute pancreatitis. 64 patients received additional medication water-soluble forms of quercetin. Investigated the performance of generally accepted laboratory tests. We evaluated the clinical efficacy of treatment and prevention of severe disease course.

Results and discussion. Found that the use of the first day course of acute pancreatitis water-soluble forms of quercetin we were able to reduce the length of stay of patients in hospital, to

reduce the activity of the inflammatory process and the percentage of complications of the disease. Compared with the control group showed a reduction in rate of almost all complications of acute pancreatitis. Emphasizes a significant decrease in the percentage of patients with the presence of free fluid in the peritoneal and pleural cavities and the formation of acute pancreatic pseudocysts. Notable is also reducing the incidence of renal failure, especially in patients with severe disease. For setting effectiveness of the prevention of severe pancreatitis we analyzed the results of the clinical course and laboratory examinations of all patients of the group. Established that all 32 patients with predicted mild pancreatitis disease ran without going into severe. In the case of predicted severe acute pancreatitis motion using our developed scheme of treatment in 44% of patients the disease ran as easy pancreatitis, that without the development of complications.

Conclusion. The use of water-soluble forms of quercetin in the complex treatment of acute pancreatitis can be recommended for use for the prevention of severe disease.

Keywords: acute pancreatitis, quercetin, severity of the disease.

УДК 616.33-072.1:616.136.4-004.6-073.432.)-053.9

БРАТАСЮК А.М., ТЕРНУЩАК Т.М., ДЕБРЕЦЕНІ К.О., ЧОПЕЙ І.В., ФІЛІП С.С.,
ГЕЧКО М.М., ПЛОСКИНА В.Ю.

Ужгородський національний університет

ЗНАЧЕННЯ ТРАНСЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕРМОМЕТРІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ В ОЦІНЦІ КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СУДИН ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ ЕКСТРАКРАНІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

Резюме. Патогенез ураження слизової оболонки шлунку у людей похилого та старечого віку носить багатогранний характер. В його основі лежить невідповідність між чинниками захисту і чинниками агресії. Крім того, приєднуються такі важливі фактори, як порушення нейрогуморальної діяльності слизової оболонки шлунку, її трофіки та васкуляризації.

Мета роботи. Вивчення можливого зв'язку стану мікроциркуляції за даними трансендоскопічної термометрії слизової оболонки шлунку у осіб похилого та старечого віку з атеросклерозом судин екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої задачі ми проаналізували результати обстежень 156 хворих похилого та старечого віку. Частка чоловіків та жінок складала 1:1.

Усім пацієнтам проводилось дослідження теплоутворюючої функції шлунку методом топографічної термометрії під час ендоскопічного обстеження, шляхом введення термозонду через інструментальний канал ендоскопу. Визначали звивистість судин, лінійну швидкість кровотоку, з аналізом структури стінок судин, товщини комплексу інтима-медіа, наявності атеросклеротичних бляшок і ступеня стенозу по даним ультразвукового дуплексного сканування екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій.

Результати та обговорення. Трансендоскопічна температура слизової оболонки шлунку коливалася від $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ в пілоричному відділі до $37,12 \pm 0,04^\circ\text{C}$ в кардії шлунку, мала проксимодистальний градієнт в контрольній групі. Ці показники достовірно зменшувалися у хворих похилого та старечого віку відповідно з $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ до $36,98 \pm 0,09^\circ\text{C}$ та з $37,04 \pm 0,05^\circ\text{C}$ до $36,71 \pm 0,09^\circ\text{C}$ в тих самих відділах шлунку ($p < 0,05$).

В ході дослідження було встановлено, що середні значення діаметру, лінійної швидкості крові в правій і лівій загальній сонній артеріях, внутрішній сонній артерії, зовнішній сонній артерії у хворих старечого і похилого віку були значно менші, ніж у здорових людей ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів старечого та похилого віку із супутнім атеросклерозом артерій відбувається значне зниження показників теплоутворюючої функції шлунку та кровотоку в мікроциркуляторному руслі, що в свою чергу призводить до проявів ішемії.

Встановлений прямий сильний статистично достовірний кореляційний зв'язок між температурою слизової оболонки шлунку та лінійною швидкістю кровотоку в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій у даної групи пацієнтів.

Ключові слова: трансендоскопічна термометрія слизової оболонки шлунку, старечий і похилий вік, атеросклероз судин, ультразвукове дуплексне сканування екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій.

© Братасюк А.М., Тернушак Т.М., Дебрецені К.О.,
Чопей І.В., Філіп С.С., Гечко М.М., Плоскіна В.Ю., 2014
© «Український журнал хірургії», 2014
© Заславський О.Ю., 2014

Вступ

Патогенез ураження слизової оболонки шлунку у людей похилого та старечого віку носить багатограний характер. В його основі лежить невідповідність між чинниками захисту (секреція слизу, простагландинів, бікарбонатів, мікроциркуляція, регенерація та ін.) і чинниками агресії (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, панкреатичні ферменти, бактерії). Крім того, приєднуються такі важливі фактори, як порушення не-

йрогуморальної діяльності слизової оболонки шлунку, її трофіки та васкуляризації [2, 3].

Виразка у людей похилого та старечого віку має свої особливості. Так, змінюється трофіка слизової, в результаті чого виразки більші за розміром, повільніше заживають, більш схильні до ускладнень та малігнізації [4, 5]. Якщо говорити про лікування, то у людей похилого та старечого віку метаболізм лікарських засобів стає більш повільним і прийняті дози препаратів створюють більшу

Таблиця 1. Показники діаметру екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій у хворих похилого та старечого віку з атеросклерозом судин та здорових людей відповідної вікової категорії

Артерія	Хворі похилого та старечого віку із атеросклерозом судин (мм) (n = 78) (M±m)	Здорові люди похилого та старечого віку (мм) (n = 78) (M±m)	p
ЗагСА ліва	4,86 ± 0,77	5,31 ± 0,82	< 0,05
ЗагСА права	4,80 ± 0,75	5,29 ± 0,84	< 0,05
ВСА ліва	3,59 ± 0,94	4,16 ± 0,91	< 0,05
ВСА права	3,48 ± 0,89	4,05 ± 0,87	< 0,05
ЗовнСА ліва	3,52 ± 0,83	4,09 ± 0,86	< 0,05
ЗовнСА права	3,41 ± 0,82	4,13 ± 0,90	< 0,05
ХА ліва	2,18 ± 0,97	2,72 ± 0,91	> 0,05
ХА права	2,25 ± 0,96	2,68 ± 0,88	> 0,05

Таблиця 2. Показники пікової систолічної швидкості в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій

Артерія	Хворі похилого та старечого віку із атеросклерозом судин (см/сек) (n = 78) (M±m)	Здорові люди похилого та старечого віку (см/сек) (n = 78) (M±m)	p
ЗагСА ліва	74,16 ± 0,58	92,05 ± 0,64	< 0,05
ЗагСА права	71,93 ± 0,52	95,18 ± 0,67	< 0,05
ВСА ліва	73,59 ± 0,94	94,16 ± 0,91	< 0,05
ВСА права	70,48 ± 0,89	93,05 ± 0,87	< 0,05
ЗовнСА ліва	68,52 ± 0,74	90,09 ± 0,56	< 0,05
ЗовнСА права	65,61 ± 0,87	94,13 ± 0,58	< 0,05
ХА ліва	39,24 ± 8,96	42,72 ± 9,18	> 0,05
ХА права	40,23 ± 9,65	48,60 ± 9,53	> 0,05

Таблиця 3. Показники кінцевої діастолічної швидкості в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій

Артерія	Хворі похилого та старечого віку із атеросклерозом судин (см/сек) (n = 78) (M±m)	Здорові люди похилого та старечого віку (см/сек) (n = 78) (M±m)	p
ЗагСА ліва	15,02 ± 3,18	23,46 ± 4,07	< 0,05
ЗагСА права	16,39 ± 3,57	25,10 ± 4,68	< 0,05
ВСА ліва	21,54 ± 5,94	26,36 ± 5,82	> 0,05
ВСА права	23,60 ± 5,88	24,07 ± 5,67	> 0,05
ЗовнСА ліва	13,74 ± 3,16	14,93 ± 3,84	> 0,05
ЗовнСА права	13,51 ± 3,72	14,18 ± 3,95	> 0,05
ХА ліва	12,48 ± 4,57	12,72 ± 4,60	> 0,05
ХА права	12,29 ± 4,63	12,58 ± 4,81	> 0,05

терапевтичну концентрацію і повільніше елімінують, що потребує для цих хворих підбору спеціальних схем лікування та корекції доз фармацевтичних препаратів.

Мета роботи. Вивчення можливого зв'язку стану мікроциркуляції за даними трансендоскопічної термометрії слизової оболонки шлунку у осіб похилого та старечого віку з атеросклерозом судин екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої задачі ми проаналізували результати обстежень 156 хворих похилого та старечого віку. Частка чоловіків та жінок складала 1:1.

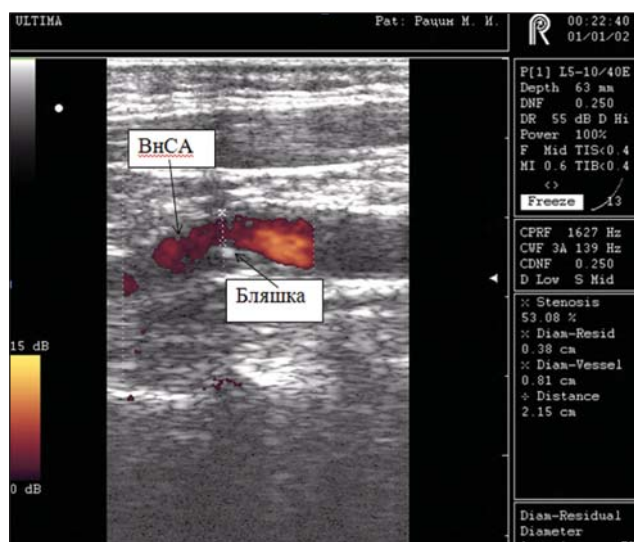


Рисунок 1. УЗДС екстракраніальних судин — візуалізується стеноз по площі ВнСА 60-65% зліва.

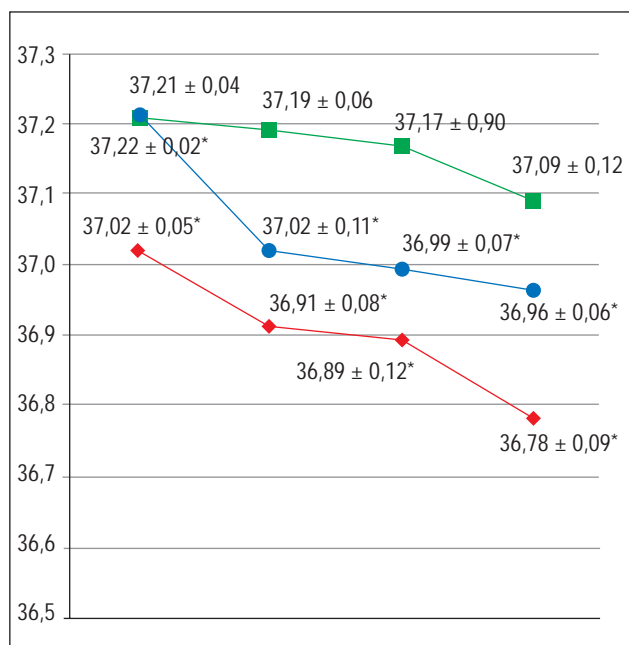


Рисунок 2. Показники трансендоскопічної термометрії слизової оболонки різних відділів шлунку (M±t °C)

Усім пацієнтам проводилось дослідження теплоутворюючої функції шлунку методом топографічної термометрії під час ендоскопічного обстеження, шляхом введення термозонду через інструментальний канал ендоскопу.

Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) екстракраніального відділу сонних артерій виконували за рекомендаціями Американського товариства ехокардіографії (2005).

Сканування проводили на апараті HDI 5000 Sono ST («Philips», Голландія) за наявності імпульсного кольорового доплера і тканинного доплера, використовуючи лінійні датчики 5 та 7,5 мГц і конвексний датчик — 3,5 мГц. Дослідження виконували в режимах В-сканування, імпульсно-хвильової доплерографії і кольорового картування потоку крові. Визначали звивистість судин, лінійну швидкість кровотоку, з аналізом структури стінок судин, товщини комплексу інтима-медіа, наявності атеросклеротичних бляшок і ступеня стенозу. Нормальною вважали товщину комплексу інтима-медіа не більше 0,9 мм.

Результати та обговорення

У ході дослідження встановлено, що середні значення правої та лівої загальної сонної артерії (ЗагСА), внутрішньої сонної артерії (ВСА), зовнішньої сонної артерії (ЗовнСА) у осіб похилого та старечого віку були значно меншими, ніж у здорових людей ($p < 0,05$) (рис.1). Різниця між іншими артеріями була статистично недостовірною ($p > 0,05$) (Табл. 1).

У хворих старечого та похилого віку із атеросклерозом судин Vps - найбільша лінійна швидкість руху частин крові у систолу, в правій та лівій ЗагСА, ВСА,

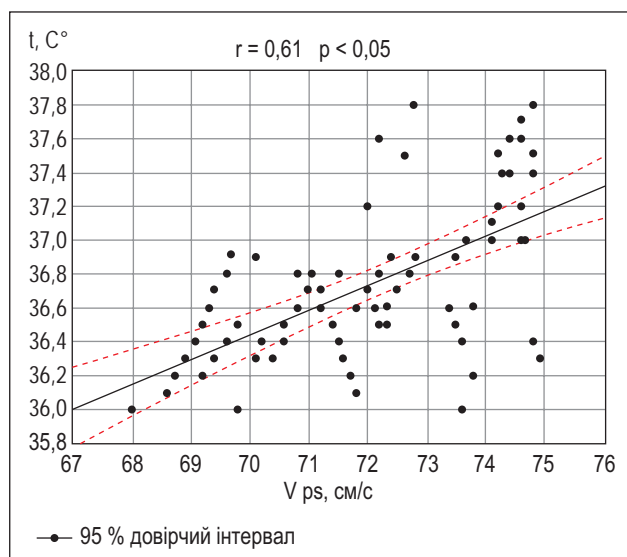


Рисунок 3. Залежність температури слизової оболонки шлунку від лінійної швидкості кровотоку в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій у пацієнтів старечого та похилого віку з супутнім атеросклерозом судин

Таблиця 4. Показники топографічної трансендоскопічної термометрії слизової шлунку хворих у різних вікових групах ($M \pm m$ °C)

Відділи шлунка	Середній вік, I група	Похилий вік, II група	Старечий вік, III група
Кардіальний відділ	37,09 ± 0,03	36,61 ± 0,04*	36,18 ± 0,06*
Субкардіальний відділ	37,14 ± 0,05	36,62 ± 0,02*	36,21 ± 0,05*
Тіло шлунку	37,19 ± 0,02	36,75 ± 0,05*	36,28 ± 0,07*
Антральний відділ	37,21 ± 0,04	36,57 ± 0,05*	36,42 ± 0,02*
Препілорична зона	37,23 ± 0,06	36,84 ± 0,06*	36,58 ± 0,04*

Примітки: * – $p < 0,05$ при порівнянні показників I та II груп, # – $p < 0,05$ при порівнянні показників I та III груп

ЗовнСА була нижчою порівняно із здоровими людьми ($p < 0,05$) (табл. 2). Вимірювання Vps має важливе значення, цей показник змінюється при стенозі та інших ураженнях артерій. Асиметрія току крові завжди є важливим показником порушень гемодинаміки [1, 8].

У хворих старечого та похилого віку із атеросклерозом судин встановлено статистично достовірну різницю показників кінцевої діастолічної швидкості (Ved) в обох ЗагСА порівняно із здоровими людьми (табл. 3). Різниця між показниками Ved інших артерій була статистично недостовірною ($> 0,05$).

Трансендоскопічна температура слизової оболонки шлунку коливалася від $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ в пілоричному відділі до $37,12 \pm 0,04^\circ\text{C}$ в кардії шлунку, мала проксимодистальний градієнт в контрольній групі. Ці показники достовірно зменшувалися у хворих похилого та старечого віку відповідно з $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ до $36,98 \pm 0,09^\circ\text{C}$ та з $37,04 \pm 0,05^\circ\text{C}$ до $36,71 \pm 0,09^\circ\text{C}$ в тих самих відділах шлунку ($p < 0,05$) (рис. 2) [6, 7].

Результати досліджень теплоутворюючої функції шлунку подані в таблиці (табл. 4).

Як видно з таблиці 4, у старших вікових групах відбувається значне зниження показників теплоутворюючої функції шлунка. Таким чином, можна зробити висновок про зниження кровотоку в мікроциркуляторному руслі, що в свою чергу призводить до проявів ішемії.

Нами виявлений прямий сильний кореляційний зв'язок між лінійною швидкістю кровотоку в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій та температурою слизової оболонки шлунку ($r = 0,61$, $p < 0,05$) (рис. 3).

Залежність температури слизової оболонки шлунку від лінійної швидкості кровотоку в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій обчислювалася за формулою: $t, C^\circ = 26,310 + 0,14483 * V_{ps}, \text{см/с}$.

Висновки

1. У пацієнтів старечого та похилого віку із супутнім атеросклерозом артерій відбувається значне зниження показників теплоутворюючої функції шлунку та кровотоку в мікроциркуляторному руслі, що в свою чергу призводить до проявів ішемії.

2. Встановлений прямий сильний статистично достовірний кореляційний зв'язок між температурою слизової оболонки шлунку та лінійною швидкістю кровотоку в екстракраніальному відділі брахіоцефальних артерій у даної групи пацієнтів

Список літератури

1. Аллан П.Л. Клінічна доплерівська ультрасонографія / П.Л. Аллан, П.А. Даббінс, М.А. Позняк, В.Н. Макдікен [та ін.]. // Медицина світу. — Львів. — 2007. — 374 с.
2. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов. — М.: Анахарсис, 2003. — 208 с.
3. Миллер Д.А. Состояние микроциркуляции у больных хроническим гастритом в зависимости от выраженности обострения и морфологической его формы / Д.А. Миллер // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2002. — № 4. — С.25–29.
4. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология / Я.С. Циммерман. — М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. — 416 с.
5. Передерий В.Г. Кислотозависимые заболевания: современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с ГЭРХ, пептическими язвами, НПВП-гастропатиями с функциональной диспепсией и другими гиперсекреторными состояниями / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Ю.Г. Кузенко, С.В. Скопиченко. — К.: ААБ, ВСБ, 2008. — 425 с.
6. Патент на корисну модель № 20400 Україна, МПК (2006) А61В 5/00, А61В 1/00. Спосіб внутрішньошлункової термометрії / Братасюк А.М., Євтушенко О.І., Тофан А.В.; заявник НМАПО; заявл. 07.08.06, опубл. 15.01.07 Бюл. №1.
7. Патент на корисну модель № 20403 України, МПК (2006) А61В 5/01, А61В 1/00. Спосіб контролю ефективності лікування уражень шлунку / Братасюк А.М., Євтушенко О.І., Тофан А.В.; заявник НМАПО; заявл. 07.08.06; опубл. 15.01.07 Бюл. №1.
8. Nambi V. Carotid intima-media thickness and presence or absence of plaque improves prediction of coronary heart disease risk: the ARIC (Atherosclerosis Risk In Communities) study / V. Nambi, L. Chambless, A.R. Folsom [et al.] // JACC. — 2010. — Vol. 55. — P.1600–1607.

Отримано 16.04.14 ■

Братасюк А.Н., Тернуцук Т.М., Дебрецени К.А., Чопей І.В., Филип С.С., Гечко М.М., Плоскіна В.Ю.
Ужгородський національний університет

ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕРМОМЕТРИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ОЦЕНКЕ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Резюме. Патогенез поражения слизистой оболочки желудка у людей пожилого и старческого возраста носит многогранный характер. В его основе лежит несоответствие между факторами защиты и факторами агрессии. Кроме того, присоединяются такие важные факторы, как нарушение нейрогуморальной деятельности слизистой оболочки желудка, ее трофики и васкуляризации.

Целью нашего исследования было изучение возможной связи состояния микроциркуляции по данным трансэндоскопической термометрии слизистой оболочки желудка у лиц пожилого и старческого возраста с атеросклерозом сосудов экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи мы проанализировали результаты обследований 156 больных пожилого и старческого возраста. Доля мужчин и женщин составляла 1:1.

Пациентам проводилось исследование теплотворной функции желудка методом топографической термометрии при эндоскопическом обследовании, путем введения термозонда через инструментальный канал эндоскопа. Определяли извитость сосудов, линейную скорость кровотока, с анализом структуры стенок сосудов, толщины комплекса интима-медиа, наличия атеросклеротических бляшек и степени стеноза по данным ультразвукового дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.

Результаты исследования. Трансэндоскопическая температура слизистой оболочки желудка колеблется от $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$

в пилорическом отделе до $37,12 \pm 0,04^\circ\text{C}$ в кардии желудка, имеет проксимодистальный градиент в контрольной группе. Эти показатели достоверно уменьшаются у больных пожилого и старческого возраста в соответствии с $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ до $36,98 \pm 0,09^\circ\text{C}$ и с $37,04 \pm 0,05^\circ\text{C}$ до $36,71 \pm 0,09^\circ\text{C}$ в тех же отделах желудка ($p < 0,05$).

В ходе исследования было установлено, что средние значения диаметра, линейной скорости движения крови в правой и левой общей сонной артерии, внутренней сонной артерии, внешней сонной артерий у лиц пожилого и старческого возраста были значительно меньше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$).

Выводы. В старческом и пожилом возрасте происходит значительное снижение показателей теплотворной функции желудка и кровотока в микроциркуляторном русле, что в свою очередь приводит к проявлениям ишемии.

Установлена прямая сильная статистически достоверная корреляционная связь между температурой слизистой оболочки желудка и линейной скоростью кровотока в экстракраниальных отделах брахиоцефальных артерий пациентов с сопутствующим атеросклерозом артерий.

Ключевые слова: трансэндоскопическая термометрия слизистой оболочки желудка, старческий и преклонный возраст, атеросклероз сосудов, ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.

Bratasuk A.M., Ternushchak T.M., Debreceni K.O., Chopey I.V., Filip S.S., Hechko M.M., Ploskina V.Yu.
Uzhhorod National University

THE VALUE OF TRANSENDOSCOPY THERMOMETRY OF GASTRIC MUCOSA IN THE EVALUATION OF BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROSIS BY DUPLEX ULTRASOUND OF EXTRACRANIAL BRACHIOCEPHALIC ARTERIES.

Summary. The pathogenesis of gastric mucosa lesions in elderly and senile people has many factors. It's based on contradiction between protective factors (mucus secretion, prostaglandins, bicarbonate, microcirculation, regeneration, etc.) and aggression factors (hydrochloric acid, pepsin, bile acids, pancreatic enzymes, bacteria). In addition, such important factors as neurohumoral disorders, nutrition and vascularization of the gastric mucosa have attached.

The aim of the study was to evaluate the possible relations between microcirculation and data of gastric mucosa transendoscopy thermometry in elderly and senile patients with atherosclerosis confirmed by duplex ultrasound of extracranial brachiocephalic arteries.

Materials and methods. To solve this problem, we analyzed the results of surveys of 156 elderly and senile patients. The proportion of males and females was 1:1.

All patients were performed calorific function of the stomach by thermometry during endoscopic examination, by introducing the probe through the endoscope channel tool.

We determined the tortuosity of vessels, the linear velocity of blood flow, analyzing the structure of vessel walls, the thickness of intima-media, atherosclerotic plaques presents and the degree of stenosis.

Results of the study. The transendoscopy thermometry of gastric mucosa varies from $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ in the pyloric part to

$37,12 \pm 0,04^\circ\text{C}$ in gastric cardia. Controls had the proximodistal gradient. These values were significantly reduced in elderly and senile patients from $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ to $36,98 \pm 0,09^\circ\text{C}$ and $37,04 \pm 0,05^\circ\text{C}$ to $36,71 \pm 0,09^\circ\text{C}$ in the same part of the stomach ($p < 0,05$).

We have determined that the average values of diameter, linear flow velocity of the left and right common carotid artery, external and internal carotid artery in elderly and senile patients were significantly lower than in healthy subjects ($p < 0,05$). We found a strong direct correlation between the linear velocity of blood flow in extracranial brachiocephalic arteries department and temperature gastric mucosa ($r = 0,61$, $p < 0,05$).

Conclusions. Elderly and senile people have significant decline calorific function in gastric and blood flow in the microvasculature, which leads to the manifestation of ischemia. There was found a straight strong statistically significant correlation between the temperature of the gastric mucous and the linear velocity of blood flow in elderly and senile patients with concomitant extracranial brachiocephalic arteries atherosclerosis.

Key words: transendoscopy thermometry of gastric mucosa, atherosclerosis of vessels, elderly and senile patients, ultrasound of extracranial brachiocephalic arteries.

УДК 617.55-089.847:616.381-002-089

БОДЯКА В.Ю.¹, ІВАЩУК О.І.¹, ВЛАСОВ В.В.², КОЗАК І.О.²¹Буковинський державний медичний університет²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ОСОБЛИВОСТІ ЗАКРИТТЯ ЛАПАРОСТОМІЇ ЗА ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ

Резюме. Вступ. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини гострий поширений перитоніт продовжує залишатися найбільш частою причиною високої летальності. Однією із вагомих причин незадовільних результатів лікування хворих на гострий поширений перитоніт є виникнення внутрішньочеревної гіпертензії, яка має місце майже у кожного третього пацієнта, в ранній післяопераційний період, та є пусковим механізмом порушення функцій різних органів і систем організму. Формування лапаростомії дозволяє зменшити рівень внутрішньочеревного тиску, в ранній післяопераційний період, проте відновлення цілісності черевної стінки призводить до різкого його зростання, на фоні вираженої органної дисфункції, що значно погіршує результати лікування. Зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани дозволяє запобігти розвитку цього ускладнення, проте виникає багато питань стосовно доцільності застосування даного методу закриття лапаростомії, оскільки, після його застосування виникають значні технічні труднощі при виконанні пластики передньої черевної стінки.

Мета роботи — порівняти рівень внутрішньочеревного тиску та частоту розвитку внутрішньочеревної гіпертензії, а також ступінь органної дисфункції, у хворих на гострий поширений перитоніт, із накладеною лапаростомією, залежно від вибору методу її закриття.

Матеріал та методи. Обстежені 25 хворих на гострий поширений перитоніт, із сформованою лапаростомією. Основну групу утворили 9 осіб, яким лапаростомію закрито шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани. Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким лапаростомію закрито із захопленням у шов м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки.

Рівень внутрішньочеревного тиску вимірювали згідно із рекомендаціями WSACS (2004), через сечовий міхур, перед оперативним втручанням та впродовж перших п'яти діб раннього післяопераційного періоду. Ступінь органної дисфункції оцінювали за шкалою SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Результати та обговорення. Виявлено, що зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани, після остаточного закриття лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревного тиску, ступеня органної дисфункції, а також ліжко днів.

Висновок. Зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани, при закритті лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревного тиску та ступеня органної дисфункції за шкалою SOFA, а також скорочує середній термін перебування пацієнта у стаціонарі.

Ключові слова: гострий поширений перитоніт, лапаростомія, внутрішньочеревний тиск, внутрішньочеревна гіпертензія.

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини у лікуванні гострої хірургічної патології органів черевної порожнини (ОЧП), гострий поширений перитоніт (ГПП) все ще залишається найбільш частою причиною високої летальності, яка сягає 40-85% [1, 6].

Складність цієї проблеми обумовлена відсутністю чітких критеріїв у виборі об'єму оперативного втручання при ліквідації джерела перитоніту, встановленні показів щодо оптимального вибору методів санації черевної порожнини тощо [1, 6, 8].

Однією із вагомих причин незадовільних результатів лікування хворих на ГПП є ВЧГ, яка ви-

никає майже у кожного третього пацієнта, в ранній післяопераційний період, та є пусковим механізмом порушення функцій різних органів і систем організму [5].

За даними С.Д. Шеянова та ін. (2009), у хворих на ГПП, незалежно від ступеня його розповсюдженості, після виконання оперативного втручання, рівень ВЧТ поступово знижується, проте залишається вірогідно вищим ніж у здорових осіб [11].

© Бодяка В.Ю., Івашук О.І., Власов В.В., Козак І.О., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Формування лапаростомії, окрім адекватної санації черевної порожнини, дозволяє зменшити рівень ВЧТ, в ранній післяопераційний період, проте відновлення цілісності черевної стінки призводить до різкого його зростання, на фоні вираженої органної дисфункції, що значно ускладнює процес одужання таких пацієнтів та в деяких випадках може призвести до летальних наслідків.

Одним із способів зниження рівня ВЧТ, в ранній післяопераційний період, є зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани. Незважаючи на технічні труднощі закриття лапаротомної рани, необхідність виконання пластики передньої черевної стінки, після застосування даного способу, багато авторів, вказують на його ефективність та пропонують застосовувати [5, 10].

Зважаючи на це, необхідно чітко визначити доцільність застосування даного методу, саме після закриття лапаростомії, оскільки її наявність позитивно впливає на рівень ВЧТ в ранньому післяопераційному періоді.

Мета роботи

Порівняти рівень ВЧТ та частоту розвитку ВЧГ, а також ступінь органної дисфункції, у хворих на ГПП, із накладеною лапаростомією, залежно від вибору методу її закриття.

Матеріал та методи

Досліджено 25 хворих на ГПП, із сформованою лапаростомією, які, залежно від типу її закриття, були розподілені на дві групи – контрольну та основну.

Основну групу утворили 9 осіб, яким лапаростомію закрито шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани.

При формуванні лапаростомії, великий сальник покривали перфорованою поліетиленовою плівкою, поверх якої накладали марлеву серветку, змочену розчином антисептика. Відступивши від краю рани, на 2 см, на шкіру та підшкірну клітковину накладали П-подібні шви, не захоплюючи тканини апоневрозу, які зав'язували на «бантики» [2].

Повторні санації черевної порожнини проводили через 24-48 годин. Середня кількість повторних санацій черевної порожнини, яка залежала від пе-

ребігу патологічного процесу, нормалізації загального стану пацієнта, швидкості ліквідації ендотоксичного шоку, становила $2,64 \pm 0,207$ раз.

Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким лапаростомію закрито із захопленням у шов м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки.

Середній вік пацієнтів становив $54,56 \pm 2,455$ роки. Обидві дослідні групи осіб були репрезентативні за віком, статтю, стадією (фазою), ступенем тяжкості перитоніту (згідно Мангеймського перитонеального індексу), поширенням патологічного процесу в черевній порожнині, характером ексудату та наявністю хронічної супровідної патології.

Розподіл хворих на ГПП, залежно від причин його виникнення представлено в таблиці 1.

Пацієнтам основної групи, не раніше шести місяців, після закриття лапаростомії, дефект м'язово-апоневротичного шару, в даному місці, зшивали шляхом виконання його пластики за методикою Ramirez із використанням сітчастих трансплантатів [3, 4].

Всі пацієнти отримували лікування згідно протоколів надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010) [9].

Рівень ВЧТ вимірювали дотримуючись рекомендацій Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії WSACS (2004), через сечовий міхур, перед оперативним втручанням та впродовж перших п'яти діб раннього післяопераційного періоду.

Методика вимірювання рівня ВЧТ включає введення, в сечовий міхур, після його повного спорожнення, через катетер Фолея, 25 мл фізіологічного розчину. До катетеру приєднували запропонований нами пристрій для трансвезикального вимірювання ВЧТ [7].

Отримані цифрові дані в см вод. ст. переводили у mmHg, оскільки в клінічній практиці широко використовують цю одиницю вимірювання, із розрахунку 1 mmHg приблизно дорівнює 1,36 см вод. ст. [5, 7].

Ступінь органної дисфункції оцінювали за шкалою SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) [12].

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням електронних таблиць

Таблиця 1. Розподіл хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини, залежно від причин її розвитку, абс., %

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини	Контрольна група		Основна група	
	абс.	%	абс.	%
Перфоративна виразка шлунку та ДПК	5	31,3	4	44,4
Гострий деструктивний апендицит	4	25,0	3	33,4
Перфорація, розрив та некроз тонкої кишки	3	18,7	1	11,1
Перфорація товстої кишки	3	18,7	1	11,1
Абсцес черевної порожнини з проривом	1	6,3	—	—
Всього:	16	100	9	100

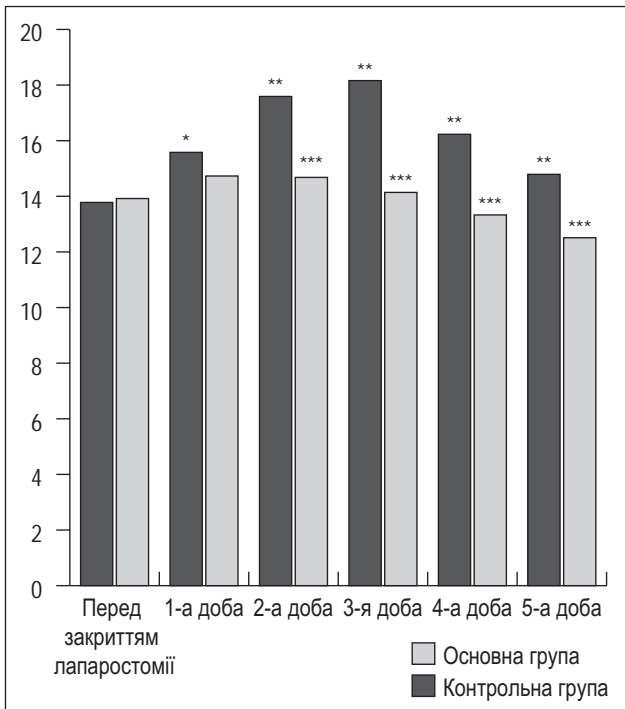


Рис. 1. Динаміка рівня внутрішньочеревного тиску за гострого поширеного перитоніту, залежно від методу закриття лапаростомії, у різні терміни спостереження, mmHg

Примітки: * — вірогідно по відношенню до попереднього показника відповідної групи осіб; ** — вірогідно по відношенню до показників в передопераційний період; *** — вірогідна різниця показників між обома дослідними групами.

Таблиця 2. Частота розвитку внутрішньочеревної гіпертензії у хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від методу закриття лапаростомії, у різні терміни спостереження, абс., %

Термін дослід.	Дослідна група пацієнтів	Без ВЧГ		Із ВЧГ							
				Ступінь внутрішньочеревної гіпертензії							
		абс.	%	I		II		III		IV	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До операції	Контрольна n=16	3	18,8	9	56,3	4	25,0	-	-	-	-
	Основна n=9	1	11,1	6	66,7	2	22,2	-	-	-	-
1-а доба	Контрольна n=16	-	-	8	50,0	7	43,8	1	6,2	-	-
	Основна n=9	-	-	5	55,6	4	44,4	-	-	-	-
2-а доба	Контрольна n=16	-	-	5	31,3	7	43,8	3	18,7	1	6,2
	Основна n=9	-	-	4	44,4	5	55,6	-	-	-	-
3-я доба	Контрольна n=16	-	-	4	25,0	7	43,8	4	25,0	1	6,2
	Основна n=9	1	11,1	5	55,6	3	33,3	-	-	-	-
4-а доба	Контрольна n=15	1	6,7	6	40,0	5	33,3	3	20,0	-	-
	Основна n=9	2	22,2	6	66,7	1	11,1	-	-	-	-
5-а доба	Контрольна n=15	3	20,0	7	46,6	4	26,7	1	6,7	-	-
	Основна n=9	4	44,4	4	44,4	1	11,2	-	-	-	-

Примітка: n – кількість осіб.

Microsoft Excel та пакета програм статистичної обробки PAST. Для перевірки нормальності розподілу даних у вибірках застосовували критерії Shapiro-Wilk. Розбіжності між групами досліджень визначали за допомогою критеріїв Mann-Whitney. Результат вважали вірогідним, якщо коефіцієнт вірогідності був $\leq 0,05$, що є загальноприйнятим у медико-біологічних дослідженнях.

Результати та обговорення.

Результати дослідження представлені на рис. 1 вказують на нижчий рівень ВЧТ у пацієнтів основної групи, із вірогідною різницею показників, починаючи з другої доби спостереження. Впродовж всього терміну дослідження, в контрольній групі пацієнтів, відмічається вірогідно вищий рівень ВЧТ, порівняно із показниками до закриття лапаростомії. В основній групі динаміка рівня ВЧТ, по відношенню до показників перед закриттям лапаростомії, невірогідна.

Отже, закриття лапаростомії шляхом зшиванням лише країв шкіри лапаротомної рани, не впливає на рівень ВЧТ, в ранній післяопераційний період.

На таблиці 2 представлено результати дослідження частоти розвитку різних ступенів ВЧГ, у хворих на ГПП, залежно від вибору методу закриття лапаростомії.

Аналізуючи результати дослідження слід зазначити невірогідну різницю частоти розвитку ВЧГ, між обома групами пацієнтів, впродовж усього терміну дослідження. Формування лапаростомії призводить до відсутності випадків ВЧГ III та IV ступенів. Після закриття лапаростомії, у пацієнтів основної групи відсутні випадки ВЧГ III-IV ступе-

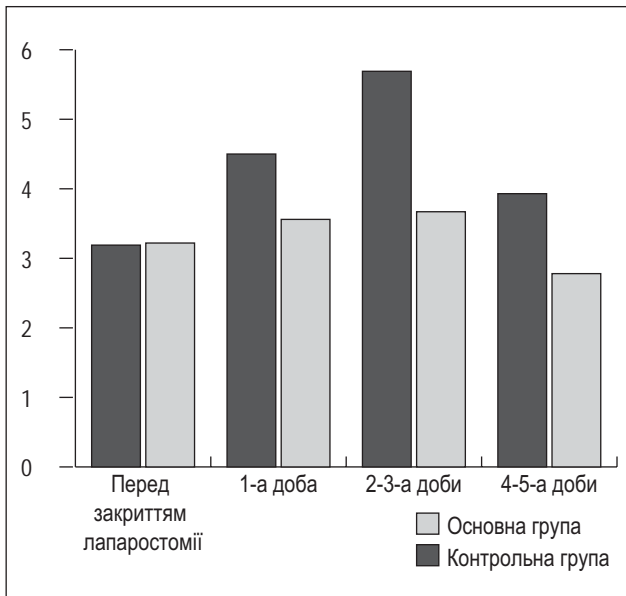


Рис. 2. Ступінь органної дисфункції за шкалою SOFA за гострого поширеного перитоніту, залежно від методу закриття лапаростомії, у різні терміни спостереження, бал

Примітки: * — вірогідно по відношенню до попереднього показника відповідної групи осіб; ** — вірогідно по відношенню до показників в передопераційний період; *** — вірогідна різниця показників між обома групами пацієнтів.

нів, також, починаючи з третьої доби спостереження, переважає відсоток осіб без ВЧГ.

Таким чином, закриття лапаростомії, шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани, призводить до вірогідного зниження рівня ВЧГ, починаючи з другої доби в ранній післяопераційний період, а також запобігає розвитку ВЧГ III та IV ступенів.

Важливим клінічно-лабораторним показником ефективності запропонованого методу хірургічної корекції рівня ВЧГ, після закриття лапаростомії, є дослідження ступеня органної дисфункції, оскільки її розвиток безпосередньо пов'язаний із негативною дією ВЧГ.

Оцінюючи результати дослідження представлені на рис. 2, слід відмітити, що у пацієнтів основної групи ступінь органної дисфункції вірогідно менша, впродовж всього терміну дослідження. Відмічається вірогідне переважання ступеня органної дисфункції, в контрольній групі пацієнтів, порівняно із показниками перед закриттям лапаростомії. Динаміка ступеня органної дисфункції, у пацієнтів основної групи, недостовірна, впродовж всього терміну дослідження.

Середній термін стаціонарного лікування пацієнтів, після закриття лапаростомії, у контрольній групі, становив $11,94 \pm 0,782$ доби, а в основній — $8,44 \pm 0,444$ доби, тобто знизився в 1,41 раза ($p < 0,001$).

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що закриття лапаростомії за ГПП, шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани, дозволяє уникнути ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної та сечовидільної систем, тобто які безпосередньо пов'язані із негативною дією зростаючого рівня ВЧГ. Це безпосередньо впливає на ступінь органної дисфункції, яка вірогідно нижча, впродовж усього післяопераційного періоду, у пацієнтів яким лапаростомія була закрита шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани.

Виконання пластики передньої черевної стінки, після повної стабілізації загального стану пацієнта та ліквідації патологічних наслідків в черевній порожнині (через 6 місяців), дозволяє повністю усунути дефект м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки, тим самим покращити якість життя пацієнтів, оскільки закриття лапаростомії традиційним методом супроводжується високою частотою розвитку післяопераційних вентральних гриж становить.

Висновок

Зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани, при закритті лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревного тиску та ступеня органної дисфункції за шкалою SOFA, а також скорочує середній термін перебування пацієнта у стаціонарі.

Перспективи подальших досліджень

Вважаємо за доцільне дослідити динаміку рівня ВЧГ та частоти розвитку ВЧГ, після застосування методів спрямованих на збільшення поперечних розмірів м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Література

1. Бойко В.В. Поширений гнійний перитоніт: монографія / В.В. Бойко, І.А. Криворучко, С.М. Тесленко, А.В. Сивожелізов — Х.: Прапор, 2008. — 280 с.
2. Власов В.В. До методики виконання програмованої лапаростомії і дренивання черевної порожнини в умовах розлитого гнійного перитоніту / В.В. Власов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 43.
3. Власов В.В. Етиология, патогенез, профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14.01.03 "Хирургия" / В.В. Власов. — Киев, 2002. — 32 с.
4. Дубенець В.О. Модифікована операція Ramirez як профілактика абдомінального компартмент синдрому при гігантських післяопераційних грижах живота // Хірургія України: Матеріали V ювілейної Всеукраїнської наук.-практ. конференції з

- міжнародною участю “Новітні технології в хірургічному лікуванні гриж живота”. – 2008. – № 2 (26). – С. 98-99.
5. Забелин М.В. Синдром внутрібрюшної гіпертензії в неотложной абдоминальной хирургии : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14.01.17 “Хирургия” / М.В. Забелин. – Москва, 2010. – 46 с.
 6. Логачев В.К. Роль санации брюшной полости при разлитом перитоните в развитии послеоперационных осложнений и летальных исходов / В.К. Логачев, М.Е. Тимченко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 195-198.
 7. Патент України на корисну модель 61803, МПК А 61 В 5/03. Спосіб вимірювання внутрішньочеревного тиску / Іващук О.І., Бодяка В.Ю.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № у 2011 01361; заявл. 07.02.11; опубл. 25.07.11, Бюл. № 14.
 8. Пиптюк О.В. Моніторинг ведення післяопераційних хворих на перитоніт / О.В. Пиптюк, І.К. Чурній, К.Л. Чурній // Український Журнал Хірургії. – 2011. – № 3 (12). – С. 60-61.
 9. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Науково-методичне видання // за редакцією Березницький Я.С., Фоміна П.Д. – К.: ТОВ “Доктор-Медіа”, 2010. – 470 с. – (Серія “Бібліотека” Здоров’я України”).
 10. Теплий В.В. Планування та проведення абдомінопластики з урахуванням тиску в черевній порожнині / В.В. Теплий // Хірургія України. – 2006. – Т. 17, № 1. – С. 33-40.
 11. Шейнов С.Д. Синдром інтраабдоминальної гіпертензії у пацієнтів з острими хірургічними захворюваннями органів брюшної порожнини / С.Д. Шейнов, Я.Н. Кравчук, Е.А. Харитонова // Вестник Санкт-петербургского университета. – 2009. – Вып. 3, № 11. – С. 151-163.
 12. Шкала оцінки гастроінтестинальної недостаточності у пацієнтів з критичними станами / Л.А. Мальцева, Н.Ф. Мосенцев, Л. Феллес Анিকেєва [и др.] // Вестник интенсивной терапии. – 2010. – № 1. – 18-20.

Отримано 19.03.14 ■

Бодяка В.Ю.¹, Іващук А.І.¹, Власов В.В.², Козак І.А.²

¹Буковинський державний медичний університет

²Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

ОСОБЕННОСТИ ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ОСТРОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Резюме. Вступлення. Несмотря на значительные достижения современной медицины, острый распространенный перитонит продолжает оставаться наиболее частой причиной высокой летальности. Одной из существенных причин неудовлетворительных результатов лечения больных с острым распространенным перитонитом есть возникновение внутрибрюшной гипертензии, которая имеет место почти у каждого третьего пациента, в раннем послеоперационном периоде, и является пусковым механизмом нарушения функций разных органов и систем организма. Формирование лапаростомии позволяет уменьшить уровень внутрибрюшного давления, в раннем послеоперационном периоде, но восстановление целостности передней брюшной стенки приводит к резкому его увеличению, на фоне выраженной органной дисфункции, что значительно ухудшает результаты лечения. Сшивание только краев кожи лапаротомной раны позволит избежать развития этого осложнения, но возникает много вопросов касающихся целесообразности применения данного метода закрытия лапаростомии, поскольку, после его применения возникают значительные трудности при выполнении пластики передней брюшной стенки.

Цель работы – сравнить уровень внутрибрюшного давления и частоту развития внутрибрюшной гипертензии, а также степень органной дисфункции, у больных с острым распространенным перитонитом, с сформированной лапаростомией, в зависимости от выбора метода ее закрытия.

Материал и методы. Обследовано 25 больных с острым распространенным перитонитом, которым сформировано лапаростомию. Основную группу составили 9 пациентов, которым лапаростомию закрыто путем сшивания только краев кожи лапаротомной раны. Контрольную группу составили 16 больных, которым при закрытии лапаростомии сшито мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки. Уровень внутрибрюшного давления измеряли согласно рекомендациям WSACS (2004), через мочевого пузыря, перед оперативным вмешательством, а также на протяжении пяти суток раннего послеоперационного периода. Степень органной дисфункции оценивали по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Результаты та обговорення. Определено, что сшивание только краев кожи лапаротомной раны, после окончательного закрытия лапаростомии, приводит к отсутствию случаев внутрибрюшной гипертензии III-IV степеней, достоверному снижению уровня внутрибрюшного давления, степени органной дисфункции, а также койка дней.

Вывод. Сшивание только краев кожи лапаротомной раны, при закрытии лапаростомии, приводит к отсутствию случаев внутрибрюшной гипертензии III-IV степеней, достоверному снижению уровня внутрибрюшного давления и степени органной дисфункции по шкале SOFA, а также сокращает средний срок нахождения пациента в стационаре.

Ключевые слова: острый распространенный перитонит, лапаростомия, внутрибрюшное давление, внутрибрюшная гипертензия.

Bodyaka V.Yu.¹, Ivashchuk O.I.¹, Vlasov V.V.², Kozak I.O.²

¹Bukovyna State Medical University

²Vinnitsya N.I. Pirogov National Medical University

PECULIARITIES OF LAPAROSTOMY WOUND CLOSING IN CASES OF ACUTE SYSTEMIC PERITONITIS

Summary. Introduction. Acute systemic peritonitis is still the most frequent cause of high lethality despite of significant achievements of modern medicine. One of prevailing causes of poor treatment results of patients ill with acute systemic peritonitis is intra-abdominal hypertension which occurs in every third case during early post-operative period and triggers malfunction of different organs and organism systems. Laparostomy enables decreasing of intra-abdominal pressure during early post-operative period, however, restoration of abdominal wall integrity leads to its dramatic increase aggravated by high-grade of organ dysfunction. This results in significant worsening of treatment results. Sewing up of laparotomy wound edges only makes it possible to prevent development of this complication; however, there are many questions concerning practicability of this method of laparostomy wound closing as it leads to substantial difficulties during plastic surgery on anterior abdominal wall.

Aim of the study is to compare intra-abdominal pressure indices and intra-abdominal hypertension occurrence rate as well as organs malfunction grade of patients ill with acute systemic peritonitis with laparostomy depending on wound closing method.

Materials and methods. 25 patients ill with acute systemic peritonitis have been examined. The main group comprised 9

persons with sewed up laparotomy wound edges only. The control group consisted of 16 patients with laparotomy wound closed by method involving inclusion of muscular aponeurotic layer of the anterior abdominal wall to suture.

Intra-abdominal pressure was measured according to guidelines of WSACS (2004) per urinary bladder before intervention and in the course of the first five days of the early post-operative period. Organs malfunction grade was evaluated according to SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) scale.

Results and consideration. It has been established that sewing up of laparotomy wound edges only results in nonoccurrence of intra-abdominal hypertension of the 3rd and the 4th grades, definite decrease of intra-abdominal pressure, decrease of organs dysfunction degree and shortened average hospitalization term after final laparostomy wound closing.

Conclusion. Sewing up of laparotomy wound edges only results in nonoccurrence of intra-abdominal hypertension of the 3rd and the 4th grades, definite decrease of intra-abdominal pressure, decrease of organs dysfunction degree according to SOFA scale and shortened average hospitalization term.

Keywords: acute peritonitis, laparostomy, abdominal pressure, intra-abdominal hypertension.

УДК 616.381-002.3-031.14-36.11-089.197.4

КОНДРАТЕНКО П.Г., КОЙЧЕВ Е.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. Цель исследования: оптимизировать тактику лечения больных с острым разлитым гнойным перитонитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 181 пациент, оперированный по поводу острого распространенного гнойного перитонита в период с 1995 по 2013 годы. Мужчин было 102 (56,4%), женщин — 79 (43,6%) в возрасте от 28 до 86 лет. Причем в возрасте до 60 лет было 90 (49,7%) пациентов. Сопутствующая патология выявлена у 101 (55,8%) больного. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Давность заболевания менее 3 суток отмечена у 91 (50,3%) пациента, 4–6 суток — у 43 (23,8%), а более 6 суток — у 47 (25,9%). Первая степень Мангеймского индекса перитонита выявлена у 27 (14,9%) пациентов, вторая — у 112 (61,9%), третья — у 42 (23,2%). Абдоминальный сепсис выявлен у 154 (85,1%) пациентов, а полиорганная недостаточность — у 42 (23,2%).

Результаты и обсуждение. В зависимости от выбранной тактики лечения все пациенты разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 105 пациентов, у которых хирургическое вмешательство выполнялось по общепринятой методике и брюшная полость зашивалась наглухо. При развитии осложнений выполняли ре-лапаротомию «по требованию». Во 2-ю группу вошло 76 пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершали наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости по выше описанной методике. Кроме того в данной группе в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии применялись карбапенемы, использовалась методика «экспозиционной санации», а также тактика ведения послеоперационного периода, в т.ч. и сроки зашивания брюшной полости, зависели от показателей внутрибрюшного давления.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение тактики лечения, использованной у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой позволило снизить летальность с 50,5 до 23,7%, а число послеоперационных осложнений с 21 до 6,6%. При этом во 2-й группе пациентов частота развития несостоятельности швов снизилась с 7,6 до 1,3%, эвентрации с 2,9 до 1,3%, а также практически отсутствовали такие осложнения как абсцессы брюшной полости и флегмона забрюшинной клетчатки. Лишь нагноение послеоперационной раны во 2-й группе наблюдалось несколько чаще, чем в 1-й — соответственно — у 2,6 и 1,9% пациентов.

Заключение. У пациентов с острым распространенным гнойным перитонитом хирургическое вмешательство следует завершать наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости. Оптимальный интервал между программированными санациями брюшной полости составляет 48 часов. Санацию брюшной полости целесообразно выполнять раствором «октенисепт», используя методику «экспозиционной санации». Контроль внутрибрюшного давления должен осуществляться всем без исключения пациентам с распространенным гнойным перитонитом. Его необходимо начинать на завершающем этапе первой операции, а завершать после восстановления перистальтики кишечника в послеоперационном периоде после операции, предусматривающей зашивание брюшной полости. При этом показатели интраабдоминального давления не должны превышать 10–15 мм рт. ст. Декомпрессию кишечника необходимо выполнять у всех пациентов с распространенным гнойным перитонитом независимо от степени дилатации петель кишок во время первой операции. Для этого могут быть использованы как закрытый интестинальный путь введения зонда (через нос), так и открытый (через гастростому и еюностому).

Ключевые слова: острый распространенный гнойный перитонит, лапаростомия, программированные санации брюшной полости.

© Кондратенко П.Г., Койчев Е.А., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Проблема лечения больных с острым распространенным гнойным перитонитом (ОРГП), по-прежнему, остается актуальной и не до конца решенной. Сложность данной проблемы состоит в том, что при распространенном гнойном перитоните в патологический процесс вовлекается не только брюшная полость, но, практически, все жизненно важные органы и системы. Этим и обусловлена летальность, которая по данным различных авторов, остается стабильно высокой, а при госпитальном перитоните может достигать 90% [3,4,6].

Не способствовало решению проблемы и разработка множества оценочных, прогностических шкал и методик лечения [2,5]. Их большое количество лишней раз свидетельствует о том, что среди хирургов до сих пор нет единства взглядов на тактику лечения данной патологии. Общеизвестным является ведущая роль хирургического вмешательства, направленного на устранение причины перитонита. Для этого, как правило, используется наименее травматичное и легко технически выполнимое оперативное пособие [1,7].

Не вызывает сомнений необходимость выполнения интраоперационной санации брюшной полости, что позволяет механическим путем удалить микроорганизмы содержащиеся в экссудате и на поверхности брюшины, токсические вещества, инородные тела и др. Благодаря этому удается уменьшить количество микроорганизмов в брюшной полости и тем самым создаются более благоприятные условия для ликвидации инфекции [8-10]. Однако выбор санирующей среды, методики санации и тактики ведения послеоперационного периода остаются не до конца решенными проблемами. [7,8]

В настоящее время при ОРГП в основном применяются три способа ведения послеоперационного периода и лечения послеоперационных осложнений: лапаростомия в сочетании с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости, релапаротомия «по программе» и релапаротомия по «требованию» [1,3,6]. Каждый из перечисленных методов имеет свои достоинства и недостатки и соответственно своих сторонников и противников.

Изучение влияния интраабдоминальной гипертензии на развитие тех или иных осложнений послеоперационного периода позволяет разработать и внедрить в клиническую практику новые подходы, которые позволяют улучшить результаты лечения пациентов с ОРГП. Измерение внутрибрюшного давления (ВБД) во время операции и в послеоперационном периоде в последнее время применяется все чаще [11-13]. Самым простым и доступным способом определения и мониторинга ВБД является измерение давления внутри мочевого пузыря, что в настоящее время является методом выбора при диагностике синдрома интраабдоминальной гипертензии.

В настоящее время разработаны специальные закрытые системы для измерения внутрипузырного давления. Некоторые из них подключаются к датчику инвазивного давления и монитору (AbVizer™), другие являются полностью готовыми к использованию

без дополнительных инструментальных аксессуаров (Unometer™ Abdo-Pressure™, Unomedical). Последние считаются более предпочтительными, так как намного проще в использовании и не требуют дополнительной дорогостоящей аппаратуры.

Вместе с тем многие методы измерения ВБД остаются слишком дорогостоящими, что существенно ограничивает их применение в клинической практике. Выполнение же наиболее часто применяемого измерения ВБД внутри мочевого пузыря является не всегда удобным, особенно в момент выполнения операции, что обуславливает необходимость разработки новых методов измерения внутрибрюшного давления.

Все изложенное свидетельствует о многих нерешенных проблемах лечения пациентов с ОРГП и обуславливает необходимость поиска новых тактических подходов.

Цель исследования: оптимизировать тактику лечения больных с острым разлитым гнойным перитонитом.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находился 181 пациент, который был оперирован по поводу ОРГП в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета на базе городской клинической больницы №16 г. Донецка с 1995 по 2013 годы. Мужчин было 102 (56,4%), женщин — 79 (43,6%). Возраст пациентов колебался от 28 до 86 лет. Причем в возрасте до 60 лет было 90 (49,7%) пациентов, а 60 лет и старше был 91 (50,3%). Сопутствующая патология выявлена у 101 (55,8%) больного. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Давность заболевания менее 3 суток отмечена у 91 (50,3%) пациента, 4-6 суток — у 43 (23,8%), а более 6 суток — у 47 (25,9%). Таким образом, с давностью заболевания более 3 суток поступило 90 (49,7%) пациентов.

Основными причинами перитонита явились: перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки — у 96 (53,1%) пациентов, перфорация тощей и/или подвздошной кишки различной этиологии — у 35 (19,3%), острый гангренозный аппендицит — у 33 (18,2%), острый гнойный сальпингоофорит — у 8 (4,4%), острый гангренозный холецистит — у 5 (2,8%), острая спаечная кишечная непроходимость с некрозом участка кишки — у 4 (2,2%).

Первая степень Мангеймского индекса перитонита выявлена у 27 (14,9%) пациентов, вторая — у 112 (61,9%), третья — у 42 (23,2%). Абдоминальный сепсис выявлен у 154 (85,1%) пациентов, а полиорганная недостаточность — у 42 (23,2%).

Результаты и обсуждение

Всем пациентам выполняли оперативное лечение в экстренном порядке. Целью, которого являлось устранение источника перитонита, эвакуация экссудата, тщательная санация брюшной полости, обязательная декомпрессия кишечника (чаще использовалась назоюнональная интубация), дренирование брюшной полости по А.А.Шалимову.

У пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершали наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости, придерживались разработанной нами тактики. Основные ее принципы были следующими.

1. Первичное оперативное вмешательство выполняли под общим обезболиванием из срединного доступа, а все последующие санации брюшной полости выполняли исключительно под продленной эпидуральной анестезией.

2. После устранения причины перитонита обязательно у всех пациентов выполняли назоинтестинальную интубацию с эвакуацией содержимого кишечника, даже при отсутствии явной дилатации петель кишок. При невозможности произвести назоинтестинальную интубацию использовали другой вид декомпрессии кишечника, например, через гастростому (при дыхательной недостаточности, выполнении операции под эпидуральной анестезией и т.д.).

3. Перед окончанием операции использовали так называемую «экспозиционную санацию» брюшной полости. Суть предложенного варианта обработки брюшной полости заключалась в следующем. После обильного промывания брюшной полости физиологическим раствором в объеме 8-10 литров (механическое очищение) все дренажи, уложенные в брюшную полость перекрывались, и перед окончанием оперативного пособия в брюшную полость вводили водный раствор «октенисепта» в разведении 1:2, с экспозицией в один час. После истечения этого времени, дренажи открывали, в результате чего происходила самопроизвольная эвакуация содержимого брюшной полости.

4. Хирургическое вмешательство завершали формированием лапаростомы. Большой сальник фиксировали в подчревь, внутренние органы изолировали от



Рис 1. Вид сформированной лапаростомы для проведения последующих программированных санаций брюшной полости

внешней среды стерильной перфорированной полиэтиленовой пленкой, которую фиксировали к брюшине или апоневрозу по периметру лапаротомной раны узловыми капроновыми швами. На рану брюшной стенки рыхло укладывали салфетки с антисептиком, края кожной раны сближали несколькими швами (рис. 1).

5. При формировании лапаростомы, особенно во время сближения краев раны, обязательно контролировали внутрибрюшное давление, которое не должно было превышать 10-15 мм рт. ст. Для этой цели нами был спроектирован дренаж, который мог использоваться и для измерения ВБД. Он имел вид дренажной трубки диаметром 7 мм, выполненной из полихлорвинила. Дренаж оснащен резиновым баллоном объемом 20 мл, который был закреплен на дренаже на расстоянии 150 мм от его края и имел отдельный независимый канал (рис. 2).

Полученную дренажную систему, после выполнения необходимых этапов операции устанавливали в полость малого таза. После этого фиксировали дренаж к коже отдельным узловым лавсановым швом и перед зашиванием передней брюшной стенки заполняли баллон дренажа стерильным физиологическим раствором объемом 10 мл. С помощью трехходового клапана подключали наружную часть дренажа к прозрачной незамкнутой градуированной шкале. Такой шкалой нам служил прибор для измерения центрального венозного давления. После этого на установленный рядом с операционным столом штатив закреплялась градуированная шкала таким образом, что бы баллон и нижняя часть шкалы были на одном уровне.

Учитывая тот факт, что лапаротомная рана на этот момент не зашита, это значение принимается за нулевое. В последующем операция продолжается по обычному плану. Дополнительные временные затраты на вышеописанные манипуляции не превышают 10 минут. Таким образом, приступая к зашиванию или временному закрытию лапаротомной раны больше не было необходимости проводить этапные измерения внутрибрюшного давления, так как показатели ВБД были доступны в режиме реального времени и позволяли с точностью определять уровень сведения краев раны без опасности развития синдрома интраабдоминальной гипертензии. Результаты измерения получали в см вод. ст., а при необходимости с легкостью пересчитывались в мм рт. ст.

6. Этапные санации брюшной полости, как правило, начинали выполнять не ранее, чем через 48 часов, но не позднее 72 часов после первой операции.

7. Оптимальным считаем выполнение трех программированных санаций брюшной полости. Исполь-

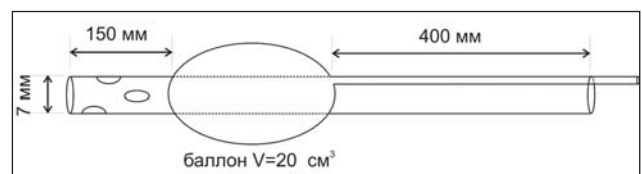


Рис. 2. Схема интраабдоминального дренажа с баллоном для измерения ВБД.

зование большего числа программированных санаций существенно увеличивает риск развития осложнений (наиболее часто — формирование кишечных свищей). Если за время выполнения трех программированных санаций брюшной полости разрешить перитонит не удалось, мы завершали операцию в пользу «чистой» лапаростомы. В этом случае лапаротомную рану вели по всем принципам гнойной раны.

8. Проведение полноценной комплексной корригирующей инфузионной и медикаментозной терапии, проводилась до, во время и после операции. Основными ее направлениями являлись: коррекция гемодинамики, водно-электролитного баланса и метаболических нарушений, антибактериальная терапия, обеспечение энергетических и пластических потребностей организма, обеспечение нормального газообмена и устранение нарушений микроциркуляции, детоксикационная терапия, повышение естественной резистентности организма, устранение функциональной недостаточности кишечника.

Особое место в лечении разлитого гнойного перитонита занимает антибактериальная терапия, которую начинаем проводить еще до хирургического вмешательства, и продолжаем в послеоперационном периоде. Предпочтение отдаем карбапенемам (меропенему, имепенему-целастатину), цефалоспорином 4-го (цефепиму) или 3-го (цефоперазону+сульбактаму, цефтазидиму) поколения в сочетании с производными нитроимидазола или клиндамицином. Длительное применение антибиотиков сочетаем с введением противогрибковых препаратов (флуконазолом).

Инфузионная терапия проводилась по общепринятой методике с учетом индивидуальных особенностей пациента и была направлена на коррекцию гемодинамических нарушений, водно-электролитного, белкового, углеводного, жирового обменов, кислотно-основного состояния крови. В предоперационном периоде это достигалось инфузией изотонических полиионных растворов из расчета 30-50 мл на 1 кг массы тела в режиме гемодилюции в течение 2-4 часов. Завершали инфузионную терапию введением коллоидных препаратов.

В послеоперационном периоде объем инфузионной терапии составлял 50-80 мл/кг массы тела, что зависело от объема физиологических и патологических потерь. Управляемая гемодилюция проводилась кристаллоидами и коллоидами в соотношении 2:1 или 1:1.

Профилактику и лечение явлений печеночной недостаточности проводили с помощью гепатопротекторов. При снижении диуреза на фоне адекватной инфузионной терапии применяли торасемид натрия, фуросемид и другие препараты. Для профилактики возникновения острых язв и эрозий слизистой оболочки пищеварительного канала использовали ингибиторы протонной помпы и антацидные препараты. Для стимуляции моторики кишечника и ликвидации явлений паралитической кишечной непроходимости применяли блокаду энтеро-энтерального тормозного рефлекса на разных уровнях (дистигмина бромид, эпи-

дуральную анестезию). До восстановления перистальтики кишечника проводили парентеральное питание.

В зависимости от выбранной тактики лечения все пациенты разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 105 пациентов, у которых хирургическое вмешательство выполнялось по общепринятой методике и брюшная полость зашивалась наглухо. При развитии осложнений выполняли релапаротомию «по требованию». В послеоперационном периоде осложнения в этой группе больных развились у 22 (21%) пациентов: несостоятельность швов — у 8 (7,6%), абсцессы брюшной полости — у 7 (6,7%), эвентрация — у 3 (2,9%), нагноение послеоперационной раны — у 2 (1,9%), флегмона забрюшинной клетчатки — у 1 (0,95%), перфорация острых язв тонкой кишки — у 1 (0,95%). Умерли 53 пациента, летальность составила 50,5%. Практически у всех пациентов причиной смерти явился не купированный перитонит.

Во 2-ю группу вошло 76 пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершали наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости по выше описанной методике.

В послеоперационном периоде у данной категории пациентов проводили этапные санации брюшной полости до полного купирования перитонита. У 51 (67,1%) пациента для лечения разлитого гнойного перитонита потребовалось выполнить одну программную санацию брюшной полости, у 18 (23,7%) — две, у 4 (5,3%) — три, у 3 (3,9%) — четыре.

Послеоперационные осложнения развились у 5 (6,6%) пациентов: нагноение послеоперационной раны — у 2 (2,6%), несостоятельность швов — у 1 (1,3%), перфорация острых язв тонкой кишки — у 1 (1,3%), эвентрация — у 1 (1,3%). Умерли 18 пациентов, летальность составила 23,7%. Причиной смерти практически у всех пациентов также явился не купированный перитонит.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что применение разработанной тактики лечения, которая была применена во 2-й группе по сравнению с 1-й группой позволило у больных с ОРГП снизить летальность с 50,5 до 23,7%, а число послеоперационных осложнений с 21 до 6,6%. При этом во 2-й группе пациентов частота развития несостоятельности швов снизилась с 7,6 до 1,3%, эвентрации с 2,9 до 1,3%. Кроме того, практически отсутствовали такие осложнения как абсцессы брюшной полости и флегмона забрюшинной клетчатки. Лишь нагноение послеоперационной раны во 2-й группе наблюдалось несколько чаще, чем в 1-й — соответственно — у 2,6 и 1,9% пациентов.

Выводы

1. У пациентов с ОРГП хирургическое вмешательство следует завершать наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости. Оптимальный интервал между программированными санациями брюшной полости составляет 48 часов.

2. Санацию брюшной полости целесообразно выполнять раствором «октенисепт», используя методику «экспозиционной санации».

3. Контроль ВБД должен осуществляться всем без исключения пациентам с ОРГП. Его необходимо начинать на завершающем этапе первой операции, а завершать после восстановления перистальтики кишечника в послеоперационном периоде после операции, предусматривающей зашивание брюшной полости. При этом показатели интраабдоминального давления не должны превышать 10-15 мм рт. ст.

4. Декомпрессию кишечника необходимо выполнять у всех пациентов с ОРГП независимо от степени дилатации петель кишок во время первой операции. Для этого могут быть использованы как закрытый интестинальный путь введения зонда (через нос), так и открытый (через гастростому и еюностому).

Литература

1. Бондарев В.И. Выбор хирургической тактики при остром разлитом перитоните / Бондарев В.И., Бондарев Р.В // *Хірургія України*. — 2005. — №1(13). — С.96-99.
2. Борисов Д.Б. Оценка тяжести и интенсивная терапия распространенного перитонита / Д.Б. Борисов, Э.В. Недашковский // *Вестник интенсивной терапии*. — 2005. — №1. — С. 5-10.
3. Воронов Н.В. Лапаростомия при послеоперационном перитоните / Н.В. Воронов, Н.И. Стаценко, Рабах Закут Самир // *Харківська хірургічна школа*. — 2005. — №1. — С. 18-20.
4. Глабай В.П. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости / В.П. Глабай, А.И. Шаров, А.А. Абрамов // *Медицинский академический журнал*. — 2003. — № 2., Т.3., Приложение 3. — С. 28-29.
5. Глухов А.А. Оценка тяжести состояния больных с острым распространенным перитонитом, осложнен-
6. *ным абдоминальным сепсисом* / А.А. Глухов, А.А. Андреев, О.П. Волобуева // *Харківська хірургічна школа*. — 2005. — №1. — С. 21-22.
7. Жебровский В.В. Оптимизация диагностики и лечения послеоперационного перитонита / В.В. Жебровский, И.В. Каминский, Мухаммед Муслих Аль-Ола // *Харківська хірургічна школа*. — 2005. — №1. — С. 32-36.
8. Кондратенко П.Г. Роль и место программных санаций брюшной полости в хирургическом лечении разлитого гнойного перитонита / П.Г. Кондратенко, Е.А. Койчев // *Украинский журнал хирургия*. — 2011. — № 3. — С. 86-91.
9. Кондратенко П.Г. Рациональная стартовая антибактериальная терапия в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом / П.Г. Кондратенко, Л.В. Натрус, Е.А. Койчев // *Украинский журнал хирургия*. — 2014. — №1. — С. 50-55.
10. Савельев В.С. Перитонит: Практическое руководство / В.С. Савельева, Б.Г. Гельфанда, М.И. Филимонова [и др.]. — М.: Литера, 2006. — 208 с.
11. Сиплиный В. А. Этиологическая структура и чувствительность к антибиотикам возбудителей инфекционных процессов в общехирургическом стационаре. / В. А. Сиплиный, А. Я. Цыганенко, Е. В. Конь [и др.] // *Клиническая хирургия*. — 2009. — №10. — С. 29-32.
12. Intraabdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome / A. F. Moore, R. Hargest, M. Martin et al. // *Br. J. Surg.* — 2004. — Vol. 91(9). — P. 1102-1110.
13. Muntean V. Acute intraabdominal hypertension and «abdominal compartment syndrome» / V. Muntean, R. Galasiu, O. Fabian // *Chirurgia (Bucur)*. — 2002. — Sep — Vol. 97(5). — P. 447- 457.
14. Pottecher T. Abdominal compartment syndrome / T. Pottecher, P. Segura, A. Launoy / *Serviced'anesthesie reanimation chirurgicale, hopital de Hautepierre, 67098 Strasbourg, France* // *Ann Chir.* — 2001. — Vol. 126(3). — P. 192 — 200.

Получено 23.04.14 ■

Кондратенко П.Г., Койчев Е.А.

Донецкий национальный университет ім.М.Горького

ПРОГРАМОВАНІ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Резюме. Мета дослідження: оптимізувати тактику лікування хворих з гострим розповсюдженим гнійним перитонітом.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходився 181 пацієнт, оперований з приводу гострого розповсюдженого гнійного перитоніту у період з 1995 по 2013 роки. Чоловіків було 102 (56,4%), жінок — 79 (43,6%) у віці від 28 до 86 років. Причому у віці до 60 років було 90 (49,7%) пацієнтів. Супутня патологія виявлена у 101 (55,8%) хворого. Найбільш часто зустрічалася патологія серцево-судинної і дихальної систем. Давність захворювання менш 3 доби відзначена у 91 (50,3%) пацієнта, 4-6 діб — у 43 (23,8%), а більше 6 діб — у 47 (25,9%). Перша ступінь Мангеймського індексу перитоніту виявлена у 27 (14,9%) пацієнтів, друга — у 112 (61,9%), третя —

у 42 (23,2%). Абдоминальний сепсис виявлений у 154 (85,1%) пацієнтів, а поліорганна недостатність — у 42 (23,2%).

Результати та обговорення. Залежно від обраної тактики лікування всі пацієнти розділені на 2 групи. У 1 групу увійшло 105 пацієнтів, у яких хірургічне втручання виконувалося за загальноприйнятою методикою і черевна порожнина зашивалась наглухо. При розвитку ускладнень виконували релапаротомію «на вимогу». У 2-у групу увійшло 76 пацієнтів, у яких хірургічне втручання завершували накладенням лапаростомії з подальшим виконанням програмованих санаций черевної порожнини за вище описаною методикою. Крім того, у цій групі в якості стартової емпіричної антибактеріальної терапії застосовувалися карбапенеми, використовувалася методика «експозиційної

санації», а також тактика ведення післяопераційного періоду, в т.ч. і терміни зашивання черевної порожнини, залежали від показників внутрішньочеревного тиску. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що застосування тактики лікування, використаної у пацієнтів 2-ї групи порівняно з 1-ю групою дозволило знизити летальність з 50,5 до 23,7%, а кількість післяопераційних ускладнень з 21 до 6,6%. При цьому в 2-й групі пацієнтів частота розвитку неспроможності швів знизилась з 7,6 до 1,3%, евентрації з 2,9 до 1,3%, а також практично відсутні такі ускладнення як абсцеси черевної порожнини і флегмона заочеревинної клітковини. Лише нагноєння післяопераційної рани у 2-й групі спостерігалось дещо частіше, ніж у 1-й — відповідно — у 2,6 і 1,9% пацієнтів.

Висновок. У пацієнтів з гострим поширеним гнійним перитонітом хірургічне втручання слід завершувати накладенням лапаростомії з подальшим виконанням програмованих санацій черевної порожнини. Оптимальний інтервал між програмованими санаціями черевної порожнини стано-

вить 48 годин. Санацію черевної порожнини доцільно виконувати розчином «октенисепт», використовуючи методику «експозиційної санації». Контроль внутрішньочеревного тиску повинен здійснюватися всім без винятку пацієнтам з поширеним гнійним перитонітом. Його необхідно починати на завершальному етапі першої операції, а завершувати після відновлення перистальтики кишечника в післяопераційному періоді після операції, що передбачає зашивання черевної порожнини. При цьому показники інтраабдомінального тиску не повинні перевищувати 10-15 мм рт. ст. Декомпресію кишечника необхідно виконувати у всіх пацієнтів з поширеним гнійним перитонітом незалежно від ступеня дилатації петель кишок під час першої операції. Для цього можуть бути використані як закритий інтестинальний шлях введення зонда (через ніс), так і відкритий (через гастростому і єюностому).

Ключові слова: гострий розповсюджений гнійний перитоніт, лапаростомія, програмовані санації черевної порожнини.

Kondratenko P.G., Koychev E.A.

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

SCHEDULED SANATIONS OF ABDOMINAL CAVITY IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

Summary. Purpose of the research: to optimize the tactics in treatment of acute diffuse purulent peritonitis.

Patients and methods. 181 patients were under observation in the period from 1995 to 2013. All of them were operated on account of acute diffuse purulent peritonitis. The age of the patients varied from 28 to 86 years old. The men were 102 (56, 4%), the women — 79 (43, 6%). 90 (49, 7%) patients were younger than 60 years old. The concomitant disease was detected in 101 (55, 8) patients. The most common was cardiovascular and pulmonary dysfunction. The disease duration less than 3 days had 91 (50, 3%) patients, 4-6 days — 43 (23, 8%), and more than 6 days — 47 (25, 9%). The first degree of Mannheim Peritonitis Index (MPI) was detected in 27 (14, 9%) patients, second — in 112 (61, 9%), third — in 42 (23, 2%). Abdominal sepsis was observed in 154 (85, 1%) patients and multiple organ dysfunction — in 42 (23, 2%).

The results and consideration. Depending on a therapeutic approach the patients were divided in two groups. The first group consisted of 105 patients who had a standard method surgery and abdominal region was sutured tightly. If complications took place relaparotomy was performed (required relaparotomy).

The second group consisted of 76 patients who had a surgery finished with applying of laparostoma and following performance of scheduled sanations of abdominal cavity with the method described above. Besides, this group had carbapenems as starting empiric antibacterial therapy, method of “exposition sanitation” and tactics for postsurgical management including abdominal closure terms which depend on intra-abdominal pressure.

The analysis of the results shows that the therapeutic approach for the patients of the 2nd group decreased the mortality rate from 50, 5% to 23, 7 %, and postsurgical complications from 21% to 6, 6%, comparing to the 1st group. At the same time suture failure in the 2nd group decreased from 7, 6% to 1, 3%, eventration from 2, 9% to 1, 3%. Also, such complications as abdominal abscesses and phlegmon of retroperitoneal tissue practically did not take place. Only postoperative wound infection was more frequent in the 2nd group than in the 1st group — 2, 6 % and 1, 9% correspondingly.

Conclusion. It is appropriate to finish the acute diffuse purulent peritonitis surgery with applying of laparostoma with following performance of scheduled sanations of abdominal cavity. The optimal interval between the scheduled abdominal sanations is 48 hours. It is advisable to perform the sanations with the solution “octenisept” with the method of “exposition sanitation”. All the patients with acute diffuse purulent peritonitis must have intra-abdominal pressure monitoring. It is started at the final stage of the first surgery and finished after the restoration of intestinal peristalsis in postsurgical period after the abdominal cavity closure. Intra-abdominal pressure must not be above 10-15 mm Hg. It is necessary to perform intestinal decompression in all the patients with acute diffuse purulent peritonitis regardless of the stage of bowel loops dilatation during the first surgery. For this purpose can be used both the closed intestinal path of insertion of the probe (through nose) and open (through gastrostomy tube and jejunostomy tube).

Key words: acute diffuse purulent peritonitis, laparotomy, scheduled sanations of abdominal cavity.

УДК 616.143 – 008.8.1 – 089.816.2

КОСТИВ С.Я., ВЕНГЕР І.К., НЕНАШКО І.А., ЯКИМЧУК О.А.

ДНВЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТЕЛА ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ТРОМБОЗАХ В СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Резюме. Проліковано 132 пацієнти із післяопераційним тромботичним процесом в системі нижньої порожнистої вени, з яких 69 (52,3 %) з метою попередження ТЕЛА оперовані після встановлення діагнозу. Пацієнти із післяопераційним ембологенним варикотромбофлебітом оперовані, в об'єм хірургічного втручання яких включено тромбектомія із загальної стегнової вен, флебектомія тромбованих сегментів великої підшкірної вени і її притоків та резекція або екстирпація перфорантів. Пацієнтам із флотуючим і емболонебезпечним післяопераційним ілеофemorальним тромбозом проведено трьох- і двохкатетерну тромбектомію з наступним здійсненням лапароскопічної неповної апаратної каваплікації. При флотуючому тромбозі загальної стегнової вени проводили тромбектомію з останньої та перев'язку стегнової вени нижче глибокої вени стегна. При флотуючому та емболонебезпечному флеботромбозі стегнової та підколінної вени здійснювали перев'язку стегнової вени нижче глибокої вени стегна.

Ключові слова: післяопераційний тромбоз системи нижньої порожнистої вени, тромбектомія, ТЕЛА.

Вступ

Тромбози в системі нижньої порожнистої вени (НПВ) найбільш часта і небезпечна різновидність тромботичного процесу судинної системи [1]. Післяопераційні тромбози в системі НПВ на фоні застосування галузевих стандартів тромбопрофілактики діагностуються в 27 – 30 % спостережень [2]. Слід зазначити, що у пацієнтів старших вікових груп вказане ускладнення оперативного втручання сягає 53 – 60 %. Тромбози в системі НПВ складають реальну небезпеку як джерело тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) [3]. Остання розвивається у 32 – 45 % хворих із тромбозом глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок [4].

Для профілактики тромбоемболії легеневої артерії пр. ембологенних формах флеботромбозу запропонована неповна каваплікація нижньої порожнистої вени [5]. Русин В.І. [6] з метою попередження розвитку ТЕЛА у післяопераційному періоді при операціях на органах малого тазу в умовах ілеофemorального тромбозу рекомендує проводити апаратну неповну каваплікацію НПВ.

Мета роботи. Розробити показання до оперативного лікування тромбозу клубово-стегно-підколінного сегмента та неповної каваплікації нижньої порожнистої вени.

Матеріали та методи

В період 2009 – 2012 роки проліковано 132 пацієнти (79 чоловіків, 53 жінок віком від 44 до 68 років, середній вік $58,3 \pm 10,2$ роки) з післяопераційним тром-

бозом в системі НПВ, що знаходились в судинному відділенні КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня». Тромбоз в системі НПВ (21,8 %) розвинувся як ускладнення 654 оперативних втручань на органах черевної порожнини та артропластики кульшового суглобу. Всім пацієнтам проводилась тромбопрофілактика згідно галузевих стандартів. Серед спостережень у 27 (20,5 %) тромботичний процес локалізувався у поверхневій венозній системі нижньої кінцівки і у 105 (79,5 %) – у глибокій венозній системі.

Період між першими клінічними проявами захворювання і проведенням оперативного втручання у пацієнтів із тромботичним процесом у глибокій венозній системі нижніх кінцівок у 53 (50,5 %) не перевищував 6 діб, а у пацієнтів із тромботичним процесом у поверхневій венозній системі нижніх кінцівок у 16 випадках (52,5 %) - 4 діб. У 7 (5,3 %) спостереженнях ембологенні тромби (стегнова вена – 5, підколінна вена – 2) були виявлені під час моніторингового УЗДС венозної системи нижніх кінцівок на третю добу поопераційного періоду. Всім хворим проводили ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) на апаратах ULTIMA PA (Україна) та Thoshiba nemio XG (Японія) із використанням конвексних датчиків із частотою 2 – 5, 4 – 6 МГц та лінійних датчиків із частотою 5 – 12 МГц. У 6

© Костів С.Я., Венгер І.К., Ненашко І.А., Якимчук О.А., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

хворих діагноз верифікований за допомогою рентгеноконтрастної комп'ютерної флебографії (PHILIPS Brilliance CT 64, Нідерланди).

Флотуючий тромбоз встановлювали за критеріями, що включали візуалізацію патологічно рухомих структур в просвіті вени і реєстрацію пристінково-кровооту навколо тромба. При цьому флотуючий сегмент сягав довжини 4 см і більше та мав параболічну форму верхівки із нерівними контурами, і гіпоехогенною або гетерогенною структурою дистальної частини тромба. (табл. 1).

Проводили УЗДС дослідження з метою виявлення емболонебезпечності оклюзійного клубово-стегно-підколінного тромба. На емболонебезпечність тромба вказув нерівний контур верхівки тромба, гетерогенність структури тромботичних мас та підвищена їх рухомість (табл. 2).

У зв'язку із отриманими результатами дослідження 53 пацієнтам, з яких у 35 виявлено флотуючий тромб, а у 18 – емболонебезпечний, показано з метою попередження ТЕЛА оперативне втручання після встановлення діагнозу.

При УЗДС вен нижніх кінцівок у 27 післяопераційних хворих із гострим варикотромбофлебітом (ГВТФ) виділено 3 групи пацієнтів. Головний принцип розподілу пацієнтів – загроза тромбоемболічних ускладнень. До I групи увійшло 9 (33,3 %) пацієнтів, з яких у 3 діагностовано флотуючий тромб із великої підшкірної вени (ВПВ) у стегнову вену, у 5 – емболонебезпечний оклюзійний тромб до рівня верхньої третини стегна у ВПВ, флотуючий тромб передньозовнішньої притоки ВПВ (1 спостереження). До II групи увійшли 7 (25,9 %) пацієнтів із висхідною формою ГВТФ, у яких емболонебезпечна верхівка тромба знаходилась на рівні або дещо нижче сафено-фemorального співустя. Пацієнти перших двох груп оперовані після встановлення діагнозу. У третю групу включено 11 (40,7 %) пацієнтів, які були об'єднані за локалізацією ГВТФ на рівні нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки за наявності зв'язку венозного рефлюксу з верхівкою тромба.

Результати й обговорення

Оперативне лікування післяопераційного ГВТФ першої групи пацієнтів розпочинали із кросектомії і тромбектомії із загальної стегнової вени (3 спостереження) і подальшим видаленням осно-

вного стовбура ВПВ (8 спостережень) або коротким стріпінгом і дистальною склерооблітерацією (одне спостереження). В об'єм хірургічних маніпуляцій на венозній системі ВПВ входили флектомія тромбованих приток (6 випадків) та резекція або екстирпація перфорантів (5 спостережень).

Методом лікування хворих із післяопераційним ГВТФ II групи була кросектомія з флектомією, що доповнювалась операцією Нарата – флектомія тромбованих приток (6 випадків) та резекція або екстирпація перфорантів (2 спостережень).

Серед пацієнтів із флеботромбозом ілеофemorальної локалізації були 2 пацієнти з флотуючою верхівкою у інфраренальному сегменті НПВ (довжина флотуючої верхівки сягала 12 см). Вони оперовані з лапаротомного та стегнового доступів. Після каватомії передньої поверхні інфраренального сегменту НПВ і видалення флотуючої частини тромба проводили катетерну тромбектомію ілеофemorального тромба із стегнового доступу. Операцію завершували неповною апаратною каваплікацією нижче ренальних вен. Виконання останньої забезпечували апаратом «УКБ 15-1», в якому танталові скоби розміщуються вертикально у позиції «одна через три», що дає можливість створити у НПВ у поперечному напрямку симетричні канали діаметром 5-7 мм.

У 5 хворих із ілеофemorальним тромбозом та флотацією верхівки на рівні загальної клубової вени та у 2 спостереженнях при наявності підвищеної рухомості гетерогенного дистального сегмента гострого ілеофemorального флеботромбозу на рівні загальної клубової вени оперативне втручання розпочинали із проведення лапароскопічної неповної апаратної каваплікації. Лапароскопічну неповну апаратну каваплікацію із використання ендоскопічного степлера з касети якого видаляли частину скоб для створення проміжків 4 – 5 мм між ними. Для виконання лапароскопічної каваплікації застосовували боковий доступ із положенням пацієнта на боці. Після цього приступали до проведення трьохкатетерного методу хірургічної тромбектомії. Операція виконується із розрізу в ділянці передньої поверхні стегна у верхній його третині ураженої тромботичним процесом нижньої кінцівки, що дає можливість виділити сафено-фemorальне гирло, загальну стегнову, початковий сегмент поверхневої та глибокої вен стегна. Через флеботомний отвір у проксимальному напрямку вводиться катетер для тромбектомії. До цього моменту розрізом на контрлатеральній кінцівці по передній поверхні верхньої

Таблиця 1. Локалізація флотуючого тромба

Венозний сегмент	Кількість хворих
Нижня порожниста вен	2
Загальна клубова вена	5
Зовнішня клубова вена	8
Загальна стегнова вена	13
Стегнова вена	5
Підколінна вена	2

Таблиця 2. Локалізація емболонебезпечного тромба

Загальна клубова вена	2
Зовнішня клубова вена	2
Загальна стегнова вена	6
Стегнова вена	8

третини стегна виділяли сафено-фemorальне співустя, загальну стегнову вену і через венотомний розріз вводили один катетер для оклюзії нижньої порожнистої вени, а інший - для оклюзії загальної клубової вени. Наступні маніпуляції виконувались у послідовності: катетерна тромбектомія із ураженого тромботичним процесом клубового сегмента і звільнення гирла глибокої вени стегна. Для видалення фрагментів тромба на стінках загальної і зовнішньої клубових вен використовували балонний катетер із кільцем Vollmar. Наступні маніпуляції: зняття оклюзії контралатеральної загальної клубової вени для отримання ретроградного кровотоку по звільненому від тромботичних мас клубовому сегменту, а надалі видаляється катетер із НПВ у роздутому стані. Після виконання тромбектомії із клубових вен за необхідності проводиться тромбектомія із стегнової вени та гирл всіх притоків. Ефективність втручання підтверджував хороший антеградний кровоплин. При потребі приступали до дистальної тромбектомії (одне спостереження).

У 14 хворих із ілеофemorальним тромбозом та флотацією верхівки у зовнішній клубовій вені (8 спостережень) та емболонебезпечним оклюзійним тромбозом зовнішньої клубової вени (6 спостережень) проведено оперативне втручання із стегнового доступу. Останнє дозволяло виконати катетерний метод тромбектомії. Виконувалась непряма тромбектомія із клубових вен із застосуванням двокатетерного методу операції; один з балонів виконував оклюзійну функцію, тоді як другим проводилась тромбектомія. Для видалення фрагментів тромба на стінках зовнішньої клубової та загальної стегнової вен використовували балонний катетер із кільцем Vollmar.

У 5 пацієнтів у зв'язку із труднощами відновлення прохідності глибокої вени стегна в умовах тромбозу стегнової вени, наявною в них гіпо- та гетерогенних тромботичних мас сформували тимчасову проксимальну артеріо-венозну норицю між притокою великої підшкірної вени (ВПВ) і поверхневою стегною артерією. Фістулу ліквідували шляхом затягування кінців нитки 2/0 Prolene під контролем дуплексного сканування через 3-4 тижні після тромбектомії. У вказаній групі пацієнтів проводили лапароскопічну неповну апаратну кавалікацію із використання ендоскопічного стиплера з касети якого видаляли частину скоб для створення проміжків 4 – 5 мм між ними. Для виконання лапароскопічної кавалікації застосовували боковий доступ із положенням пацієнта на боці.

У 9 пацієнтів наведеної групи тромбектомію із зовнішньої клубової та загальної стегнової вен завершували перев'язкою стегнової вени (СВ) нижче гирла глибокої вени стегна (ГВС).

Найчастіша локалізація флотуючого тромба діагностована у ЗСВ (13 спостережень). Тут же у 6 пацієнтів виявлено емболонебезпечний оклюзійний тромб. У всіх спостереженнях видалення тромба із

ЗСВ супроводжувалось перев'язкою стегнової вени (СВ) нижче гирла глибокої вени стегна (ГВС).

Пацієнтам із флотуючим тромбом у стегнової (5 спостережень) і підколінній (2 спостереження) венах, а також пацієнтам із емболонебезпечним оклюзійним тромбом у СВ (8 спостережень) проводили перев'язку СВ нижче ГВС.

Всім пацієнтам призначали антикоагулянту терапію за стандартними схемами. Перевагу надавали низькомолекулярним гепаринам із наступним переводом хворого на антикоагулянти непрямої дії (варфарин) протягом шести місяців. В схему лікування включали дезагреганти, нестероїдні протизапальні препарати, флеботропні препарати і компресійний трикотаж.

Висновки

При постановці діагнозу ембологенного післяопераційного тромбозу в системі нижньої порожнистої вени та флотацією верхівки з метою попередження ТЕЛА необхідно виконувати оперативне втручання на час встановлення діагнозу.

При флотації верхівки венозного тромбу іліофemorальної локалізації тромбектомію необхідно доповнювати лапароскопічною неповною кавалікацією з метою попередження епізодів ТЕЛА,

Література

1. Вардянян А.В. Послеоперационные венозные тромбоземболические осложнения — реальная опасность и современные методы профилактики / А.В. Вардянян // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2008. — Т.14. - №1. — С. 67 — 72.
2. Путинцев А.М., Хирургическая тактика при илиофemorальных тромбозах у беременных при родоразрешении через кесарево сечение / А.М. Путинцев, В.Н. Сергеев, Д.Е. Филипьев // *Флебология: Спец. вып.: Материалы 6-й конф. Ассоциации флебологов России*. М., 2006. — С.69-70.
3. Кириченко А.И. Лечение венозного тромбоза и легочный эмболии. Точка зрения хирурга / А.И. Кириченко // *Клиническая фармакология и терапия* — 2001. — Т.1., № 1. — С.82 — 84.
4. Guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. British Thoracic Society Standards of Care Committee Pulmonary Embolism Guideline Development Group // *Thorax*. — 2003. — 58(6). — 470-83.
5. Профилактика тромбозов легочной артерии клипированием нижней полой и подвздошной вен: показания, техника, ближайшие и отдаленные результаты / Н.А. Гордеев [и др.] // *Новости хирургии*. — 2010. - №4. — Т.8. - С. 157 — 163.
6. Прямі методи парціальної оклюзії нижньої порожнистої вени / В.І. Русин, В.В. Корсак, Ю.А. Левчак, О.М. Тернушак // *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина»*. - 2012. — випуск 2 (44). — С.106 — 111.

Отримано 27.03.14 ■

Костив С.Я., Венгер И.К., Ненашко И.А., Якимчук О.А.

ГНВЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского»

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТЭЛА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЗАХ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Резюме. Пролечено 132 пациенты с послеоперационным тромботическим процессом в системе нижней полой вены, из которых 69 (52,3 %) с целью предупреждения ТЭЛА оперированы после установления диагноза. Пациенты с послеоперационным эмбологенным варикотромбофлебитом оперированы, в объем хирургического вмешательства которых включены тромбэктомия из общей бедренной вен, флебэктомия тромбированных сегментов большой подкожной вены и ее притоков, резекция или экстирпация перфорантов. Пациентам с флотирующего и эмболоопасным послеоперационным илеофемо-

ральном тромбозом проведена трех- и двохкатетерная тромбэктомия с последующим осуществлением лапароскопической неполной аппаратной кавапекции. При флотирующем тромбозе общей бедренной вены проводили тромбэктомию с последней и перевязку бедренной вены ниже глубокой вены бедра. При флотирующем и эмболоопасном флеботромбозе бедренной и подколенной вены осуществляли перевязку бедренной вены ниже глубокой вены бедра.

Ключевые слова: послеоперационный тромбоз системы нижней полой вены, тромбэктомия, ТЭЛА.

Kostiv S. Ya., Venger I.K., Nenashko I.A., Yakimchuk O.A.

GNVZ «Ternopolsky State Medical University, IJ Gorbachev»

WARNING PULMONARY EMBOLISM AT POSTOPERATIVE THROMBOSIS IN THE SYSTEM OF INFERIOR VENA CAVA

Summary. Treated 132 patients with postoperative thrombotic processes in the inferior vena cava, in 69 (52.3 %) patients for prevent pulmonary embolism were operate after diagnosis. Patients with postoperative embolodangerous superficial thrombophlebitis were operate in volume surgery which included thrombectomy from the common femoral vein, phlebectomy thrombotic great saphenous vein and its tributaries and resection or extirpation the perforate vein. Patients with

embolodangerous postoperative ilio-femoral thrombosis held three- and twocatheter thrombectomy followed by laparoscopic partial implementation of hardware cavaplication. At embolodangerous thrombosis the common femoral vein thrombectomy was performed with the latest and femoral vein ligation deep veins below the hip.

Keywords: postoperative thrombosis of the inferior vena cava system, thrombectomy, pulmonary embolism.

УДК 617.55-007.43-089.844

ДЕСЯТЕРИК В.І., КОТОВ О.В., МІХНО С.П.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПОПЕРЕКОВО-БОКОВИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Резюме. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування попереково-бокових вентральних гриж. Визначені основні клініко-анатомічні фактори, які впливають на результати хірургічного лікування та алгоритми передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації оперованих пацієнтів.

Ключові слова: попереково-бокові вентральні грижі; алопластика.

Вступ

Більше 5% всіх лапаротомій в бічних областях живота і люмботомій на протязі перших років ускладнюються післяопераційними передньобічними грижами [1;2]. На післяопераційні передньобічні грижі припадає 4-6% від загальної кількості післяопераційних гриж живота. Вони найбільш часто виникають після оперативних втручань на нирках, наднирниках, сечоводах, при використанні бічних лапаротомних доступів (Пирогова, Мак-Бурнея і т.д.) і троакарних бічних доступів при лапароскопічній герніопластичі.

Передньобічними грижами прийнято вважати вихід внутрішніх органів, розташованих по відношенню до очеревини інтра- і мезоперитонеально, через грижеві ворота, утворені зовнішніми і внутрішніми косими м'язами, поперековими м'язами, однією з прямих м'язів живота, указаними елементами і реберною дугою або крилом клубової кістки, а також їх комбінацією.

Бічними грижами прийнято вважати виходження внутрішніх органів, розташованих по відношенню до очеревини інтра- і мезоперитонеально, через грижеві ворота, утворені зовнішніми і внутрішніми косими м'язами, поперековими м'язами, широчайшим м'язом спини, вказаними елементами та реберною дугою або крилом клубової кістки, а також їх комбінацією [2;3].

Люмботомія залишається найбільш частим хірургічним доступом при операціях на нирках та сечоводах, вона ж є найбільш травматичним із доступів через бічну стінку живота та попереково-бічну область. При цьому слід зазначити, що вичерпної інформації про істинну кількість та частоту утворення післяопераційних гриж у хворих, які перенесли операції на органах сечовидільної системи

із люмботомічних доступів в теперішній час немає. Відсутність повноцінної інформації по даному питанню пов'язана із суттєвим поділом інтересів та різними підходами до лікування і профілактики грижеутворення в сучасній хірургії і урології, оскільки проблемами, при яких застосовуються люмботомічні доступи, займаються урологи, а лікуванням таких ускладнень, як післяопераційні грижі – хірурги [4;5].

В разі виникнення гриж після бічних і попереково-бічних доступів (локалізації в клубовій та поперековій областях, а також підребір'ях), коли для доступу до органів черевної порожнини і заочеревинного простору застосовується принцип не косо-перемінного роз'єднання м'язів, а їх розсікання перпендикулярно ходу м'язових волокон. Вище вказаний принцип посилює травматичність цих доступів, оскільки відновлення неперервності м'язових волокон ускладнено, в зв'язку з тим, що скорочувальна сила м'язів в декілька разів перевищує силу і міцність фасціальних футлярів, які покривають ці м'язи, а в сполученні з можливими і частіш за все неминучим пересіченням при бічних доступах нервів і судин, які живлять м'язово-апоневротичні структури бічної і попереково-бічної області, сприяє розвитку післяопераційних гриж. У випадку невропатичних післяопераційних гриж нема чітко виражених грижевих воріт. Але внаслідок порушення іннервації на великому протязі стає тоншою, атрофується і послаблюється м'язовий шар, а виражених апоневротичних структур, здатних протистояти внутрішньочеревному тиску в цій

© Десятерик В.І., Котов О.В., Міхно С.П., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

зоні немає, через це вся ця частина черевної стінки починає вип'ячуватися.

Використання поліпропіленових експлантатів стало останні 20 років «золотим стандартом» в лікуванні пахових гриж, а в подальшому і в лікуванні післяопераційних гриж. Широкому впровадженню в сучасну герніологію додаткових закріплюючих черевну стінку матеріалів сприяє велика кількість рецидивів при герніопластиці місцевими тканинами. При використанні реконструкції і корекції передньої черевної стінки вдалось досягти гарних результатів за рахунок значного зменшення кількості рецидивів.

Проте, щодо використання герніопластики гриж бічної та попереково-бічної локалізації в теперішній час залишається ряд невирішених питань, що пов'язано в першу чергу з великою кількістю рецидивів. Також не вирішені питання функціонально-косметичного характеру операцій і адекватної діагностики даних міофасціальних дефектів [6;7]. Навіть при використанні сітчастих ендопротезів рецидиви гриж утворюються в 5,1-29,1% випадках. При герніопластиці місцевими тканинами з приводу рецидивних післяопераційних гриж відсоток рецидива виявляється ще більше – за даними літератури до 69% [6;8;9;10]. Такий високий відсоток рецидивів зумовлений тим, що при пластиці місцевими тканинами доводиться використовувати малопродатні атрофічні, в'ялі м'язи бічної стінки живота, а в випадку використання сітчастих ендопротезів, герніопластика, як правило, виконується в неадекватному обсязі, відносно до всієї бічної стінки живота, що також ніяк не може сприяти зменшенню числа рецидивів. При герніопластиці також викликає дискусію принцип розташування сітки. За методикою on-lay – при розташуванні протеза в підшкірно-жировій клітчатці – отримані найгірші результати, оскільки нерідкими є випадки нагноєння, утворення нориць, міграції протеза і рецидиву грижі. Не набагато кращі результати при герніопластиці за методом on-lay з фіксацією протеза до краю грижевих воріт, оскільки сітка не тільки мігрує, але й може призводити до утворення пролежнів і кишкових нориць. Враховуючи вище вказане, а також беручи до уваги відсутність уніфікованого та обґрунтованого підходу, вибір способу герніопластики при бічних та попереково-бічних післяопераційних грижах залишається слабо вирішеною і тому актуальною проблемою в сучасній герніології. Найменше вирішеною задачею є ліквідація післяопераційних міофасціальних дефектів, які виникли після люмботомії. [11;12;13;14;15].

Матеріали та методи

Метою роботи було вивчення особливостей хірургічної тактики лікування післяопераційних попереково-бокових гриж. Ми провели аналіз клінічних спостережень за хворими, які були оперовані у нас з приводу попереково-бокових гриж за останні 3 роки.

Всього було 10 хворих у віці від 48 до 69 років. Серед них було 6 чоловіків та 4 жінки. Строки гриженосіння коливалися від 6 місяців до 12 років в середньому це було 3 роки й 10 місяців.

У дев'яти хворих була виконана люмботомія: у 6 хворих лівобічна, а у 3-х правобічна. У однієї хворої виконано атипична лапаротомія, яка розпочиналась з доступу Волковича-Д'яконова, а потім була розширена з приводу полікістоза матки та придатків.

У шести випадках оперативне втручання було в об'ємі нефректомії, у трьох хворих була виконана піелотомія, у однієї хворої – двобічна. Головними скаргами були фізичні та косметичні проблеми пов'язані з появою випячення на боковій стінці живота, на деформацію та вип'ячення збоку живота, по ходу післяопераційного рубця. Скарги на біль в області грижевого вип'ячення були лише у 2-х хворих.

Розміри грижевого вип'ячення були від 5x7 до 25x10 см та 20x15 см. У всіх випадках грижі були вправимими. У 1 хворого мала місце багатокамерна грижа.

У 6 хворих мала місце супутня та фонова патологія. У 3-х хворих мала місце ішемічна хвороба серця, ускладнена дифузним кардіосклерозом, гіпертонічна хвороба. У 2-х хворих ця патологія була на фоні цукрового діабету II типу. Хронічний піелонефрит мав місце у 2-х хворих, в тім числі у однієї пацієнтки – єдиної нирки. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та гемангіома печінки мали місце по 1 випадку.

Результати та їх обговорення

Усі хворі потребували ретельного доопераційного обстеження, яке включало спірографію та визначення резервних можливостей пацієнта на післяопераційний період. П'ять пацієнтів з великими розмірами грижі, та супутньою серцево-судинною патологією потребували відповідної доопераційної підготовки, направленої на профілактику синдрому «малої черевної порожнини» у післяопераційному періоді. Переважно помірне затягування передньої черевної та бокових стінок живота для повернення грудної діафрагми на своє попереднє положення. Одна хвора з гіпертонічною хворобою та ішемічною хворобою серця потребувала направлено доопераційного лікування у кардіологічному відділенні.

Усі хворі були оперовані в умовах ендотрахеального наркозу з релаксантами. Уклали хворих на здорову сторону з використанням положення, направлено на збільшення відстані від реберної дуги до клубової кістки. В усіх хворих втручання виконані з використанням алопластики сітчастих матеріалів. Останнім часом у хворих з великими грижами поміщаємо між зовнішніми та внутрішніми м'язами за методикою, яку описав Є.І.Брехов та співав [3].

Тривалість оперативного втручання від 1 години до 2 годин 20 хвилин.

Післяопераційний період в усіх хворих був задовільний, суттєвих післяопераційних ускладнень ми не спостерігали. Середній ліжко-день склав 9,3.

Таким чином, можемо підсумувати, що попереково-бокові вентральні післяопераційні грижі, не дивлячись на відносно невеликі скарги хворих потребують більш ранньої уваги, як з боку хворих, так і з боку лікарів.

У кожного другого хворого післяопераційні попереково-бокові грижі протікають на фоні важливих фонових та супутніх захворювань.

Довгий період гриженосійства та великі розміри грижових воріт призводять до помітних порушень з боку серцево-судинної та дихальної системи, що

потребує ретельної доопераційної підготовки хворих [3].

Висновки

Технічні можливості герніопластики більш сприятливі за умови менших розмірів грижових воріт. Враховуючи анатомо-топографічні особливості поперекових гриж, впровадження інترمускулярного розтягування алопластичного матеріалу заслуговує на подальше впровадження та вивчення.

Отримано 22.04.14 ■

Десятерик В.И., Котов О.В., Михно С.П.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОЯСНИЧНО-БОКОВЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Резюме. Проведен анализ результатов хирургического лечения пояснично-боковых вентральных грыж. Определены основные клинико-анатомические факторы, которые влияют на результаты хирургического лечения и алгоритмы предопе-

рационной подготовки и послеоперационной реабилитации оперированных пациентов.

Ключевые слова: пояснично-боковые вентральные грыжи; аллопластика.

Desyaterik V.I., Kotov O.V., Mihno S.P.

Dnepropetrovsk State Medical Academy

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF LUMBAR INCISIONAL HERNIA.

Abstract. The analysis of results of surgical treatment of incisional lumbar hernia was made. The main clinical and anatomical factors that affect the results of surgical treatment and algorithms of patients

preoperative preparation and postoperative rehabilitation were determined.

Key words: lumbar incisional hernia; mesh reconstruction

УДК 616.381-002-07-089.85

ДРОНЯК М.М.

Івано-Франківського національного медичного університету

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ І ВНУТРІШНЬООЧЕРЕВИННІ АБСЦЕСИ

Реферат. Летальність після релапаротомії з приводу післяопераційного перитоніту (ПП) ще висока (23-34%), а при окремих формах, розвитку поліорганної недостатності (ПОН), септичного шоку сягає 70-90%. Післяопераційний перитоніт виник у 451 (2,4%) хворих серед 18574 оперованих на органах черевної порожнини. Проаналізовано лікування 313 (69,4 %) хворих, яким була виконана релапаротомія з приводу післяопераційного перитоніту та 138 (30,6 %) хворих, в яких застосовано дренивання гнійників під контролем ультразвукового дослідження. Перші прояви інтраабдомінальних ускладнень при розлитому перитоніті мали характер гострої дихальної недостатності у 84 (46,1%) хворих, серцево-судинної – у 56 (30,8%), печінково-ниркової недостатності – у 42 (23,1 %) хворих на фоні незначно виражених локальних симптомів. Застосування систем оцінки стану хворого, оптимальних методів діагностики, хірургічної тактики та інтенсивної терапії дозволило скоротити терміни виявлення ускладнення і зменшити частоту релапаротомій від 4,1 % до 1,8 %, а летальність при післяопераційному перитоніті знизити з 23,3 % до 14,1 %.

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, релапаротомія, абдомінальний сепсис.

Вступ

Незважаючи на досягнення анестезіології та інтенсивної терапії, на впровадження нових методів діагностики і лікування, на успіхи в операційній, зокрема, відеолапароскопічній техніці, структура ускладнень після операцій на органах черевної порожнини та їх наслідки суттєво не змінилися [1, 5, 8]. Гнійно-септичні ускладнення виникають у 3-10% оперованих з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини. При виконанні втручань за невідкладними показаннями, особливо на фоні розлитого перитоніту, їх частота зростає до 15-25% [1, 6, 8]. Найчастішими із внутрішньоочеревинних ускладнень, які вимагають релапаротомії (РЛ), залишаються гнійно-септичні, передовсім – післяопераційний перитоніт. Летальність після релапаротомії з приводу післяопераційного перитоніту ще висока, сягає 23-34%, а при окремих формах – навіть 70-90% [2, 5, 7, 8]. Незадовільні результати лікування обумовлені, насамперед, несвоечасною діагностикою через атипові прояви ускладнень, і, відповідно, через виконання релапаротомії зі запізненням [1, 5, 8]. У більшості важких хворих розвивається поліорганна недостатність (ПОН) або поліорганна дисфункція (ПОД) [3, 7, 9]. У 67-75% померлих при ПОН на аутопсії виявлено інтраабдомінальні абсцеси або їх недостатньо сановані «залишки». У зв'язку з цим постульовано, що синдром ПОН/ПОД неясної етіології у хірургічних хворих є суттєвим індикатором наявності у них недиагностованого вогнища інфек-

ції [4]. Тепер синдром ПОН розуміють як важку неспецифічну стрес-реакцію організму, недостатність двох і більше функціональних систем, універсальне ураження всіх органів і тканин агресивними медіаторами критичного стану з тимчасовим переважанням симптомів тої або іншої органної недостатності – легеневої, серцевої, ниркової та ін. [2, 3, 6, 7, 10]. Вважають, що його розвиток є наслідком синдрому системної запальної відповіді [6], який характеризується секрецією прозапальних цитокінів, активуванням і взаємодією лейкоцитів та клітин ендотелію [9, 10]. Основною причиною летальності в решті решт стає синдром поліорганної дисфункції (СПОД). Причиною незадовільних результатів лікування є, зокрема, відсутність уніфікованої сучасної тактики лікування. Впровадження нових технологій у хірургії та нових лікарських середників відкривають перспективи подальшого покращення результатів лікування цих хворих.

Мета роботи

Покращити результати лікування і знизити летальність у хворих на післяопераційний перитоніт та внутрішньоочеревинні абсцеси шляхом пріоритетного застосування мініінвазивних технологій та проведення релапаротомій за чітко визначеними по-

© Дроняк М.М., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

казаннями, ціленаправленої антибіотикотерапії та екстракорпоральних методів детоксикації.

Матеріал та методи

За останні 12 років внутрішньоочеревинні ускладнення, які вимагали повторних втручань, виникли у 451 (2,4%) серед 18574 оперованих у клініці хворих з приводу гострих і хронічних захворювань органів черевної порожнини. У структурі післяопераційних ускладнень, які вимагали релапаротомії, найчастішим був післяопераційний перитоніт – у 313 (69,4%) хворих із 451 повторно оперованих. Протягом останніх десяти років переважав обмежений перитоніт (внутрішньоочеревинні абсцеси) – у 184 (68,9 %) із 267 хворих на гнійно-септичні інтраабдомінальні ускладнення, серед яких у 138 (75 %) хворих ефективними були мініінвазивні технології. Для діагностики внутрішньоочеревинних ускладнень, у післяопераційному періоді, зокрема, післяопераційного перитоніту, поряд із клінічним, лабораторним та рентгенологічним обстеженням використовували ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), діагностичну лапароскопію. У 62 хворих, окрім загальних і біохімічних аналізів, визначали рівень молекул середньої маси (МСМ) та продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – малонового діальдегіду (МД) та дієнових кон'югат (ДК).

Результати та обговорення

Причини післяопераційного перитоніту є відомі і залежать від наявності ускладнень захворювання, труднощів під час виконання операції, адекватності первинного оперативного втручання, стану хворого, тяжкості супутньої патології та інших чинників. Найчастішими з них є неспроможність швів анастомозів, некроз, пошкодження і перфорація стінки порожнистих органів, прогресування існуючого та «криптогенний» перитоніт. Для визначення об'єму передопераційної підготовки, тактики РЛ, антибактеріальної та інфузійної терапії оптимальним вважаємо розподіл післяопераційного перитоніту за клінічним перебігом, зокрема, на чотири варіанти – «перфоративний», прогресування існуючого, формування абсцесів черевної порожнини і з наявністю септичного шоку (СШ). Відомо, наскільки складною є діагностика внутрішньоочеревинних гнійно-септичних ускладнень. Класичні симптоми «катастроф» у черевній порожнині (біль, напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини) були відсутні у 255 (86,7 %) із 294 хворих з такими ускладненнями. Ознаки, які насторожували у першу-третю доби при виникненні ускладнень післяопераційного періоду, були відхилення від нормального його перебігу – лихоманка (53,8%), гіпертермія (71,3 %) (гіпотермія – прогностично несприятлива ознака), лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитної формули вліво (72,6%) (лейкопенія є прогностично несприятливою), тахіпное і тахі-

кардія (53,7 %). Перші прояви інтраабдомінальних ускладнень серед 182 хворих на розлитий перитоніт мали характер гострої дихальної недостатності у 84 (46,1%) хворих, серцево-судинної – у 56 (30,8%), печінково-ниркової недостатності – у 42 (23,1 %) хворих на фоні незначно виражених локальних симптомів, що відтермінували необхідну релапаротомію. Септичний синдром, який завжди супроводжує післяопераційні гнійно-септичні ускладнення, часто представляє синдром системної запальної відповіді, який не слід ототожнювати з певною інфекцією, але він дозволяє виділити хворих з ризиком розвитку ПОН. Серед запропонованих систем оцінки важкості стану хворих та прогнозування найбільше використовують модифіковану шкалу APACHE II і Маннгаймський індекс перитоніту, який здобув визнання як достатньо надійний для оцінки важкості і прогнозу у хворих на тяжкий перитоніт. Поряд із клінічним, лабораторним та рентгенологічним обстеженням високоінформативним методом діагностики є УЗД, яке використовуємо в усіх хворих при відхиленні від нормального перебігу післяопераційного періоду. Важливими УЗД-ознаками внутрішньоочеревинних гнійно-септичних ускладнень є наявність вільної рідини або рідинних скупчень у черевній порожнині, розширення просвіту та потовщення стінки кишок, ослаблення або наявність патологічної перистальтики – свідчення паралітичної або механічної непрохідності кишок. Доповнення УЗД кольоровою доплерографією підвищувало точність дослідження, покращувало диференційну діагностику абсцесів з іншими об'ємними утвореннями в черевній порожнині. Діагностична пункція під контролем УЗД дає можливість верифікувати діагноз. У 62 хворих, окрім загальних і біохімічних аналізів, визначали рівень МСМ та продуктів ПОЛ (ДК та МА), наростання яких свідчить про наявність гнійно-септичних ускладнень. Згідно з нашими дослідженнями у 46 (74 %) хворих з абдомінальним сепсисом (АС) концентрація ДК перевищувала 2,5 од. опт. щільності. У хворих без ознак АС зростання ДК понад 2,5 відзначено тільки у 16 (26 %) хворих. Концентрацію МДА понад 5 нмоль/мл відзначили у 54 (87,1 %) хворого з АС і тільки у 8 (12,9 %) без АС. Рівень МСМ у хворих з післяопераційним перитонітом та АС перевищував 0,350 ум. од. у 57 (91,9 %) хворих, без АС – тільки у 4 (8,1 %) хворих. При цьому найбільш виражені зміни констатували у пацієнтів при виникненні СПОД і СШ. Інтенсивна передопераційна терапія, лікування під час повторної операції та у післяопераційному періоді має на меті стабілізацію гемодинаміки та кровообігу в тканинах, нормалізацію споживання та утилізації кисню, адекватну антибактеріальну терапію, яка передбачає поєднання препаратів декількох груп. Ефективність антибактеріальної терапії підвищується при ціленаправленому їх призначенні після отримання результатів посіву гною на ідентифікацію збудника та його чутливості. Завдяки сучасному обладнанню (Вітек 2-Компакт)

перші результат верифікації патологічного патеріалу і чутливості до антибактеріальних препаратів отримували на 3 добу. Монокультура виявлена у 91 (37,8 %) хворого. Зокрема, *E. coli.* у 45 %; *Pr. mirabilis* у 15,4 %; *St. aureus* у 13,2 %; *Streptococcus pyogenes* у 8,8 %; *B. fragilis* – у 7,7 %; *Fusobacterium necroforum* – у 5,5 %; *Ps. aeruginosa* у 4,4%. Гриби роду *Candida albicans* висіяні у 13,2 % хворих.

Особливої тактики лікування вимагає виникнення перитонеального септичного шоку (СШ), який спостерігали у 47 (10,4%) із 451 хворого з післяопераційним перитонітом. Провокуючими моментами його виникнення у 11 хворих була сама операція з приводу перитоніту, у 15 – розкриття гнійника, у решти 21 хворого – різні, навіть незначні маніпуляції, перев'язки, інфузійна терапія, тощо. Для лікування СШ застосовували інфузійну терапію з інтенсивною антибактерійною терапією і детоксикацією форсованим діурезом або застосуванням екстракорпоральних методів детоксикації (при обмеженій функціональній здатності нирок, нирковій недостатності). Для екстракорпоральної детоксикації інтермітуючу вено-венозну гемодіафільтрацію, плазмаферез і перитонеальний діаліз застосували у 96 (40%) із 241 хворого. Застосування цих методів сприяло зниженню рівня ендогенної інтоксикації, нормалізації порушень центральної нервової, дихальної, серцево-судинної системи, ліквідації олігоанурії, відновленню ефективної перистальтики кишечника. РЛ при перфоративному перитоніті виконували протягом 1 доби, при поволі прогресуючому або в'яло протікаючому – через 2-3 доби, що не вплинуло на результат операції. Формування абсцесів не вимагає термінової РЛ. Адекватна антибіотикотерапія, УЗД-моніторинг в динаміці дають можливість локалізувати процес і стабілізувати стан хворого. Тактика при РЛ суттєво не змінилася – адекватний доступ, повноцінна санація, використання активних методів дренування черевної порожнини і декомпресії кишок, оптимальні методи детоксикації, комплексне адекватне лікування. Тактику планованих релапаротомій використовуємо за показаннями. При післяопераційному перитоніті після лапароскопічних операцій (16 хворих) у більшості (12) них вдалося досягнути добрих результатів виконанням релапароскопії з адекватною санацією і дренуванням черевної порожнини. Пункційно-аспіраційне лікування абсцесів черевної порожнини (підпечіткових – 81, піддіафрагмальних – 32, міжкишечних – 25) під УЗД-контролем дозволило уникнути релапаротомії у 138 (75 %) із 184 хворих. Частота РЛ за останні 5 років знизилася до 1,8 % завдяки впровадженню об'єктивної оцінки стану хворого і ризику операції за шкалою, опрацьованою в клініці і модифікованою шкалою АРАСНЕ II та МП, і, відповідно, застосуванню профілактичних цілеспрямованих заходів перед, під час операції та у післяопераційному періоді. Летальність при післяопераційному перитоніті за останні 10 років знизилася у клініці з 23,3 % до 14,1 %.

Висновки

1. Післяопераційний перитоніт не має специфічної клініки, часто першими його виявами є поліорганна недостатність і септичний шок.

2. Ультразвукова діагностика є високоінформативним методом діагностики післяопераційних внутрішньоочеревних ускладнень. Пункційно-аспіраційне лікування внутрішньоочеревинних абсцесів під контролем УЗД дає можливість уникнути релапаротомії.

3. Застосування ціленаправленої антибіотикотерапії у комплексному лікуванні післяопераційних внутрішньоочеревинних ускладнень дає можливість запобігти розвитку септичного шоку, покращити результати лікування хворих і знизити летальність.

4. Пріоритетне застосування у хворих на післяопераційний перитоніт, мініінвазивних технологій та проведення релапаротомій за чітко визначеними показаннями дозволило зменшити летальність з 23,3 % до 14,1%.

Література

1. Бойко В.В. Прогнозирование и профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / Бойко В.В., Логачев В.К., Тимченко М.Е. – *Клін. хірургія.* – 2008. – № 11-12. – С. 32.
2. Криворучко И.А. Повторные операции при внутрибрюшных послеоперационных осложнениях. / Криворучко И.А., Бойко В.В., Иванова Ю.В. – *Клін. хірургія.* – № 11-12. – 2008. – С. 50-51.
3. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей / В.В. Жебровский. А.Д. Тимошин, С.В. Готье. – М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с: ил.
4. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.П. Гельфанда, М.И. Филимонова – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
5. Релапаротомия. /Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Ткаченко А.А. – Киев: Феникс, 2001. – 360 с.
6. Савельев В.С. Абдоминальный сепсис у хирургических больных: клиническая характеристика и прогноз. /Савельев В.С., Гельфанд Б.П., Гологорский В.А. – *Анналы хирургии.* – № 6. – 2000. – С. 11-18.
7. Шапринський В.О. Застосування програмованої релапаротомії в лікуванні післяопераційного перитоніту / Шапринський В.О. – *Клін. Хірургія.* – 1997. – № 3-4. – С. 74-76.
8. Dhainaut J.F. Protein C/activatedprotein C pathway: overview of clinical trial results in severe sepsis / Dhainaut J.F., Yan S.B., Cleassens Y.E. – *Crit. Care Med.* – 2004. – Vol. 32. – P. 194-201.
9. Foitzik T. Persistent multiple organ microcirculatory disorders in severe sepsis. Experimental findings and clinical implications / Foitzik T., Hotz B. – *Dig.Dis.Sci.* – 2002. – Vol. 47. – P. 130-138.

Отримано 26.03.14 ■

Дроняк Н.Н.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ВНУТРИБРЮШНЫМИ АБСЦЕССАМИ

Резюме. Хирургическая тактика у больных послеоперационным перитонитом и внутрибрюшными абсцессами. Летальность после релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита (ПП) еще высокая (23-34%), а при отдельных формах, развития полиорганной недостаточности (ПОН), септического шока достигает 70-90%. Послеоперационный перитонит возник в 451 (2,4%) больных среди 18574 оперируемых на органах брюшной полости. Проанализировано лечение 313 (69,4%) больных, которым была выполнена релапаротомия по поводу послеоперационного перитонита и 138 (30,6%) больных, в которых применено дренирование гнойников под контролем ультразвукового исследования. Первые проявления интраабдоми-

нальных осложнений при разлитом перитоните имели характер острой дыхательной недостаточности в 84 (46,1%) больных, сердечнососудистой, — в 56(30,8%), печеночно-почечной недостаточности — в 42 (23,1%) больных на фоне незначительно выраженных локальных симптомов. Применение систем оценки состояния больного, оптимальных методов диагностики, хирургической тактики и интенсивной терапии позволило сократить сроки выявления осложнения и уменьшить частоту релапаротомий от 4,1% до 1,8%, а летальность при послеоперационном перитоните снизить с 23,3% до 14,1%.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, релапаротомия, абдоминальный сепсис.

Dronyak M.M.

Ivano-Frankivsk National Medical University

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS AND INTRAPERITONEAL ABSCESS

Introduction and Purpose. Purulent septic complications occur in 3-10% of operated on surgical diseases of the abdominal cavity. When performing surgery for urgent indications, especially against the background of diffuse peritonitis, their frequency increases to 15-25% [1, 6, 8]. Mortality after relaparotomy on postoperative peritonitis — 23-34%, in some cases — 70-90% [2, 5, 7, 8]. The reason for the disappointing results is the lack of a unified treatment of modern therapeutic approach. The purpose of our study was to improve outcomes and reduce mortality in patients with postoperative peritonitis and intraperitoneal abscess by the priority application miniinvasivetechnologies and conducting relaparotomy for clearly defined indications, signifies our strong antibiotic therapy and extracorporealdetoxification methods.

Materials and Methods. Over the past 12 years, intra-abdominal complications requiring re-intervention occurred in 451 (2.4%) of 18574 patients operated on at the clinic with acute and chronic diseases of the abdominal cavity, the most common postoperative peritonitis was — in 313 (69.4%) from them. In the past decade dominated was a limited peritonitis (intraperitoneal abscesses) — 184 (68.9%) of 267 patients with purulent-septic intra-abdominal complications, among which 138 (75%) patients had miniinvasive treatment. For the diagnosis of intraperitoneal complications in the postoperative period, with clinical, laboratory and radiological examinations using ultrasonography (USG), computed tomography (CT), diagnostic laparoscopy. In 62 patients, in addition to the general and biochemical analyzes, we determined the level of the average molecular weight (MSM) and products of lipid peroxidation (LPO) — malondialdehyde (MD) and diene conjugate (DC).

Results and Discussion. The causes of postoperative peritonitis is known and depends on many factors. The most common of these is the inability sutures anastomosis, necrosis, damage and perforation of the wall of hollow organs. The classic symptoms of "disaster" in the abdomen (pain, muscle tension anterior abdominal symptoms of peritoneal irritation) were absent in 255 (86.7%) of 294 patients

with complications. Signs that alarming at first, third day in the event of postoperative complications were deviations from the normal course of this — fever (53.8%), pyrexia (71.3%) (hypothermia — an unfavorable prognosis), leukocytosis with a shift leukocytis formula left (72.6%) (leukopenia is prognostically unfavorable), tachypnea and tachycardia (53.7%). The first manifestations of intra-abdominal complications among 182 patients with diffuse peritonitis had the character of acute respiratory failure in 84 (46.1%) patients, cardiovascular — in 56(30.8%), hepato-renal failure — in 42 (23.1%) patients. The proposed system estimates the severity of the patients and most forecasting using modified APACHE II scale and Mannheim index peritonitis. Important ultrasound signs of intraperitoneal septic complications is the presence of free fluid or fluid accumulation in the abdominal cavity, lumen enlargement and thickening of the intestinal wall, weakening or the presence of pathological motility — evidence of paralytic or mechanical obstruction of the intestines. Appendix ultrasound color Doppler increased accuracy studies improved differential diagnosis of abscesses with other bulky structures in the abdomen. Diagnostic puncture under ultrasound makes it possible to verify the diagnosis. In 62 patients, in addition to the general and biochemical analyzes, we determined the levels of lipid peroxidation products and MSM (DC and MA), the growth of which indicates the presence of septic complexities. Thanks to modern equipment (Vitek 2 Compact), the first result of the verification of the pathological material and sensitivity to antibiotics received 3 days. Monoculture was detected in 91 (37.8%) patients. In particular, E. coli. — 45%; Pr. mirabilis — in 15.4%; St. aureus — in 13.2%; Streptococcus pyogenes — at 8.8%; B. fragilis — 7.7%; Fusobacterium necroforum — 5.5%; Ps. aeruginosa — 4.4%. Fungi of the genus *Sandida albicans* sown in 13.2% of patients.

Special treatment strategy requires the occurrence of peritoneal septic shock (OR), which was observed in 47 (10.4%) of 451 patients with postoperative peritonitis. Provoking the time of its occurrence in 11 patients was the same operation on peritonitis, 15 — opening the

abscess, the remaining 21 patients — different manipulations. For the treatment of secondary school used infusion therapy with intensive antibacterial therapy and detoxification forced diuresis or application of extracorporeal detoxification methods (with limited functional capacity of the kidneys, renal insufficiency). For extracorporeal detoxification intermittent veno-venous hemodialysis dialysis, plasmapheresis and peritoneal dialysis used in 96 (40%) of 241 patients. Relaparotomy with perforated peritonitis was performed within 1 day, while progressing slowly or sluggishly flowing — 2-3 days. The postoperative peritonitis after laparoscopic surgery (16 patients), the majority (12) were able to achieve good performance results re-laparoscopy with adequate sanitation and drainage of the abdominal cavity. Needle-aspiration treatment of abscesses of the abdominal cavity (obstructive — 81, subdiaphragmatic — 32, between intestinal — 25) under ultrasonographic guidance possible to avoid re-laparotomy in 138 (75%) of 184 patients. RL frequency over the past 5 years has dropped to 1.8% due to the introduction of an objective assessment of the patient and operational risk on a scale, worked in the clinic and modified APACHE II scale and

IIP, and, therefore, the application of preventive measures focused before, during operation and in the postoperative period. Mortality in postoperative peritonitis in 10 years fell in the clinic with 23.3% to 14.1%.

Conclusions:

1. Postoperative peritonitis no specific clinics are often the first of its manifestations are multiple organ failure and septic shock.
2. Ultrasound is a highly informative method of diagnosis of postoperative intra-abdominal complications. Needle-aspiration treatment intraperitoneal abscesses under ultrasound makes it possible to avoid re-laparotomy.
3. Application signifies our strong antibiotic in treatment of postoperative intraperitoneal complications makes it possible to prevent the development of septic shock patients improve outcomes and reduce mortality.
4. Priority application in patients with postoperative peritonitis, miniinvasive technologies and conducting re-laparotomy for clearly defined indications has helped reduce mortality from 23.3% to 14.1%.

УДК 616.155.34:616.37-002

ІВАЩУК С.І.

Буковинський державний медичний університет

РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ ПОЛІМОРФНОЯДЕРНИХ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕЗУ

Резюме. Вступ. Залишається не до кінця вивченою реактивна відповідь поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові хворих на гострий панкреатит за різного етіологічного чинника.

Мета роботи. Дослідити системні взаємозв'язки показників реактивної відповіді поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові та індикаторів системної запальної відповіді і захисту, з урахуванням етіологічного чинника, у хворих на гострий панкреатит.

Матеріал і методи. Обстежено 189 хворих, серед них було 45 (23,8%) жінок, 144 (76,2%) чоловіки, віком від 23 до 77 років. Всі хворі мали набрякову форму гострого панкреатиту. Групу контролю склали 37 практично здорових осіб. Реактивну відповідь нейтрофільних гранулоцитів хворих на гострий панкреатит оцінювали за індексом реактивної відповіді нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів, нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно-гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів, лейкоцитарним і лімфоцитарним індексом, загальним показником співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і швидкості зсідання еритроцитів.

Результати та обговорення. Формування і перебіг гострого панкреатиту супроводжується зростанням у 7,56 разів реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів, за вираженої активації вроджених факторів і механізмів протиінфекційного захисту та їх переваги над адаптивним специфічним імунітетом. У хворих на алкогольний гострий панкреатит реактивна відповідь нейтрофілів знижена на 95,29% у порівнянні з такою за біліарного. Клітинний протиінфекційний захист у хворих на біліарний гострий панкреатит зумовлений, в основному, моноцитами/макрофагами, тоді, як за алкогольного панкреатиту превалює мікрофагальна система. Вакуолізація цитоплазми нейтрофілів периферійної крові спостерігалася у 9 (12,5%) хворих на біліарний гострий панкреатит і не виявлена за алкогольного панкреатиту. Токсигенна зернистість нейтрофілів відмічена у 36 (30,77%) хворих на алкогольний гострий панкреатит та у 54 (75%) хворих на біліарний.

Висновки. Встановлено, що реактивна відповідь нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові та прояви інтоксикації більш виражені у хворих на біліарний гострий панкреатит, порівняно з алкогольним панкреатитом.

Ключові слова: панкреатит, алкогольний, біліарний, нейтрофільні гранулоцити.

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) та загострення хронічного панкреатиту упродовж останніх 20-ти років продовжують посідати «почесне» друге місце за частотою у структурі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини [1, 5, 10, 14]. Незважаючи на досягнуті значні успіхи у вивчення етіопатогенезу захворювання, проведенні обґрунтованої інтенсивної терапії, застосуванні раціональної антибіотикотерапії та запровадженні мініінвазивних методів хірургічного лікування, летальність залишається досить високою і коливається в межах 3,9–21,0%, а післяопераційна, за інфікованого панкреонекрозу, сягає 80% [2, 4, 9, 17].

Тяжкість перебігу ГП визначається першопричиною, пошкодженням ацинарних клітин, інтоксикацією, клітинною реактивністю організму, рівнем адаптаційного напруження, реактивною відповіддю

(на перших фазах захворювання) поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів (НГ), моноцитів / макрофагів периферійної крові, імунологічною реактивністю організму пацієнтів та інфікуванням вогнищ панкреонекрозу [6, 8, 11, 16].

Нейтрофільні гранулоцити (НГ) одними з перших імунокомпетентних клітин зустрічають патогенні та умовно патогенні мікроорганізми, які проникають через захисні бар'єри організму – шкіру чи слизову оболонку. Вони надзвичайно чутливі щодо найменших змін гомеостазу, здатні швидко покинути кровоносне русло (капіляри) та активно атакувати мікроби на інші генетично чужорідні тіла, речовини у будь-якому місці

© Іващук С.І., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

і в будь-який час. Разом з тим, НГ не мають надійної системи регенерації мембран і тому вони гинуть при перевантаженні патогенними чи умовно патогенними мікроорганізмами. За вираженої мікробної контамінації НГ здійснюють надлишкову експресію вільних радикалів у мікрооточення. Якщо антиоксидантна система організму не в змозі їх знешкодити, то відбувається руйнування самих клітин продуцентів (НГ) [3, 7].

Активовані НГ секретують, поряд з продуктами гранул, широкий спектр доімунних та імунних цитокінів (цитокінів першого і другого порядку). Це надає НГ можливість не тільки впливати на стимуляцію активності інших імунокомпетентних клітин, а, також, регулювати адаптивну специфічну імунну відповідь. Слід враховувати, що за вираженої мікробної контамінації, нейтрофіли змушені інтенсивно продукувати цитокіни, вільні радикали і здійснювати фагоцитоз мікробних клітин, формуючи ефективний протиінфекційний захист і, часто, ціною власного існування.

Однак, попри вагомую функцію цієї популяції імунокомпетентних клітин, не до кінця вивченими залишаються питання реактивної відповіді (на перших фазах захворювання) поліморфноядерних НГ периферійної крові хворих на ГП в системній запальній відповіді, за різного етіологічного чинника, а тому, потребують подальших досліджень.

Мета роботи. Дослідити системні взаємозв'язки показників реактивної відповіді поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові та індикаторів системної запальної відповіді і захисту, з урахуванням етіологічного чинника, у хворих на ГП.

Матеріал і методи

У проспективному дослідженні взяло участь 205 хворих на ГП та загострення ХП, шпиталізованих до лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці упродовж останніх чотирьох років. Скринінг та постановку діагнозу ГП здійснювали відповідно до діючих вітчизняних наказів МОЗ України [5] та рекомендацій Європейських товариств із діагностики та лікування гострих панкреатитів [10, 12, 15].

Етап скринінгу пройшло 189 хворих на ГП, котрі підписали інформовану згоду пацієнта на участь у дослідженні із наступним проведенням комплексу клінічно-лабораторно-діагностичних досліджень. Серед обстежених було 45 (23,8%) жінок, 144 (76,2%) чоловіки. Вік пацієнтів становив у середньому $45,1 \pm 5,19$ року для чоловіків, $53,2 \pm 7,07$ року для жінок (від 23 до 77 років). Всі хворі мали набрякову форму ГП. Групу контролю склали 37 практично здорових осіб відповідного віку та статі, у котрих упродовж останніх 6 місяців не було гострих, чи загострення хронічних запальних процесів будь-якої локалізації.

Розрахунок гематологічних індексів і коефіцієнтів провели на підставі розширеного загально-клінічного аналізу крові, який виконувався на Аналізаторі гематологічному CELL-DYN 3700 SL (виробник – «Abbott Laboratories», США). Реактивну відповідь НГ організму хворих на ГП оцінювали за індексом реактивної від-

повіді нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів, нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно-гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів, лейкоцитарним і лімфоцитарним індексом, за загальним показником співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ).

Статистичну обробку виконували за допомогою прикладних програм MYSTAT 12 (Systat Software Inc., USA) і Scout 2008 Version 1.00.01 (U.S.Environmental Protection Agency, США). Достовірність даних для незалежних вибірок розраховували за t-критерієм *Student* (при розподілі масивів близькими до нормальних), чи U-критерію *Wilcoxon-Mann-Whitney* (при нерівномірному розподілі). Аналіз якісних ознак – за критерієм χ^2 . Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Результати проведених розрахунків гематологічних індексів і коефіцієнтів щодо вивчення реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів у периферійній крові хворих на гострий панкреатит наведені у таблиці 1.

Формування і перебіг ГП супроводжується значним ($P < 0,05$) зростанням (у 7,56 разів) реактивної відповіді НГ, що свідчить про виражену активацію вроджених факторів і механізмів протиінфекційного захисту на запальний процес у підшлунковій залозі. Значення індексу реактивності НГ вказує на субкомпенсовану інтоксикацію організму хворих, яка зумовлена мікробним чинником. Окрім цього, у хворих на ГП зростає у 2,53 рази нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт, що свідчить про зростання відносної кількості НГ і перевагу активації неспецифічних факторів у протиінфекційному захисті над адаптивним специфічним імунітетом.

Посилена активація НГ у хворих на ГП демонструється показником зростання індексу зсуву нейтрофілів у 7,53 рази при запальному процесі за інтоксикації середнього ступеня тяжкості. Зростання індексу зсуву лейкоцитів у периферійній крові хворих на ГП у 2,52 рази свідчить про активацію запального процесу та порушення факторів і механізмів неспецифічного вродженого протиінфекційного і специфічного імунного захисту пацієнтів із ГП. Це підтверджується і зниженням лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу у 2,54 рази.

Зниження у 4,36 разів індексу співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ свідчить про інтоксикацію середнього ступеня тяжкості, яка, в основному, зумовлена інфекційним процесом.

Зниження у 2,56 рази лейкоцитарного індексу свідчить про перевагу клітинної ланки протиінфекційного захисту (фагоцитозу) у хворих на ГП на перших етапах розвитку запального процесу. Зниження загального показника співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ на 38,28% вказує на переважання інтоксикації зумовленої мікробними факторами (ендотоксинами та екзотоксинами), хоча, також, існує й автоімунний процес.

Таким чином, підвищений рівень інтоксикації (середній ступінь тяжкості) мінімізує функціональну стимульовану активність факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту організму хворих на ГП, про що свідчить супресивна дія інтоксикації на загальний рівень неспецифічної резистентності організму хворих у цілому, яка знижується на 90,58%. Саме тому, проведення еферентної детоксикаційної корекції, на перших етапах лікування, є необхідною імунологічною маніпуляцією у цей період.

Результати вивчення реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові хворих на алкогольний гострий панкреатит (АГП) наведені у таблиці 2.

Формування, розвиток і перебіг АГП супроводжується вираженою (у 5,05 разів) активацією реактивності НГ периферійної крові. Це знаходить своє підтвердження у значеннях і змінах інших аналітичних імуно-гематологічних індексів і коефіцієнтів. Так, у хворих на АГП суттєво зростає значення нейтрофільно-лімфоцитарного коефіцієнту у 3,10 рази, що свідчить про значну перевагу на початковому етапі розвитку АГП неспецифічного захисту за рахунок активації НГ, на противагу цьому, «професійні» імунокомпетентні лімфоцити в даний період не проявляють активності а їх концентрація у периферійній крові не зазнає змін. Активність НГ периферійної крові призводить до суттєвого (у 4,93 разів) зростання зсуву цієї популяції імуно-компетентних клітин (нейтрофілів).

Зміни індексу зсуву нейтрофільних лейкоцитів, а також, індексу зсуву лейкоцитів вказують на тяжкий запальний процес, який супроводжується вираженою інтоксикацією, пов'язаною із інфекційним процесом, а також, за рахунок деградації клітин і тканин. Цю концепцію підтверджує значення індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів, яке зростає у 1,94 рази (на 94,16%); а також, зниження індексу співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ у 3,20 рази. Суттєве зниження останнього свідчить про значне переважання мікробної інтоксикації при запальному процесі у хворих на АГП.

Зниження значення лейкоцитарного індексу у 3,07 рази і лімфоцитарного індексу у 3,11 рази підтверджує те, що на даному етапі (початок клінічної маніфестації АГП) клітинна ланка як неспецифічного, так і специфічного протиінфекційного захисту переважає активність гуморальної ланки імунної системи.

Зниження у 2,53 рази індексу неспецифічної резистентності, на нашу думку, зумовлено інтоксикацією організму хворих на АГП, спричинене переважно інфекційним і меншою мірою автоімунним процесом, а також, не останню роль у цьому процесі відіграє вживання алкоголю. Все перераховане свідчить про зниження функціональної активності факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту організму хворих на АГП.

Результати вивчення реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові хворих на біліарний гострий панкреатит (БГП) наведені у таблиці 3.

Таблиця 1. Реактивна відповідь нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові хворих на гострий панкреатит

Показники	Одиниці виміру	Хворі на гострий панкреатит (n=189) M ± m	Практично здорові особи (n=37) M ± m	p
Індекс реактивної відповіді нейтрофілів	у.о.	0,452 ± 0,13	0,059 ± 0,009	< 0,05
Нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт	у.о.	5,53 ± 0,47	2,19 ± 0,27	< 0,01
Індекс зсуву нейтрофілів	у.о.	0,452 ± 0,12	0,060 ± 0,009	< 0,05
Індекс зсуву лейкоцитів	у.о.	4,36 ± 0,22	1,73 ± 0,09	< 0,001
Лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс	у.о.	1,75 ± 0,18	4,44 ± 0,31	< 0,01
Індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів	у.о.	17,70 ± 1,21	7,36 ± 0,17	< 0,01
Індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ	у.о.	0,33 ± 0,05	1,44 ± 0,11	< 0,001
Лейкоцитарний індекс	у.о.	0,18 ± 0,02	0,46 ± 0,04	< 0,01
Лімфоцитарний індекс	у.о.	0,181 ± 0,015	0,457 ± 0,015	< 0,001
Індекс неспецифічної резистентності	у.о.	25,37 ± 0,47	48,35 ± 0,57	< 0,001
Загальний показник співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ і ЛІІ	у.о.	4,65 ± 0,27	6,43 ± 0,47	< 0,05

Примітка: ШЗЕ – швидкість зсідання еритроцитів; ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації; p – вірогідність різниць показників між хворими на гострий панкреатит і практично здоровими особами.

Таблиця 2. Реактивна відповідь нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові хворих на алкогольний гострий панкреатит

Показники	Одиниці виміру	Хворі на алкогольний панкреатит (n=189) M±m	Практично здорові особи (n=37) M±m	p
Індекс реактивної відповіді нейтрофілів	у.о.	0,297 ± 0,031	0,059 ± 0,009	< < 0,01
Нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт	у.о.	6,79 ± 0,48	2,19 ± 0,27	< 0,01
Індекс зсуву нейтрофілів	у.о.	0,296 ± 0,05	0,060 ± 0,009	< 0,01
Індекс зсуву лейкоцитів	у.о.	4,75 ± 0,27	1,73 ± 0,09	< 0,001
Лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс	у.о.	1,42 ± 0,15	4,44 ± 0,31	< 0,01
Індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів	у.о.	14,29 ± 0,79	7,36 ± 0,17	< 0,01
Індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ	у.о.	0,45 ± 0,05	1,44 ± 0,11	< 0,001
Лейкоцитарний індекс	у.о.	0,15 ± 0,02	0,46 ± 0,04	< 0,01
Лімфоцитарний індекс	у.о.	0,147 ± 0,015	0,457 ± 0,015	< 0,001
Індекс неспецифічної резистентності	у.о.	19,10 ± 0,18	48,35 ± 0,57	< 0,001
Загальний показник співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ і ЛІІ	у.о.	3,19 ± 0,21	6,43 ± 0,47	< 0,01

Примітка: ШЗЕ – швидкість зсідання еритроцитів; ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації; p – вірогідність різниць показників між хворими на алкогольний панкреатит і практично здоровими особами.

Таблиця 3. Реактивна відповідь нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові хворих на біліарний гострий панкреатит

Показники	Одиниці виміру	Хворі на біліарний панкреатит (n=72) M ± m	Практично здорові особи (n=37) M ± m	p
Індекс реактивної відповіді нейтрофілів	у.о.	0,580 ± 0,012	0,059 ± 0,009	< 0,001
Нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт	у.о.	4,83 ± 0,47	2,19 ± 0,27	< 0,05
Індекс зсуву нейтрофілів	у.о.	0,581 ± 0,011	0,060 ± 0,009	< 0,001
Індекс зсуву лейкоцитів	у.о.	4,17 ± 0,27	1,73 ± 0,09	< 0,001
Лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс	у.о.	2,20 ± 0,17	4,44 ± 0,31	< 0,01
Індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів	у.о.	24,11 ± 1,24	7,36 ± 0,17	< 0,001
Індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ	у.о.	0,25 ± 0,01	1,44 ± 0,11	< 0,001
Лейкоцитарний індекс	у.о.	0,21 ± 0,01	0,46 ± 0,04	< 0,01
Лімфоцитарний індекс	у.о.	0,207 ± 0,014	0,457 ± 0,015	< 0,001
Індекс неспецифічної резистентності	у.о.	32,73 ± 0,31	48,35 ± 0,57	< 0,001
Загальний показник співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ і ЛІІ	у.о.	6,41 ± 0,17	6,43 ± 0,47	> 0,05

Примітка: ШЗЕ – швидкість зсідання еритроцитів; ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації; p – вірогідність різниць показників між хворими на біліарний панкреатит і практично здоровими особами.

У хворих на БГП наявна виражена активація нейтрофільних гранулоцитів за значенням індексу реактивної відповіді НГ, який зростає у цих хворих у 9,83 разів. Стимуляцію активності НГ також підтверджує зростання нейтрофільно-лімфоцитарного коефіцієнту 2,21 рази.

Зростання індексів зсуву нейтрофілів і лейкоцитів периферійної крові хворих на БГП свідчить про виражений активний прогресуючий запальний процес і порушення імунологічної реактивності (функціональної активності факторів і механізмів неспецифічного та імунного специфічного захисту).

Лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс, який дозволяє диференціювати автоінтоксикацію і бактеріальну інтоксикацію організму хворих на БГП, знижується у 2,02 рази, що свідчить про перевагу інфекційної інтоксикації.

Суттєве зростання (у 3,28 рази) індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів вказує на значно виражену активацію мікрофагальної системи протиінфекційного захисту у порівнянні з активністю макрофагальної захисної системи. Остання, крім ефективного фагоцитозу, бере участь в імунологічному розпізнаванні і презентації Т-лімфоцитам антигенів. Все це є свідченням того, що формування і розвиток БГП супроводжується вираженою активацією поліморфноядерних НГ периферійної крові.

Зниження лейкоцитарного індексу у 2,19 рази та лімфоцитарного у 2,21 рази дозволяє говорити про те,

що у хворих на БГП клітинна ланка протиінфекційного неспецифічного та імунного специфічного захисту на перших етапах захворювання переважає за своєю ефективністю гуморальні механізми захисту.

Наявність у хворих на БГП інтоксикації, зумовленої інфекційним процесом та, меншою мірою, - автоімунним, призводить до лімітування функціональної активності факторів і механізмів неспецифічного вродженого і специфічного набутого імунного протиінфекційного захисту організму хворих, що підтверджується зниженням на 47,72% індексу неспецифічної резистентності організму.

Таким чином, формування, розвиток і перебіг на перших етапах маніфестації БГП супроводжується вираженою активацією реактивної відповіді нейтрофільних поліморфних гранулоцитів периферійної крові хворих на БГП.

Як вказувалося вище, на реактивну відповідь нейтрофілів периферійної крові хворих на АГП впливав апоптоз. Тому, у цих хворих встановлена інфекційна та автоімунна інтоксикація на фоні впливу алкоголю. З метою виявлення відмінностей впливу (алкогольного і біліарного) на розвиток ГП, нами проведено порівняльний аналіз показників реактивної відповіді НГ периферійної крові хворих на ГП алкогольного і біліарного генезу. Результати встановлення реактивної відповіді НГ периферійної крові хворих на ГП, у порівняльному аспекті, в залежності від генезу, наведені у таблиці 4.

Таблиця 4. Порівняльна характеристика реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові хворих на гострий панкреатит залежно від генезу

Показники	Одиниці виміру	Хворі на алкогольний панкреатит (n=117) M ± m	Хворі на біліарний панкреатит (n=72) M ± m	p
Індекс реактивної відповіді нейтрофілів	у.о.	0,297 ± 0,031	0,580 ± 0,012	< 0,01
Нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт	у.о.	6,79 ± 0,48	4,83 ± 0,47	< 0,05
Індекс зсуву нейтрофілів	у.о.	0,296 ± 0,05	0,581 ± 0,011	< 0,01
Індекс зсуву лейкоцитів	у.о.	4,75 ± 0,27	4,17 ± 0,27	> 0,05
Лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс	у.о.	1,42 ± 0,15	2,20 ± 0,17	< 0,05
Індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів	у.о.	14,29 ± 0,79	24,11 ± 1,24	< 0,01
Індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ	у.о.	0,45 ± 0,05	0,25 ± 0,01	< 0,05
Лейкоцитарний індекс	у.о.	0,15 ± 0,02	0,21 ± 0,01	< 0,05
Лімфоцитарний індекс	у.о.	0,147 ± 0,015	0,207 ± 0,014	< 0,05
Індекс неспецифічної резистентності	у.о.	19,10 ± 0,18	32,73 ± 0,31	< 0,001
Загальний показник співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ і ЛІІ	у.о.	3,19 ± 0,21	6,41 ± 0,17	< 0,001

Примітка: ШЗЕ – швидкість зсідання еритроцитів; ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації; p – вірогідність різниць показників між хворими на алкогольний і біліарний панкреатит.

У хворих на АГП знижена на 95,29% реактивна відповідь нейтрофільних гранулоцитів у порівнянні з такими показниками у хворих на БГП, та індекс зсуву нейтрофілів на 96,28%, що свідчить про посилення загальної інтоксикації організму хворих на АГП. Підтвердженням цього є збільшення на 13,91% індексу зсуву лейкоцитів.

Зниження у хворих на АГП лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу на 54,93% свідчить про те, що у цих пацієнтів інфекційна інтоксикація переважає над інтоксикацією автоімунного процесу, а зниження індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів вказує, що у хворих на БГП перевага у протиінфекційному захисті належить моноцитам/макрофагам, а у хворих на АГП клітинний протиінфекційний захист зумовлений більшою мірою мікрофагальною системою (нейтрофіли).

Зростання у хворих на АГП індексу співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ на 80,0% підтверджує думку про суттєве зростання екзогенної інтоксикації (інфекційної та алкоголю) організму хворих.

Зниження лейкоцитарного (на 40,0%) і лімфоцитарного (на 40,82%) індексів у хворих на АГП у порівнянні з такими показниками у хворих на БГП, свідчить про те, що в останніх, клітинний захист здійснюється більш ефективно моноцитами/макрофагами, а у хворих на АГП – за рахунок активації нейтрофільних лейкоцитів. При цьому в обох групах хворих на ГП гуморальні фактори протиінфекційного захисту проявляють меншу активність і малоефективні.

Таким чином, сказане вище вказує на те, що алкоголь, який став пусковим механізмом формування та перебігу ГП, негативно впливає на формування реактивної відповіді НГ периферійної крові хворих на АГП, мінімізуючи реактивну відповідь НГ, що призводить до пониження неспецифічного протиінфекційного захисту організму пацієнтів.

У кінцево-диференційованих (сегментоядерних), короткоживучих НГ при активації спостерігаються різноспрямовані дії, які пов'язані з активацією генів, кодуєчих регуляцію синтезу різноманітних білків, що забезпечують стабільність гомеостазу як гуморальних, так і клітинних факторів протиінфекційного захисту [13]. Окрім змін в експресії генів, мають місце зміни рівнів мРНК у нейтрофілах людини, при їх експозиції з бактеріями, що стає важливим у функціональній активації НГ щодо синтезу доімунних та імунних цитокінів і хемокінів, адгезивних молекул; ферментів; речовин, що регулюють ріст та апоптоз імунокомпетентних та інших клітин. Така активація функції НГ проходить у периферійній крові здорової людини та в організмі людини, хворої на ГП, за наявності інтоксикації, зумовленої інфекційним та автоімунним процесом, тоді, як на фоні вживання алкоголю НГ зазнають негативної дії і порушується функція чутливості НГ до змін в організмі хворої людини.

Нейтрофільні лейкоцити на підвищену інтоксикацію в організмі реагують появою токсигенної зернистості та вакуолізації цитоплазми нейтрофілів. Вакуолізації цитоплазми нейтрофілів периферійної крові

хворих на АГП не виявлено у жодного пацієнта, проте вона спостерігалася у 9 (12,5%) хворих на БГП.

Токсигенна зернистість виявлена у 36 (30,77%) хворих на алкогольний ГП. Із них, у 27 (23,08%) пацієнтів вона оцінена на 1+, а у 9 (7,7,69%) – оцінена на 2+. Разом з тим, токсигенна зернистість НГ виявлена у 54 (75%) хворих на біліарний ГП; вона оцінена у 36 (50%) пацієнтів як 1+, у 9 (12,5%) – як 2+, в інших 9 (12,5%) осіб – як 3+.

Таким чином, у хворих на ГП підвищується рівень реактивної відповіді НГ периферійної крові і це підвищення залежить від чинника, що зумовив патологічний процес. Реактивна відповідь НГ периферійної крові більш виражена у хворих на БГП і менша активація НГ спостерігається у хворих на АГП. З нашої точки зору, зменшення рівня реактивної відповіді НГ у хворих на АГП зумовлено лімітуючою дією останнього на функціональну активність короткоживучих НГ. Разом з тим, токсигенна зернистість НГ більш виражена у хворих на БГП. Вакуолізація цитоплазми нейтрофілів виявляється тільки у НГ периферійної крові хворих на БГП.

Характер перебігу і тяжкість захворювання запального процесу визначає ступінь екзогенної та ендогенної інтоксикації та імунна реактивність організму хворого. Перераховане вище, рівень адаптаційного напруження, клітинна реактивність організму (ступінь інтоксикозу), реактивна відповідь НГ периферійної крові, хворих на ГП, залежить і від генезу – алкогольний чи біліарний ГП.

Висновки

1. Підвищений рівень інтоксикації (середній ступінь тяжкості) мінімізує функціональну стимульовану активність факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту організму хворих на гострий панкреатит (ГП): супресивна дія інтоксикації на загальний рівень неспецифічної резистентності організму хворих загалом знижується на 90,58%.

2. У хворих на алкогольний ГП зниження індексу неспецифічної резистентності у 2,53 рази зумовлено інтоксикацією організму переважно інфекційним і, меншою мірою, автоімунним процесом та алкоголем.

3. Інтоксикація хворих на біліарний ГП супроводжується лімітуванням функціональної активності факторів і механізмів неспецифічного вродженого і специфічного набутого імунного протиінфекційного захисту організму хворих, зниженням індексу неспецифічної резистентності організму на 47,72%.

4. Реактивна відповідь нейтрофільних гранулоцитів (НГ) периферійної крові та їх токсигенна зернистість більш виражені у хворих на біліарний, ніж на алкогольний ГП. Вакуолізація цитоплазми НГ наявна виключно у хворих на біліарний ГП, що підтверджує сильнішу інтоксикацію організму саме за даного генезу.

Перспективи подальших досліджень. Встановлення можливих генетичних механізмів формування гострого панкреатиту з урахуванням етіологічного чинника та статі.

Література

1. Бабінець Л.С. Хронічний панкреатит: діагностика і лікування, алгоритми динамічного спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини на закладах доказової медицини / Л.С. Бабінець // «Здоров'я України». – 2012. – №1 (23). – С. 61-63.
2. Велигоцький Н.Н. Острый панкреатит / Н.Н. Велигоцький, А.В. Горбилич, А.Ю. Бодрова // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 63–69.
3. Казмірчук В.Є. Клінічна імунологія і алергологія / В.Є. Казмірчук, Л.В. Ковальчук. – Вінниця: Нова книга, 2006 – 528 с.
4. Кондратенко П.Г. Тактика лечения больных с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом в зависимости от длительности заболевания / П.Г. Кондратенко, И.Н. Джансыз, А.П. Кондратенко // Укр. журнал хірургії. – 2014. – № 2 (25). – С. 36-41.
5. Наказ МОЗ України від 02.04.2010 №297 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» / МОЗ. – К.: МОЗ, 2010. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100402_297.html.
6. Ничитайло М.Ю. Панкреонекроз. Профілактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Ю.В. Снопко // Український журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С. 104-108.
7. Фагоцитарна і секреторна активність нейтрофілів і моноцитів периферійної крові пацієнтів із синдромом хронічної втоми / І.Й. Сидорчук, Л.І. Сидорчук, С.А. Левицька [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія. – 2014. – Т. XIII, № 1 (47). – С. 126-128.
8. Alteration of peripheral blood lymphocyte subsets in acute pancreatitis / Miroslawa Pietruczuk, Milena I Dabrowska, Urszula Wereszczynska-Siemiatkowska [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2006 – Vol. 12 (33). – P. 5344-5351.
9. Diagnosis and management of acute pancreatitis and its complications / Carolyn S. Dupuis, Veronica Baptista, Giles Whalen [et al.] // Gastrointestinal Intervention. – 2013. – Vol. 2, Issue 2. – P. 36-46.
10. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis: the position statement of the Italian Association for the study of the pancreas / R. Pezzilli, G. Uomo, A. Zerbi [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2008. – Vol. 40 (10). – P. 803-808.
11. Different profiles of cytokine expression during mild and severe acute pancreatitis / Zilvinas Dambrauskas, Nathalia Giese, Antanas Gulbinas [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 15. – P. 1845-1853.
12. Exocrine pancreatic insufficiency in adults: a shared position statement of the Italian association for the study of the pancreas. / R. Pezzilli, A. Andriulli, C. Bassi [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19(44). – P. 7930-46.
13. Gene expression profiling provides insight into the pathophysiology of chronic granulomatous disease / Kobayashi S.D., Voyich J.M., Braughton K.R. [et al.] // J. Immunol. – 2004. – Vol. 172, №1. – P. 636-643.
14. Lindkvist B. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency / B. Lindkvist // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19 (42). – P. 7258-7266.
15. Management of pancreatic exocrine insufficiency: Australasian Pancreatic Club recommendations / J. Toouli, A.V. Biankin, M.R. Oliver [et al.] // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 19 (3). – P. 461-467.
16. Pezzilli R. Immunological Aspects of Acute Respiratory Distress Syndrome in Acute Pancreatitis / R. Pezzilli // Immunology-Gastroenterology. – 2013. – Vol. 2, Issue 2. – P. 104-108.
17. Sudeep R. Shah Doing less and less: Continuing evolution towards a less invasive approach to infected pancreatic necrosis / Sudeep R. Shah // Indian. J. Surg. – 2010. – Vol. 72. – P. 179-180.

Отримано 1.04.14 ■

Ивашук С.И.

Буковинский государственный медицинский университет

РЕАКТИВНЫЙ ОТВЕТ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЙНОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА

Резюме. Вступление. Остается не до конца изучен реактивный ответ полиморфноядерных нейтрофильных гранулоцитов периферийной крови больных с острым панкреатитом при разных этиологических факторах.

Цель работы. Исследовать системные взаимосвязи показателей реактивного ответа полиморфноядерных нейтрофильных гранулоцитов периферийной крови и индикаторов системного воспалительного ответа и защиты, с учетом этиологического фактора, у больных с острым панкреатитом.

Материал и методы. Обследовано 189 больных, среди которых было 45 (23,8%) женщин, 144 (76,2%) мужчины, возрастом от 23 до 77 лет. Все больные имели отечную форму острого панкреатита. Группу контроля составили 37 практически здоровых лиц. Реактивный ответ нейтрофильных гранулоцитов больных с острым панкреатитом оценивали по индексу реактивного ответа нейтрофильных полиморфноядерных лейкоцитов, ней-

трофильно-лимфоцитарному коэффициенту, индексу сдвига нейтрофилов и лейкоцитов, лимфоцитарно-гранулоцитарному индексу, индексу соотношения нейтрофилов и моноцитов, лейкоцитарному и лимфоцитарному индексу, общему показателю соотношения абсолютного количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов.

Результаты и обсуждение. Формирование и течение острого панкреатита сопровождается возрастанием в 7,56 раза реактивного ответа нейтрофильных гранулоцитов, при выраженной активации врожденных факторов и механизмов противoinфекционной защиты и их преимущества над адаптивным специфическим иммунитетом. У больных с алкогольным острым панкреатитом реактивный ответ нейтрофилов снижен на 95,29% в сравнении с таковым при билиарном. Клеточная противoinфекционная защита у больных с билиарным острым панкреатитом обусловлена, в основном, моноцитами/макро-

фагами, тогда, как при алкогольном панкреатите превалирует микрофагальная система. Вакуолизация цитоплазмы нейтрофилов периферийной крови наблюдалась у 9 (12,5%) больных с билиарным острым панкреатитом и не была выявлена при алкогольном панкреатите. Токсигенная зернистость нейтрофилов отмечена у 36 (30,77%) больных с алкогольным острым панкреатитом и у 54 (75%) пациентов с билиарным.

Выводы. Установлено, что реактивный ответ нейтрофильных гранулоцитов периферийной крови и проявления интоксикации более выражены у больных с билиарным острым панкреатитом, в сравнении с алкогольным панкреатитом.

Ключевые слова: панкреатит, алкогольный, билиарный, нейтрофильные гранулоциты.

Ivashchuk S.I.

Bukovinian State Medical University

REACTIVE RESPONSE OF PERIPHERAL BLOOD POLYMORPHONUCLEAR NEUTROPHILS OF PATIENTS TO ACUTE PANCREATITIS DEPENDING ON GENESIS

Summary. The reactive response of peripheral blood polymorphonuclear neutrophils of patients to acute pancreatitis by different etiological factors remains not fully understood.

Objective. To investigate the system relationship of the parameters of the reactive response of peripheral blood polymorphonuclear neutrophils and indicators of systemic inflammatory response and protection, taking into account the etiological factor in patients with acute pancreatitis.

Materials and Methods. The study involved 189 patients, among them were 45 (23.8%) women, 144 (76.2%) men, aged 23 to 77 years. All the patients had edematous form of acute pancreatitis. The control group consisted of 37 healthy individuals. The reactive response of neutrophilic granulocytes of patients with acute pancreatitis was assessed by the index of reactive response of neutrophilic polymorphonuclear leukocytes, neutrophil-lymphocyte ratio, the shift index of neutrophils and leukocytes, lymphocyte-granulocyte index, the correlation index of neutrophils and monocytes, leukocyte and lymphocytic index, the general indicator of the correlation of the absolute quantity of leukocytes and erythrocytes sedimentation rate.

Results and Discussion. The formation and course of acute pancreatitis is accompanied by the increase in 7,56 times of the reactive response of neutrophilic granulocytes, with the evident activation of innate factors and anti-infective defense mechanisms and their advantages over adaptive specific immunity. The formation, development and progress of alcoholic acute pancreatitis is accompanied by the evident (in 5,05 times) activation of the reactivity of peripheral blood neutrophilic granulocytes. In patients with alcoholic acute pancreatitis the value of neutrophil-lymphocyte ratio significantly increases (in 3,10 times), indicating a significant advantage in the initial stage of alcoholic acute pancreatitis nonspecific protection by activation of neutrophilic granulocytes, by contrast, «professional» immunocompetent lymphocytes in this period show no activity and their concentration in peripheral blood is not changing. The significant increase (in 3,28 times) of the correlation index of neutrophils and monocytes indicates the evident activation of the microphage

system of anti-infective defense compared to the activity of macrophage defense system.

In patients with alcoholic acute pancreatitis the reactive response of neutrophils reduced in 95,29% compared with that to biliary one. Cellular anti-infective defense in patients with biliary acute pancreatitis is caused mainly by monocytes/macrophages, whereas for alcoholic pancreatitis the microphage system is prevalent. The vacuolization of peripheral blood neutrophils cytoplasm was observed in 9 (12,5%) patients with biliary acute pancreatitis and was not detected in alcoholic pancreatitis. The neutrophils toxigenic granularity was observed in 36 (30,77%) patients with alcoholic acute pancreatitis and in 54 (75%) patients with the biliary one.

Conclusions. 1. The elevated intoxication (medium severity) minimizes the functional stimulated activity of factors and mechanisms of non-specific anti-infective defense of the organism of patients with acute pancreatitis: the suppressive effect of intoxication on the overall level of non-specific resistance of the patients organism generally decreases in 90,58%.

2. In patients with alcoholic acute pancreatitis the nonspecific resistance index decrease in 2,53 times is due to the intoxication of organism mainly by the infectious and to a lesser extent, by the autoimmune process and alcohol.

3. The patients intoxication with biliary acute pancreatitis is accompanied by the limiting of the functional activity of non-specific factors and mechanisms of innate and acquired immune specific immune defense of patients, the reduction of the index of nonspecific resistance of the organism in 47,72%.

4. The peripheral blood neutrophilic granulocytes reactive response and their toxigenic grain is more pronounced in the patients with biliary acute pancreatitis than in the patients with the alcoholic one. The cytoplasm vacuolization of neutrophilic granulocytes takes place exclusively in patients with biliary acute pancreatitis confirming the stronger organism intoxication of this genesis.

Key words: pancreatitis, alcoholic, biliary, neutrophilic granulocytes.

УДК 616.36-008.5-02:616.367-003.7-089

ДЗЮБАНОВСЬКИЙ І.Я., ДЗЮБАНОВСЬКИЙ О.І., ГАЛЕЙ М.М.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ОБУМОВЛЕНУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Резюме. Діагностика і лікування холедохолітазу є актуальною проблемою хірургії. Незважаючи на успіхи, досягнуті в діагностиці та лікуванні холедохолітазу, в цій хірургічній проблемі є багато невирішених питань, що стосуються методів діагностики і раціональних способів лікування, які могли б сприяти поліпшенню результатів лікування.

Мета. Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з холедохолітазом.

Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 177 хворих з холедохолітазом. На основі рівня білірубіну при поступленні, хворі були розділені за ступенем тяжкості обтураційної жовтяниці. Лапароскопічні операції проводили на лапароскопічному обладнанні фірми «Olympus» (Японія) та «KarlStorz» (Німеччина). Проводили біохімічні дослідження для визначення функціонального стану печінки.

Результати та обговорення. З 177 пацієнтів з холедохолітазом, хронічний калькульозний холецистит мав місце у 162 хворих (95,2%) і тільки у 15 хворих (4,8%) — гострий калькульозний холецистит.

Вибір оперативного втручання в умовах обтураційної жовтяниці з холедохолітазом базувався на оцінці ступеня тяжкості жовтяниці і дилатації холедоха.

Порівняльний аналіз мініінвазивних і традиційних методів оперативного лікування хворих з холедохолітазом показав, що мініінвазивні методи лікування становили 70,6 % пацієнтів в порівнянні із традиційними з лапаротомного доступу операційними втручаннями. При цьому частота післяопераційних ускладнень при мініінвазивних втручаннях в 2,9 рази менша ніж при традиційних і рівень післяопераційної летальності зменшився в 4,7 рази.

Висновок. Перехід на мініінвазивні відеоендоскопічні і лапароскопічні методи операційного лікування у хворих на холедохолітаз, суттєво покращує якість лікування пацієнтів.

Ключові слова: холедохолітаз, операційне лікування, діагностика.

Актуальність

За останні десять років в хірургії жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), ускладненої холедохолітазом, намітилися три основні тактичні підходи: «відкриті» операції на позапечінкових жовчних протоках; «одноетапні» методи — в обсязі лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у поєднанні з мініінвазивними операціями на жовчних протоках і двоетапні, що включають як перший етап ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію і транспапільярну декомпресію жовчних протоків в обсязі папілосфінктеропластики з подальшою ЛХЕ або холецистектомією з міні доступу (МХЕ) [1,3,4,7,8]. Роль і місце біліарних декомпресійних транспапільярних мініінвазивних оперативних втручань в якості першого етапу хірургічного лікування обтураційної жовтяниці (ОЖ) багатьма авторами трактується неоднозначно [2,4,6,8]. Терміни виконання ЛХЕ і МХЕ на другому етапі різні: від 2-3 діб [2,5] до 7-13 діб [5,8].

Мета роботи. Покращення результатів лікування хворих з холедохолітазом.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 177 хворих з холедохолітазом. У віці 20-59 років був 91 хворий (51,4 %), 60-74 роки — 71 (40,1%), 75 років і більше — 15 (8,47%). У терміни до 1 тижня з моменту захворювання надійшло 54,1% пацієнтів, до 2 тижнів — 36,9 %, до 3 тижнів — 9 %. Чоловіків було 37 %, жінок — 73 % (таб.1). Хворі з ОЖ були розподілені за ступенем тяжкості, яка визначалася на основі рівня білірубіну при госпіталізації: I ступінь — 78 хворих (55,73 %) — до 100 мкмоль / л; II ступінь — 44 (31,42 %), 100-200 мкмоль / л; III ступінь — 18 (12,85 %), більше 200 мкмоль / л.

© Дзюбановський І.Я., Дзюбановський О.І., Галей М.М., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

У зв'язку з варіабельністю клінічної симптоматики холедохолітазу, для більш високої інформативності біліарної обструкції та верифікації холедохолітазу була використана ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ) і магнітно-резонансна томографія з МРТ-холангіографією. Інформативність і чутливість даних методів становила 100%. Виділяли наступні ступені дилатації холедоха: I ступінь – 7-11 мм.; II ступінь – 12-19 мм.; III ступінь – 20 мм. і більше.

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком і статтю

Стать пацієнта	Вікова група			Всього
	20 – 59 років	60 – 74 роки	75 – 89 років	
Жінки	58	45	9	112 (63 %)
чоловіки	33	26	6	65 (37%)
Всього	91 (51,4%)	71 (40,1 %)	25 (85%)	177 (100%)

Таблиця 2. Тривалість холецистолітазу в різних вікових групах

Тривалість холецистолітазу	Вік (в роках)			Всього
	20 – 59 років	60 – 74 років	75 – 89 років	
До 1 року	11	9	2	22 (12 %)
1 – 3 роки	25	20	4	49 (28 %)
4 – 5 років	26	21	5	52 (29 %)
6 – 10 років	20	15	3	38 (22 %)
Більше 10 років	9	6	1	16 (9 %)
Всього	91	71	15	177 (100 %)

Таблиця 3. Супутні захворювання в різних вікових групах

		Вік (в роках)			
		20 – 59 років	60 – 74 роки	75 – 89 років	Всього
Всього хворих		91	71	15	177
Без супутніх захворювань		29	9		38
Із супутніми захворюваннями		62	62	15	139
Кількість захворювань	1	44			44
	2	18			18
	3		39		39
	4		20	9	29
	5		3	4	7
	6			2	2
Індекс поліморбідності		1,2	3,2	4,05	1,1

Лапароскопічні операції проводили на лапароскопічному обладнанні фірми «Olympus» (Японія) та «KarlStorz» (Німеччина). Проводили біохімічні дослідження для визначення функціонального стану печінки. Нами вивчено рівень загального білірубину за допомогою набору реактивів для визначення загального та прямого білірубину в сироватці крові за методом Ендрашика (Recommendation on a Uniform Bilirubin Standard, 1962). Ферментативний спектр охоплював визначення активності аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ) за допомогою набору реактивів за методом Райтмана–Френкеля (S. Reitman, S. Frankel, 1957). Лужну фосфатазу (ЛФ) визначали за допомогою набору реактивів за методом, запропонованим J. Kind (J. Kind, 1954). Рівень маркера пошкодження печінки liver fatty acids binding proteins (L-FABP) визначали за допомогою імуноферментного аналізатора Stat-Fax-303 із використанням набору реактивів фірми Nu Cult biotechnology (Голландія, 2004), перед операцією і на 1, 3, 7 добу після ліквідації холестазу. Клас операційно-анестезіологічного ризику (ОАР) визначали за шкалою Detsko-Larsen-Goldman (1995). Обробка результатів проводилась за допомогою програмного пакета Statistica 6.0.

Результати обговорення

З 177 пацієнтів з холедохолітазом, хронічний калькульозний холецистит мав місце у 162 хворих (95,2 %) і тільки у 15 хворих (4,8%) — гострий калькульозний холецистит.

Аналізуючи тривалість холецистолітазу (табл. 2) слід відмітити, що у віці 60-74 років тривалість камененосійства двох років і більше була у 62 (87,32 %) із 71 пацієнта даної вікової категорії, і 13 (86,66 %) із 15 пацієнтів у віці 75-89 років. Загалом тривалість камененосійства більше двох років у віці 60 років і старше відмічена у 75 (87,20 %) пацієнтів старшої вікової категорії із 86 у даному віці.

Таблиця 4. Типи операцій в залежності від ступеня дилатації холедоха.

Типи операцій	Ступені дилатації холедоха		
	7-11 мм	12-19 мм	20 мм і більше
Мініінвазивні	ЕРПХГ + ЕПСТ + ЕЛЕ (I етап), ЛХЕ (II етап)	ЕРПХГ + ЕПСТ + ЕЛЕ + ЛХЕ ЛХЕ + ЛХЛТ + глухий шов холедоха	ЕРПХГ + ЕПСТ + ЕХЛТ ЛХЕ + ЛХЛТ + холедохостомія
Традиційний лапаротомний	ТХЕ (або МХЕ) + ХЛТ + холедохостомія	ТХЕ (або МХЕ) + ХЛТ + холедохостомія	ТХЕ + холедоходуоденостомія

Примітка: ЕПСТ – ендоскопічна папілосфінктеротомія; ЕЛЕ – ендоскопічна літоекстракція; ЛХЛТ – лапоскопічна холедохолітомія; ЕХЛТ – ендоскопічна холедохолітомія; ТХЕ – традиційна холецистектомія; ХЛТ – холецистолітомія.

Таблиця 5. Методи лікування хворих з холедохолітазом.

Методи лікування	Число хворих		Післяопераційні ускладнення		Число летальних випадків	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мініінвазивні	125	70,6	2	1,6	1	0,8
Традиційний лапаротомний	52	29,4	3	4,7	2	3,8
Всього	177	100	5	2,8	3	1,6

На наш погляд наявний високий процент ускладнених форм ЖКХ зв'язаний з тактичними помилками на попередніх етапах лікування так як дана категорія пацієнтів повинна була бути прооперована з приводу калькульозного холециститу ще в молодому і зрілому віці без ускладнень основного захворювання, при низькому операційно-анестезіологічному ризику (ОАР) і індексу поліморбідності (табл.3).

Як видно із таблиці 3, у 139 (78,53 %) із 177 пацієнтів відмічено супутні захворювання. Із них у 95 пацієнтів із 139 були наявні два і більше супутні захворювання. Характерно що, у віці 60-74 роки без супутніх захворювань було виявлено 9 (12,67 %) пацієнтів, у віці 75-89 років супутні були у 100 % пацієнтів, індекс поліморбідності у даної категорії пацієнтів склало 4,05.

Вибір оперативного втручання в умовах ОЖ з холедохолітазом базувався на оцінці ступеня тяжкості жовтяниці і дилатації холедоха (табл. 4).

Відкриті операційні втручання визнані як одноетапні, були виконані у 52 пацієнтів (29,4 %). У 46 (88,46 %) з них була виконана холецистектомія з холедоходуоденостомією і у 6 (11,54 %) – холецистектомія з мінідоступу з холедохолітомією і зовнішнім дренажуванням холедоха. Дані операційні втручання були виконані в плановому порядку у хворих молодого та середнього віку з легким і середнім ступенем ОЖ, I-II класом ОАР.

Мініінвазивні відеоендоскопічні операційні втручання були виконані у 125 пацієнтів з 177 (70,6 %). Одноетапна хірургічна тактика з мініін-

вазивними, відеоендоскопічними операційними втручаннями була застосована у 18 пацієнтів (14,4 %), з них у 10 проведена ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з назобіліарним дренажуванням, з наступним ендопротезуванням холедоха і у 8 пацієнтів – ЕПСТ з літоекстракцією. Розроблена тактика була застосована у хворих похилого та старечого віку з важким ступенем ОЖ і 4 класом ОАР. Всі хворі були оперовані в екстреному порядку для ліквідації обтураційного холестаза.

У 21 (16,8 %) хворого були виконані одноетапні лапароскопічні операції. З них у 10 (8 %) – ЛХЕ, лапароскопічна холедохолітомія (ЛХЛТ), інтраопераційна відеоревізія холедоха з накладенням глухого шва і у 11 хворих (8,8 %) були виконані ЛХЕ, ЛХЛТ, інтраопераційна холангіографія з зовнішнім дренажуванням холедоха через куксу протоки міхура. Характерно, що одно етапні лапаровідеоендоскопічні операційні втручання виконувались з легким ступенем ОЖ і I-II класом ОАР у хворих молодого та середнього віку при відсутності гострого холангіту.

Двоетапна хірургічна тактика була розроблена у 86 пацієнтів (68,8%), при цьому як перший етап виконувалася мініінвазивна ЕПСТ з екстракцією конкрементів і як другий етап ЛХЕ. Як правило, це були пацієнти з легким і середнім ступенем ОЖ і I-III класом ОАР. Мініінвазивні операції носили превентивний декомпресійний характер і виконувались в екстреному порядку з передопераційної підготовкою до виконання другого етапу радикального операційного лікування.

Сучасні мініінвазивні ендоскопічні методики при проведенні двохетапного ендоскопічного лікування застосовували на фоні відповідної медикаментозної терапії із застосуванням Сандостатину 0,1 мг — 3 р / добу.

Порівняльний аналіз мініінвазивних і традиційних методів оперативного лікування хворих з холедохолітазом (табл. 5) показав, що мініінвазивні методи лікування становили 70,6 % пацієнтів в порівнянні із традиційними з лапаротомного доступу операційними втручаннями. При цьому частота післяопераційних ускладнень при мініінвазивних втручаннях в 2,9 раза менша ніж при традиційних і рівень післяопераційної летальності зменшився в 4,7 раза.

Висновок

Перехід на мініінвазивні відеоендоскопічні і лапароскопічні методи операційного лікування у хворих на холедохолітаз при умові низького і помірного операційно-анестезіологічного ризику і при відсутності локальних інтраопераційних запальних і анатомічних змін з боку жовчевого міхура та елементів гепатодуоденальної зв'язки, суттєво покращує якість лікування пацієнтів.

Література

1. Быстров С.А. Миниинвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском / С.А. Быстров, Б.Н. Жуков, В.О. Бизярин // *Хирургия*. — 2010. — № 7. — С. 55-59.
2. Ветшев П.С. Хирургическое лечение холедохолитиаза: незбленые принципы, щадящие технологи / П.С. Ветшев, А.М. Шулуток, М.И. Прудков // *Хирургия*. — 2005. — № 8. — С. 91-93.
3. Ковальчук Л.А. Оптимизация хирургической тактики лечения больных с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом / Л.А. Ковальчук, И.Я. Дзюбановский, И.И. Смачило, О.И. Дзюбановский, Н.М. Галей // «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» *Материалы конгресса Донецк 18-20 сентября*. — 2013. — С. 107-108
4. Конаненко Ю.М. Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза / Ю.М. Конаненко, Л.Е. Латарья, С.А. Данилов и др. // *Аналы хир. гепатол.* — 2011. — 16:4. — С. 56-60.
5. Майстренко Н.А., Стуколов В.В. *Холедохолитиаз: руководство для врачей* // Санкт-Петербург, ЭЛБИ-СПБ. — 2000. — 288 с.
6. Охотников О.И. Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении осложненной желчекаменной болезни / О.И. Охотников, Н.В. Яковлева, С.Н. Григорев и др. // *Аналы хир. гепатол.* — 2013. — 18:1. — С. 29-31.
7. Огородник П.В. Возможности трансбиллярных и лапароскопических методов лечения холедохолитиаза / П.В. Огородник, А.Н. Литвиненко, В.В. Беляев, А.Г. Дейниченко // *Клін. хірургія*. — 2011. — № 3. — С. 12-17.
8. Ничитайло М.Ю., Захараш Ю.М. Діагностично-лікувальна тактика з використанням мініінвазивних технологій при механічній жовтяниці, зумовленій холедохолітазом // *Хірургія України*. — 2008. — № 2. — С. 5-13.

Отримано 30.04.14 ■

Дзюбановский И.Я., Дзюбановский О.И., Галей Н.М.

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского Министерства здравоохранения Украины"

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Резюме. Диагностика и лечение холедохолитиаза является актуальной проблемой хирургии. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении холедохолитиаза, в этой хирургической проблеме существует много нерешенных вопросов, касающихся методов диагностики и рациональных способов лечения, которые могли бы способствовать улучшению результатов лечения.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с холедохолитиазом.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 177 больных с холедохолитиазом. На основе уровня билирубина при поступлении, больные были разделены по степени тяжести обтурационной желтухи. Лапароскопические операции проводили на лапароскопическом оборудовании фирмы «Olympus» (Япония) и «KarlStorz» (Германия). Проводили биохимические исследования для определения функционального состояния печени.

Результаты и обсуждение. Из 177 пациентов с холедохолитиазом, хронический калькулезный холецистит имел место в

162 больных (95,2 %) и только у 15 больных (4,8 %) — острый калькулезный холецистит.

Выбор оперативного вмешательства в условиях обтурационной желтухи с холедохолитиазом базировался на оценке степени тяжести желтухи и дилатации холедоха.

Сравнительный анализ миниинвазивных и традиционных методов оперативного лечения больных с холедохолитиазом показал, что миниинвазивные методы лечения составляли 70,6 % пациентов по сравнению с традиционными с лапаротомного доступа операционными вмешательствами. При этом частота послеоперационных осложнений при миниинвазивных вмешательствах в 2,9 раза меньше, чем при традиционных и уровень послеоперационной летальности уменьшился в 4,7 раза.

Вывод. Переход на миниинвазивные видеоэндоскопические и лапароскопические методы операционного лечения у больных холедохолитиазом, существенно улучшает качество лечения пациентов.

Ключевые слова: холедохолитиаз, операционное лечение, диагностика.

Dzyubanovsky I.YA., Dzyubanovsky O.I., Galei M.M.
SHEI "I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University"

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE CHOICE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE DUE TO CHOLEDOCHOLITHIASIS

Introduction. Diagnosis and treatment of choledocholithiasis surgery is an urgent problem. Despite the progress made in the diagnosis and treatment of choledocholithiasis in this surgical problem are many unresolved issues relating to methods of diagnosis and rational treatments that could help improve outcomes.

Purpose. Improved results of surgical treatment of patients with choledocholithiasis.

Materials and methods. Analysis of surgical treatment of 177 patients with choledocholithiasis. For higher informativeness of biliary obstruction and choledocholithiasis verification was used endoscopic retrograde pancreatoholanhiohrafy and magnetic resonance cholangiopancreatography. Based on the level of bilirubin at admission, the patients were divided according to the severity of obstructive jaundice. Laparoscopic surgery was performed by laparoscopic equipment of «Olympus» (Japan) «KarlStorz» (Germany). Conducted biochemical studies to determine the functional state of the liver.

Results and discussion. Of 177 patients with choledocholithiasis, chronic calculous cholecystitis occurred in 162 patients (95.2 %) and only 15 patients (4.8 %) — acute calculous cholecystitis.

In 139 (78.53 %) of 177 patients seen comorbidities. Of these, 95 patients of 139 were present two or more comorbidities. Noteworthy that, at the age of 60-74 years without comorbidities were identified 9 (12.67 %) patients aged 75-89 years were related in all patients polymorbidnosti index in these patients was 4.05.

Open surgeries recognized as a one-stage, were performed in 52 patients (29.4 %). In 46 (88.46 %) of them were made with choledo-

choduodenostomy cholecystectomy in 6 (11.54 %) — cholecystectomy with mini laparotomy access with choledocholithotomy and external drainage of choledochal.

Mini-invasive endoscopic surgeries were performed in 125 patients out of 177 (70.6 %). One-stage surgical tactics of mini-invasive, endoscopic surgeries was used in 18 patients (14.4 %), of which 10 performed with endoscopic papillosphincterotomy nazobiliarnym drainage, followed by choledochal arthroplasty and 8 patients — with endoscopic papillosphincterotomy with removal of calculus.

Two-stage surgical tactic was developed in 86 patients (68.8 %), while the first phase was carried out miniinvasive papillosphincterotomy endoscopic extraction of calculus and the second phase of laparoscopic cholecystectomy.

Comparative analysis of mini-invasive and traditional methods of surgical treatment of patients with choledocholithiasis showed that mini-invasive treatments were 70.6 % of patients compared to traditional on laparotomy access surgery. Frequency of complications after surgery for mini-invasive interventions in 2.9 times less than the traditional and the level of mortality decreased by 4.7 times.

Conclusion. Go to the mini-invasive endoscopic and laparoscopic surgical methods of treatment in patients with choledocholithiasis in case of low and moderate operational and anesthetic risk and the absence of local intraoperative anatomical and inflammation changes in gallbladder and elements hepatoduodenal ties, significantly improves the quality of patient care.

Keywords: choledocholithiasis, surgical treatment, diagnosis.

УДК 616.61- 008.64- 036.11- 06:616.136.7- 005.6- 085

ШРАМЕНКО Е.К.¹, КУЗНЕЦОВА И.В.¹, МАКАРЧУК О.В.²¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

НЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК, ВЫЗВАННОМ ТРОМБОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Резюме. В статье представлен опыт нефропротекции при остром повреждении почек (ОПП) вследствие тромбоза почечной артерии. Диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов, данных анамнеза, УЗИ почек в режиме доплеровского картирования. Во всех случаях был выявлен тромбоз артерии единственно функционирующей почки, вторая почка была либо сморщена, либо отсутствовала. После уточнения диагноза немедленно выполнялось эндоваскулярное вмешательство, включающее селективный тромболитис, тромбоаспирацию и баллонную ангиопластику. Анурия до установления диагноза была длительной (5-7 суток). Несмотря на это, у всех больных восстановился диурез и функция почек, гемодиализная терапия не потребовалась. Таким образом, ОПП у этих больных может быть расценено как преренальное. Уточнение причины ОПП и проведение рентген-эндоваскулярного вмешательства позволило восстановить функцию почки и предотвратить необратимые изменения в ней (сморщивание).

Ключевые слова: нефропротекция, тромбоз почечной артерии, острое повреждение почек, доплерография, рентгеноваскулярное вмешательство.

Актуальность

Одной из причин ОПП является тромбоз почечных артерий. Как правило, ОПП, проявляющееся анурией, развивается в случае тромбоза обеих почечных артерий (что бывает крайне редко) или артерии единственно функционирующей почки. В случае одностороннего тромбоза контрлатеральная почка викарно полностью обеспечивает функцию. Клинические проявления зависят от массивности поражения, а также калибра артерии. Многие случаи остаются нераспознанными и в связи с этим последствия инфарктов почек (характерные соединительнотканые рубцы) оказываются находкой на аутопсии.

Особенностью этой патологии является сложность выявления тромбоза почечной артерии на ранней стадии (диагностируется менее чем у 30% больных) и кажущаяся бесперспективность лечения при длительной (5-7 суток) анурии. Общепринятый протокол диагностики и лечения тромбоза почечных артерий отсутствует. Для уточнения диагноза рекомендуют экскреторную урографию, радионуклидную ренографию, компьютерную томографию с рентгенконтрастным усилением [1]. Успех лечения зависит от ранней диагностики. Считается, что лишь при восстановлении проходимости сосуда в течение нескольких часов после окклюзии, возможно восстановление жизнеспособности и функции ишемизированной ткани почки; на более поздней стадии изменения носят необратимый характер

и хирургическое лечение нецелесообразно [2, 3]. До недавнего времени при подозрении на тромбоз почечных артерий пациентам назначалась антикоагулянтная терапия и заместительная почечная терапия гемодиализом, который становился хроническим, так как функция почек, как правило, нарушалась необратимо. Исход нередко был неблагоприятным, с высокой вероятностью геморрагических осложнений [2]. Особенно яркая клиническая картина развивается при тромбозе основного ствола почечной артерии единственно функционирующей почки, так как в этом случае резко прекращается мочеотделение и быстро нарастают азотистые шлаки. Как правило, вторая почка бывает сморщенной, возможно вследствие недиагностированного ранее тромбоза основного ствола или отсутствует.

Цель работы: показать возможность ранней диагностики тромбоза почечной артерии единственно функционирующей почки, с последующим нефропротективным лечением и полным восстановлением функции почки.

Материал и методы

Проанализировано 11 случаев ОПП вследствие тромбоза почечной артерии единственно функционирующей почки с марта 2011 по декабрь 2013 г.г. на

© Шраменко Е.К., Кузнецова И.В., Макарчук О.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

базе кафедры анестезиологии, ИТ, МНС и кардиохирургии УНИПО – реанимационном центре ДОК-ТМО (г. Донецк). Возраст больных составил от 58 до 73 лет. Из них было 8 женщин и 3 мужчины. Во всех случаях тромбоз развился на фоне атеросклероза, ишемической болезни сердца, постоянной формы мерцательной аритмии или трепетания предсердий. В анамнезе у всех пациентов – гипертонические кризы, преходящее нарушение мозгового кровообращения, мелкоочаговый инфаркт. Одной из основных жалоб были периодические боли в пояснице, не такие интенсивные, как при почечной колике, но требовавшие длительного приема анальгетиков (в том числе нестероидных противовоспалительных препаратов). У 1 больной 6 лет назад выполнена левосторонняя нефрэктомия по поводу злокачественной опухоли. Состояние больных при поступлении было расценено как тяжелое. Сроки анурии составили от 3 до 7 суток.

Всем больным до поступления в реанимационный центр выполнялось УЗИ, при этом расширения чашечно-лоханочной системы не выявлено, диагноз тромбоза не заподозрен. Приводим пример описания УЗИ почки больной П., 66 лет, который является характерным для всех пациентов. Правая почка уменьшена $7,6 \times 3,4$ см, контуры волнистые, паренхима истончена до 0,7 см. Кортико-медулярная дифференциация снижена. Эхогенность паренхимы повышена. Структура синуса диффузно неоднородна за счет линейных и точечных гиперэхогенных включений. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка $11,2 \times 4,9$ см, контуры ровные, паренхима обычной толщины. Эхогенность паренхимы обычная. Площадь почечного синуса обычная. ЧЛС не расширена. Выводы: диффузное поражение правой почки. Мочекислый диатез. Таким образом, УЗИ почек, оказалось неинформативным в плане выявления тромбоза почечной артерии.

Учитывая отсутствие обструкции, длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, больные были направлены нефрологом, урологом или терапевтом в отделение интенсивной терапии для гемодиализного лечения в связи с длительной, до 7 суток анурией и высокими цифрами мочевины ($40 \pm 6,2$ ммоль/л), креатинина ($980 \pm 10,3$ мкмоль/л) и калия плазмы крови ($6,7 \pm 0,3$ ммоль/л) с диагнозом интерстициальный нефрит, ОПП, анурия. После консультации специалиста отделения активных методов детоксикации, рекомендовано выполнение УЗИ в режиме доплеровского картирования. Поводом к назначению комплексного УЗИ почек послужил характерный анамнез заболевания с гипертензией, эпизодами нарушения ритма, преходящими нарушениями кровообращения в сердце и головном мозге, а также ноющими болями в поясничной области.

При выполнении УЗИ в режиме доплеровского картирования у той же больной выявлена следующая картина: брюшная аорта визуализируется на

всем протяжении, имеет диаметр в интерренальном сегменте 1,64 см. Стенки аорты утолщены до 0,5 см, равномерно повышенной эхогенности. Внутренние контуры неровные, просвет негомогенный, пристеночно определяются гиперэхогенные структуры размером 0,7 см (атеросклеротические бляшки). Определяется кровоток с патологической формой огибающей доплерограммы, заполнение просвета аорты частичное. Кровоток в артериях левой почки не определяется. Кровоток в правой, сморщенной почке резко обеднен. Выводы: эхопризнаки атеросклероза брюшного отдела аорты, тромбоза левой почечной артерии. Эти данные послужили поводом для немедленной консультации кардиохирурга и рентгеноваскулярного вмешательства.

Для проведения ренографии и дальнейших манипуляций больные на несколько часов переводились в отделение кардиохирургии ДОКТМО. Катетеризация почечной артерии выполнялась через бедренную артерию, а при хронической инфраренальной окклюзии через периферическую артерию (плечевую в локтевой ямке). Проводилась тромбоаспирация, селективный тромболизис (актилизе 100 мг), баллонная ангиопластика, стентирование почечной артерии (4). Для устранения повреждающего действия рентгенконтрастных средств на почечную паренхиму использовали ацетилцистеин, который вводили пациентам на протяжении последующих 1-2 суток. Непосредственно после проведения вмешательства выполнялась также гемодилюция: 0,9% NaCl 1,0 мл/кг/ч и ощелачивание плазмы 4,2% раствором соды-буфер 1мл/кг/ч с учетом темпа восстановления диуреза. На рис.1 – 4 представлены ренограммы больной П., 58 лет (7 суток анурии), которые демонстрируют восстановление кровотока после катетеризации левой почечной артерии и локального тромболизиса.

После удаления тромба больные возвращались в ОИТ под наблюдение специалистов отделения активных методов детоксикации, где продолжалось внутривенное введение гепарина в дозе от 600 до 800 Ед/ час под контролем показателей коагулограммы (целевой уровень АЧТВ – 60-80 с). Гепаринотерапию сочетали с приемом клопидогреля (75 мг/сут). Варфарин назначали в стадии восстановления диуреза. При достижении целевых значений МНО (2,5-3,5) гепарин отменяли.

У двух пациенток с распространенным процессом (тромбоз брюшного отдела аорты, тромбоз подвздошной артерии и тромбоз основного ствола почечной артерии), которые нерегулярно принимали варфарин и клопидогрель, эпизод анурии через несколько месяцев повторился. В течение 1-2 суток они самостоятельно обратились за помощью в ОИТ ДОКТМО. При доплерографии почек подтвержден диагноз ретромбоза основного ствола почечной артерии. Повторный тромболизис, тромбоаспирация и баллонная ангиопластика привели к восстановлению диуреза в течение ближайших часов. Уровень моче-

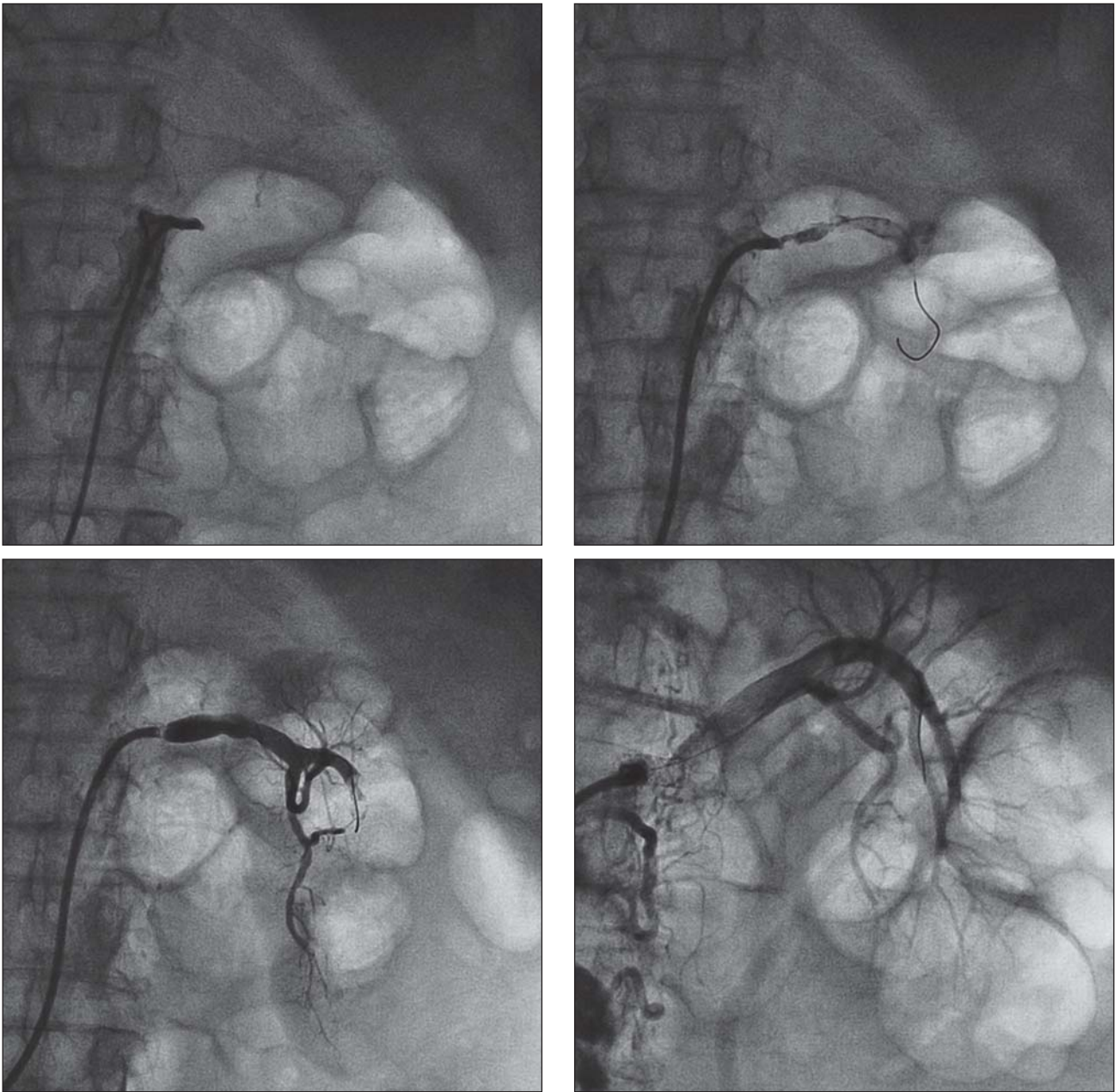


Рис. 1-4. Этапы восстановления проходимости основного ствола почечной артерии у больной П., 58 лет

вины и креатинина плазмы в этих случаях повысился незначительно: 16 ± 3 ммоль/л и 243 ± 21 мкмоль/л соответственно.

У всех пациентов функция почек восстановилась без проведения гемодиализного лечения. В ОИТ больные находились до стойкого снижения уровней мочевины и креатинина плазмы и прекращения гепаринотерапии. Ни один больной не умер. 30-дневная выживаемость составила 100%.

Такая быстрая и стойкая нормализация функционирования почек позволила сделать вывод о том, что у большей части пациентов с тромбозом почечной артерии единственно функционирующей почки, ОПП является истинно преренальным. Объяснить это

можно формированием коллатерального коркового кровообращения и сохранения таким образом канальцевого аппарата почек, способного выполнять свои функции. При этом длительные сроки анурии не должны останавливать попытку восстановления проходимости почечной артерии путем рентгеноваскулярного вмешательства. Выполнение нефропротекции и предупреждение необратимых изменений в почках (сморщивание) в группе больных с тромбозом почечной артерии стало возможным благодаря прицельному (на основании клинической картины и анамнеза заболевания) назначению УЗИ почек в режиме доплеровского картирования и установлению диагноза. Проведение рентгеноваскулярного вмеша-

тельства, которое выполнялось также по правилам нефропротекции (с гемодилюцией, ощелачиванием плазмы и введением ацетилцистеина), позволило полностью и стойко восстановить функцию почки.

Выводы

1. УЗИ почек в режиме доплеровского картирования, как один из современных, приближенных к больному визуализационных методов диагностики, позволяет быстро, с минимальным риском осложнений и высокой точностью установить диагноз тромбоз почечных артерий. УЗИ почек в обычном режиме является неинформативным при такой патологии.

2. Факторами риска развития ОПП вследствие тромбоза почечных артерий являются: атеросклероз, гипертоническая болезнь, постоянная форма фибрилляции-трепетания предсердий, злокачественные опухоли, пожилой возраст.

3. Эндоваскулярное вмешательство, включающее селективный тромболитизис, тромбоспирацию и баллонную ангиопластику при доказанном тромбозе почечной артерии единственно функционирующей почки, является целесообразным независимо от

длительности анурии. Высокие цифры креатинина в этом случае не являются противопоказанием для введения рентгенконтрастного вещества. Такая нефропротективная терапия является органосохраняющей, предотвращает сморщивание почки и необходимость в программном гемодиализе, обеспечивая хорошее качество жизни крайне тяжелой группе пациентов.

Список литературы

1. Cheng K-L. Acute renal failure, caused by unilateral renal artery thromboembolism / K-L.Cheng, Sh-Sh.Tseng, D-Ch Tarnng. // *Nephrol. Dial. Transplant.* 2003; 18: 833-835.
2. Sefer S. Renal artery thromboembolism: an unrecognized cause of acute renal failure / Sinisa Sefer, Petar Kes, Iva Ratkovic-Gusic // *Acta Clin.Groat.* 2005; 44: 47-52.
3. Острая ишемическая болезнь почек (инфаркт почки) / В кн. Рациональная фармакотерапия в нефрологии / под. ред. Н.А.Мухина, Л.В. Козловской, Е.М.Шиловой.- М.:«Литтерра». — 2006. — С.356-361.

Получено 11.03.14 ■

Шраменко К.К.¹, Кузнецова І.В.¹, Макарчук О.В.²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

НЕФРОПРОТЕКЦІЯ ПРИ ГОСТРОМ ПОШКОДЖЕННІ НИРОК ВНАСЛІДОК ТРОМБОЗА НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ

Резюме. Наведено досвід нефропротекції у 11 хворих на гостре пошкодження нирок внаслідок тромбозу ниркової артерії єдиної функціонуючої нирки. Діагностували ГПП завдяки виконанню комплексного ультразвукового дослідження з доплерографією судин нирок. Виконували ендоваскулярне втручання, як то: селективний тромболізіс, тромбоспірацію та ба-

лонну ангиопластику. Незважаючи на тривалу анурію (5-7 діб), у всіх хворих діурез та функція нирок відновилися, гемодіаліз не виконувався.

Ключові слова: нефропротекція, тромбоз ниркової артерії, гостре пошкодження нирок, тромболізіс, доплерографія.

Shramenko K.K.¹, Kuznetsova I.V.¹, Makarchuk O.V.²

¹Donetsk State Medical University

²Donetsk Regional Clinical Unit

NEPHROPROTECTION IN ACUTE KIDNEY INJURY CAUSED BY RENAL ARTERY THROMBOSIS

Summary. The paper presents the results of nephroprotection in acute kidney injury (AKI) caused by renal artery thrombosis. Nephroprotection performed due to successful diagnostics and endovascular intervention. Diagnostics was based on patient's complaints and anamnesis, ultrasonography combined with renal power Doppler analysis, using a duplex scanner. In all 11 cases was identified renal artery thrombosis in solitary functioning kidney, the second one was either wrinkled or absent. After verification of anuria cause endovascular intervention was immediately performed, including tromboaspiration, balloon angioplasty and local thrombolysis threw intraarterial catheter. The duration of anuria before intervention was from 5 to 7 days. In all cases renal function recovered in a few days, renal replacement therapy was not required.

Introduction. One of the infrequent, but significant and unrecognized causes of AKI is renal artery thromboembolism. Usually, AKI manifested by anuria, develops only in the cases when occlusion of renal artery is bilateral or in a solitary functioning kidney. The main features of this disease are the difficulties in diagnostics and late beginning of treatment, with long-term anuria, for 5-7 days. A common protocol for diagnostics and treatment of renal artery thrombosis is absent. As methods for screening are recommended intravenous urography, radionuclide renography, contrast-enhanced computed tomography. Until recently, for suspected renal artery thrombosis patients were prescribed anticoagulant therapy and renal replacement therapy with hemodialysis, which became chronic, because of irreversible renal disfunction. Surgical treatment is only effective in

the early hours. Outcome is often unfavorable. There is a high probability of hemorrhagic complications. For this reason, we decided to share with our successful experience of diagnostics and nephroprotection in AKI, caused by renal artery thrombosis solitary functioning kidney. In all cases the main sign of disease was anuria, pain in the lower back and significant elevation of serum urea, creatinine and potassium (azotemia and hyperkalemia). As a rule, the contralateral kidney was nonfunctional, more often was shrunken, probably due to previously undiagnosed thrombosis, or absent.

Material and methods. There were analyzed 11 cases of AKI, caused by renal artery thrombosis solitary functioning kidney from 2011 till 2013 year. Patients were treated in the ICU of Donetsk National Medical University, based on Resuscitation Centre of Donetsk regional clinical unit. Age ranged from 58 to 73 years. Most of the patients have a history, associated with a high risk of thromboembolism. In all cases, thrombosis developed on the background of atherosclerosis, coronary heart disease, persistent atrial fibrillation or atrial flutter. One of the main complaints was abdominal or lower back pain, not as intense as in renal colic, but requiring long-term use of analgesics (including NSAIDs). These complaints were accompanied by hypertensive crises, transient ischemic attack, myocardial infarction in history.

Results and discussion. Renal ultrasound sonography was performed in all patients before admission in ICU. This examination was uninformative to diagnose renal artery thrombosis. Because of absence of obstruction, patients were directed by nephrologist to

ICU for hemodialysis treatment in connection with anuria for 5 – 6 days and high levels of serum urea ($40 \pm 6,2$ mmol /l), creatinine ($980 \pm 10,3$ mkmol /l) and potassium ($6,7 \pm 0,3$ mmol /l). Condition was diagnosed as interstitial nephritis after NSAIDs treatment. Doppler sonography with duplex scanning revealed the ultrasound signs of atherosclerosis of the abdominal aorta, left renal artery thrombosis. After these data were received, the endovascular intervention was urgently provided. Renal artery catheterization, thromboaspiration, selective thrombolysis (Actilize 50 mg, twice during one hour), balloon angioplasty, renal artery stenting were performed. To avoid the nephrotoxic effect of rentgencontrast for the renal parenchyma, acetylcysteine was infused intravenously after intervention and for 2-3 days after it. Intravenous infusion of heparin at a dose of 600 to 800 U / h under the control of coagulation parameters (aPTT target level — 60-80 s) was continued. Heparin combined with clopidogrel (75 mg / day). Warfarin was prescribed after restoration of diuresis, when reaching the target INR (2.5-3.5). Renal function recovered in all patients without renal replacement therapy. Conclusion. Timely diagnostics of renal artery thrombosis with Doppler ultrasound scanning and endovascular intervention including renal artery catheterization, thromboaspiration, selective thrombolysis, balloon angioplasty are nephroprotective measures. Renal function recover in a few days without renal replacement therapy. In these cases AKI is diagnosed as prerenal.

Key words: renal artery thrombosis, acute kidney injury, Doppler sonography, local thrombolysis, nephroprotection.

УДК 618.132-007.44-053

МИРОВИЧ Е.Д., МИТЮКОВ В.А., ТОМАШЕВСКИЙ Н.И., ПИСАРЕНКО П.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Донецкий государственный институт здоровья, физического воспитания и спорта

Санаторий «Святые горы», г. Святогорск

МЕДИО-ЛАТЕРАЛЬНАЯ ЭПИЗИОТОМИЯ В РОДАХ, ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИИ, УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ; ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН

Аннотация. В научной статье изучены проблемы после выполненной малообоснованной медиолатеральной эпизиотомии у женщин при ведении нормальных и патологических родов; высокий риск возникновения в будущем у них проявления появившихся признаков опущения гениталий в репродуктивном возрасте, женской сексуальной дисфункции (ЖСД), урогенитальных расстройств (УТР) в пери- и менопаузальном возрасте. Рассматриваются и предлагаются современные оздоровительные хирургические методы и способы коррекции, физиотерапевтической, физической, психологической, оздоровительной реабилитации, социально-духовной помощи женщинам в менопаузе.

Ключевые слова: женщины, роды, медиолатеральная, эпизиотомия, менопауза, пролапс, урогенитальные, сексуальные расстройства, хирургическая, коррекция, физическая реабилитация.

Актуальность

Анатомо-топографические особенности строения малого таза у женщин, мышц промежности, его кровоснабжения и иннервация, тесные функциональные связи, позволяют рассматривать малый таз, как единую многокомпонентную нервно-функциональную систему, где любые изменения его, особенно при беременности у женщин, влекут за собой дисфункцию, анатомические и топографические нарушения расположения и функцию соседних органов [8, 9].

По данным современной акушерской литературы, даже при ведении нормальных влагалищных родов у относительно молодых первородящих беременных женщин, травма промежности и мышц тазового дна составляет -10-30% случаев. Причем у возрастных первобеременных первородящих травма промежности и мышц тазового дна может достигать — 50-60%, особенно в случаях применения акушерских родоразрешающих операций (акушерских щипцов, выходных или полостных, современной вакуум-экстракции плода за головку и проч.), достигает — 80% случаев [1, 2, 3, 4].

С целью укорочения продолжительности периода изгнания плода и, соответственно, укорочения сдавливающего механического воздействия на ткань промежности, кровеносные сосуды и мышцы промежности

и тазового дна подлежащей частью, головкой плода (особенно при родах у возрастных первородящих женщин), в современном акушерстве широкое применение получило малое оперативное вспомогательное вмешательство на промежности, медио-латеральная эпизиотомия.

К проведению этой малой акушерской вспомогательной, в родах операции на промежности в период изгнания плода в родах имеются достаточно известные выработанные практикой акушерские строгие показания и противопоказания в современном оперативном акушерстве. Учитывая, что медио-латеральная эпизиотомия, как и всякое другое хирургическое вмешательство на промежности, в перспективе у женщин репродуктивного возраста является травмой, производство ее оправдано только лишь у женщин группы высокого риска развития пролапса.

Вокруг целесообразности проведения этой операции в родах, так называемой, медио — латеральной эпизиотомии, сегодня ведется широкая дискуссия в

© Минович Е.Д., Митюков В.А., Томашевский Н.И., Писаренко П.Н. 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

печати среди врачей акушеров-гинекологов, вплоть до вмешательств в эту проблему административных медицинских органов.

Одни специалисты акушеры — гинекологи утверждают, что медио — латеральную эпизиотомию целесообразно проводить у пожилых первородящих беременных женщин, а так же в случаях применения в родах акушерских родоразрешающих операций (наложение акушерских щипцов, применение современной вакуум-экстракции за головку плода при имеющихся признаках внутриутробной гипоксии и асфиксии у внутриутробного плода); при сердечно — сосудистых заболеваниях у матери, легочной декомпенсации у матери наступившей в родах, тяжелой преэклампсии, угрозе эклампсии и т.д. Т.е. возникших неотложных состояний в родах у беременных женщин при перерастяжении и побледнении кожи промежности.

Следовательно, напрашиваются выводы, что в остальных случаях, по-видимому, женщины могут успешно родить ребенка самостоятельно, сохранив интактную, неповрежденную промежность, или, в крайнем случае, иметь лишь незначительную трещину кожи или слизистой влагалища, без нанесенной хирургической травмы промежности и мышц тазового дна. И, таким путем, значительно снизить вероятность в будущем, продолжающемся репродуктивном возрасте появления и развития у женщин в возрасте 45 — 55 лет, так называемого пролапса внутренних гениталий со всеми последующими урогинекологическими проблемами возникновения недержания мочи:

— поллакиурии — учащенного мочеиспускания в течение дня (более 6-8 эпизодов) в день;

— цисталгии — учащения позывов к мочеиспусканию, рези в уретре;

— никтурии — учащенные позывы к мочеиспусканию в ночное время. Несмотря на многочисленные проводимые исследования и публикации в литературе причин возникновения пролапса гениталий, особенно у женщин репродуктивного возраста, эта проблема, по-прежнему, остается дискуссионной. Обусловлено это, по-видимому, прежде всего частотой данной гинекологической патологии в структуре женской гинекологической заболеваемости (от 11- до 28%). Наряду с отрицательным влиянием пролапса гениталий на последующую репродуктивную функцию женщин, это заболевание снижает резко их качество жизни, общего физического здоровья, социально-психологический статус и сексуальную дисфункцию (ЖСД).

В браке женщины испытывают психологическую неустойчивость, постоянные стрессы, депрессию, сексуальную неудовлетворенность, особенно при присоединившимися вышеупомянутыми урогинекологическими расстройствами (УГР).

Средний возраст группы женщин, наблюдаемых нами при подготовке к проведению хирургической коррекции и оперативному лечению пролапса гениталий нередко был моложе 40 лет и при статистической обработки в среднем 28-30 %.

Все перечисленное нами, безусловно, требует более современных методик хирургической коррекции и хирургического лечения пролапса гениталий, особенно у женщин репродуктивного возраста. В раннем послеоперационном периоде наблюдения и ведения больных, и в более позднем, с целью успешного хирургического обеспечения лечения и профилактики рецидивов заболевания, в условиях санаторно-курортного оздоровления в санаториях Донецкой области (санатории г. Славянска, г. Святогорска, санаторий «Святые горы», санаторий «Соляная симфония», г. Соледар и др.), рекомендовано проводить физические, физиотерапевтические и психологические методы оздоровительной реабилитации с женщинами.

Цель исследования. Изучить причины возникновения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста, уточнить связь появления этого заболевания с проведением в родах у женщин группы риска медиолатеральной эпизиотомии; сопутствующие пролапсу гениталий урогинекологические расстройства (УГР); сексуальные расстройства; методы хирургической коррекции и лечения пролапса гениталий; оздоровительную, физическую, психологическую и физиотерапевтическую реабилитацию женщин в условиях санаторно-курортной оздоровительной реабилитации.

Материалы и методы исследования

Первую группу обследованных нами женщин репродуктивного возраста ставили 42 родильницы группы риска, у которых во втором периоде родов с началом прорезывания головки плода была проведена по показаниям медио-латеральная эпизиотомия. Полученные результаты сравнивались нами с проведенными аналогичными исследованиями у 68 родильниц группы высокого риска, которым медио-латеральная эпизиотомия не производилась (контрольная вторая группа). Средний возраст родильниц первой группы составил $25,2 \pm 0,26$ лет; второй группы $24,9 \pm 0,35$ ($P > 16\ 005$). Первородящих женщин в первой группе было 35, повторнородящих - 7 ($16,7 \pm 2,48\%$). Во второй группе — 57 и 11 ($16 \pm 2,16\%$), соответственно ($P > 005$). Группы родильниц были нами стандартизированы между собой по средним значениям суммы баллов факторов риска, которые составили в первой группе $22,67 \pm 1,9$, во второй — $24,21 \pm 1,27$ ($P > 0,05$). Проведенные нами наблюдения и исследования женщин в динамике послеродового периода свидетельствуют, что обоснованное применение медиолатеральной эпизиотомии в родах как метода профилактики послеродовой дисфункции у женщин группы высокого риска, повреждений мышц тазового дна и промежности в родах, приводят к снижению относительного риска развития функциональных нарушений на 26%. Эффективность медио-латеральной эпизиотомии обусловлена, по-видимому, укорочением периода изгнания плода и, соответственно, снижением продолжительности механического сдавления нервно-мышечного аппарата тазового дна и кровеносных сосудов промежности в родах подлежащей частью

головки плода, и при этом в меньшей степени отмечаются нарушения кровообращения в сосудах промежности и нарушений ее иннервации [8; 9]. Обсуждение результатов исследования. Выполнение медио-латеральной эпизиотомии у женщин беременных высокого риска во втором периоде родов на промежности, с целью предупреждения возможных разрывов, в определенной степени приятно считать как искусственное нанесение хирургической травмы. Одновременно это рассматривается и как профилактика развития в будущем у женщин репродуктивного возраста в отдаленном послеродовом периоде возможного появления и развития опущения и выпадения внутренних женских половых органов (пролапса) и проявления в недалеком будущем тазовой функциональной дисфункции; урогенитальных расстройств у женщин репродуктивного возраста — (УТР) и проявлению сопутствующих при этом симптомов женской сексуальной дисфункции (ЖСД). В гинекологической практике принято различать и делить пролапс внутренних женских гениталий на простой и осложненный. Осложненный пролапс внутренних гениталий — это опущение стенок влагалища и шейки матки с вовлечением в процесс соседних тазовых органов: мочевого пузыря, прямой кишки и клиническими проявления урогенитальных расстройств (УТР):

- поллакиурии — учащенное мочеиспускание у женщин в течении дня (более 6-8 эпизодов в день) с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи;

- цисталгии — учащенного болезненного мочеиспускания, рези в уретре;

- никтурии — учащенные позывы к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода), которое в наступившей уже пре- и менопаузе постепенно возрастают у женщин и влекут за собой структурные нарушения сна и сонливость в дневное время. Вместе с частыми пробуждениями ночью предрасполагают женщин к падениям и травмам (переломам костей и, особенно переломам шейки бедра при сопутствующем развитии запущенного менопаузального остеопороза). Недержание мочи женщинами отрицательно сказывается на их женском половом здоровье, способствуют появлению женской сексуальной дисфункции — ЖСД, снижают их общее физическое здоровье и качество жизни женщин [1, 3, 4, 5].

При этом, почти половина (47%) женщин с данной патологией находились в репродуктивном и вполне трудоспособном возрасте.

Следует отметить, что многие исследователи при изучении данной проблемы у женщин придерживаются мнения, что возможной причиной возникновения пролапса внутренних женских гениталий, наряду с родовой травмой промежности, и появления возрастной соединительно-тканной дисплазией опорных структурных соединений малого таза, не последнюю роль при этом придают ранее проведенной медио-латеральной эпизиотомии на промежности в родах у женщин группы риска [1, 3, 8, 9].

В условиях современных высокопрофессиональных перинатальных центров матери и новорожденных, опытными врачами клиницистами, акушерами-гинекологами следует изучить проблему частоты проведения в родах на промежности медио-латеральной эпизиотомии и, по-видимому, значительно ограничить сегодняшние показания к ее проведению. В этой связи возникает необходимость в проведении дополнительных научных доказательств в авторитетных клинических учреждениях на большом клиническом и материале, которые могли бы определить оптимальные показания для проведения медио-латеральной эпизиотомии в родах. И, таким образом, значительно уменьшить (или сократить до минимума) появления случаев пролапса гениталий у женщин и последующих (сопутствующих ему) у них урогенитальных расстройств (УТР) и женской сексуальной дисфункцией (ЖСД).

Научные исследования проводимые сегодня свидетельствуют о том, что рутинное (либеральное) использование медиально-латеральной эпизиотомии в родах на промежности не несет никакой пользы для женщин. Большинство современных исследователей независимо друг от друга в своих наблюдениях пришли к единому выводу: необходимо сохранять интактной в родах промежность или добиться минимальной перинеальной травмы в родах без использования медио-латеральной эпизиотомии.

Иными словами, рассуждениями и мыслями, возникающими из нашей работы напрашивается вывод, что женщины репродуктивного возраста и без проведения медио-латеральной эпизиотомии имеют возможность успешно родить ребенка и сохранить неповрежденной промежность. В отдельных случаях иметь лишь незначительную трещину кожи или слизистой влагалища, без нанесения травмы мышцам тазового дна и промежности, и в худшем иметь лишь трещину кожи или слизистой влагалища. И таким путем значительно снизить частоту возникновения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста, появления (УТР) урогенитальных расстройств и сопутствующим им женскую сексуальную дисфункцию (ЖСД), диспареунию и сохранить общие физическое, психологическое, социально-духовное здоровье и качество жизни наших женщин.

С этой целью нами проведены современные оздоровительные методы и способы физиотерапевтической реабилитации, направленные на снижение и предупреждение после родов у женщин, которым была проведена медио-латеральная эпизиотомия на промежности, проявление признаков воспаления, компрессии сосудов, нервных стволов. Стимуляцию рассасывания имевших место кровоизлияний, гематом; улучшение микроциркуляции и процессов тканевого обмена на промежности, профилактику образование рубцовых изменений.

Конечной целью проводимой нами послеродовой оздоровительной физической, физиотерапевтической, психологической реабилитации было добиться успеш-



Рис. 1. Физические упражнения с фитболом

ного заживления рассечения места проведения медио-латеральной эпизиотомии, предупреждение развития ранних дистрофических нарушений, генерализованной дисплазии соединительной ткани, нарушений проводимости нервно-мышечного комплекса, устранение функциональных нарушений соседних органов малого таза и мышц [10, 12]. Профилактике появления в будущем у женщин репродуктивного возраста опущения стенок влагалища, шейки матки, мочевого пузыря, нарушений менструального цикла и сопутствующим им возникновением УТР и ЖСД.

Предлагаемая нами программа оздоровительной физической, физиотерапевтической, психологической реабилитации включает в себя проведение раннего специального комплекса физических упражнений с фитболом, направленных на укрепление мышц брюшного пресса, тазового дна и промежности (рис. 1) [8, 9, 10, 11].

Физические оздоровительные упражнения женщин с фитболом позволяют максимально индивидуализировать физическую нагрузку для женщин после проведения медио-латеральной эпизиотомии, на брюшной пресс, промежность, мышцы тазового дна; не перегружая женщин своей разновидностью и помогают успешно сохранить стройность фигуры после перенесенных родов и проведенной операции на промежности.

Проведение комплекса физических оздоровительных упражнений с мячом фитболом после проведенной медио-латеральной эпизиотомии, позволяют снизить относительный риск развития рецидива пролапса женских гениталий, нарушений тазовой дисфункции, мышечной дисплазии, поддерживающего связочного аппарата женских половых органов и урогенитальных расстройств (УТР). Сохранить нормальную сексуальную функцию женщин репродуктивного возраста, общее физическое, психологическое здоровье и качество жизни женщин [2, 4, 5, 7].

Выводы

1. В проявлении у женщин репродуктивного возраста послеродовой дисфункции мышц тазового дна и промежности, возникновении пролапса женских гениталий, урогенитальных расстройств (УТР), существенное значение, повидимому, принадлежит недостаточно обоснованному выполнению на промежности при ведении родов с целью укорочения второго периода — медио-латеральной эпизиотомией.

2. При выявлении у беременных женщин высокой степени риска травматизма мышц тазового дна и промежности, особенно у первородящих возрастных с крупным плодом при планировании тактики родоразрешения следует предусмотреть во втором периоде родов проведения медио-латеральной эпизиотомии. В раннем послеродовом периоде проводить с женщинами комплекс оздоровительных упражнений с мячом фитболом, физическую, психологическую, физиотерапевтическую и социально-духовную реабилитацию.

3. В процессе послеродового наблюдения за родильницей в условиях женской консультации необходимо продолжать оздоровительные мероприятия с целью исключения рецидива пролапса гениталий, урогенитальных расстройств (УТР) и появления женской сексуальной дисфункции (ЖСД).

Литература

1. Ананьев В.А. Сравнительная оценка некоторых методов рассечения и восстановления промежности в родах. / Автореф. дис.канд. мед. наук. — М. -1987. — 25 с.
2. Глебова Н.Н. Лечебно-профилактические мероприятия у женщин с опущениями и выпадениями стенок влагалища и матки / Н.Н. Глебова. — М. — 1988. — С. 48-50
3. Вехновский. Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщин. // — М. — 1988. — С. 58-62.
4. Опыт реабилитации женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов в пре- и постменопаузе. / Н.С. Золотухин, Л.И. Бутина, Ю.А. Петров [и др.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гинекологів України. — 2004. — С. 193-197.
5. Коршунов М.Ю. Пролапс тазовых органов. / М.Ю. Коршунов, Е. И. Сазыкина. — СПб: Научная литература. — 2003. — С. 14.
6. Краснополяский В.И. Реабилитация больных с опущениями и выпадениями внутренних половых органов / В.И. Краснополяский, С.Н. Буянов, Н.С. Савельева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — № 1. — С. 105-110.
7. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути. / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, А.И. Гус [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2004. — С. 26-30.
8. Мартынов А.И. Врожденные дисплазии соединительной ткани / А.И. Мартынов, О.Б. Степуда, О.Д. Остроумова // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 2. — С. 47-54.

9. Мирович Е.Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска. Автореф. дис. докт. мед. Наук. – Одесса, 2008. – 40 с.
10. Причины возникновения пролапса тазовых органов у женщин в различные периоды жизни / Е.Д. Мирович, Н.В. Гребельная, В.А. Митюков, С.А. Петренко // Таврический Медико-биологический Вестник. – Том 16, № 2, ч. 2 (62). – 2013. – С. 72-75.
11. Серняк Ю.П. Роль электростимуляции мышц тазового дна в лечении и профилактике стрессового недержания мочи у женщин в различные сроки после родов / Ю.П. Серняк, О.А. Никитина, Э.В. Мойзус. // Материалы пленума проявления Российского общества урологов. – Ярославль, 21-24.05.2001. – С. 158-159.
12. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence / Weber A.M., Walters M.D., Schover I.R., Mitchinson A. // *Obstet. Gynecol.* – 1995. – Vol. 85, № 4. – P. 483-487.

Получено 2.04.14 ■

Мирович Е.Д., Митюков В.О., Томашевський Н.І., Писаренко П.М.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Донецький державний інститут здоров'я, фізичного виховання і спорту
Санаторій «Святі гори», м Святотірськ

МЕДИО-ЛАТЕРАЛЬНА ЕПІЗІОТОМІЯ В ПОЛОГАХ, ПРОЛАПС ГЕНІТАЛІЇ, УРОГЕНІТАЛЬНІ РОЗЛАДИ, СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ; ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ОЗДОРОВЧА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК

Анотація. У науковій статті вивчені проблеми після виконаної малообосновано медіолатеральної епізіотомії у жінок при веденні нормальних і патологічних пологів; високий ризик виникнення в майбутньому у них прояви з'явилися ознак опущення геніталій в репродуктивному віці, жіночої сексуальної дисфункції (ЖСД), урогенітальних розладів (УТР) в пері і менопаузальному віці. Розглядаються і

пропонуються сучасні оздоровчі хірургічні методи і способи корекції, фізіотерапевтичної, фізичної, психологічної, оздоровчої реабілітації, соціально-духовної допомоги жінкам у менопаузі.

Ключові слова: жінки, пологи, медіолатеральної, епізіотомія, менопауза, пролапс, урогенітальні, сексуальні розлади, хірургічна, корекція, фізична реабілітація.

Mirovich E.D., Mityukov V.A., Tomaszewski N.I., Pisarenko P.N.
Donetsk National Medical University, Gorky
Donetsk State Institute of Health, Physical Education and Sport
Sanatorium "Holy Mountains" Sviatogorsk

MEDIO-LATERAL EPISIOTOMY DURING CHILDBIRTH, PROLAPSE, UROGENITAL DISORDERS, SEXUAL DYSFUNCTION; SURGICAL CORRECTION AND REHABILITATION OF WOMEN WELLNESS

Abstract. In the scientific article studied problems after following the ill-founded mediolateral episiotomy in women in the conduct of normal and abnormal births; high risk in the future they display showing signs of genital prolapse in the reproductive age, female sexual dysfunction (FSD), urogenital disorders (UTR) in perimenopausal and menopausal age. Considered and offers modern wellness

surgical techniques and methods of correction, physiotherapy, physical, psychological, health-related rehabilitation, social and spiritual care for women in menopause.

Keywords: women, childbirth, mediolateral, episiotomy, menopause, prolapse, urogenital, sexual disorders, surgical correction, physical rehabilitation.

УДК 616.367-089.28-06:616.36-002.15

КАНИКОВСЬКИЙ О.Є., БОНДАРЧУК О.І., КАРИЙ Я.В., БАБІЙЧУК Ю.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Резюме. Мета дослідження. Вивчення ефективності одноетапних і двоетапних оперативних втручань при лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. Протягом 2002–2013 років у хірургічній клініці було проліковано 320 хворих на ускладнені форми ЖКХ. Вік хворих коливався від 70 до 89 років. Супутня патологія діагностована у 228 (71,2%) хворих.

Результати. Одноетапні оперативні втручання на жовчних протоках проведено у 68 (21,2%), двоетапні – у 46 (14,4%) хворих. Ускладнення після одноетапних втручань спостерігались у 6 (8,8%), після двоетапних – у 3 (6,5%) випадках. Помер 1 (1,5%) хворий після одноетапного оперативного втручання.

Висновки. Двоетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною, оскільки дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у 2 рази. Двоетапні втручання включають: виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) з подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) у ранньому післяопераційному періоді при гострому перебігу холецистити і ЕПСТ з наступною ЛХЕ при його хронічному перебігу. Одноетапні операції (ЛХЕ з втручанням на жовчних протоках) можливі при гострому холециститі, ускладненого нещільним паравезикальним інфільтратом та відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного злукового процесу при хронічному перебігу холецистити.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

У останні десятиріччя в більшості розвинених країн світу відзначається зростання показників поширеності ЖКХ, особливо її ускладнених форм (холедохолітиаз, синдром Міріззі, стриктура термінального відділу спільної жовчної протоки (СЖП), стенозуючий папіліт та ін.) [3, 4]. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70% становлять особи похилого і старечого віку, що вказує на медичну і соціальну значимість даної проблеми [2, 8]. Розвиток мініінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання хірургічних втручань у даній віковій категорії [6, 7]. На сьогодні при лікуванні ускладнених форм ЖКХ застосовуються як одноетапні, так і двоетапні мініінвазивні оперативні втручання [5, 9]. Відсутність чіткої тактики лікування хворих з даною патологією є причиною досить високих показників післяопераційних ускладнень (15–60%) і летальності (15–30%) [1].

Мета дослідження. Вивчення ефективності одноетапних і двоетапних оперативних втручань при лікуванні ускладнених форм ЖКХ у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи

Протягом 2002–2013 років у хірургічній клініці було проліковано 320 хворих на ускладнені форми ЖКХ. Вік

хворих коливався від 70 до 89 років. Найбільше хворих було у віковій групі 70–79 років (125 осіб). Анамнез захворювання склав від 1 місяця до 25 років.

Об'єктом дослідження були ускладнені форми ЖКХ. Ускладнений перебіг гострого калькульозного холецистити діагностовано у 123 (38,4%) хворих: емпієма жовчного міхура – 46 (14,4%), паравезикальний інфільтрат – 56 (17,5%), паравезикальний абсцес – 16 (5,0%) і жовчний перитоніт – 5 (1,6%). Ускладнений перебіг хронічного холецистити константовано у 107 (33,4%) випадках: склеротичний жовчний міхур – 38 (11,8%), водянка жовчного міхура – 30 (9,4%), надмірний злуковий процес – 26 (8,1%), синдром Міріззі – 8 (2,5%) та білідигестивні нориці – 5 (1,6%). Патологію жовчних проток діагностовано у 90 (28,1%) хворих: холедохолітиаз – 80 (25,0%), стриктура СЖП – 4 (1,2%) і стенозуючий папіліт – 6 (1,9%).

Супутня патологія діагностована у 228 (71,2%) хворих, а саме: ішемічна хвороба серця – 45 (14,1%); гіпертонічна хвороба – 37 (11,6%); хронічні обструктив-

© Каниковський О.Є., Бондарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський А.Ю., 2014

ні захворювання легень – 28 (8,7%); дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія – 20 (6,2%); цукровий діабет – 22 (6,9%); виразкова хвороба шлунку і ДПК в стадії загострення – 18 (5,6%); варикозна хвороба та хронічний тромбофлебіт нижніх кінцівок – 33 (10,3%); облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок – 25 (7,8%). У 136 (42,5%) випадках спостерігалось поєднання наведеної патології.

Результати та обговорення

Першочергове значення для діагностики холедохолітазу мали інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), магніторезонансна томографія (МРТ), фіброгастроуденоскопія (ФГДС).

Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і проток було трансабдомінальне УЗД, яке проводилось у всіх хворих. Інформативність УЗД при ускладнених формах ЖКХ склало 215 (67,2%).

У хворих на механічну жовтяницю проводили ФГДС з ЕРПХГ. Механічна жовтяниця була обумовлена вклиненням конкрементом термінального відділу СЖП у 5 (1,6%) хворих та патологією великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСД) у 8 (2,5%).

Серед методів прямого контрастування жовчних проток застосовувано ЕРПХГ у 42 (13,1%) випадках. Діагностовано холедохолітаз у 36 (11,2%) і стенозуючий папіліт – у 6 (1,9%) хворих. У 2 (0,6%) випадках мілкі конкременти СЖП діаметром до 2 мм не було виявлено. Однак, виконати ЕРПХГ не вдалось при наявності вклиненого конкременту в ампулі ВСД у 5 (1,6%), парапапілярного дивертикулу – у 3 (0,9%), раку ВСД – у 2 (0,6%) і стану після резекції шлунку за Більрот-II – у 2 (0,6%) випадках. Ускладнення після ЕРПХГ констатовано у 4 (1,2%) хворих: гострий панкреатит у 3 (0,9%) і кровотеча з ВСД у 1 (0,3%) хворого при поєднанні ЕРПХГ з ЕПСТ.

ІОХГ проведено 32 (10,0%) хворим. Вводили контраст у жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 15 (4,7%) і через холедохотомний отвір у 7 (2,2%) хворих при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). При проведенні ЛХЕ виконували ІОХГ шляхом катетеризації міхурової протоки у 10 (3,1%) випадках. За допомогою ІОХГ діагностовано холедохолітаз у 15 (4,7%), синдром Міріззі – у 8 (2,5%), стриктуру СЖП – у 4 (1,2%) та білідигестивні нориці – у 5 (1,6%) випадках. У 3 (0,9%) хворих спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит у 2 (0,6%) і гострий холангіт у 1 (0,3%) випадку.

МРТ проводили для діагностики холелітазу при неможливості виконання ЕРПХГ: у 3 (0,9%) хворих при наявності парапапілярного дивертикулу, в 2 (0,6%) – при раку ВСД та у 2 (0,6%) – після резекції шлунку за Більрот-II.

При ускладненому перебігу гострого калькульозного холециститу проведено мініінвазивні втручання у 112 (35,0%) випадках. Під час ЛХЕ у 46 (14,4%) хворих

через наявність щільного паравезикального інфільтрату, який поширювався на гепатодуоденальну зв'язку, захопити кишеню Гартмана і здійснити латеральну тракцію було не можливо. У таких випадках розпочинали мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (патент України на корисну модель № 77985). У 16 (5,0%) хворих при наявності холедохолітазу застосовано двоетапну тактику (ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді). У 10 (3,1%) випадках після ЕПСТ зі СЖП виділялись конкременти з током жовчі діаметром від 3 до 10 мм. При розмірах конкрементів (10–15 мм) проводили механічну літотрипсію у 6 (1,9%) хворих і видаляли фрагментовані конкременти корзинкою Дорміа. Одноетапні втручання (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) проводились при наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 10 (3,1%) випадках, коли без технічних труднощів виділялась СЖП. У 5 (1,6%) хворих з конкрементами СЖП до 5 мм проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки за допомогою зонду Фогарті. При синдромі Міріззі - I типу у 5 (1,6%) випадках здійснено ЛХЕ та зовнішнє дренивання СЖП.

При ускладненому перебігу хронічного калькульозного холециститу виконано малоінвазивні операції у 158 (49,4%) хворих. У 38 (11,8%) випадках труднощі виконання ЛХЕ були обумовлені ущільненням і ригідністю стінок жовчного міхура, заповненням його просвіту конкрементами, укороченням та зморщенням трубчастих структур трикутника Кало. Через склеротичні зміни стінок жовчного міхура була утруднена латеральна тракція за кишеню Гартмана, а також спостерігалось високе розташування міхурової протоки і артерії. У таких випадках мобілізували жовчний міхур з його латеральної стінки на медіальну в проекції кишені Гартмана (патент України на корисну модель № 77985). Надмірний злуковий процес у над- і підпечінковому просторах у 26 (8,1%) хворих утруднював хід ЛХЕ. Розсічення злук проводили на відстань необхідну для мобілізації жовчного міхура і препаровки міхурової протоки і артерії. У 30 (9,4%) випадках при наявності холедохолітазу та стенозуючого папіліту діагностованих до операції застосовано двоетапну тактику (ЕПСТ з наступною ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ і ЛХЕ був мінімальним (2–3 доби), що зменшувало ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП. При відсутності склеротичного жовчного міхура та надмірного злукового процесу у 8 (2,5%) хворих з холедохолітазом проводились одноетапні втручання (ЛХЕ з подальшою цистіколітотомією). Ускладнення після двоетапних оперативних втручань на жовчних протоках (n=46) спостерігались в 3 (6,5%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту в 2 (4,3%) і кровотечі з ВСД у 1 (2,2%) хворого. Летальних випадків не було.

Одноетапні відкриті оперативні втручаннями на жовчних протоках проведено у 50 (15,6%) випадках. У 16 (5,0%) хворих з холедохолітазом виконано холедохолітотомію і зовнішнє дренивання СЖП. При непроникності дистального відділу СЖП у 11 (3,4%) хворих

з холедохолітазом сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою. ВХЕ з гепатикоєностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки проведено в 7 (2,2%) випадках: у 4 (1,2%) з стриктурою СЖП і у 3 (0,9%) – з синдромом Мірізі – II типу. У 5 (1,6%) хворих з білідигестивними норицями здійснено ВХЕ та ушивання дефекту кишки. Також відкриті оперативні втручання, які включали санацію і дренування черевної порожнини, застосовано при наявності паравезикального абсцесу в 6 (1,9%) і жовчного перитоніту в 5 (1,6%) випадках. Ускладнення після одноетапних втручань на жовчних протоках (n=68) діагностовано у 6 (8,8%) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки у 1 (1,5%), жовчевитікання з СЖП у 2 (2,9%), неспроможність білідигестивного анастомозу в 2 (2,9%) та нагноєння післяопераційної рани у 1 (1,5%) хворого. Помер 1 хворий після ВХЕ з холедоходуоденоанастомією, де причиною смерті став обширний інфаркт міокарду.

Висновки

1. Двоетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною, оскільки дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у 2 рази.

2. Двоетапні оперативні втручання включають: виконання ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді при гострому перебігу калькульозного холециститу і ЕПСТ з наступною ЛХЕ при його хронічному перебігу.

3. Одноетапні операції (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) можливі при гострому холециститі, ускладненого нещільним паравезикальним інфільтратом та відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного злукового процесу при хронічному перебігу холециститу.

Список літератури

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка / А. С. Балалыкин, В. В. Гвоздик,

В. В. Звягинцев // *Мат. третьего международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы “Здоровье населения России”»*. – Москва, 2007. – С. 145.

2. Грубник В. В., Ковальчук А. Л., Дюжев А. С. Особенности лапароскопических вмешательств у больных с калькулезным холециститом на фоне цирроза печени / В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук, А. С. Дюжев // *Клінічна хірургія*. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
3. Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України / С. М. Гойда // *Український медичний часопис*. – 2011. – № 4. – С. 112–113.
4. Даценко Б. М. Обтурационная желтуха – патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Б. М. Даценко // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. – 2010. – № 14 (1). – С. 15–18.
5. Дудин А. М. Транспапиллярные вмешательства у больных с осложненным холедохолитиазом / А. М. Дудин, Ф. А. Греджев, Д. М. Коссе, А. И. Каплун, В. А. Матвиенко // *Мат. Всеукраїнської наук.-практ. конференції «Скляфософські читання»*. – Полтава, 2013. – Т. 13, Випуск 1 (14). – С. 91–93.
6. Ефименко Н. А. Хирургическая тактика лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Н. А. Ефименко, С. А. Кулиев // *Клиническая медицина*. – 2011. – Т. 89, № 2. – С. 48–52.
7. Майстренко Н. А. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста / Н. А. Майстренко, В. С. Довганюк, А. А. Феклюнин // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. – 2010. – Т. 169, № 3. – С. 71–77.
8. Leung E. Bilioenteric fistula et laparoscopic cholecystectomy: review of ten year's experience / E. Leung, P. Kumar // *Surgeon*. – 2010. – Vol. 8, № 2 – P. 67–70.
9. Johansson M., Thune A., Nelvin L. Randomised clinical trial of opean versus laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis // *Br. J. Surg.* – 2005. – Vol. 92, № 1. – P.44–49.

Отримано 9.04.14 ■

Каниковский О.Е, Бондарчук О.И, Карый Я.В, Бабийчук Ю.В.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Цель работы. Изучение эффективности одноэтапных и двухэтапных оперативных вмешательств при лечении осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. На протяжении 2002–2013 лет в хирургической клинике пролечено 320 больных с осложненными формами ЖКБ. Возраст больных – от 70 до 89 лет. Сопутствующая патология диагностирована у 228 (71,2%) больных.

Результаты. Одноэтапные оперативные вмешательства на желчных протоках проведено у 68 (21,2%), двухэтапные – у 46 (14,4%) больных. Осложнения после одноэтапных вмеша-

тельств наблюдались у 6 (8,8%), после двухэтапных – в 3 (6,5%) случаях. Умер 1 (1,5%) больной после одноэтапного оперативного вмешательства.

Выводы. Двухэтапная хирургическая тактика при осложненных формах ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста является приоритетной, потому что дает возможность снизить частоту послеоперационных осложнений в 2 раза. Двухэтапные вмешательства включают: проведение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) в раннем послеоперационном периоде при остром течении холецистита и

ЭПСТ с дальнейшей ЛХЭ при его хроническом течении. Одноэтапные операции (ЛХЭ с вмешательствами на желчных протоках) возможны при остром холецистите, осложненным рыхлым паравезикальным инфильтратом, а также при отсутствии склеротического желчного пузыря и вы-

раженного спаечного процесса при хроническом течении холецистита.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

*Kanikovskiy O.Ye., Bondarchuk O.I., Karyi Ya.V., Babichuk Yu.V.
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University*

SURGICAL APPROACH TO TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF GALLSTONE DISEASE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Summary. Research objective. Study of efficiency of one-stage and two-stage operative interventions during treatment of complicated forms of gallstone disease in elderly and senile patients.

Materials and methods. 320 patients ill with complicated forms of gallstone disease were treated at the surgical clinic during 2002-2013. The patients' age ranged from 70 to 89 years. The patients aged 70-79 years (125 persons) formed the largest group. The disease anamnesis made up from 1 month to 25 years. A complicated clinical course of acute calculous cholecystitis was diagnosed in 123 (38,4%) patients, of chronic cholecystitis in 107 (33,4%) cases. Pathology of biliary ducts was observed in 90 (28,1%) patients. Associated pathology was diagnosed in 228 (71,2%) cases.

Results. For diagnosis of choledocholithiasis the instrumental examination methods were applied: ultrasound examination of all the patients, endoscopic retrograde cholangiopancreatography in 42 (13,1%) patients, intraoperative cholangiography – in 32 (10,0%), magnetic resonance tomography in 7 (2,2%) and fibrogastroduodenoscopy in 11 (3,4%) cases. In case of a complicated clinical course of acute calculous cholecystitis minimally invasive interventions were performed in 112 (35,0%) cases and in case of a chronic clinical course – in 158 (49,4%) patients. Open biliary duct interventions were performed in 50 (15,6%) cases. One-stage biliary duct operative interventions (laparoscopic cholecystectomy (LCE) with

further biliary duct intervention) were performed in 68 (21,2%) patients. Two-stage interventions (endoscopic papillosphincterotomy (EPSE) with further LCE in case of chronic cholecystitis and LCE with further EPSE during the early postoperative period in case of its acute clinical course) were performed in 46 (14,4%) cases. Complications after one-stage operative interventions were observed in 6 (8,8%) patients, after two-stage interventions – in 3 (6,5%) patients. There were no lethal outcomes after two-stage interventions. 1 patient died after one-stage operative intervention, the death was caused by extensive myocardial infarction.

Conclusions

1. Two-stage surgical approach to treatment of complicated forms of gallstone disease in elderly and senile patients is preferred as it allows to reduce the frequency of postoperative complications by half.

2. Two-stage operative interventions include: LCE with further EPSE during the early postoperative period in case of acute cholecystitis and EPSE with further LCE in case of its chronic clinical course.

3. One-stage interventions (LCE with further biliary duct interventions) are possible in case of acute cholecystitis complicated with non-dense paravesical infiltrate, absence of sclerotic gallbladder and excessive adhesive process in case of chronic cholecystitis.

Key words: gallstone disease, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

УДК 616-073.132.19:617.55-083.98

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ УРГЕНТНОЙ БРИГАДЫ

Резюме. Внедрение круглосуточного УЗИ у 269 больных с подозрением на острую хирургическую абдоминальную патологию, выполненного врачом-хирургом ургентной бригады, позволило у 198 (73,6%) пациентов исключить показания к операции. Из 71 (26,4%) больного неотложная операция выполнена у 62 (87,3%) пациентов и плановая — у 9 (12,7%). Ложно-отрицательный результат УЗИ у 22,9% больных с неотложной патологией и у 22,2% — плановой патологией связан с ожирением, спаечным процессом, парезом кишечника, не достаточной разрешающей способностью аппарата и небольшим опытом врача-хирурга ургентной бригады, выполняющего УЗИ.

Ключевые слова: абдоминальная полость, хирургия, ультразвуковая диагностика, скорая помощь, хирург.

Авторы научных публикаций свидетельствуют о увеличении количества больных острыми хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями органов брюшной полости [2, 4, 6, 8]. Нередко смазанная симптоматика, большая вариабельность клинической картины, широкий диапазон морфологических изменений, полиорганные нарушения, тяжесть течения и высокие цифры летальности пока не позволяют достигнуть существенного успеха в лечении этой патологии [4, 6, 9]. С целью улучшения ситуации используют разнообразные дополнительные методы исследования [7, 10]. Из них ультразвуковое исследование (УЗИ) следует признать одним из самых значительных достижений в медицине за последние два десятилетия [3, 6, 7, 10]. Метод УЗИ является самым распространенным и позволяет диагностировать многие заболевания органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза [1, 3, 5, 7, 10].

К несомненным достоинствам метода относится высокая информативность, быстрота определения, доступность, неинвазивность, относительная экономичность, отсутствие опасности осложнений [2, 3, 5, 9]. Ошибки могут возникать как при проведении УЗИ, так и при интерпретации полученных результатов [2, 7]. Объективными причинами ошибок являются особенности физической сущности метода (экранирование анатомических структур скоплением газа в кишечнике, спайками, низкий градиент акустического сопротивления на границе пораженной и патологической ткани), недостаточная разрешающая способность диагностической аппаратуры, возможность быстрой динамики патологического процесса и многообразие

вариантов патологии [2, 3]. Информативность УЗИ снижается у тучных больных и при двигательном возбуждении [2]. Преимуществом УЗИ является возможность его многократного повторения в динамике [4, 8, 10]. Метод малоинформативный в диагностике повреждений полых органов, диафрагмы, надпочечника, мезентериальных сосудов [2, 8]. Информативность повышается если прошло более 6-10 часов после последнего приема пищи или имеется возможность выполнить очистительную клизму и медицинскую коррекцию метеоризма [2].

Однако, следует признать, что при многих случаях стандартное УЗИ не позволяет верифицировать диагноз, являясь бесполезным в определении хирургической тактики, что является опасным [1, 5]. В подобных случаях ведущая роль принадлежит анализу клинической картины и целенаправленному поиску тех ультразвуковых изменений, которые могут объединить клинические симптомы [5]. Наиболее трудна интерпретация при нелокализованных болях в животе, тяжелом состоянии пациента и невозможности уточнить анамнез, при стертой клинической картине у пожилых больных [4, 5, 6].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с неотложной и плановой хирургической патологией, сократив сроки дооперационного периода путем выполнения ультразвукового исследования хирургом ургентной бригады.

© Капшитарь А.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Материал и методы исследования

В хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, являющимся базой клиники общей хирургии ЗГМУ, с 2010 по 2013 годы у 269 пациентов впервые выполнено УЗИ врачом-хирургом ургентной бригады. Исследование осуществлено на аппарате Pie Medical Scanner 250 (Netherlands) с помощью секторных, линейных и конвексных датчиков 3,5 МГц, 5,0 МГц и 7,5 МГц. После УЗИ у 198 (73,6%) больных выявлена патология не требующая операции либо она исключена и вовсе. До 2010 года УЗИ выполнял врач-эндоскопист в плановом порядке и спорадически в неотложном порядке.

Остальные, 71 (26,4%) пациент, оперированы в разные сроки после УЗИ, из которых у 62 (87,3%) больных выполнена неотложная операция и у 9 (12,7%) — плановая операция. Мужчин было 22 (31%), женщин — 49 (69%). Пациенты геронтологической группы составили 39 (54,9%) пациентов. Возраст колебался от 24 до 84 лет. Сопутствующими заболеваниями в виде ИБС, генерализованного атеросклероза, гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета, хронического пиелонефрита, внегоспитальной пневмонии, туберкулеза легких и др. страдали 67 (94,4%) больных. В неотложном порядке до 6 часов с момента заболевания госпитализированы в клинику 10 (16,1%) пациентов, от 6 до 24 часов — 14 (22,6%), в течение 1-2 суток — 14 (22,6%), 3-5 суток — 17 (27,4%), 6-10 суток — 3 (4,9%), 15-20 суток — 2 (3,2%) и 2-3 месяца — 2 (3,2%). Ранее оперировали 31 (43,7%) больных, из которых аппендэктомия осуществлена у 8 (25,8%) пациентов с последующей релапаротомией и устранением послеоперационной ранней спаечной тонкокишечной непроходимости у 1, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки — у 4 (12,9%) с выполнением релапаротомии у 2 (иссечение кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки+ваготомия-1, резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 — Бальфуру-1), холецистэктомия — у 3 (9,7%), дренирование салниковой сумки — у 1 (3,2%), спленэктомия — у 1 (3,2%), операция Гартмана — у 1 (3,2%), паховое грыжесечение — у 3 (9,7%), ушивание травматического разрыва печени селезенки, тонкого кишечника — у 1 (3,2%), экстирпация матки с придатками — у 7 (22,7%), кесарево сечение — у 1 (3,2%) и эндовидеолапароскопия с дренированием брюшной полости — у 1 (3,2%).

Результаты и их обсуждение

Согласно срочности выполненных УЗИ и оперативных вмешательств больных разделили на две группы. В I группу включили 62 (87,3%) пациентов с неотложной абдоминальной патологией и II группу — 9 (12,7%) с плановой патологией.

Среди I группы наиболее многочисленными оказались больные с острым холециститом — 43 (69,4%). Выявлены типичные ультразвуковые признаки острого холецистита (ОХ): увеличение размеров желчного пузыря, утолщение стенки более 3 мм, слоистость, «двойной контур», неоднородное содержимое, поло-

жительный симптом Мерфи. Конкременты в желчном пузыре определены у 41 (95,3%) пациента, причем важным явилось несмещаемость их в области шейки желчного пузыря, а у 2 (4,7%) — конкременты отсутствовали. Ложно-положительный результат в виде хронического калькулезного холецистита во время УЗИ установлен у 3 (7%) больных, в т.ч. при осуществлении контрольного УЗИ в динамике у 2 (66,7%) пациентов установлен острый холецистит, а у 1 (33,3%) — подтвержден хронический калькулезный холецистит. Расширение холедоха до 12 мм определено у 1 (2,3%) больного и у 1 (2,3%) — наличие свободной жидкости в подпеченочных пространствах, боковых каналах и полости малого таза. Наряду с этим у 6 (14%) пациентов впервые диагностирован хронический гепатит, у 4 (9,3%) — непаразитарные заболевания печени (кисты 2 сегмента печени-1 и 6 сегмента печени-1, гемангиома 5 сегмента печени-1). Минидоступ к желчному пузырю применен у 42 (97,7%) больных и лишь у 1 (2,3%) — в связи с клинической картиной разлитого перитонита использовали верхнюю срединную лапаротомию. Катаральная форма острого холецистита определена у 4 (9,3%) пациентов, флегмонозная форма — у 24 (55,8%), гангренозная форма — у 15 (34,9%). Осложненное течение острого холецистита имело место у 25 (58,1%) больных, среди которых околопузырный инфильтрат — у 16 (64%), околопузырный абсцесс — у 4 (16%), перитонит (местный-2, разлитой-1) — у 3 (12%), перихолецистит — у 4 (16%), холецистодуоденальный свищ — у 1 (4%) и расширение холедоха — у 1 (4%). На операции подтверждены кисты печени (3) и гемангиома печени (1). Холецистэктомия из минидоступа выполнена у 42 (97,7%) пациентов, дополненная у 2 — атипичной резекцией печени с кистой, у 1 — энуклеацией гемангиомы печени, у 1 — разоблачением холецистодуоденального свища с ушиванием дефекта в двенадцатиперстной кишке, у 1 — дренированием холедоха по Холстеду и лишь у 1 (2,3%) — выполнена традиционная холецистэктомия.

УЗИ осуществлено у 4 (6,5%) больных, из которых лишь во время операции установлен диагноз острого аппендицита (катаральная форма-1, флегмонозная-1, гангренозно-перфоративная-2). Локализация червеобразного отростка по отношению к слепой кишке была различной: медиальная-2, ретроцекальная-2. Осложненное течение острого аппендицита имело место у 2 (50%) пациентов, из них у 1 (50%) — местный гнойный перитонит, у 1 (50%) — аппендикулярный абсцесс, разлитой гнойный перитонит. До операции во время УЗИ лишь у 1 (25%) больного выявлена семиотика аппендикулярного инфильтрата, у остальных 3 (75%) — острый аппендицит не диагностирован. Дополнительно впервые во время УЗИ выявлен хроническая патология (хронический калькулезный холецистит, мочекаменная болезнь-2, хронический панкреатит-1).

Первичное УЗИ при наличии перфоративной язвы у 2 (3,2%) лиц оказалось неинформативным. На операции диагностирована перфоративная язва пилорического отдела желудка прикрытая печенью у 1 (1,6%)

пациента и перфоративная язва двенадцатиперстной кишки прикрытая желчным пузырем — у 1 (1,6%). В обоих случаях имел место разлитой желчно-гнояно-фибринозный перитонит. У последнего больного при контрольном УЗИ определен острый бескаменный холецистит. На операции прикрывающий перфоративное отверстие желчный пузырь имел вторичные контактные острые воспалительные изменения. Перфоративные язвы ушиты, брюшная полость санирована и дренирована.

При панкреонекрозе у 2 (3,2%) пациентов выполнено УЗИ и определен острый бескаменный холецистит (1) и абсцесс поджелудочной железы (1). Во время лапароскопии у первого больного диагностирован асептический панкреонекроз, осуществлена блокада круглой связки печени. У второго пациента после лапаротомии вскрыт абсцесс поджелудочной железы и сальниковой сумки, осуществлена панкреат-некрэкстрэктомия, марсупиализация сальниковой сумки.

Ущемленная грыжа явилась показанием к УЗИ у 2 (3,2%) больных (паховая грыжа-1, вентральная грыжа после кесарева сечения-1). Ультразвуковая семиотика соответствовала ущемленной грыже, а у второго пациента определен и ущемленный орган — поперечная ободочная кишка. На операции при ущемленной паховой грыже выявлен некроз тонкого кишечника, после резекции тонкой кишки наложен энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок с пластикой по Постемпскому. При ущемленной вентральной грыже диагностировано ущемление Рихтера поперечной ободочной кишки с некрозом, флегмона грыжевого мешка и брюшной стенки. Резекция поперечной ободочной кишки с наложением двустольной колостомы, иссечение грыжевого мешка с ушиванием шейки, дренирование раны.

Из оставшихся 5 (8,1%) больных с острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями органов брюшной полости (острая спаечная тонкокишечная непроходимость-1, острое нарушение мезентериального кровообращения в стадии ишемии-1, абсцесс брюшной полости-1, перфоративный рак печеночного угла ободочной кишки -1, острый двусторонний сальпингит, вторичный аппендицит, гнойный пельвиоперитонит-1) УЗИ было информативным у 2 (40%) пациентов с абсцессом брюшной полости и острым двусторонним сальпингитом. У оставшихся 3 (60%) больных диагностирована хроническая абдоминальная патология (холецистопанкреатит-2, калькулезный холецистит-1).

УЗИ выполнено у 3 (4,8%) пострадавших с закрытой травмой живота. Лишь у 1 (33,3%) пациента выявлена семиотика травматического панкреатита. У 2 (66,7%) пострадавших травматические абдоминальные повреждения исключены и установлен хронический холецистопанкреатит, цирроз печени, мочекаменная болезнь. Во время операции у 1 (33,3%) пациента диагностирован разрыв тонкого кишечника, инфильтрат, разлитой желчно-фибринозный перитонит, у 1 (33,3%) — асептический панкреонекроз, разлитой геморрагический перитонит и у 1 (33,3%) — флегмо-

нозный холецистит. Хирургическая коррекция заключалась в резекции тонкого кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза бок-в-бок у 1 (33,3%) пострадавшего, марсупиализации сальниковой сумки — у 1 (33,3%) и холецистэктомии — у 1 (33,3%).

Оперирован 1 (1,6%) пациент с открытой травмой живота, ранением тонкой кишки и эвентрацией тонкого кишечника с ущемлением и некрозом. Выполнена резекция тонкого кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза бок-в-бок, ушивание раны тонкого кишечника. После операции развился подпеченочный абсцесс, диагностированный при УЗИ. Несмотря на релапаротомию вскрытие и дренирование абсцесса в последующем при контрольном УЗИ выявлен поддиафрагмальный абсцесс, который вскрыт после второй релапаротомии.

Среди больных II группы с хронической абдоминальной патологией УЗИ было наиболее информативным в диагностике хронического калькулезного холецистита — 6 (66,7%) пациентов и подпеченочной желтухи — у 1 (11,1%). Инфильтрат в правой половине живота выявлен у 1 (11,1%) больного, патология исключена — у 1 (11,1%). В плановом порядке у 6 (66,7%) пациентов осуществлена холецистэктомия из минидоступа по поводу хронического калькулезного холецистита, у 1 (11,1%) — холедохо-дуоденоанастомоз с грыжесечением и пластикой по Сапежко в связи с рубцовой стриктурой большого дуоденального соска, холангита, подпеченочной желтухи, послеоперационной вентральной грыжи и у 1 (11,1%) — резекция 2/3 желудка по Бильрот 2-Бальфуру в связи с гигантской хронической язвой двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в головку поджелудочной железы, декомпенсированным стенозом.

Выводы

1. УЗИ является информативным, безопасным, быстрым методом исследования больных с острыми хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями органов брюшной полости.

2. Ложно-отрицательные результаты УЗИ у больных с неотложной абдоминальной патологией составили 22,9%, с плановой — 22,2% и были обусловлены ожирением, грубым фиброзно-пластическим спаечным процессом в брюшной полости у ранее оперированных пациентов, парезом кишечника, разрешающей способностью аппарата и небольшим опытом хирурга УЗИ.

3. Наличие в ургентной бригаде хирурга, владеющего методом УЗИ, позволяет выполнять исследование при поступлении пациентов в клинику, проводить ультразвуковой мониторинг, анализировать более профессионально совокупность данных клинического обследования и ультразвуковой семиотики, а не только считать размеры структур, толщину стенки и т.д.

Список литературы

1. Думанський Ю.В Стандартизація алгоритмів ультразвукового дослідження у невідкладній абдомі-

- нальній хірургії /Ю.В. Думанський, М.В. Конькова, Ш.Ш. Юдін //Український журнал хірургії. — 2008. — № 1. — С. 21 — 25.
2. Ермолов А.С. Абдоминальная травма. Инструментальные методы исследования. Часть I [Электронный ресурс] /А.С. Ермолов. — Режим доступа: medbe.ru.
 3. Лучевые методы диагностики [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.medbibl.ru — хирургу.
 4. Ма О.Дж. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине /Дж.О. Ма, З.Дж. Матнер. — М.; БИ-НОМ, 2010. — 390 с.
 5. Опыт применения ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике сложных случаев неотложной хирургии [Электронный ресурс]. — Режим доступа: surgeon.myl.ru.
 6. Роль сонографии в неотложной абдоминальной хирургии [Электронный ресурс]. — Режим доступа: ultrasound.net.ua.
 7. Руководство по хирургии желчных путей /Под. ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. — 2-у изд. — М.: Издательский дом Видар-М, 2009. — 568 с.
 8. Ультразвуковое исследование. Руководство по неотложной хирургии [Электронный ресурс]. — Режим доступа: medicinskaja-biblioteka.ru.
 9. Ультразвуковое исследование: иллюстрированное руководство /Дж. Олти, Э. Хоуи, С. Вустенхульм, М. Вестон. — М.: Гэотар-Медиа, 2010. — 256 с.
 10. Экстренная хирургия желчных путей /П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин [и др.]. — Донецк: ООО «Лебедь», 2005. — 434 с.

Получено 20.03.14 ■

Капшитар О.В.

Запорізький державний медичний університет

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ЛІКАРЕМ-ХІРУРГОМ УРГЕНТНОЇ БРИГАДИ

Резюме. Впровадження цілодобового УЗД у 269 хворих з підозрою на гостру хірургічну абдоминальну патологію, виконаного лікарем-хірургом ургентної бригади, дозволило у 198 (73,6%) пацієнтів виключити показання до операції. З 71 (26,4%) хворого невідкладна операція виконана у 62 (87,3%) пацієнтів та планова — у 9 (12,7%). Хибно-негативний результат УЗД у 22,9% хворих на не-

відкладну патологію та у 22,2% — планову патологію пов'язаний з ожирінням, спайковим процесом, парезом кишечника, не достатньою діагностичною спроможністю апарату та невеликим досвідом хірурга ургентної бригади, що виконував УЗД.

Ключові слова: абдоминальна порожнина, хірургія, ультразвукова діагностика, швидка допомога, хірург.

Капшытар А.В.

Zaporizhya State Medical University

THE FIRST RESULTS OF APPLICATION OF ULTRASOUND EXAMINATION IN ABDOMINAL SURGERY BY THE PHYSICIAN-SURGEON OF URGENT BRIGADE

Summary. Introduction of the twenty-four-hour US at 269 patients with suspicion on the acute surgical abdominal pathology, executed by the physician-surgeon of urgent brigade, allowed 198 (73,6%) patients to eliminate indications to operation. Out of the 71 (26,4%) patient urgent operation is executed at 62 (87,3%) patients and planned — at 9 (12,7%). The false-negative result of US at

22,9% of patients to urgent pathology and at 22,2% — planned pathology is bound to an obesity, adherent process, an intestine paresis, not sufficient resolving power of the device and a small experience of the surgeon of the urgent brigade which is carrying out US.

Key words: abdominal cavity, surgery, ultrasonography, ambulances, surgeon.

УДК 616.711.1-07-053.2

КРАВЧЕНКО А.И.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Донецкого национального университета им. М.Горького

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Проведено клинично-інструментальне обстеження 133 підлітка з цервікальною нестабільністю позвоночника на предмет виявлення особливостей клініко-рентгенологічної верифікації. Из результатов проведенных исследований следует, что при диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника среди жалоб, на первый план выходят: общая слабость без предшествующей нагрузки, быстрая утомляемость и головная боль. Подросткам с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника присущ определенный характерный фенотип. Изучение рентгенологической картины показало, что диспластические изменения тел позвонков и связок ведут к нарушению устойчивости позвоночно-двигательных сегментов, а в последующем осложняются дегенеративно-дистрофическими изменениями.

Ключевые слова: дети, соединительная ткань, дисплазия, цервикальный отдел позвоночника, нестабильность.

Введение

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — это изменение ее структуры и метаболизма в эмбриональный и постнатальный периоды [13]. Указанные отклонения в развитии приводят к нарушению коллагенеза внеклеточного матрикса, аномальной дифференцировки и роста, расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях [17,14]. Распространенность ДСТ в популяции колеблется от 20,9 % до 48,5 % [15].

Одним из проявлений видов ДСТ является нестабильность цервикального отдела позвоночника, которая также характеризующаяся увеличением распространенности у детей подросткового возраста. А.Ф.Виноградов с соавт. [5] отмечают у большинства детей с проявлениями ДСТ характерные изменения в шейном отделе позвоночника.

Диспластическая нестабильность цервикального отдела позвоночника у детей и подростков является одной из мало изученных патологий опорно-двигательной системы (ОДС). По мнению А.Г.Беленького [2], Б.В.Головской с соавт. [8], С.К.Евтушенко с соавт. [10] и др. она является проявлением недифференцированной дисплазии соединительной ткани, признаки которой обнаруживаются в телах шейных позвонков, межпозвоночном диске, межпозвоночных суставах и связках позвоночника.

Данная патология имеет отчетливую тенденцию к росту. Так, если в 1998 году она составляла 21 % среди детей и подростков, то в 2008 году достигла 47 %

[9] и удерживается в этих пределах до настоящего времени [11].

По данным В.Г. Климовицкого с соавт. [11], среди госпитализированных 611 пациентов 10-17 лет у 44,4 % выявлена нестабильность в шейном отделе позвоночника.

Особую значимость рассматриваемая проблема приобретает в связи с тем, что при первичном обращении подростков с нестабильностью цервикального отдела позвоночника выявлены осложнения — ювенольный спондилоартроз унковертебральных сочленений в 24,5 %, хондроз дисков — в 14,8 %, особенно на уровне СУ-СУ1 — в 51,2 % наблюдений [4]. Поэтому широкое распространение ДСТ среди молодых людей обуславливает актуальность проблемы не только в медицинском, но и социальном плане [6].

В Европе в связи с дегенеративными заболеваниями позвоночника ежегодно потеря трудоспособности составляет 40 % [20]. Приведенные показатели подтверждают большую социальную значимость проблемы нестабильности цервикального отдела позвоночника, в связи с высоким риском у этих пациентов развития дистрофических изменений [1,3,7,12]

Диагностика симптомов нестабильности цервикального отдела позвоночника на доклиническом

© Кравченко А.И., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

уровне затруднена, часто врачами рассматривается как проявление вегетососудистой дистонии [16,19]. У детей подросткового возраста при нестабильности цервикального отдела позвоночника ранними проявлениями являются цереброваскулярные нарушения, дегенеративные изменения связочно-дискового аппарата. Указанная патология является ведущей причиной потери активного образа жизни и трудоспособности в молодом возрасте [18].

В научных публикациях многие аспекты данной проблемы представлены широко и аргументировано. Однако в печати недостаточно раскрыты, как естественные анатомические факторы риска, предрасполагающие к развитию функциональной нестабильности цервикального отдела позвоночника, так и клинико-инструментальные особенности ее верификации.

Цель: Изучить особенности клинико-рентгенологической верификации нестабильности цервикального отдела позвоночника у детей с дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы

Под наблюдением в клинике ортопедии и травматологии для детей НИИТО Донецкого национального медицинского университета находились 133 подростка с диспластическим синдромом нестабильности шейного отдела позвоночника в возрасте от 10 до 17 лет. По возрастному цензу пациенты распределены на две группы: от 10-14 лет – 71 чел. (53,4 %) и от 15 до 17 лет – 62 чел. (46,6 %). По полу среди пациентов отмечено незначительное превалирование девочек – 68 чел. (51,1 %), мальчиков было 65 чел. (48,9 %). Все пациенты являлись жителями крупных индустриально-промышленных экологически неблагоприятных регионов.

Таблица 1. Жалобы подростков с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника (n=133 подростка)

Жалобы детей	Кол-во больных	% больных
Общая слабость без предшествующих причин (отсутствие статико-физической перегрузки)	107	80,45
Быстрая утомляемость	96	72,18
Головная боль	111	84,45
Локальная боль в шейном отделе позвоночника	51	38,34
Дискомфорт в шейном отделе позвоночника	40	30,07
Ощущение «хруста» в шее при движениях	32	24,06
«Кивательные» движения головой	16	12,03
Артралгия в суставах без воспалительных проявлений	37	27,81

Клиническое обследование подростков заключалось в визуальном выявлении статико-функциональных отклонений от физиологического развития костно-мышечной системы, деформаций скелета. При наличии фенотипических признаков ДСТ костно-мышечной системы пациентам проводились комплексные инструментальные обследования. Рентгенологические исследования включали стандартные проекции цервикального отдела позвоночника и функциональную спондилографию. При наличии клинических признаков ДСТ проводили реоэнцефалографические исследования артерио-венозного кровотока шеи, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи, по показаниям – доплерографию сосудов основания мозга и их ветвей, спиральную компьютерную томографию мозга. Диагноз диспластической нестабильности цервикального отдела позвоночника определяли по комплексной совокупности показателей результатов указанных исследований.

Результаты исследований

Наличие диспластического синдрома у подростков нами оценивалось по следующим клиническим критериям: гипермобильность суставов, астеническое телосложение, нарушение осанки, сколиоз, деформация грудной клетки, черепа, плоскостопие, аномалия ЖВП, сердца, патология органа зрения, гиперэластичность кожи. При этом самым распространенным признаком является гипермобильность суставов.

При оценке жалоб (таб.1) подростков с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника нами выделена следующая триада наиболее встречаемых: общая слабость без предшествующих причин (отсутствие статико-физической перегрузки), быстрая утомляемость и самая распространенная жалоба – это головная боль.

Были выявлены локальные клинические признаки диспластической нестабильности: избыточная подвижность головы кзади, ограничение наклона головы к грудной клетке, гиперлордоз шейного отдела позвоночника, хруст в шейном отделе позвоночника при повороте головы и отмечающаяся почти у 90% наблюдаемых подростков локальная боль при пальпации в проекции остистых отростков шейных позвонков.

Среди изменений со стороны опорно-двигательного аппарата (таб.2) у всех подростков отмечалось наличие плоскостопия, характерной формы стопы: это уплощенность продольного свода стопы и распластанность переднего отдела с наличием «сандалевидной» шели и др.

Наличие данных проявлений определяют характерный фенотип присущий детям с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника.

Изучение рентгенограмм детей с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника показало, что последняя имела место приблизительно одинаково на разных уровнях. Однако при признаках листеза преобладал уровень $C_2 - C_3 - 13,1 \%$, $C_2 - C_3 -$

Таблица 2. Изменения в опорно-двигательном аппарате детей с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника (n=133 подростка)

Ортопедические нарушения	Количество подростков	% к числу пациентов
Плоскостопие поперечное	133	100
Плоскостопие продольное	115	86,7
Разница в длине ног	37	28,2
Сглаженность поясничного лордоза	30	23,2
Усиление грудного кифоза	82	61,6
Крыловидные лопатки	41	31,3
Сколиоз	52	38,4
Усиление шейного лордоза	71	53,7

14,9 %, при остеоартрозе унковертебральных сочленений – $C_4 - C_5 - 30,0 \%$, $C_4 - C_7 - 40,0 \%$, при хондрозе – $C_2 - C_4 - 36,0 \%$, $C_5 - C_6 - 24,0 \%$, $C_2 - C_5 - 20,0 \%$. Обращает на себя внимание локализация с участием C_2 и нижележащих позвонков, что указывает на слабость связочного аппарата данного сегмента. Смещение позвонков до 3мм не учитывали, т.к. у детей оно относится к норме, более 3мм устойчивое смещение – листез, установлено у 91 пациентов, при этом антилистез – в 64,4 %, ретролистез – в 35,6 % случаев. У 42 детей и подростков смещение превышало 4мм и наблюдалось больше при сгибании. Изменения оси шейного отдела в сагиттальной плоскости в стандартной проекции в виде кифоза выявлены у 27,8%, уплощенность физиологического лордоза у 32,1%.

Измерение объема сгибания и разгибания в шейном отделе позвоночника осуществляли от вертикальной плоскости. В норме шея сгибается приблизительно на 90° , предел ее разгибания составляет примерно 70° . В результате проведенных исследований мы получили следующие результаты: при наличии дистрофических изменений в шейном отделе (1 группа) величина активного сгибания составила $51 \pm 4^\circ$, без признаков хондроза и унковертебрального артроза (2 группа) величина активного сгибания составила в среднем $91 \pm 4^\circ$. Активное разгибание в 1 группе составляло $74 \pm 5^\circ$, во 2 – $90 \pm 4^\circ$. Рентгенологические данные существенно отличались от клинических. Так, в группе подростков 1 группы величина сгибания составила $24 \pm 5^\circ$, во второй группе – $32 \pm 4^\circ$, величина разгибания соответственно $48 \pm 5^\circ$ и $61 \pm 3^\circ$.

Выводы

Таким образом, из результатов проведенных исследований следует, что при диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника среди жалоб, на первый план выходят не локальные изменения, а следующая триада: общая слабость без предшествующей нагрузки, быстрая утомляемость и головная боль, а ведущими симптомами являются проявления церебро-дисциркуляторного синдрома. Подросткам с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника присущ определенный характерный фенотип, который может использовать-

ся, как ранний и легко доступный в практическом применении диагностический признак данной патологии. Изучение рентгенологической картины при нестабильности шейного отдела позвоночника у детей и подростков показало, что диспластические изменения тел позвонков и связок ведут к нарушению устойчивости позвоночно-двигательных сегментов. С ростом ребенка эти изменения усиливаются, осложняются дегенеративно-дистрофическими изменениями суставов – остеохондроз, ведут к сдавлению или раздражению сосудисто-нервных путей с соответствующей клиникой.

Список литературы

1. Бахтеева Н.Х. Результаты обследования детей с цервикальным болевым синдромом / Бахтеева Н.Х., Ионова Г.А., Григорьева А.В. // Травматология и ортопедия. – 2010. – № 1 (55). – С. 38-42.
2. Бельский А.Г. Генерализованная гипермобильность суставов и другие соединительно-тканые синдромы: обзор / Бельский А.Г. // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №4. – С. 40-48.
3. Ветрилэ С.Т. Краниовертебральная патология соединительной ткани / Ветрилэ С.Т. – СПб: Медицина, 2007. – 320 с.
4. Викторова И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти // Автореф. дис. на соиск. учен. степени докт. мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни»: 14.00.15 «Патологическая анатомия»: Омская гос. мед. академия. – Омск, 2004. – 41с.
5. Виноградов А.Ф. Тактика хирургической коррекции заболеваний костной системы у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Виноградов А.Ф., Румянцева Г.Н., Рассказов О.В. // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы: матер. II Всерос. конф. с междунар. участием, 19 окт. 2011 г. – М.: Тверь:СПб:ПрЕ100, 2011. – Вып.2. – С.112-116.
6. Гладких Н.А. Дисрегуляция сердечно-сосудистой системы и возможности ее ранней диагностики при синдроме дисплазии соединительной ткани // Автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук: спец.

- 14.00.05 «Внутренние болезни»: Ставропольский гос. мед. акад. – Ставрополь, 2002. – 22 с.
7. Голинская М.С. Особенности диагностики ортопедических заболеваний позвоночника / Голинская М.С. // Медицинская помощь. – 2008. – №1. – 14 с.
 8. Головской П.В., Леонова Л.Е., Фрейд Г.Г., Усольцева Л.В. Дисплазия соединительной ткани, как проблема медицины / Головской П.В., Леонова Л.Е., Фрейд Г.Г., Усольцева Л.В. // Сборник тезисов докл. научн. сессии Пермской гос. мед. акад. – Пермь, 1990. – С. 5-7.
 9. Дорофеева Г.Д. Недифференцированные системы ДСТ и внутренняя патология / Дорофеева Г.Д., Чурилина А.В. – Донецк, 1998. – 125 с.
 10. Евтушенко С.К. Диагностика і лікування цереброваскулярних порушень, зумовлених аномаліями магистральних артерій при вродженій слабкості сполучної тканини у дітей: метод. реком / Евтушенко С.К. – Донецьк, 2006. – 27 с.
 11. Климовицкий В.Г. Клинико-диагностические критерии диспластического синдрома цервикальной нестабильности позвоночника у подростков / Климовицкий В.Г., Усикова Т.Я., Кравченко А.И. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2008. – № 4. – С. 121-126.
 12. Козел Н.П. Анализ причин возникновения дистрофических изменений в двигательных сегментах шейного отдела позвоночника у подростков, имеющих в анамнезе мышечную кривошею / Козел Н.П. // Российский биомедицинский журнал. – 2005. – № 6. – 128 с.
 13. Лимаренко М.П. Дифференцированная дисплазия соединительной ткани (клиническое наблюдение) / Лимаренко М.П. // Журнал «Здоровье ребенка». – 2007. – № 4 (7). – С. 113-116.
 14. Марушко Ю.В. Синдром гипермобильности суставов у детей / Марушко Ю.В., Гордиенко И.Н. // Материалы Укр.научн.практ.конф: Сучасна педіатрія. Проблеми та перспективи. – Харьков, 2007. – С. 118-119.
 15. Марушко Ю.В. Современное состояние проблемы синдрома гипермобильности суставов у детей / Марушко Ю.В., Марушко Т.В., Гордиенко И.М. // Матер. II Всеукр. научн. практ. конф.: Суглобовий синдром в практиці педіатра. – 2009. – С. 50-52.
 16. Новиков Ю.О. Ультразвуковой способ диагностики гипермобильности шейного отдела позвоночника и миофасциального болевого синдрома / Новиков Ю.О. // Казанский медицинский журнал. – 2000. – № 4. – С. 494.
 17. Омельченко Л.И. Дисплазии соединительной ткани у детей / Омельченко Л.И., Николаенко В.Б. // Doctor. – 2004. – № 1. – С. 44-47.
 18. Полтарацкий Т.В. Нестабильность позвоночных сегментов шейного отдела у детей, как причина динамической компрессии позвоночных артерий / Полтарацкий Т.В., Кантюкова Г.А. // Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии. – 2007. – С. 169-170.
 19. Хайбулина Д.Х. Клиника и диагностика ранних проявлений вертеброгенных заболеваний нервной системы в детском возрасте // Автореф. Дис. ... канд.мед. наук. – 1999. – 24 с.
 20. Straus V.M. Chronic pain of spinal origin: The costs of intervention / Straus V.M. // Spine. – 2002. – №22. – P. 2614-2619.

Получено 7.04.14 ■

Кравченко О.І.

Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії Донецького національного університету ім. М.Горького

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ВЕРИФІКАЦІЯ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ХРЕБТА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Резюме. Проведено клініко-інструментальне обстеження 133 підлітків з цервікальною нестабільністю хребта на предмет виявлення особливостей клініко-рентгенологічної верифікації. З результатів проведених досліджень випливає, що при диспластичній нестабільності шийного відділу хребта серед скарг, на перший план виходять: загальна слабкість без попереднього навантаження, швидка стомлюваність і головний біль. Підліткам з дис-

пластичною нестабільністю шийного відділу хребта притаманний певний характерний фенотип. Вивчення рентгенологічної картини показало, що диспластичні зміни тіл хребців і зв'язок ведуть до порушення стійкості хребетно-рухових сегментів, а в подальшому ускладнюються дегенеративно-дистрофічними змінами.

Ключові слова: діти, сполучна тканина, дисплазія, цервікальний відділ хребта, нестабільність.

Kravchenko A.I.

The research institute traumatology and orthopedics state medical university by him M.Gorky

CLINICO-ROENTGENOLOGICAL VERIFICATION INSTABILITY OF CERVICAL SPINE IN CHILDREN

Summary. Conducted clinical and instrumental examination of 133 teenager with cervical instability of the spine to identify the peculiarities of the clinical and radiological verification. From the results of the research suggests that, while displastik instability of the cervical spine among the complaints are coming to the fore: General weakness without previous periods, fatigue and headache. Adolescents with диспластической instability of the

cervical spine in ridding characteristic phenotype. Study of x-ray picture showed that dysplastic changes in the bodies of the vertebrae and ligaments lead to destabilization of the vertebral motor segments, and subsequently compounded degenerative-dystrophic changes.

Key words: children, connective tissue dysplasia, cervical spine instability.

УДК 612.013-021.4:616.366-002-036.12-003.7

БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Резюме. Введение. Хронический бескаменный холецистит – одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения и встречается с частотой 6–7 случаев на 1000 чело-век. Пациенты имеют высокие показатели временной и стойкой нетрудоспособности. В практической медицине огромное значение имеет комплаенс — добровольное следование пациента рекомендациям врача.

Цель работы: оценить приверженность к комплексной терапии больных с хроническим бескаменным холециститом, которым показано оперативное лечение, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного изучения комплаенса у 114 больных хроническим бескаменным холециститом (I группа), которым показана операция, лечившихся в клинике за последние 7 лет. Женщин было – 67 (59,1%), мужчин – 47 (40,9%) в возрасте $43,0 \pm 6,7$ года. Контрольную (II группу) составили 40 больных аналогичного пола и возраста, не имеющих билиарной патологии. Различные сопутствующие заболевания выявлены у 71 (62,1%) пациента.

Для подтверждения диагноза применяли следующие методы обследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой (с исследованием функции жёлчного пузыря), фракционное хромотическое дуоденальное зондирование с микроскопическим, биохимическим и бактериологическим исследованием жёлчи, компьютерную или магнитно-резонансную томографию (по показаниям), статистические.

Для описания приверженности к лечению мы предлагали больным ответить на 11 специальных вопросов.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных ответов на вопросы анкеты показал, что 82,3% пациентов I группы готовы выполнять все врачебные назначения, а во II группе – 68,5%. Следующие показатели ответов будут относиться к I и II группам соответственно. Способны приобрести медикаменты на сумму около 1000 грн – 77% и 81,4%. Отсутствие денег препятствует полному соблюдению всех врачебных назначений – в 52% и 47,5%, неверие врачу — в 10% и 40,7% ($p < 0,01$). Средний ежемесячный доход пациентов различался незначительно: 2390 грн и 2224 грн. Родственники способны оказать финансовую поддержку в период болезни пациента – в 30% и 55% ($p < 0,05$), не способны – в 66% и 40% ($p < 0,05$). Соблюдение диетических рекомендаций статистически значимо для пациентов I группы (74,5%), чем для II группы (48,4%) — $p < 0,05$. Пациенты II группы статистически более значимо ориентированы на современное качественное лечение – 78% и 96% ($p < 0,05$). Более высокую оценку лечения предыдущего обострения заболевания дали пациенты II группы – 67,1% и 81,4% ($p < 0,05$). Примерно половина пациентов обеих групп хотела бы удешевить лечение – 49% и 47%. Более строго диетических рекомендаций придерживаются пациенты II группы – 57,1% и 64,3% ($p < 0,05$). К необходимости длительного приёма лекарственных препаратов относятся: хорошо – 47% и 65%, удовлетворительно – 27,4% и 11% ($p < 0,05$), отрицательно – 25,6% и 23,9%.

Выводы. Приверженность к комплексной терапии у пациентов с ХБХ, которым показано оперативное лечение, высокая (82,1%), а в контрольной группе — средняя (68%). Для повышения комплаентности у больных целесообразно планомерно информировать их о тяжёлых осложнениях при длительном течении заболевания.

Ключевые слова: комплаенс, хронический бескаменный холецистит, операция.

© Брахми Ноамен Бен Амара, 2014
© «Украинский журнал хирургии», 2014
© Заславский А.Ю., 2014

Введение

В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы. В ближайшие 15 – 20 лет заболеваемость болезнями пищеварительной системы, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические и метаболические механизмы, возрастет в мире на 30 – 50%. Сейчас показатели распространенности болезней желчевыводящих путей колеблются от 26,6 до 45,5 на 1000 человек. Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) – одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения и встречается с частотой 6 – 7 случаев на 1000 человек [5, 6, 3, 7].

Болезням билиарной системы, в частности, хроническому бескаменному холециститу (ХБХ), свойственны разнообразие клинических проявлений, длительность лечения, затяжные обострения, что обуславливает частую обращаемость пациентов за медицинской помощью. Кроме медицинских аспектов данной патологии, есть и социальные — в связи с частой ее выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте и высокими показателями временной и стойкой нетрудоспособности. При хроническом холецистите и желчекаменной болезни нередко вовлекаются в патологический процесс смежные органы (печень, поджелудочная железа, желудок и др.), возникают тяжелые осложнения, ведущие к инвалидизации [2, 4, 8].

Существует проблема назначения рациональной этиопатогенетической терапии в связи со сложностью многих вопросов этиологии и патогенеза билиарных заболеваний. В практической медицине большое значение имеет комплаенс (англ. compliance – согласие, соответствие) — это добровольное следование пациента рекомендациям врача, предписанному ему режиму лечения, внутренний долг (обязанность) больного выполнять назначения врача, приверженность к лечению [1, 3, 9].

По данным некоторых исследователей, среди различных подгрупп пациентов, в среднем 20 – 31% не способны правильно понять, когда именно запланирован следующий визит к врачу, 21 – 33% — прочесть инструкцию к препарату и оценить показания обычного термометра, а 24 – 58% не понимают, что значит принимать лекарства натощак [2, 4, 8]. Исследование, проведенное в одной из аптек США, показало, что 12% из 500 назначений пациенты поняли неправильно [8].

Согласно данным ВОЗ, примерно половина хронических больных не выполняют медицинские рекомендации, что приводит к серьезным последствиям. Эффективность лечения снижается, самое лучшее лекарство становится бесполезным. Часто болезнь продолжает прогрессировать. Врачу приходится многократно пересматривать терапию и назначать новые лекарства. Понятие «комплаенс» описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. Проблема комплаенса осо-

бенно важна при хронической патологии, когда успех лечения достигается только при длительной терапии [2, 1, 3].

В условиях клинической практики выявление факторов, которые взаимно усиливают или ослабляют влияние на комплаенс, позволяет понять, почему больной не соблюдает медицинские рекомендации, и оптимизировать лечебную программу.

Цель работы — оценить приверженность к комплексной терапии больных с хроническим бескаменным холециститом, которым показано оперативное лечение, с изучением характера взаимосвязей между нею, клинической картиной и вегетативными характеристиками.

Материал и методы

Проанализированы результаты комплексного изучения комплаенса у 114 больных ХБХ, которым показано оперативное лечение, лечившихся в 1-м хирургическом отделении ДОКТМО за последние 7 лет. Это составило 8,1% от всех операций, выполненных по поводу доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей. Женщин было 67 (59,1%), мужчин — 47 (40,9%) в возрасте $43,0 \pm 6,7$ года. В возрасте от 30 до 50 лет 62,8% пациентов составили женщины. Контрольную группу составили 40 больных аналогичного пола и возраста, не имеющих билиарной патологии.

Длительность заболевания составила от 1 – 2 до 17 лет. Из 114 обследованных у 73 выявлены факторы, которые могли способствовать развитию ХБХ (перенесенные ранее болезнь Боткина, тонзиллит, корь, полиноз и др.). Различные сопутствующие заболевания (язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, зоб, ожирение и др.) выявлены у 71 (62,1%) пациента. Ранее оперированы по поводу других заболеваний (аппендэктомия, герниопластика, гинекологические операции) 28 (24,5%) больных.

Пациенты прошли тщательное клинико-лабораторное обследование. Для подтверждения диагноза им проводилось УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны, фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с микроскопическим, биохимическим и бактериологическим исследованием желчи, динамическое ультразвуковое исследование желчного пузыря с пробным завтраком, по показаниям — магнитно-резонансная томография с холангиографией.

Для описания поведения больных и их приверженности к лечению мы предлагали им ответить на ряд вопросов о правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следовании диете, ограничении вредных привычек.

Для статистической обработки результатов использовали методы корреляционного и дисперсионного анализа с оценкой критериев Т Стьюдента и «Z» для трех уровней значимости 5%, 1%, 0,1%.

Результаты и обсуждение

При определении комплаенса основным критерием является соблюдение правильного режима приема

препарата. Но могут применяться и другие показатели: необходимость придерживаться нужной диеты или образа жизни, частота возникновения побочных реакций, стоимость основного лечения и т.д. При высоком уровне комплаенса пациенты получают препарат строго в указанное время более чем в 80% случаев, при терапии со средними его значениями — в 20–80%, при низком уровне — менее чем в 20%.

Отмечено, что при низком комплаенсе даже самое лучшее лекарство окажется малоэффективным. При хронических заболеваниях пациенты более склонны соблюдать врачебные рекомендации, чем при острых.

Для определения комплаенса все пациенты заполнили специальную анкету.

1. Насколько пунктуально вы выполняете врачебные назначения? 82,3% пациентов I группы готовы выполнять все назначения и 68,5% — II группы.

2. Способны ли вы приобрести медикаменты для лечения вашего заболевания на сумму около 1000 грн?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 77% и 81,4%, не всегда — 8% и 8,1%, нет — 15% и 10,5%.

3. Что препятствует полному соблюдению всех врачебных назначений и рекомендаций, с перечислением причин?

Ответы (I и II группы соответственно): ничего — 31% и 6,1% ($p < 0,05$), нет денег — 52% и 47,5%, лень — 7% и 5,7%, не верю врачу — 10% и 40,7% ($p < 0,01$). Пациенты I группы показали статистически значимо более высокие ($p < 0,01$) результаты комплаенса.

4. Средний ежемесячный доход пациента.

Такой доход различался незначительно и не мог влиять на комплаентность: I группа — 2390 грн, II группа — 2224 грн.

5. Способны ли родственники оказать финансовую поддержку в период болезни пациента?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 30% и 55% ($p < 0,05$), нет — 66% и 40% ($p < 0,05$), иногда — 4% и 5%. Материальную поддержку статистически значимо чаще могут оказать родственники пациентам II группы ($p < 0,05$).

6. В целях быстреего выздоровления и качественного лечения готовы ли вы тщательно соблюдать диету, режим и принимать все необходимые лекарства?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 74,5% и 48,4% ($p < 0,05$), не всегда — 20,5% и 1,8% ($p < 0,01$), нет — 5% и 49,8% ($p < 0,001$). Соблюдение диетических рекомендаций статистически значимо для пациентов I группы ($p < 0,05$).

7. Хотите ли вы получить самое современное качественное лечение своего заболевания?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 78% и 96% ($p < 0,05$), не всегда — 22% и 4% ($p < 0,01$). Пациенты II группы статистически более значимо ориентированы на современное качественное лечение ($p < 0,05$).

8. Как вы оцениваете проведенное лечение предыдущего обострения вашего заболевания?

Ответы (I и II группы соответственно): хорошо — 67,1% и 81,4%, удовлетворительно — 30% и 10% ($p < 0,05$), неудовлетворительно — 2,9% и 8,6%. Более

высокую статистически значимую оценку проведенной терапии дали пациенты II группы ($p < 0,05$).

9. Обращались ли вы к врачу с просьбой заменить дорогостоящие лекарственные препараты на более дешевые?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 49% и 47%, нет — 51% и 53%. Примерно половина пациентов обеих групп хотели бы удешевить лечение.

10. Строго ли вы соблюдаете прописанную вам диету в период обострений и ремиссий?

Ответы (I и II группы соответственно): да — 57,1% и 64,3%, не всегда — 28,7% и 12,70% ($p < 0,05$), нет — 14,2% и 23%. Более строго диетических рекомендаций придерживаются пациенты II группы ($p < 0,05$).

11. Как вы относитесь к необходимости длительного приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты?

Ответы (I и II группы соответственно): хорошо — 47% и 65,1%, удовлетворительно — 27,4% и 11% ($p < 0,05$), отрицательно — 25,6% и 23,9%. Приверженность к длительной поддерживающей терапии и соблюдению диетических рекомендаций статистически значимо продемонстрировали пациенты II группы ($p < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что соблюдение диеты и медикаментозное лечение являются основными составляющими комплаентности больных. Уровень последней у пациентов I группы был выше (82,1%), чем у II группы (68% — $p < 0,05$).

Выводы

Бескаменный холецистит — заболевание, которое требует серьезного внимания и грамотного, дифференцированного лечения. Приверженность к комплексной терапии у пациентов с хроническим бескаменным холециститом, которым показано оперативное лечение, высокое, а в контрольной группе — среднее. Чтобы повысить комплаентность у больных, целесообразно планомерно информировать их о высоком риске развития желчнокаменной болезни и тяжелых осложнениях при длительном течении заболевания.

Список литературы

1. Гончарик И.И. Хронический бескаменный холецистит / И.И. Гончарик, Т.В. Малая // *Здравоохранение*. — 2011. — № 9. — С. 36–41.
2. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // *Психиатрия и психофармакология*. — 2008. — № 1. — С. 13–20.
3. Звягинцева Т.Д. Клиника, диагностика и лечение хронического бескаменно-го холецистита / Т.Д. Звягинцева, И.И. Шаргород // *Новости медицины и фармации*. — 2013. — № 6 (478). — С. 32–37.
4. Качество жизни и приверженность к лечению больных хроническим бескаменным холециститом и желчнокаменной болезнью / Е.Ю. Плотникова, В.Н. Золотухина, С.А. Максимов [и др.] // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. — 2011. — Т. 6, № 3. — С. 71–75.

5. Короткий В.М. Лікувальний комплаєнс: поняття, проблема та шляхи її вирішення / В.М.Короткий, І.В.Колосович // Мистецтво лікування. — 2004. — №8. — С. 74 — 79.
6. Оруджев Я. С. Психологический фактор комплаенса / Я. С. Оруджев, Е.Ю. Зубова, Е. А. Козленко // Вестн. Волгоград, гос. мед. ун-та. — 2007. — №3. — С. 79-80.
7. Knab L. M. Cholecystitis / L. M. Knab, A. M. Boller, D.M. Mahvi // Surg Clin North Am. — 2014. — Vol. 94, № 2. — P. 455-470.
8. Shaya F.T. Compliance with medicine / F.T. Shaya // Ophthalmol. Clin. North. Am. — 2005. — N 18 (4). — P. 611 — 617.
9. Study of association between use of complementary and alternative medicine and non-compliance with modern medicine in patients presenting to the emergency department / V.M. Jose, A. Bhalla, N. Sharma et al. // J. Postgrad. Med.- 2007.-Vol. 53.-P. 96-101.

Получено 15.04.14 ■

Брахмі Ноамен Бен Амара

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

КОМПЛАЙЄНС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЯКИМ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

Резюме. Вступ. Хронічний безкам'яний холецистит — одне з найбільш поширених захворювань органів травлення і зустрічається з частотою 6 — 7 випадків на 1000 осіб. Пацієнти мають високі показники тимчасової та стійкої непрацездатності. У практичній медицині величезне значення має комплаєнс — добровільне проходження пацієнта з рекомендаціями лікаря.

Мета роботи: оцінити прихильність до комплексної терапії хворих на хронічний безкам'яний холецистит, яким показано оперативне лікування, в порівнянні з пацієнтами кон-трольної групи.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати комплексного вивчення комплаєнсу у 114 хворих на хронічний безкам'яний холецистит (I група), яким показана операція, що лікувалися в клініці за останні 7 років. Жінок було — 67 (59,1%), чоловіків — 47 (40,9%) віком $43,0 \pm 6,7$ років. Контрольну (II групу) склали 40 хворих аналогічних статі і віку, які не мають біліарної патології. Різні супутні захворювання виявлено у 71 (62,1%) пацієнта.

Для підтвердження діагнозу застосовували такі методи обстеження: клініко-лабораторні, ультразвуковий (з дослідженням функції жовчного міхура), фракційне хроматичне дуоденальне зондування з мікроскопічним, біохімічним і бактеріологічним дослідженням жовчі, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію (за показаннями), статистичні. Для опису прихильності до лікування ми пропонували хворим відповіді на 11 спеціальних питань.

Результати та обговорення. Аналіз отриманих відповідей на запитання анкети показав, що 82,3% пацієнтів I групи готові

виконувати всі лікарські призначення, а в II групі — 68,5%. Наступні показники відповідей будуть відноситися до I та II груп відповідно. Здатні придбати медикаменти на суму близько 1000 грн — 77% і 81,4%. Відсутність грошей перешкоджає повному дотриманню всіх лікарських призначень — в 52% і 47,5%, невіра у лікаря — в 10% і 40,7% ($p < 0,01$). Середній щомісячний дохід пацієнтів розрізнявся незначно: 2390 грн і 2224 грн. Родичі здатні надати фінансову підтримку в період хвороби пацієнта — в 30% і 55% ($p < 0,05$), не здатні — в 66% і 40% ($p < 0,05$). Дотримання дієтичних рекомендацій статистично значимо для пацієнтів I групи (74,5%), ніж для II групи (48,4%) — $p < 0,05$. Пацієнти II групи статистично більш значимо орієнтовані на сучасне якісне лікування — 78% і 96% ($p < 0,05$). Більш високу оцінку лікування попереднього загострення захворювання дали пацієнти II групи — 67,1% і 81,4% ($p < 0,05$). Приблизно половина пацієнтів обох груп хотіла б здешевити лікування — 49% і 47%. Більш строго дієтичних рекомендацій дотримуються пацієнти II групи — 57,1% і 64,3% ($p < 0,05$). До необхідності тривалого прийому лікарських препаратів відносяться: добре — 47% і 65%, задовільно — 27,4% і 11% ($p < 0,05$), негативно — 25,6% і 23,9%.

Висновки. Прихильність до комплексної терапії у пацієнтів на ХБХ, яким показано оперативне лікування, висока (82,1%), а в контрольній групі — середня (68%). Для підвищення комплаєнтності у хворих доцільно планомірно інформувати їх про важкі ускладнення при тривалому перебігу захворювання.

Ключові слова: комплаєнс, хронічний безкам'яний холецистит, операція.

Brahmi Noamen Ben Amara

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

COMPLIANCE PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS, WHICH OPERATIVE TREATMENT

Summary. Introduction. Chronic cholecystitis without stones — one of the most common diseases of the digestive system and occurs with a frequency of 6 — 7 per 1000 people. Patients have high rates of temporary and permanent disability. In the practice of medicine is crucial compliance — voluntary adherence to the patient's physician's recommendation.

Objective: To evaluate the adherence to the treatment of patients with chronic acalculous cholecystitis, which operative treatment, compared with patients in the control group.

Material and methods. The results of a comprehensive study of compliance in 114 patients with chronic acalculous cholecystitis (group I), which shows the operation treated at the clinic for the last

7 years. Women was — 67 (59.1%), men — 47 (40.9%) aged $43,0 \pm 6,7$ years. Control group (group II) consisted of 40 patients of similar age and sex without biliary pathology. Various comorbidities were detected in 71 (62.1%) patients. To confirm the diagnosis, the following survey methods: clinical, laboratory, ultrasound (with the study of the function of the gallbladder), fractional chromatic duodenal intubation with a microscopic, biochemical and bacteriological studies of bile, CT or magnetic resonance imaging (if indicated), and statistical. To describe adherence to treatment we offer patients answer 11 specific questions.

Results and discussion. Analysis of the responses to the questionnaire showed that 82.3% of the patients I group ready to perform all medical appointments, and in the II group — 68.5%. The following response rates will apply to groups I and II, respectively. Able to purchase medicines worth about 1000 uan — 77% and 81.4%. Lack of money prevents the full implementation of all medical prescriptions — 52% and 47.5%, disbelief doctor — 10% and 40.7% ($p < 0.01$). The average monthly income of patients differed slightly: 2390 uan and 2224 uan. Relatives are able to provide financial support during the patient's illness — 30% and 55% ($p < 0.05$), are not

able to — 66% and 40% ($p < 0.05$). Compliance with dietary recommendations statistically significant for group I patients (74.5%) than in group II (48.4%) — $p < 0.05$. Patients II group statistically significantly more focused on modern high-quality treatment — 78% and 96% ($p < 0.05$). Higher estimate of the previous treatment of acute illness, patients were given the II group — 67.1% and 81.4% ($p < 0.05$). Approximately half of the patients in both groups would like to reduce the cost of treatment — 49% and 47%. More strictly adhere to the dietary recommendations of the group II patients — 57.1% and 64.3% ($p < 0.05$). To the necessity of long-term use of drugs are: good — 47% and 65%, satisfactory — 27.4% and 11% ($p < 0.05$) and negatively — 25.6% and 23.9%.

Conclusions. Adherence to adjuvant therapy in patients with chronic acalculous cholecystitis, which operative treatment, high (82.1%), while in the control group — the average (68%). To improve compliance patients it is advisable to systematically inform them of severe complications in the long course of the disease.

Key words: compliance, chronic cholecystitis without stones, surgery.

УДК 616.36-092:579.835.12

ГРУЗИНСЬКИЙ О.В.

Білоцерківська районна лікарня

РОЛЬ БАКТЕРІЙ РОДУ *HELICOBACTER* В ПАТОГЕНЕЗІ ХОЛЕЛІТІАЗУ

Резюме. У статті проаналізовано літературні дані про можливу участь бактерій роду *Helicobacter* в патогенезі захворювань гепатобіліарної системи. За даними зарубіжних досліджень ці бактерії виявлені в жовчі, тканинах печінки, слизовій оболонці жовчного міхура і жовчних протоків, що свідчить про можливий зв'язок бактерій роду *Helicobacter* з холелітазом.

Доведено, що найбільш чутливими методами діагностики бактерій роду *Helicobacter* на сьогодні є ПЛР та імуногістохімія.

Ключові слова: бактерії роду *Helicobacter*, холелітаз, ПЛР, імуногістохімія.

Проблема жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) набула в наш час не тільки медичного, але й соціально-економічного значення, оскільки ця патологія досить поширена серед дорослого населення і в Європі, і в Північній Америці, і в Китаї. Існує чітко виражена тенденція до збільшення кількості пацієнтів за останні два-три десятиліття як серед дорослих, так і серед дітей [3].

На сьогодні процес формування жовчних каменів остаточно не встановлений: від первісної стадії утворення ядра до кінцевої стадії проходить тривалий час, що ускладнює динамічне спостереження за цим процесом, тому існує безліч теорій літогенезу. За даними літературних джерел відомо, що однією з основних умов формування жовчних каменів є перенасичення жовчі холестерином та порушення колоїдних властивостей жовчі з підвищенням продукування слизу і осадженням кристалів холестерину (ХС). При цьому слід зазначити, що різні порушення функції жовчного міхура є чинниками, які сприяють каменеутворенню. Насамперед до них належать функціональні моторно-тонічні порушення – дискінезії і дистонії жовчного міхура та сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів [1, 2].

В публікаціях зарубіжних та вітчизняних авторів щодо механізму холестеринового літогенезу вирішальне значення надається жовчно-міхуровому фактору, а саме хронічному запальному процесу в жовчному міхурі, внаслідок якого посилюються слизоутворення і застій жовчі (гіпокінезії), яка містить надмірну кількість холестерину при одночасному зниженні рівня жовчних кислот і фосфоліпідів, і це призводить до преципітації холестерину з утворенням (нуклеація) твердих кристалів [4, 13]. Вони стають основою холестеринових жовчних каменів, що утворюються шляхом злиття окремих кристалів у конгломераті, їх «цементування» муциновими глікопротеїнами. В подальшому камені збільшуються за рахунок утворення нових кристалів.

Деякі дослідники вказують на те, що гіпокінезія жовчного міхура є фактором ризику для розвитку холелітазу. Це збігається з думкою про єдиний процес розвитку ураження жовчного міхура, що послідовно проходить взаємопов'язані фази: дискінезія, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба. Окрім цього, дехто вважає причиною утворення холестеринових жовчних каменів запальний процес у жовчному міхурі. При цьому самі моторно-тонічні розлади можуть викликати розвиток запальних явищ у біліарному тракті, приводячи до формування «сладжа» [4].

Ми вважаємо, що окрім запальної і обмінної концепції генезу захворювань жовчного міхура, що передують розвитку хвороби, заслуговує на увагу гіпотеза про бактеріальну природу літогенезу, яка сьогодні набуває особливого поширення.

Ця теорія ґрунтується на масиві повідомлень про виявлення мікроорганізмів у жовчі і жовчних каменях хворих на ЖКХ за широкого використання молекулярних, гістологічних, мікроскопічних, бактеріологічних та імунологічних методів, зокрема ПЛР. Цими дослідженнями виявлені різні штами *Helicobacter*, що спричинюють асоційовані з ними захворювання. Штами першого типу викликають виразкову хворобу та рак шлунка, тоді як штами другого типу – хронічний гастрит. Інші автори підтверджують існування можливого зв'язку бактерій роду *Helicobacter* з розвитком хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби, холангіту і гепатокарциноми. Зокрема, виявлення цих бактерій у слизовій оболонці (СО) жовчного міхура та жовчних протоків свідчить про їх здатність колонізувати органи гепатобіліарної системи.

© Грузинський О.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Незважаючи на суперечливість результатів досліджень, ця проблема є на сьогодні надзвичайно актуальною в різних країнах світу.

НР сьогодні одна із найпоширеніших інфекцій на землі, являє собою анаеробну, грамнегативну бактерію спіралеподібної форми із джгутиками, що належить до розряду повільних. Вони існують протягом багатьох років в організмі людини перед тим, як розвивається гастрит, виразкова хвороба або рак шлунка.

Природним резервуаром цього мікроорганізму є людина, але інфекція виявляється також у домашніх кішок та свиней. Зараження може відбуватися через забруднену питну воду (НР виживає до двох тижнів у холодній морській та річковій воді), при вживанні в їжу сирих овочів, для поливу яких використовувалася необроблена стічна вода. Цей мікроб може заразити людей через поцілунки, брудний посуд тощо. НР добре виживає в зубному нальоті. Таким чином інфікування відбувається в основному харчовим, фекально-оральним та побутовим шляхами.

Бактеріальним клітина оточена шаром гелю – глікокалікса, який захищає її від дії соляної кислоти шлункового соку, тому потрапляючи в шлунок, НР знаходить там ідеальне середовище для існування та розмноження. Швидко рухаючись у шлунковому соці і у в'язкому шарі шлункового слизу, бактерії повністю заселяють слизову оболонку шлунка. Виробляючи ряд ферментів (уреаза, фосфоліпаза, протеаза гамма-ГТ), НР діє агресивно на мембрану епітеліоцитів. Мікроорганізм прикріплюється до поверхні епітелію та проникає в клітини. Під дією уреаз та других факторів патогенності пошкоджується слизова оболонка, посилюються запальні реакції та утворення цитокінів (радікалів кисню, окису азоту).

На Заході 30–50 % дорослого населення інфіковано НР. Гіпотеза щодо його участі у літогенезі ґрунтується на припущенні про існування впливу мікробної бета-глюкоронідази на процес декон'югації диглюкороніду білірубину, внаслідок чого відбувається осадження нерозчинного некон'югованого білірубину [5].

За даними деяких авторів у жовчі 50% хворих на холелітіазм визначаються *Helicobacter pylori*, а у 30% — *Helicobacter pullorum*. Бактеріальна ДНК, узята з ядра конкременту, виявлена в пігментних (87%, грамнегативні палички і анаероби), холестеринових (57%, в основному грампозитивні коки) і змішаних (67%, з них грампозитивні палички — 50%, грампозитивні коки — 40%, анаероби — 10%) каменях [3, 8, 10].

Н.І. Monstein і співавт. у змішаний бактеріальній флорі каменів в 50 % випадків виявили *H. pylori* [12]. М. Yoshimura і співавт. в зразках жовчі, отриманої при холецистектомії, ДНК бактерій роду *Helicobacter* виявили в 50% випадків. Причому, в 60 % у хворих з безсимптомним перебігом хвороби встановили, що з 61 позитивної проби в 56 ДНК відповідала *H. pylori*. У цих дослідженнях також доведено, що *H. pylori* у жовчних каменях у дітей зустрічається досить часто. Крім ДНК *H. pylori* були виявлені ДНК *H. muridarum*, *H. mustelae*, *H. mustelae*, *H. felis*, *H. pametensis*, *H. Nemestrinae*.

Цими ж авторами доведена наявність антитіл до CagA у зразках жовчі хворих на холелітіаз і в 53% випадків ідентифікували в жовчі бактерії роду *Helicobacter*. Оскільки імуноглобуліни, що містяться в жовчі, підвищують кристалізацію холестерину, персистенція бактерій роду *Helicobacter* в жовчі спричиняє хронічну запальну відповідь, що може обумовлювати участь цих мікроорганізмів у процесі формування каменів. Також не виключена можливість того, що зруйновані під впливом жовчі молекулярні структури бактерій роду *Helicobacter*, які мають антигенні властивостями, можуть залучатися до ентєрогепатогенної циркуляції і стимулювати вироблення антитіл [6, 7, 11]. На участь бактерій роду *Helicobacter* у патогенезі ЖКХ вказують дані про підвищення проліферації епітелію жовчного міхура при холелітіазі у випадку інфікування цими бактеріями, тоді як у неінфікованому епітелії рівень проліферації значно нижчий.

На колонізацію ГСБ бактеріями роду *Helicobacter* можуть впливати різні фактори: індивідуальні відмінності в концентрації жовчних кислот і солей, присутність особливих поверхневих структур для адгезії мікроорганізмів та ін.

Рядом авторів доведено, що у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом, інфікованих *H. pylori*, жовчний рефлюкс зустрічається достовірно частіше, ніж у здорових осіб та у неінфікованих хворих [7, 10, 12]. Високий ступінь обсіменіння СО шлунка *H. pylori* при жовчному рефлюксі вказує на існування жовчотолерантних штамів. Можливо, що закид жовчі в шлунок може відігравати роль в мутації варіантів *H. pylori*, резистентних до жовчі [8]. Очевидно, що бактерії роду *Helicobacter*, потрапляючи в жовчний міхур, трансформуються зі спіралеподібної форми в кокоподібну, що має підвищену резистентності до несприятливих факторів навколишнього середовища і сприяє збереженню мікроорганізмів. Іншим аргументом на користь існування «шлункових» бактерій роду *Helicobacter* у жовчі служать повідомлення про виділення чистої культури *H. pylori* з фекалій, що свідчить про здатність цих бактерій долати агресивні бар'єри жовчного міхура без втрати життєздатності [5].

Істотну роль у процесах колонізації ГСБ може відігравати шлункова метаплазія епітелію жовчного міхура. Зокрема, D.F. Chen і співавт. при гістологічному вивченні препаратів із СО жовчного міхура у хворих на хронічний калькульозний холецистит в 31% випадків виявили шлункову метаплазію, яка корелювала з *H. pylori*-інфекцією. При цьому в місцях скупчень *H. pylori* виявлені порушення цілісності й апоптоз епітеліального шару, дуже подібні до змін, що виникають у шлунку [9]. Жовчний міхур і шлунок, як відомо, мають спільне походження (з ендобластів) і схожу структуру тканин слизової оболонки, покритої тонким шаром слизу. Це робить можливим колонізацію бактеріями роду *Helicobacter* жовчного міхура за рахунок наявності у ШКТ специфічних рецепторів для цих бактерій, а шлункова метаплазія може забезпечувати найкращі умови для цього.

Yakoob J зі співавторами виявили вірогідний зв'язок між виявленням *H. pylori* в СО шлунка, печінки і жовчі у хворих з різними захворюваннями ГБС і довели, що очевидним шляхом попадання бактерій є висхідний — з дванадцятипалої кишки у жовчні протоки через дуоденально-біліарний рефлюкс. Повідомлення про виявлення бактерій роду *Helicobacter* у крові при бактеріємії вказують на існування іншого шляху — гематогенного [15].

Ряд дослідників вважають інфікування *H. pylori* однією з причин розвитку поєднаної патології через анатомо-фізіологічний взаємозв'язок гепатопанкреатодуоденальної зони [6, 12, 14]. Зокрема, при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки змінюється не тільки функціональний стан жовчного міхура, але й якісний склад жовчі. Причому при збільшенні випадків загострень виразкової хвороби прогресують і патологічні зміни в СО жовчного міхура. І хоча патогенетичні механізми участі *H. pylori* у розвитку захворювань ГБС вірогідно не обґрунтовані, вважаємо, що цей мікроорганізм виконує роль кофактора в ланцюгу послідовних перетворень через хронічне запалення, приводячи до формування його різних фіналів. Гістологічне підтвердження хронічного холециститу у вигляді дегенерації, некрозу і запальної клітинної інфільтрації жовчного епітелію виявлено в ділянках колонізації *H. pylori*. Електронна мікроскопія показала порушення цілісності клітинної мембрани епітеліоцитів, розширення мітохондрій та ендоплазматичної мережі. При цьому рівень інтерлейкінів-1, 6 і 8 у гомогенатах СО жовчного міхура був значно вищим у групі *H. pylori*-інфікованих хворих на хронічний холецистит, ніж у групі неінфікованих. Ці дані вказують на схожість процесів, що відбуваються в жовчному міхурі і в шлунку при *H. pylori*-інфекції. Такі фактори патогенності цього мікроорганізму, як уреазу, ліпополісахарид клітинної стінки, цитотоксини, білки теплового шоку можуть активувати клітини жовчного епітелію й ендотелію судин, експресію інтерлейкінів та інших цитокінів, стимулюючи хемотаксис внутрішньосудинних лімфоцитів і моноцитів до вогнищ *H. pylori*. Незважаючи на відсутність єдиної методики мікробіологічного дослідження наявності бактерій роду *Helicobacter* в тканинах печінки, жовчного міхура, і в жовчі дещо стримує вивчення етіологічної значущості цих бактерій в патогенезі захворювань ГБС. Проте, посилений інтерес дослідників до можливого зв'язку наявності бактерій роду *Helicobacter* з позашлунковими захворюваннями та велика кількість позитивних підтверджень цього ученими Німеччини, Австрії, Японії, Бразилії, Литви дозволяє зробити припущення про участь цих бактерій у патогенезі захворювань печінки, жовчного міхура і жовчовивідних шляхів.

Згідно з визначника бактерій Берджі до роду сімейства *Helicobacter Helicobacteriaceae* віднесені двадцять три види [3]. Описано ще вісім видів бактерій, які найближчим часом мають бути включені в це сімейство, і список кандидатів на включення постійно поповнюється. Нещодавно опубліковані повідомлення про виділення нових видів: *H. synogastricus*, *H. callitrichis*, *H. equogum*, *H. Anseris*, *H. brantae*. Залежно від займа-

ної екологічної ніші всі бактерії роду *Helicobacter* умовно поділяють на «шлункові» і «позашлункові» [14]. Останні, а їх налічується понад двадцять видів, становлять більшу частину відомих на сьогоднішній день представників цього роду. Еволюційно ці види мають здатність колонізувати слизову оболонку кишечника, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, а також печінки, тому їх ще називають ентерогепатичними. Більшість ентерогепатичних гелікобактерій (Егг) уреазонегативні і толерантні до дії жовчі, що відрізняє їх від «шлункових». Усі відомі види зазначених бактерій колонізують організм тварин, але деякі з них виявлені у людини. Основний механізм передачі фекально-орального. «Позашлункові» бактерії роду *Helicobacter* передаються переважно аліментарним шляхом при вживанні недостатньо термічно обробленого м'яса великої рогатої худоби, свиней або курячих продуктів. Можливий контактний шлях зараження: до групи ризику інфікування найчастіше потрапляють люди, за родом своєї діяльності пов'язані з тваринами, а також власники собак і кішок. Низький соціально-економічний рівень підвищує ймовірність зараження, особливо в тих країнах, де в силу традиційних звичаїв люди в сільській місцевості проживають під одним дахом з тваринами і мають з ними тісний контакт. Так, наприклад, інфікованість бактеріями роду *Helicobacter* в Китаї і Таїланді досягає 3–14 %, а в індустріально розвинутих країнах коливається від 0,25 до 2 %.

Опубліковані дослідження вказують на можливу участь у патогенезі захворювань гепатобіліарної системи «позашлункових» бактерій роду *Helicobacter*, в основному *H. hepaticus*, *H. Bilis*, *H. gappini*, *H. Pullorum*, і одного представника «шлункових» — *H. pylori*, що виявлені в жовчі, тканинах печінки, слизовій оболонці жовчного міхура та жовчних протоків. Виявлення ДНК бактерій роду *Helicobacter* в жовчі і тканинах жовчного міхура стало можливим при застосуванні *Helicobacter*-специфічних праймерів 16S рРНК в полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР). Ця робота стала відправною точкою для проведення досліджень у цьому напрямі

Дослідження відділення гастроентерології університету Адана, Туреччина (Abayli B., Colakoglu S., Serin M., Erdogan) довели, роль *H. pylori* та інших бактерій у формуванні холестеринових каменів жовчного міхура. Ними ж встановлено зв'язок каменеутворення з наявністю бактерій, включаючи *H. pylori*, у 31% хворих [16].

Дослідження зарубіжних учених щодо ролі бактеріальних структур в утворенні холестеринових жовчних каменів і, зокрема *Helicobacter SPP* (*H. Monstein* HJ., *Jonsson* Y., *Zdolsek* J., *Svanvik* J. та ін., лабораторія молекулярної біології-ЖІО, Швеція), підтверджують наявність ДНК зі змішаної бактеріальної популяції, у тому числі *H. pylori*, в холестеринових жовчних каменях, причому *H. pylori* є основною складовою флори каменів жовчного міхура, колонізація *H. pylori* жовчних шляхів спричиняє формування жовчних холестеринових каменів. Вони твердять, що інфекція відіграє важливу роль у формуванні каменів жовчного міхура [12].

Тести полімеразної ланцюгової реакції, розроблені науково-дослідною лабораторією, кафедри мікробіології Університету Західної Австралії, значно покращили чутливість діагностики інфекції *Helicobacter* у в жовчному міхурі, а тому їхніми дослідженнями також доведена роль цієї інфекції у каменеутворенні.

Cíntia Presser Silva¹, Júlio Carlos Pereira-Lima¹, Adriana Goncalves Oliveira виявили присутність видів *Helicobacter* ДНК в епітелії жовчних шляхів хворих з захворюваннями жовчного міхура у 31,3–42,9 % пацієнтів. У моделі логістичної регресії жовчнокам'яна хвороба була позитивною і незалежно пов'язана з жіночою статтю ($P = 0,02$), віком ($p = 0,002$) і наявністю *Helicobacter* ДНК в жовчному міхурі тканини ($P = 0,009$). Спостерігався статистично значущий зв'язок між наявністю *Helicobacter* ДНК в епітелії жовчного міхура і гістологічним холециститом. Ці результати підтверджують гіпотезу, що *Helicobacter* пов'язана з патогенезом жовчнокам'яної хвороби та холециститом [6].

Нині для виявлення *Helicobacter* sp. найбільш широко використовується ПЛР, культури, імуногістохімія та ІФА методи. ІФА є недорогим і простим тестом, проте через обмеження на специфічність та перехресну реактивність *Helicobacter* і *Campylobacter*, не сильна кореляція може бути встановлена між наявністю *Helicobacter* специфічного IgG у сироватці крові та наявністю *H. pylori* в біліарній системі [5, 10].

ПЛР є високочутливим методом, який дає змогу виявляти присутність ДНК *H. pylori* безпосередньо від біопсії. Встановлені також різні чутливість і специфічність цих праймерів, а також вплив типів зразків [6].

На сьогодні деякими дослідженнями підтверджено наявність *H. pylori* в біліарній системі за допомогою імуногістохімії. Процедура зафарбування гематоксилін-еозином не зовсім підходить для виявлення хелікобактерної інфекції через слабкий контраст між бактеріями і слизом. Warthin-Starry – пляма забезпечує кращу візуалізацію бактерій, але ця процедура важка у виконанні. Цей метод є трудомістким і вимагає моментального приготування відповідних реагентів. Примітно, що цими ж авторами доведено, що використання Warthin-Starry – плями продемонструвало більш високу наявність *H. pylori* в утворенні каменів ($P = 0,007$) [9].

Культура залишається остаточним методом, щоб довести життєздатність *H. pylori*, хоча дослідження цих же авторів показали, що *H. pylori* в жовчі спостерігається тільки у 3,02 % . Це може бути пов'язано з використанням замороженої жовчі як зразка і сильно гальмує ефект жовчних кислот. Автори вважають, що виконання декількох тестів може призвести до збільшення частоти виявлення *H. pylori* [5].

Найбільш перспективно технологією, що підтверджує роль *H. pylori* в утворенні жовчних каменів (завдяки своїй високій чутливості), є ПЛР. І хоча – за використання лише одного тесту в дослідженні було виявлено всього 25,41% в групі, при виконанні найкращих двох методів, рівень виявлення підвищується до 33,22 % у групі [6].

Щодо поширеності хелікобактерної інфекції в межах країн, то вона широко коливається. У країнах, що розвиваються, таких як Індія, Пакистан, країни Латинської Америки та Африки інфіковано становить приблизно 80% населення у віці 20 років. І навпаки, у розвинених країнах цей показник становить всього 10–20% у [6]. Низька поширеність *H. pylori* в промислово розвинених країнах пояснюється більш високим рівнем гігієни та соціально-економічних стандартів. Аналіз зарубіжних літературних джерел виявив тенденцію до збільшення наявності *H. pylori* при жовчнокам'яній хворобі у пацієнтів, які мешкають у регіонах, що розвиваються, де ця бактерія дуже поширена [7] .

Слід звернути увагу, що в переліку країн особливе місце посідає Японія. Хоча вона належить до розвинутих країн, має високі стандарти гігієни навколишнього середовища, проте тут виявлено відносно високий рівень зараження *Helicobacter* – від 30% до 60% – у пацієнтів жовчнокам'яною хворобою. Наводиться значна кореляція між наявністю бактерій та утворенням каменів жовчного міхура. Цікаво, що у молодого покоління в Японії реєструється така ж поширеність інфекції, як і в розвинених країнах світу, а старше покоління має більш високий показник інфікованості у країнах, що розвиваються. Наприклад, рівень інфікування хелікобактером дітей віком до 10 років становить менше 5% і поступово збільшується: приблизно на 20% у людей 10–19 років; 25% – 20–29 років, 40% у 30–39 років; більш як на 60% у людей 50 років і старше [3]. Це може бути пов'язано з тим, що високий рівень санітарних умов, зокрема чисті громадські системи водопостачання були введені в Японії після 1950 року.

Узагальнюючи проаналізовані літератури, можна твердити висновок, що моторно-евакуаторні порушення жовчовивідної системи і запалення жовчного міхура відіграють основну роль у каменеутворенні, проте на основі досліджень зарубіжних авторів можна припустити, що певну роль у формуванні жовчних каменів відіграють окремі види бактерій роду *Helicobacter*. На цій підставі можна висловити нову гіпотезу літогенезу за участю трьох груп факторів: навколишнього середовища, спадкової схильності та інфікування холелітогенними бактеріями роду *Helicobacter*.

Інтенсивне вивчення ролі *Helicobacter* в розвитку патології гепа-тобіліарної системи і накопичені відомості дозволяють зробити початкові висновки про можливу участь цих бактерій у зазначених процесах. Незважаючи на суперечливість думок, цей напрям є надзвичайно актуальним і потребує подальших досліджень у цій галузі.

Література

1. Вахрушев Я.М. Желчнокамённая болезнь / Я.М. Вахрушев. – Ижевск: Экспертиза, 2004. – 75 с.
2. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р.А. Иванченкова. – М.: Атмосфера, 2006. – 416 с.
3. Исаева Г.Ш. Возможное участие бактерий рода *Helicobacter* в патогенезе гепатобилиарных заболева-

- ний / Г.Ш. Исаева // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 2008. — № 4. — С. 14-22.
4. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь сегодня: от патофизиологии к практическому менеджменту / Ю.Х. Мараховский // *Мед. панорама.* — 2003. — № 2. — С. 49-54.
 5. Adherence, Internalization, and Persistence of *Helicobacter pylori* in Hepatocytes / Kyoko I., Yoshio Y., Hiroyoshi O. [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* — 2008. — Vol. 53 (9). — P. 2541-2549.
 6. Association of the Presence of *Helicobacter* in Gallbladder Tissue with Cholelithiasis and Cholecystitis / Cintia Presser Silva, Júlio Carlos Pereira-Lima, Adriana Gonçalves Oliveira [et al.] // *Clin. Microbiol.* — 2003. — Vol. 41 (12). — P. 5615-5618.
 7. Xuan S.Y. Association between the presence of *H. pylori* in the liver and hepatocellular carcinoma: a meta-analysis / S.Y. Xuan // *World J. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 14, № 2. — P. 307-312.
 8. Yoshimura M. A case of acute gastric mucosal lesions associated with *Helicobacter heilmannii* infection / M. Yoshimura // *Helicobacter.* — 2002. — Vol. 7, № 5. — P. 322-326.
 9. Wadström T. Chronic *Helicobacter* Infection of the Human Liver and Bile Are Common and May Trigger Autoimmune Disease / T. Wadström, Å. Ljungh // *Current Gastroenterology Reports.* — 2002. — № 4. — P. 349-350.
 10. Detection of *Helicobacter* in the liver of patients with chronic cholestatic liver diseases / Nilsson H., Castedal M., Olsson R., Wadström T. // *Physiol. Pharmacol.* — 1999. — Vol. 50 (5). — P. 875-882.
 11. Myung S.J. Detection of *Helicobacter pylori* DNA in human biliary tree and its association with hepatolithiasis / S.J. Myung // *Dig. Dis. Sci.* — 2000. — Vol. 45, № 7. — P. 1405-1412.
 12. Identification of *Helicobacter pylori* DNA in human cholesterol gallstones / Monstein H.J., Jonsson Y., Zdolsek J. [et al.] // *Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 37 (1). — P. 112-119.
 13. Magalhaes Queiroz D.M. Isolation of a *Helicobacter* strain from the human liver / D.M. Magalhaes Queiroz, A. Santos // *Gastroenterology.* — 2001. — Vol. 121, № 4. — P. 1023-1024.
 14. Hepatic *Helicobacter* species identified in bile and gallbladder tissue from Chileans with chronic cholecystitis. / Fox J.G., Dewhirst F.E., Shen Z., Feng Y. // *Division of Comparative Medicine.* — 1998, — Vol. 114 (4). — P. 755-763.
 15. *Helicobacter pylori*: association with gall bladder disorders in Pakistan / Yakoob J., Khan M.R., Abbas Z. [et al.] // *Br. J. Biomed Sci.* — 2011. — Vol. 68 (2). — P. 59-64.
 16. *Helicobacter pylori* in the etiology of cholesterol gallstones / Abayli B., Colakoglu S., Serin M. [et al.] // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2005. — Vol. 39 (2). — P. 134-137.

Отримано 29.04.14 ■

Грузинський О.В.

Белоцерковська районна лікарня

РОЛЬ БАКТЕРІЙ РОДА НЕЛІСОВАКТЕР В ПАТОГЕНЕЗІ ХОЛЕЛІТІАЗА

Резюме. В статті проаналізовані літературні дані про можливу участь бактерій роду *Helicobacter* в патогенезі захворювань гепатобіліарної системи. По даним зарубіжних авторів ці бактерії виявлені в жовчі, тканинах печінки, слизовій оболонці жовчного бульбашки та жовчних протоків, що свідчить про можливу зв'язку бактерій

роду *Helicobacter* з розвитком холелітіаза. Доказано, що найбільш чутливими методами діагностики бактерій роду *Helicobacter* на сьогодні є ПЦР та імуногістохімія.

Ключові слова: бактерії роду *Helicobacter*, жовчекамінна хвороба, ПЦР.

Gruzinskiy A. V.

Bila Tserkva District Hospital

ROLE OF HELICOBACTER SPECIES IN CHOLELITHIASIS PATHOGENESIS

Summary. The paper deals with the analysis of literature data on possible participation of *Helicobacter* species in pathogenesis of hepatobiliary system. The research revealed the bacteria in bile, liver tissues, gallbladder mucosa and bile ducts which proves the possibil-

ity of relation between *Helicobacter* species and cholelithiasis development. It is proved that PCR and immune histology are the most sensible methods of *Helicobacter* species diagnostics.

Key words: *Helicobacter* species, cholelithiasis, PCR.

УДК 616.36-006.311.03-07-08

ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., ВОЙТЮК В.Н., МАТВИЕНКО В.А., ГЛАЗКОВ А.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ (научный обзор)

Резюме. В статье приведены современные сведения об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении гемангиом печени. Среди всех доброкачественных новообразований печени эта очаговая патология наблюдается в 3-5% случаев. По материалам аутопсии, частота гемангиом печени колеблется от 0,4 до 7,3%. Эта сосудистая опухоль чаще встречается у женщин. Клиническая картина гемангиом разнообразна и зависит от величины и локализации опухоли. Комплексное обследование пациентов, с применением современных методов, позволяет установить точный диагноз в 82,5-100% случаев. В выборе тактики лечения необходим дифференцированный подход. При небольших бессимптомных гемангиомах показано динамическое наблюдение под контролем сонографии. При размерах опухоли более 5 см необходимо оперативное лечение. Применяют радикальные методы лечения (анатомическая или атипичная резекция печени, экстирпация или энуклеация опухоли) и паллиативные (резекция опухоли; перевязка или рентгеноэндоваскулярная окклюзия сосудов; криовоздействие; этаноловая склеротерапия; лучевая терапия). В последние годы видеоэндоскопические способы лечения применяются все чаще и служат альтернативой лапаротомным операциям.

Ключевые слова: гемангиомы печени, диагностика, лечение.

Гемангиомы печени (ГП) были впервые описаны Дюпюитреном в 1816 г. Среди всех доброкачественных новообразований печени эта очаговая патология встречается чаще всего, в 30-50% случаев. По материалам аутопсии, частота гемангиом печени колеблется от 0,4 до 7,3%, по данным клинических исследований, гемангиомы диагностируют у 2-4% взрослого населения, а в 10-28% случаев являются случайной находкой во время операций по другим причинам [4,8,5,16].

За последние 5 лет частота встречаемости гемангиом печени, согласно литературным источникам, несколько возросла. Это можно объяснить активным внедрением в практику лечащего врача таких информативных методов диагностики, как ультразвуковое сканирование, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография [3,6,19].

Совершенно очевидно, что проблема диагностики и лечебной тактики у больных с данной патологией имеет большое медицинское и социальное значение.

Тема диагностики и лечения гемангиом печени продолжает оставаться весьма актуальной, так как до настоящего времени еще не выработаны единые, четкие показания к проведению лечения, остается неоднозначной врачебная тактика по отношению к мелким гемангиомам, не созданы универсальные алгоритмы, которые бы позволили достоверно определять оптимальную тактику и объем оперативного вмешательства при больших размерах опухоли.

Большинство гемангиом печени представляют собой кавернозные узлы округлой формы с гладкой или дольчатой поверхностью. Окраска гемангиомы варьирует от темно-фиолетовой до серо-розовой и в значительной мере зависит от преобладающего типа кровоснабжения образования (артериальный или венозный), а также от степени выраженности в нем соединительнотканых элементов, которые придают гемангиоме более светлую окраску. На разрезе гемангиомы определяются полости, заполненные кровью или сгустками, встречаются и кальцинаты, возникающие в результате организации тромбированных участков. Как правило, имеется достаточно четкая граница между ГП и прилегающей тканью печени, что обусловлено наличием соединительнотканной капсулы образования, однако иногда гемангиомы не имеют четких границ, отдавая ответвления в глубину здоровой паренхимы печени [10,12,1,15].

Чаще болеют ГП лица женского пола. Активно обсуждается генетическая природа данного заболевания. Достоверно установлено, что при наличии сосудистой опухоли на эпителиальных покровах существует высокий риск обнаружения аналогичного новообразования

© Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Войтюк В.Н., Матвиенко В.А., Глазков А.И., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

в одном из внутренних органов. Есть прямая взаимосвязь между фертильностью женского организма и риском развития сосудистой опухоли печени. Это может быть связано с повышенным фоном женских половых гормонов. Они отрицательно влияют на стенки кровеносных сосудов, провоцируя рост гемангиом [2,7,20].

Второй важный фактор — внутриутробное нарушение процесса развития органов пищеварительного тракта. На это могут оказывать влияние следующие условия: курение в период беременности (в том числе и пассивное); употребление алкогольных напитков; вирусные инфекции; перенесенные в прошлом венерические заболевания; вредные условия труда; ушибы передней брюшной стенки; отравление солями тяжелых металлов [9,11,17].

У взрослых пациентов причинами развития сосудистых опухолей могут быть: острые вирусные заболевания; гепатиты и гепатозы; высокий уровень холестерина в крови; недостаточность витамина К; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при гриппе; нарушения проходимости желчевыводящих путей; портальная и эссенциальная гипертензия 2 и 3 стадии [2,3,6,5].

Существует много классификаций доброкачественных опухолей печени, куда входят гемангиомы. По наиболее распространенной классификации Spellberg (1969), гемангиомы относятся к группе мезенхимальных опухолей, по Henson, Gray, Dockerty (1956) — к группе сосудистых опухолей. Wolf H. (1977) также относит гемангиомы к мезенхимальным. По классификации В.С.Шапкина (1970), гемангиомы относятся к группе доброкачественных опухолей, подгруппе сосудистых новообразований. По клиническим признакам он разделил все гемангиомы на четыре группы:

- 1) бессимптомные,
- 2) неосложненные, но клинически проявляющиеся,
- 3) осложненные,
- 4) атипичные маскированные формы, протекающие под флагом других заболеваний [3,5].

По гистологическому строению гемангиомы подразделяются на три типа: капиллярную (узкие сосудистые просветы, сильно развитая строма), склерозную (расширенные блокированные сосуды, выраженная фибрированная строма), кавернозную (крупные сосудистые лакуны, разделенные узкими фиброзными прослойками) [18,13].

Клиническая картина гемангиом разнообразна и зависит от величины и локализации опухоли. Жалобы появляются при достижении опухолью размеров свыше 5 см. От степени растяжения Глиссона капсулы зависит выраженность болевого синдрома, который встречается у 50-75% пациентов, от состояния гемодинамики в воротной вене — наличия синдрома портальной гипертензии, от сдавления опухолью желчных протоков в воротах печени — наличия желтухи и нарушения венозного оттока от печени.

Наиболее грозным осложнением, встречающимся в 10% случаев при больших гемангиомах, является спонтанный или травматический ее разрыв, сопровождаю-

щийся массивным кровотечением в брюшную полость и приводящий к летальному исходу в 63-80% случаев. Отмечены единичные случаи малигнизации гемангиом. Вероятны и другие осложнения: тромбоз опухоли с возможным инфицированием тромба и последующим абсцедированием; гемангиоматозная дегенерация печени с развитием печеночно-клеточной недостаточности; гемобилия; нарушение свертываемости крови (синдром Казабаха-Мерритта) [9,7,5,14].

Комплексное обследование пациентов с гемангиомами печени позволяет установить точный диагноз в 82,5-100% случаев. В диагностике гемангиом печени используют ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), МРТ с ангиографией, позитронно-эмиссионную томографию, лапароскопию, цифровую субтракционную ангиографию, пункционную биопсию и др. [6,7,8,19].

Инструментальное обследование пациента с гемангиомой начинают с УЗИ печени. К достоинствам этого метода можно отнести: неинвазивность, доступность, позволяет в 85-90% случаев правильно установить диагноз, возможность изучения динамики развития заболевания, в совокупности с доплерофлоуметрией позволяет оценить особенности и интенсивность кровотока в гемангиоме. Однако, это вид диагностики имеет и ряд недостатков: существуют сложности в интерпретации образования печени больших (более 5 см диаметром) размеров при низких характеристиках кровотока в гемангиоме печени, сложности оценки эхоструктуры новообразования при осложненной гемангиоме печени (тромбозы, некрозы, абсцедирование).

Ультразвуковая картина гемангиомы определяется ее видом: капиллярная или кавернозная. Типичными эхографическими признаками капиллярной гемангиомы являются: небольшой размер (от 20 до 40 мм) образования, однородные, гомогенные гиперэхогенные, с четкими ровными (иногда неровными волнистыми, бугристыми в виде "штрихов") контурами, имеющие вид "спущенного шара"; хорошо отграничены от окружающей ткани; без затухания, иногда с усилением эхо сигнала позади образования. Типичные эхографические признаки кавернозной гемангиомы: образования больших размеров, с четкими бугристыми контурами; хорошей очерченностью от окружающей их неизменной ткани печени; характеризуются высокой эхогенностью и неоднородностью структуры, которая обусловлена наличием кавернозных полостей, определяемых при УЗИ в виде эхонегативных зон различных форм и размеров. При цветовом доплеровском картировании (ЦДК) кровотока в самой гемангиоме в 86,9% случаев, как правило, не определяется (образование аваскулярное или гиповаскулярное); в 75% случаев хорошо виден подходящий к гемангиоме питающий сосуд с признаками артериального, ламинарного кровотока. При оценке количественных показателей кровотока в артериях средняя систолическая линейная скорость кровотока, по данным разных исследователей, в гемангиомах составляет от $37,56 \pm 17,68$ до

15,0 ± 16,0 см/с; линейная скорость венозного кровотока в среднем достигает 20,61 ± 9,8 см/с. Индекс доплеровской перфузии при гемангиомах — 0,22, что значительно меньше, чем при злокачественных образованиях (0,62 ± 0,1) [4,10,6,8,20].

По данным литературы, чувствительность УЗИ с ЦДК в диагностике гемангиом составляет 80%, специфичность — 86,5%, точность — 69-85%, положительная прогнозирующая ценность — 41%, отрицательная прогнозирующая ценность — 97% [10,2].

Однако анализ эхограмм при УЗИ показывает, что с увеличением размеров гемангиомы утрачивают типичные признаки. От 20 до 42% (а по данным некоторых авторов, до 75%) гемангиом имеют атипичную эхоструктуру. Это проявляется наличием у 5% гемангиом гипоехогенного ободка, в 36% случаев гемангиомы имеют тенденцию к повышению негомогенности, в 4-24% они проявляются как гипо — или изоэхогенные образования по отношению к нормальной паренхиме печени. Контуры образования становятся неровными и нечеткими у 85% больных, в 16% случаев имеет место нетипичный сосудистый рисунок [14,17].

Для диагностики данного заболевания можно использовать и более технологичные методы, например, компьютерную томографию, пришедшую на смену бывшему золотому стандарту диагностирования гемангиом печени — ангиографии. Данный способ имеет следующие достоинства: при условии обязательного внутривенного усиления, в 92-98% случаев позволяет правильно установить диагноз, точно оценить динамику развития заболевания (КТ-вольтометрия), определить точное расположение гемангиомы в печени, изучить индивидуальную внутри — и внепеченочную сосудистую анатомию пациента. Этот метод можно считать идеальным как для диагностики заболевания, так и для определения оптимальной тактики лечения. Но к его основным недостаткам следует отнести дороговизну и недоступность в условиях городских больниц [4,1,11,20].

При КТ в крупных гемангиомах зоны гиалиноза (плотность 15-20 ед. Н) позволяют даже при нативной диагностике провести дифференциальную диагностику с аденомой, более того, в гемангиомах могут быть скопления кальцификатов (плотность 168-243 ед. Н), что также не характерно для аденом. Характерная дифференциально-диагностическая особенность, позволяющая различить аденомы и крупные кавернозные гемангиомы при КТ, — это динамика контрастирования. Аденомы благодаря артериальному кровоснабжению быстро накапливают контрастное вещество с максимальным повышением денситометрических показателей через несколько секунд после инъекции по всему сечению образования, с последующим снижением плотности также по всей площади, в то время как для гемангиом характерна специфическая динамика контрастирования — накопление контрастного вещества от периферии к центру. КТ позволяет уточнить не только локализацию, но и резектабельность при сосудистых опухолях печени [12,6,13].

Для постановки диагноза гемангиоматоза печени возможно применение МРТ. На магнитно-резонансных томограммах опухоль выглядит как участок высокой интенсивности сигнала. Время релаксации T2 превышает 8 мс. МРТ особенно ценна в диагностике гемангиом небольших размеров [3,8,15].

При проведении МРТ на T2-взвешенных изображениях МР-томограмм даже мелкие гемангиомы печени (диаметр менее 1 см) достаточно надежно диагностируются по сильному сигналу, интенсивность которого значительно превосходит интенсивность сигнала от неизменной паренхимы печени или метастазов. Полученные некоторыми авторами данные коррелировали с результатами подсчета T2-релаксационного времени для гемангиом, гепатом и метастазов. Так, для гемангиомы этот показатель составил 288 ± 20 мс, для гепатом — 83,7 ± 12 мс, для метастазов — 78 ± 10 мс. При МРТ печени так же широко, как и при КТ, используется болюсное контрастное "усиление" паренхимы печени, принципы которого идентичны болюсному контрастированию при КТ. В отличие от метастазов и первичного рака печени, гемангиомы при МРТ с контрастированием визуализируются только в паренхиматозную или отсроченную фазу с длительным сохранением усиления интенсивности сигнала, неравномерным очаговым накоплением контрастного вещества по периферии опухоли и отсутствием эффекта вымывания (при первичном раке и метастазах отмечается эффект вымывания) [16,18].

Ангиография показана лишь в тех случаях, когда с помощью КТ не удастся подтвердить диагноз. Опухоль смещает крупные печеночные артерии в одну сторону. Они не увеличены, суживаются, как обычно, по мере отхождения ветвей. Заполненные контрастным веществом кавернозные пространства опухоли имеют форму кольца или полукольца вследствие фиброза центральных участков. В гемангиомах контрастное вещество может задерживаться до 18 с [10,6].

В выборе тактики лечения гемангиом необходим дифференцированный подход. При небольших размерах гемангиом (до 5 см), протекающих бессимптомно, показано динамическое наблюдение под контролем сонографии. Методы хирургического лечения гемангиом можно разделить на 2 группы. К радикальным относятся резекции печени, которые в свою очередь подразделяются на анатомическую (лобэктомия, гемигепатэктомия, расширенная гемигепатэктомия) или атипичную (резекция-вылушивание, краевые, клиновидные, поперечные резекции); экстирпация или энуклеация опухоли. Паллиативные методы включают резекцию опухоли; ее прошивание; перевязку или рентгеноэндоваскулярную окклюзию сосудов, питающих опухоль; криовоздействие; склерозирование 96% спиртом; лучевую терапию [9,11].

Хирургическое лечение гемангиомы печени назначается обычно в том случае, если выявлена ее опасность для других органов. Кавернозные опухоли могут достигать больших размеров, давить на стенки сосудов или парализовывать нормальную деятельность сосед-

них органов. Удаление гемангиомы печени требуется и тогда, когда установлен ее активный рост и размеры, превышающие 5 см [14,20].

Лечение гемангиом печени путем проведения анатомической резекции имеет следующие достоинства: хороший клинический эффект (полное выздоровление и восстановление трудоспособности), отсутствие ограничений к резекции печени при любых размерах гемангиомы и внутривеночного расположения. Но при этом есть и недостатки: ограничение к резекции — поражение более 75% печени, показатели послеоперационных осложнений — до 10-15%. Этот метод лечения можно считать основным [12,7,18].

Атипичная резекция печени имеет следующие достоинства: хороший клинический эффект (полное выздоровление и восстановление трудоспособности), не требует специального оборудования и специализированной хирургической бригады. И недостатки: наличие ограничений к атипичной резекции печени при размерах гемангиомы более 5 см и внутривеночном расположении, высокий процент послеоперационных осложнений — 25-30%. При гемангиомах печени диаметром более 5 см метод используется редко, лишь в случаях внепеченочного расположения образования [3,1,8].

В последние годы миниинвазивные видеоэндоскопические способы лечения (энуклеация, резекция печени и др.) все чаще применяются в хирургических отделениях и служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам. Применение ультразвукового скальпеля и аппарата для биологической сварки тканей позволяет провести надежный гемостаз и, кроме того, сократить длительность и себестоимость операции [19].

Рентгенэндоваскулярная окклюзия ветвей печеночной артерии (РЭО) также используется в лечении гемангиом печени. Ее основным достоинством можно считать тот факт, что метод позволяет безопасно выполнить резекцию печени при синдроме Касабаха-Меррита (тромбоцитопения ≤ 150 г/л). Однако при использовании метода как самостоятельного, во всех случаях происходит быстрый возврат болезни за счет возобновления кровотока по эмболизированной артерии или развития коллатерального кровообращения. Основным показанием к использованию такого лечения можно считать подготовку к резекции печени при уровне тромбоцитов в крови ниже 150 г/л. Как самостоятельный метод, в настоящее время не используется [2,5,15].

Этаноловая склеротерапия также может быть применена при гемангиоме печени. Метод относится к миниинвазивным (выполняется при помощи пункции сосудистой опухоли под контролем УЗИ); имеет невысокий процент послеоперационных осложнений; приводит к быстрому восстановлению пациента; доступный и дешевый. Однако существуют значительные ограничения к его использованию: склеротерапия возможна только при гемангиомах печени размером до 4 см; только при образованиях с внутривеночной

локализацией; имеется потребность повторных склерозаций; возможен риск развития некроза гемангиомы с возникновением абсцесса. В настоящее время этот метод применяется в отдельных случаях — при множественных гемангиомах печени небольшого диаметра [6,13].

Таким образом, диагностические критерии оценки гемангиомы печени при помощи современных методов исследования имеют первостепенное значение для уточнения локализации опухоли по отношению к сосудам и воротам органа, для планирования объема операции. Методами выбора являются энуклеация опухоли или резекция в пределах III-VII сегментов печени. В настоящее время лапароскопические операции служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при гемангиомах печени.

Список літератури

1. Аксенов И.В. Тактика лечения гемангиом печени / И.В. Аксенов, А.Н. Федорченко // *Хирургия*. — 2010. — №6. — С. 40-42.
2. Андреев А.Л. Лапароскопическая резекция печени / А.Л. Андреев // *Материалы научной конференции: «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы»*. — СПб., 2005. — С.65.
3. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А.Е. Борисов. — СПб.: Медицина. — 2005. — Т. 1-2.
4. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению / З.С. Завенягин, Н.П. Ратникова, Ю.Р. Камалов [и др.] // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии*. — № 5. — 2004. — С. 17-18.
5. Гемангиомы печени: хирургический взгляд (обзор литературы) / Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев, Н.Н. Базмет [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2012. — Т.17, №1. — С. 86-93.
6. Диагностика и видеоэндоскопическое лечение гемангиом печени / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, В.Н. Войтюк [и др.] // *Вісник Укр. мед. стоматол. академії "Акт. проблеми сучасної медицини"*. — Полтава, 2011. — Т.11, вип. 1 (33). — С. 142-144.
7. Курзанцева О.М. Сложности в диагностике гигантской кавернозной гемангиомы печени, клинический пример / Курзанцева О.М. // *Медицинский журнал "SonoAce-Ultrasound"*. — 2010. — №21. — С. 72-78.
8. Лучевая диагностика гемангиом печени: взгляд на проблему из хирургической клиники / О.Г. Скипенко, Ю.Р. Камалов, В.В. Ховрин [и др.] // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2011. — №10. — С. 78-86.
9. Нечитайло М.Е. Лапароскопическое лечение кавернозных гемангиом печени / М.Е. Нечитайло, А.Н. Литвиненко, О.Н. Гулько // *Анналы хир. гепатологии*. — 2002. — Т.7, №1. — С. 259-260.
10. Определение артериализации гемангиом печени / С.Д. Хомяков, Ю.Г. Игнатъев, И.Ю. Карлов [и др.] // *Материалы научно-практической конференции "Эф-*

- фективные технологии организации медицинской помощи населению". — 2004. — С. 199-201.
11. Спонтанная билеа и холедохолитиаз после резекции печени по поводу гемангиомы / О.Г. Скипенко, А.Л. Беджанян, И.А. Соколина [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2012. — №5. — С. 72-76.
 12. Хирургия печени и желчных путей / М.А. Нартайлаков, И.А. Сафин, М.А. Галеев [и др.] // Уфа, 2005. — №75. — С. 105.
 13. A symptomatic giant hepatic hemangioma treated with hepatectomy / T. Uetama, H. Yoshida, A. Hirakata [et al.] // J. Nippon Med. Sch. — 2011. — V.78. — P. 34-39.
 14. Cavernous hemangioma of the liver: factors affecting disease progression in general hepatology practice / A. Etemadi, A. Golozar, A. Ghassabian [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — V.23. — P. 354-358.
 15. Does hepatic adult capillary hemangioma exist? / M. Scialpi, I. Pisciolli, T. Pusioli [et al.] // Surg. Today. — 2010. — V.40. — P. 92.
 16. Goncalves J.M. Spontaneous rupture of hepatic hemangiomas: a review of the literature / J.M. Goncalves // Wld J. Hepatol. — 2010. — V.2. — P. 428-433.
 17. Jhuang J.Y Adult capillary hemangioma of the liver: case report and literature review / J.Y. Jhuang, L.W. Lin, M.S. Hsieh // Kaohsiung J. Med. Sci. — 2011. — V.27. — P. 344-347.
 18. Jin S.Y. Sclerosed hemangioma of the liver / S.Y. Jin // Kor. J. Hepatol. — 2010. — V.16. — P. 410-413.
 19. Resection of a rapid-growing 40-cm giant liver hemangioma / A.J. Koszka, F.G. Ferreira, C.G. de Aquino [et al.] // Wld J. Hepatol. — 2010. — V.2. — P. 292-294.
 20. Symptomatic-enlarging hepatic hemangiomas are effectively treated by percutaneous ultrasonography-guided radiofrequency ablation / S.Y. Park, W.Y. Tak, M.K. Jung [et al.] // J. Hepatol. — 2011. — V.54. — P. 559-565.

Получено 23.04.14 ■

Хацко В.В., Кузьменко О.Є., Войтюк В.М., Матвієнко В.А., Глазков А.І.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ (НАУКОВИЙ ОГЛЯД)

Резюме. У статті наведені сучасні відомості про етіологію, патогенез, клініку, діагностику та лікування гемангіом печінки. Серед усіх доброякісних новоутворень печінки ця вогнищева патологія спостерігається в 3-5 % випадків. За матеріалами аутопсії, частота гемангіом печінки коливається від 0,4 до 7,3%. Ця судинна пухлина частіше зустрічається у жінок. Клінічна картина гемангіом різноманітна і залежить від величини і локалізації пухлини. Комплексне обстеження пацієнтів, із застосуванням сучасних методів, дозволяє встановити точний діагноз у 82,5-100 % випадків. У виборі тактики лікування необхідний диференційований підхід. При невеликих

безсимптомних гемангіомах показано динамічне спостереження під контролем сонографії. При розмірах пухлини більше 5 см необхідно оперативне лікування. Застосовують радикальні методи лікування (анатомічна або атипична резекція печінки, екстирпація або енуклеація пухлини) та паліативні (резекція пухлини; перев'язка або рентгеноендоваскулярна оклюзія судин; етанолова склеротерапія; променева терапія). В останні роки відеоендоскопічні способи лікування застосовуються все частіше і служать альтернативою лапаротомним операціями.

Ключові слова: гемангіоми печінки, діагностика, лікування.

Khatsko V.V., Kuzmenko A.E., Voituk V.N., Matvienko V.A., Glazkov A.I.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEMANGIOMAS OF THE LIVER (SCIENTIFIC REVIEW)

Summary. The article presents current information on the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment of hemangiomas of the liver. Among the benign tumors of the liver, this focal pathology observed in 3-5% of cases. According to the autopsy materials, frequency of liver hemangiomas ranges from 0.4 to 7.3%. This vascular tumor is more common to women. The clinical picture is diverse and depends on the magnitude and location of the tumor. Comprehensive survey of patients using modern methods allows to make an accurate diagnosis in 82,5-100% of cases. For small

asymptomatic hemangiomas shown dynamic observation under the control of sonography is needed. When tumor size is greater than 5 cm it needs surgical treatment. Radical (anatomical or atypical liver resection, tumor extirpation or enucleation) and palliative treatment (tumor resection; endovascular occlusion or ligation of vessels; cryotherapy; ethanol sclerotherapy, radiotherapy) is applied. In recent years, videoendoscopic treatments are used more as an alternative to laparotomy operations.

Key words: hemangiomas of the liver, diagnosis and treatment.

УДК 616.62-007.253-085-089.86

ТОЛМАЧЕВ А.Г.², КОЙЧЕВ Е.А.¹, ДЕРЕВ'ЯНКО А.В.²¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького²Центральная городская клиническая больница №16 г.Донецка

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПУЗЫРНОГО СВИЩА С ПОМОЩЬЮ ПРОДЛЕННОЙ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

Проблема профилактики осложнений после операций на мочевом пузыре остается по-прежнему актуальной [2-4]. По данным литературы количество осложненный варьирует в пределах 10-60% [1]. Одним из самых тяжелых является формирование мочевого свища [2,3]. Основная сложность заключается в том, что при несостоятельности швов, наложенных на стенку мочевого пузыря, моча постоянно попадает в рану, препятствуя ее заживлению. В результате существенно увеличивается вероятность образования мочевых затеков. Кроме того постоянный контакт мочи с кожей способствует мацерации последней.

В хирургическом отделении центральной городской клинической больницы №16 г.Донецка успешно опробована методика закрытия наружного мочевого свища с помощью вакуум-терапии.

Представляем клинический случай.

Пациентка Н., 60 лет, поступила в одно из лечебных учреждений области с жалобами на боль в животе. Для исключения перитонита пациентке выполнен лапаросцентез и дренирована брюшная полость. В дальнейшем состояние больной прогрессивно ухудшалось и через 7 суток она была переведена в клинику с диагнозом: тяжелый острый некротический панкреатит.

При поступлении состояние пациентки тяжелое, выражена энцефалопатия, при исследовании живота – клиника разлитого перитонита. После проведения кратковременной инфузионной подготовки больная оперирована по жизненным показаниям.

Выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в нижнем этаже брюшной полости определяется больших размеров инфильтрат, в который вовлечены сигмовидная кишка, большой сальник, резко дилатированный до 16х6 см атоничный мочевой пузырь, а также дренажная трубка. При разделении инфильтрата обнаружено, что дренажная трубка проходит насквозь через мочевой пузырь в области передне-боковой его стенки справа и в области дна. В полости малого таза большое количество гнойного выпота с фибрином. Диагностировано ятрогенное повреждение мочевого пузыря, в операцию включился уролог.

Выполнена некрэктомия стенок мочевого пузыря в пределах здоровых тканей. После этого образовался

дефект стенки мочевого пузыря размерами 4х4 см, который был зашит двурядным узловым швом с наложением эпицистостомы. В мочевой пузырь также введен катетер через уретру. Полость малого таза и предпузырная клетчатка дренирована отдельными дренажами, отграничена от верхних этажей брюшной полости большим сальником. Швы на лапаротомную рану до эпицистостомы. В послеоперационном периоде состояние больной оставалось тяжелым в связи с явлениями сепсиса и интоксикации.

На 2 сутки после операции отмечено уменьшение поступления мочи по уретральному катетеру до 400 мл с обильным пропитыванием раневых повязок мочой и свободным ее поступлением в рану. Больная взята в перевязочную. После удаления повязок установлено, что моча обильно поступает через межшовные промежутки, минуя сформированную эпицистостому. Кожные и апоневротические швы сняты. После чего установлено, что имеет место несостоятельность ранее наложенных швов на стенку мочевого пузыря. Эпицистостома не функционирует – удалена. В результате снятия швов образовалась рана размерами 6х4 см, в дне раны стенка мочевого пузыря с дефектом (диаметром – 3 см), частично прикрыта прядью большого сальника. Подкожно-жировая клетчатка, апоневроз с гнойно-некротическими изменениями. Кожные покровы перифокально без изменений (рис. 1). У больной диагностирован неполный наружный мочевого свищ, открывающийся в гнойно-некротическую рану.

В последующем лечение раны осуществлялось в соответствии с канонами гнойной хирургии. Комплекс лечебных мероприятий включал перевязки с антисептиками, этапные некрэктомии. Перевязки осуществляли дважды в сутки. На 5 сутки после операции на фоне проведения комплексной инфузионной и антибактериальной терапии (имепенемцеластатин) состояние пациентки улучшилось, нормализовались температура тела и функция желудочно-кишечного тракта, отмечена положительная

© Толмачев А.Г., Койчев Е.А., Дерев'янко А.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

динамика в лабораторних показателях, по дренажам из брюшной полости — скудное серозное отделяемое. Вместе с тем особых положительных сдвигов со стороны раны не отмечено — репаративные процессы практически отсутствовали, что было обусловлено постоянным присутствием в ней мочи. В связи с этим с 5 суток решено начать проведение вакуум-терапии. С этой целью полость раны туго тампонирована стерильным поролоном, на рану наложена герметичная пленка Ioban. В ране создано отрицательное давление путем постоянного вакуумного дренирования с помощью вакуум аппарата фирмы «Неасо» с целевым значением — 125 мм.рт.ст. (рис. 2, 3).

В полость мочевого пузыря через уретру введен катетер Фолея №32. В первые сутки по мочевому катетеру получено до 400 мл светлой прозрачной мочи,



Рис. 1. Вид послеоперационной раны после снятия кожных и апоневротических швов на 2-е сутки после оперативного вмешательства.

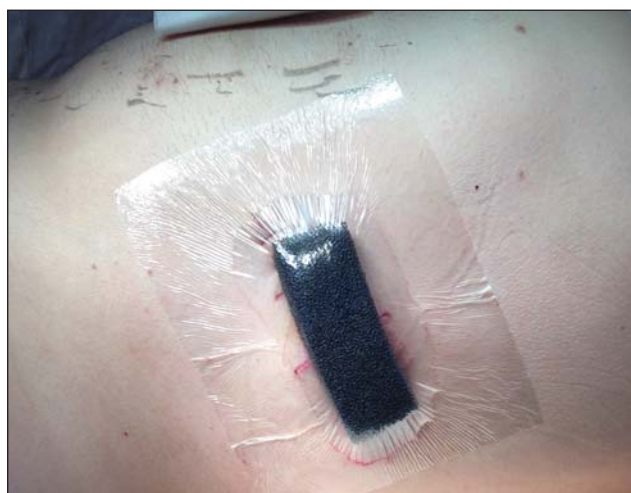


Рис. 3. Вид раны после наложения стерильной поролоновой губки с ее фиксацией пленкой.

по вакуум-дренажу до 1500 мл мочи вместе с раневым экссудатом и тканевым детритом. На 10 сутки от начала проведения вакуум-терапии отмечено значительное уменьшение отделяемого из раны, в ране наблюдаются достаточно активные грануляции (рис. 4).

При этом объем отделяемого из раны и мочи уменьшился до 200-300 мл в сутки с одновременным увеличением выделения мочи по уретральному катетеру до 1500-1700 мл. На фоне проведения вакуум-терапии отмечена тенденция к самостоятельному закрытию свища с формированием «новой» полости мочевого пузыря. На 20 сутки после начала проведения вакуум-терапии выполнена уретероцистография — контраст выполняет неправильной формы сформированную полость мочевого пузыря объемом до 100 мл с четкими контурами, полость мочевого пузыря герметична. Рана брюшной стенки заживает вторичным натяжением. В удовлетворительном состоянии больная выписана для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

При осмотре через 12 месяцев после операции состояние больной удовлетворительное, жалоб не



Рис. 2. Аппарат для вакуумной аспирации фирмы «Неасо».

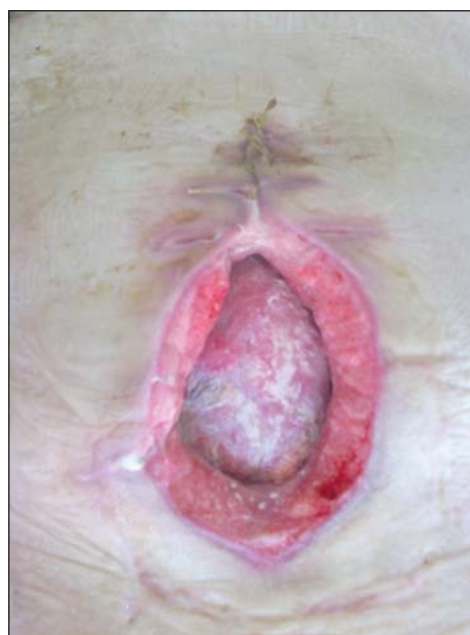


Рис. 4. Вид раны на 10-е сутки после начала вакуум-терапии.



Рис 5. Вид брюшної стінки через 12 місяців після операції.

предъявляет. Послеоперационная рана представлена окрепшим рубцом (рис. 5). Мочится самостоятельно, до 10 раз за сутки малыми порциями до 100-150 мл, акт мочеиспускания контролирует удовлетворительно, моча без патологических примесей.

Заключение

Применение в течение 20 суток вакуум-терапии у больной с гнойно-некротической раной мочевого пузыря и передней брюшной стенки позволило добиться практически полного очищения раны и сформировать неполный наружный мочепузырный свищ. Благодаря этому и на фоне местного лечения раны удалось добиться полного закрытия мочепузырного свища и заживления раны брюшной стенки. Приведенные данные свидетельствуют о том, что вакуум-терапия является весьма эффективным методом лечения гнойно-некротических ран и неполного наружного мочепузырного свища.

Список литературы

1. Братчиков О.И. Особенности оперативного лечения внебрюшинных и внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря / О.И. Братчиков, Е.А. Шумакова // X Росс. съезд урологов. — М., 2002. — С.526–527.
2. Жуков И.Е. Травматические разрывы мочевого пузыря в урологической практике / И.Е. Жуков, И.М. Антонян // Межрегион. науч.-практ. конф. урологов. — Харьков, 1993. — С.58–59.
3. Петров С.Б. Урологическая травма мирного времени / С.Б. Петров // Науч.-практ. конф. ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. — М., 1998. — С.161–162.
4. Lynch T.H. EAU Guidelines on Urological Trauma / T.H.Lynch, L.Martinez-Pineiro, S.Plas // J. European Urology. — 2005. — Vol. 47. — P. 1-15.

Получено 3.03.14 ■

УДК 616.94+616.943)-08.168

БАЛАЦКИЙ Е.Р., ЖУРАВЛЕВА Ю.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

СЛУЧАИ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО СЕПСИСА С ОТДАЛЕННЫМИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ

Резюме. Проведен анализ двух случаев успешного лечения похожих больных с сочетанием сахарного диабета, гнойно-некротическими поражениями пальцев стоп, сепсисом и септикопиемическими очагами на руке. Бактериологические исследования микробного спектра и чувствительности к антибактериальным препаратам у 146 больных с различными раневыми процессами за 2010-2013 годы показали высокую эффективность карбапенемов и эртапенема как варианта выбора для стартовой де-эскалационной терапии. Выявлен медленный рост штаммов резистентных к ванкомицину, ежегодно увеличивается ассоциативная микрофлора и продуценты бета лактамаз.

Ключевые слова: хирургический сепсис, септикопиемия, антибактериальная терапия.

Введение

В настоящий момент, говоря о хирургическом сепсисе, при установленной инфекции и наличии первичного гнойного очага, подразумевают обязательное наличие признаков синдрома системного воспалительного ответа (systemic inflammatory response syndrome – SIRS), который, в свою очередь, может быть началом синдрома полиорганной недостаточности (multiple organ dysfunction syndrome – MODS). По простой матрице диагностики сепсиса, предложенной Nyström P.-O. еще в 1998 году [6] и получившей широкое признание и распространение (наиболее высокий уровень цитирования) в современной литературе, посвященной сепсису во всем мире, к абсолютно подтвержденному сепсису относятся состояния с наличием SIRS и инвазивной инфекции (положительной гемокультуры или бактериемии).

Удельный вес больных с хирургическим сепсисом в мире стабилен, процент летальных исходов колеблется от 24 % до 90 % в зависимости от форм сепсиса и полученной при бактериологическом исследовании микрофлоре. Наиболее тяжелыми являются именно ситуации септикопиемии с наличием удаленных гнойных очагов, сопровождающихся максимальной летальностью. Сложный выбор антибактериальной терапии в этих случаях базируется на де-эскалационном принципе, с учетом региональных особенностей бактериального профиля [1, 4].

Препаратами выбора при проведении эмпирической антибактериальной терапии являются: современные аминогликозиды, фторхинолоны и цефалоспорины в сочетании с производными метронидазола, карбапенемы [2, 3]. Последние являются препаратами с широким антибактериальным спектром, что позволяет проводить монотерапию этими препаратами,

которая в свою очередь не уступает по эффективности другим антибиотикам и их комбинациям и может значительно сократить время лечения. Но, четкой программы выбора и рекомендаций для стартовой антибактериальной терапии при наличии признаков SIRS, не существует.

Цель работы – анализ случаев успешного лечения раневого сепсиса с отдаленными септикопиемическими очагами на фоне трофических нарушений нижних конечностей.

Материал и методы

Клинический материал получен из сформированной архивной базы данных лечения различных гнойно-некротических поражений конечностей в условиях нарушенной трофики. Для непосредственного изучения из совокупности выбран материал 146 случаев за 2010-2013 гг с анализом результатов бактериологических исследований раневого отделяемого и гемокультуры (n = 54), выполненных в хирургическом отделении и бактериологической лаборатории ЦГКБ №6 г. Донецка. Используются данные эпидемиологических отчетов за этот период времени по лечебному учреждению в целом. Для детального анализа выбраны 2 редких сходных случая успешного лечения хирургического сепсиса у больных с отдаленными септикопиемическими очагами.

Наличие сепсиса верифицировали по стандартным критериям, вид септической реакции оценивали по матрице диагностики (Nyström, 1998), тяжесть течения сепсиса оценивали по общепринятым критериям

© Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

и шкалам APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, version II) и SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment / Sequential Organ Failure Assessment). Бактериологическое исследование крови выполняли всем больным с наличием клинических признаков SIRS ($n = 54$), как правило, до начала антибактериальной терапии, а также в динамике для контроля. Бактериологическое исследование проводили по двум направлениям: 1) для выявления бактериемии без выделения культуры, с предварительным результатом на 2-3 сутки; 2) бактериологическое исследование с выделением возбудителей и определением чувствительности к антибактериальным препаратам (на 5 – 7 сутки). Эффективность антибактериальной терапии оценивали по клиническим и лабораторным критериям регрессии SIRS. Основным критерием для эффективности продленной антибактериальной терапии (продолжающейся после основного эмпирического эрадикационного курса антибиотикотерапии) принято отсутствие признаков рецидива септического состояния в течение 6 месяцев.

Результаты и обсуждение

В целом раневой сепсис с положительной гемокультурой был выявлен у 12 (22,2 %) из 54 больных с признаками SIRS. Из 12 больных умерло 5 (летальность 41,6 %): при быстром (до 10 суток) нарастании полиорганной недостаточности – 3 больных; при рецидивирующем (в сроки 1 и 2 месяца) течении сепсиса – 2 больных. Из выживших больных у двоих были выявлены сходные метастатические септические отдаленные очаги, успешно ликвидированные.

Заболевания, как причины сепсиса у этих больных были следующими: 1) пандактилит IV пальца левой стопы с сетчатым лимфангиитом стопы, септической метастатической глубокой флегмоной левого предплечья и кисти у больной 86 лет, с сопутствующим сахарным диабетом; 2) пандактилит II пальца культи правой стопы у больной 53 лет, с метастатической тотальной флегмоной левой кисти и предплечья.

1) Больная Е., 86 лет, поступила в клинику с пандактилитом IV пальца левой стопы, сетчатым лимфангиитом стопы, септической метастатической флегмоной левого предплечья и кисти, с сопутствующим сахарным диабетом, генерализованным атеросклерозом. Поступила на 6 сутки от начала заболевания с септическим состоянием тяжелой степени, 36 баллов по шкале APACHE II, 8 баллов по шкале SOFA, с полиорганной недостаточностью, в состоянии психического возбуждения на фоне интоксикации, церебросклероза II степени. Начало заболевания связывает с выполнением педикюра 8 суток назад, постепенно развились воспалительные изменения на стопе, в течение 2-х суток признаки воспалительного поражения левой кисти. Антибактериальная терапия эртапенемом в дозе 1,0 в/в капельно 1 раз в сутки начата с первых часов после госпитализации. Интенсивная терапия для стабилизации состояния перед операцией. Оперирована на

2-е сутки: 1) удаление IV пальца левой стопы с резекцией головки плюсневой кости, первичным швом на рану; 2) вскрыта флегмона левой кисти – глубокая флегмона срединного ладонного пространства с распространением через пространство Пирогова-Парона до средней трети предплечья. Позитивный в гемокультуре сепсис – *St.aureus* (MSSA – Meticillinsensitiv *Staphylococcus aureus* – метициллин-чувствительный золотистый стафилококк). При бактериологическом исследовании отделяемого из ран на стопе и руке – *St.aureus* 105 КОЕ (MSSA).

Продолжительность антибактериальной терапии эртапенемом до 10 суток, продолжение поддерживающей антибактериальной терапии гатифлоксацином (после подтверждения результатов высокой чувствительности к препарату) перорально на протяжении 15 суток. Заживление ран к 18 суткам после операции. Полная регрессия признаков SIRS к 25 суткам. Наблюдается в течение двух лет, признаков рецидива сепсиса не отмечено.

2) Больная У., 53 лет, впервые поступила в клинику после реконструктивно-восстановительного вмешательства – рентгенэндоваскулярной дилатации, стентирования подколенной артерии, ампутации III-IV пальца правой стопы, выполненных в сосудистом отделении, для закрытия раны стопы. После подготовки и аутопластического закрытия раны была выписана. Поступила повторно через 6 месяцев с признаками пандактилита II пальца культи правой стопы и флегмоны левой кисти, в септическом состоянии (см. Рис.). Начало заболевания связывает с травмой II пальца культи правой стопы. Через 4 суток после начала воспалительного процесса на пальце стопы появились признаки воспалительного поражения левой кисти, тогда же и обратилась за медицинской помощью. Оперирована после кратковременной (6 часов) подготовки – ампутация II пальца культи правой стопы, вскрытие глубокой флегмоны срединного ладонного пространства левой кисти. Состояние прогрессивно ухудшалось, на вторые сутки дополнительно вскрыто пространство Пирогова-Парона и глубокая флегмона предплечья до средней трети по передней поверхности, в связи с распространением поражения на левой руке. Рана стопы на месте удаленного пальца с признаками продолжающегося гнойного процесса. Клинически признаки наличия анаэробного поражения на стопе и руке. Установлены показания для экстренной ампутации. Септическая реакция тяжелой степени, 32 балла по шкале APACHE II и 6 баллов по шкале SOFA в первые сутки. На 2-е сутки 38 баллов по шкале APACHE II и 8 баллов по шкале SOFA, с тяжелой полиорганной недостаточностью. Антибактериальная терапия с первых суток карбапенемом 1,0 в/в капельно 4 раза в сутки в течение 6 суток + орнидазол 100,0 2 раза в сутки в/в капельно, продолжение антибактериальной терапии азитромицином + орнидазол перорально до 20 суток. В экстренном порядке выполнена трансметатарзальная ампутация правой стопы, ампутация левой руки на уровне плеча.

С учетом клинических признаков анаэробного поражения и сепсиса раны культей стопы и плеча оставлены открытыми, закрывались в несколько этапов аутопластически. Выраженная положительная динамика через сутки после операций ампутаций – 20 баллов по шкале APACHE II, 4 балла по шкале SOFA. В отделяемом из ран пальца стопы получено – *St.aureus* 106 КОЕ (MSSA) + *Bacteroides fragilis* 103 КОЕ; в отделяемом из ран левой кисти – *St.aureus* 105 КОЕ (MSSA) + *Bacteroides fragilis* 102 КОЕ. В гемокультуре – *St.aureus* (MSSA). Регрессия SIRS к 8 суткам после ампутаций, при повторном трехкратном бактериологическом контроле крови роста микрофлоры не получено. Наблюдается в течение 3 лет, признаков рецидива сепсиса нет, периодически получает профилактическое лечение.

Проведенный анализ 146 бактериологических исследований раневого отделяемого, выполненных на базе ЦГКБ №6 г.Донецка за 2010-2013 годы, показал стабильно высокую эффективность карбапенемов, цефалоспоринов III поколения, эртапенема, азитромицина для большинства культуральных штаммов как в монокультуре, так и в ассоциациях. Для этих препаратов получена высокая чувствительность возбудителей хирургической инфекции (до 94 % штаммов) и отсутствие роста антибиотикорезистентности за трехлетний период, в отличие от некоторых других антибактериальных препаратов. Несмотря на то, что наиболее частой причиной септических состояний является контаминация *St.aureus* (9 из 12 случаев в

наших наблюдениях) в монокультуре или ассоциациях, по нашим и по литературным данным [5], достаточно редко встречаются MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* – метициллин-устойчивый золотистый стафилококк) штаммы этого возбудителя. За трехлетний период из 98 выявленных в раневом отделяемом культур *St.aureus*, лишь в 7 (7,1 %) случаях установлено наличие штаммой MRSA. В это же время в последние годы отмечен рост удельного веса микрофлоры резистентной к ванкомицину. Так, по данным за 2013 год из 50 культур *St. aureus* 11 (22,0 %) оказались резистентными к ванкомицину, с постепенным ростом резистентности за трехлетний период втрое. Высокая резистентность к ванкомицину получена и среди культур *St. epidermidis* (50,0 %) и *Ent. faecalis* (81,3 %). Остальные возбудители были чувствительны к ванкомицину. Кроме этого за последний пятилетний период выявлен абсолютный прирост контаминации микроорганизмами продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра до +50,4%, ассоциативной микрофлорой до +18,5% среди всех изолятов с ежегодным положительным темпом прироста для этих групп. Темп прироста контаминации *Ps. aeruginosa* в среднем составил +5,4% в год. Эти факторы послужили причиной выбора комбинации препаратов различных групп у септических больных по де-эскалационному принципу эмпирической антибактериальной терапии до получения результатов бактериологического исследования.



Рис. Больная У., 53 лет. Общий вид стопы и левой кисти при развитии сепсиса (А-В) и трансметатарзальной культы стопы и культы плеча через 2 года (Г, Д).

Выводы

Успешное лечение 2-х случаев сепсиса с септикопиемическими очагами, по-нашему мнению, обусловлено рядом факторов: 1) полной ранней ликвидацией инфекционных очагов и их доступностью для радикального устранения; 2) своевременной диагностикой септического состояния и ранним выявлением (на 2-3 сутки) бактериемии; 3) адекватным выбором антибактериальных препаратов для эмпирической стартовой терапии и продолжением пролонгированной антибиотикотерапии в соответствии с установленной чувствительностью для профилактики рецидива сепсиса, явившегося причиной смерти у 2-х больных.

Литература

1. Захарова Н.В., Медведев Д.С. Применение дезэскаляционного подхода к антибиотикотерапии в лечении инфекционных осложнений термических ожогов / Н.В. Захарова, Д.С. Медведев // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. – 2011. – т. 3, № 1. – С. 97–100.
2. Brunkhorst F.M. Antimicrobial therapy of severe sepsis and septic shock — the "hit-hard-and-fast" concept / F.M. Brunkhorst // *Infection*. — 2009. — Vol. 37, Suppl. 4. — P. 58–59.
3. Funk D. Improving Outcomes in Sepsis and Septic Shock: Getting it Right the First Time / D. Funk, Sh. Kethireddy, A. Kumar // *Sepsis Management* / Eds. Rello J. — Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2012. — P. 219–235.
4. Gomes Silva B.N. De-escalation of antimicrobial treatment for adults with sepsis, severe sepsis or septic shock / Brenda Nazaré Gomes Silva, Régis B. Andriolo, Álvaro N. Atallah, Reinaldo Salomão // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2013. — Issue 3. — P. 1–34. — Art. No.: CD007934. DOI: 10.1002/14651858.CD007934.pub3— Wiley Online Library. — Режим доступа к журн.: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007934.pub3/pdf>.
5. Increasing consumption of MRSA-active drugs without increasing MRSA in German ICUs / E. Meyer, F. Schwab, B. Schroeren-Boersch [et al.] // *Intensive Care Med.* — 2011. — V. 37. — P. 1628–1632.
6. Nyström P.-O. The systemic inflammatory response syndrome: definitions and aetiology / P.-O. Nyström // *J. Antimicrob. Chemother.* — 1998. — Vol. 41, suppl. A. — P. 1–7.

Получено 25.03.14 ■

Балацький Є.Р., Журавльова Ю.І.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ВИПАДКИ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ РАНОВОГО СЕПСИСУ З ВІДДАЛЕНИМИ СЕПТИКОПІЄМИЧНИМИ ВОГНИЩАМИ

Резюме. Проведений аналіз двох випадків успішного лікування схожих хворих з поєднанням цукрового діабету, гнійно-некротичними ураженнями пальців стоп, сепсисом і септикопиемічними вогнищами на руці. Бактеріологічні дослідження мікробного спектру і чутливості до антибактеріальних препаратів у 146 хворих з різними рановими процесами за 2010–2013 роки показали висо-

ку ефективність карбапенемів і ертапенему як варіант вибору для стартової де-ескалаційної терапії. Виявлено повільне зростання штамів резистентних до ванкоміцину, щорічно збільшується асоціативна мікрофлора і продуценти бета лактамаз.

Ключові слова: хірургічний сепсис, септикопиемія, антибактеріальна терапія.

Balatsky E.R., Zuravleva J.I.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

CASES OF SUCCESSFUL TREATMENT EVENTS OF SEPSIS WITH REMOTE SEPTICOPYEMIC SUPPURATIVE

Summary. The analysis of the two cases of successful treatment of similar patients with a combination of diabetes, pyo-necrotic lesions of toes, sepsis and septicopyemic suppurative on the hand. Bacteriological studies of microbial spectrum and sensitivity to antibacterial drugs in 146 patients with different wounded processes for 2010-2013

showed high efficiency of karbapenem and ertapenem as choices for the launch de-escalation therapy. Revealed slow growth of strains resistant to vancomycin, is increasing annually associative microflora and beta-lactamase producers.

Key words: surgical sepsis, septicopyemia, antibacterial therapy.

УДК 616.33-089

ВОРОНОВ Н.В., МЕЩЕРЯКОВ В.В., ВОРОНОВ А.Н., СУБАС ТХАПА МАГАР

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

К 75-ЛЕТИЮ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПО Е.И. ЗАХАРОВУ

Резюме. За последние 10 лет в клинике произведена еюногастропластика по Захарову 22 больным: у 15 пациентов по поводу рака желудка, у 7 — болезни оперированного желудка. В соответствии классификации Японской Ассоциации рака желудка (2011) с учетом гистологического заключения IV стадия выявлена у 2 больных, IIA — у 2, IIB — у 10; IIIB — у 1. При локализации опухоли в антральном отделе желудка выполнена субтотальная резекция (4), в теле и кардиальном отделе — гастрэктомия (11) с лимфодиссекцией в объеме D2. При демпинг-синдроме после резекции желудка по Бильрот — 2 (4) — у 2 произведена редуоденизация, у 2 других при сочетанной форме болезни оперированного желудка — двойная желудочно-кишечная резекция по Захарову (1) и двусторонняя стволовая ваготомия, круорофия, фундопликация по Ниссену, редуоденизация по Захарову-Hepley (1). У 3 больных демпинг-синдром III степени после гастрэктомии создан тонкокишечный резервуар из изо- и антиперистальтической петель по Захарову-Roth. Длительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем $11,6 \pm 2,3$ койко-дня. Летальных исходов и специфических послеоперационных осложнений отмечено не было.

Ключевые слова: рак желудка, болезни оперированного желудка, хирургическое лечение, еюногастропластика.

Глава о резекции желудка — одна из наиболее ярких в истории хирургии. Операция резекция желудка по способу Бильрот-2 (Б-2) в онкологии пользуется всеобщим признанием. Главнейшей особенностью этой методики, оставшейся неизменной и полностью сохранившейся во всех ее модификациях, является закрытие наглухо культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) с наложением анастомоза желудка или пищевода с тощей кишкой. Этот прием в свое время помог решить 2 важнейшие оперативно-технические и методические задачи, стоявшие перед хирургией: первое — произвести надежный анастомоз и этим устранить несостоятельность швов и второе — произвести расширенную резекцию или гастрэктомию в соответствии с требованиями радикализма в онкологии, что заставило хирургов пожертвовать неизбежными при этом физиологическими потерями.

По мере накопления опыта и увеличения числа длительных наблюдений за больными, перенесшими радикальные вмешательства на желудке по Б-2, стали выявляться их теневые стороны. У одних оперированных приспособление к анатомическим «поломкам» пищеварительного тракта и наступающая компенсация бывает настолько полной, что они в течение многих лет чувствуют себя здоровыми. У

других оперированных процесс операции и адаптации оказывается недостаточным и легко нарушаемым.

Поиски иных способов оперирования, которые могли бы устранить недостатки, свойственные методике Б-2, появлялись с возникновением последней. Мысль о возможности кишечной аутопластики с целью замещения одного отдела пищеварительного тракта другим, впервые высказана Nicoladoni С. (1887). Он рекомендовал замещать удаляемый участок толстой кишки отрезком тонкой на брыжейке и высказал предположение о возможности кишечной пластики желудка «...в труд. [8]...». Н. Körbl (1919) предложил использовать изолированную петлю тонкой кишки для замещения кардии при ее резекции «...в труд. [4]...». В 1924 П.А. Куприянов разработал на трупах способ тонкокишечной пластики пилорического отдела желудка [5], а в 1926 Г.Н. Balog в эксперименте произвел замещение тонкой кишкой всего желудка, ему принадлежит термин «искусственный желудок» «...в труд. [8]...».

© Воронов Н.В., Мещеряков В.В., Воронов А.Н., Субас Тхапа Магар, 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Впервые в клинике операция еюногастропластики (ЕГП) была выполнена Е.И. Захаровым [2,6,7]. В 1938 г он продемонстрировал на заседании хирургического общества имени Н.И. Пирогова в Ленинграде двух больных с отличным результатом после резекции желудка с тонкокишечной пластикой по поводу язвенной болезни. Это сообщение было встречено недоброжелательно и, пожалуй, до сих пор, встречает отрицательное отношение многих хирургов [1,3]. Даже П.А. Куприянов, разработавший на трупах способ тонкокишечной пластики части желудка, сам отказался от этой методики и не рекомендовал ее. Критика нового оперативного вмешательства основывалась на его большой сложности и необходимости образования третьего анастомоза. По их мнению резекция желудка выполнена точно по Гофмейстеру-Финстерреру дает такие результаты, которыми можно удовлетвориться. Тем не менее, с этого времени, публикуются случаи клинического применения ЕГП и различные разработки аутопластики части и всего желудка. В 1946г. — Г.Д. Шушков публикует исследование по замещению желудка удвоенной кишечной петлей. Этот способ в 1952 году был осуществлен болгарским хирургом G. Porroff. О тонкокишечной пластике желудка с собственными разработками сообщили ряд отечественных и зарубежных авторов: М.И. Петрушинский, П.С. Розанов, А.М. Бетанели, М. Tomoda, K. Nakajama, E.J. Poth [2].

В 1961 году на Всемирном хирургическом конгрессе в Дублине S. Hedenstedt сообщив о большом числе собственных наблюдений, отметил приоритет советских хирургов в разработке метода ЕГП [9].

В конце 1962 г. в Симферополе состоялся республиканский симпозиум, посвященный ЕГП. На нем обсуждались все вопросы, связанные с методикой и техникой кишечной пластики при гастрэктомии и резекции желудка, были установлены показания к ее применению, намечены пути дальнейшей ее разработки и практического применения. Наиболее простым и разработанным был признан метод Е.И. Захарова.

Непосредственным продолжением первичной ЕГП, явилась вторичная реконструктивная ЕГП которая выполнялась при болезни оперированного желудка (БОЖ). Впервые такая операция была произведена в 1952 году Е.А. Henley, который сообщил о нескольких пациентах, страдавших тяжелым демпинг-синдромом [6]. Эти реконструктивные корригирующие вмешательства назывались «вторичной трансплантацией» в отличие от первичных, производимых одновременно с гастрэктомией или резекцией, при которых накладывалось три анастомоза. Некоторые зарубежные хирурги называли эту операцию «реконверсией», М. Klemens — модификацией операции Захарова, а сам ее автор — редуоденизацией [4]. В настоящее время резецирующие операции на желудке при язвенной болезни применяются лишь в исключительных случаях, в связи с

эффективностью консервативной терапии и наличием ваготомии при необходимости оперирования, однако при онкопатологии органа эти вмешательства не утратили своей актуальности.

Цель работы: оценить непосредственные результаты ЕГП по Захарову и шире внедрить эту методику в клиническую практику при лечении больных с раком желудка и БОЖ.

Материалы и методы

За последние 10 лет в клинике, ЕГП проведена 22 больным. По поводу рака желудка первичная ЕГП — произведена 15 больным: при гастрэктомии — 11, субтотальной резекции — 4. При БОЖ редуоденизация выполнена 7 пациентам: после гастрэктомии — 3 и резекции желудка — 4. По поводу рака желудка оперировано: 7 мужчин и 8 женщин в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст 52,8 лет). Кардиальный рак диагностирован у 4 больных, в теле желудка — у 7, антральном отделе — у 4. В соответствии с классификацией Японской Ассоциации рака желудка (2011) с учетом гистологического заключения IV стадия (T2N0M0) — выявлена у 2 больных, IIA — (T3N0M0; T2N1M0) — у 2, IIB — (T3N1M0; T4AN0M0) — у 10; IIIB — (T4BN1M0) — у 1.

Пациенты, которым произведена редуоденизация поступили с клиникой демпинг-синдрома 2-3 степени. Из них у двух демпинг-синдром сочетался с пептической язвой анастомоза (1) и эрозивно-язвенным анастомозитом и эзофагитом (1).

Результаты и обсуждение

ЕГП при раке желудка выполнялась тем больным, у которых была надежда, что оперативное вмешательство осуществлено радикально. При локализации опухоли в антральном отделе произведена субтотальная резекция желудка (4 случая) по онкопринципам с лимфодиссекцией в объеме D2, длиной трансплантата до 15 см, проведенного в верхний этаж брюшной полости через окно в мезоколон. Желудочно-кишечный анастомоз накладывался конец в бок, 2 других — конец в конец двухрядным швом с использованием нити на атравматической игле. При гастрэктомии (11 случаев) трансплантат выкраивался из тощей кишки длиной 18-22 см. Непрерывность пищеварительного канала восстанавливалась наложением трех анастомозов конец в конец: пищеводно-кишечный — инвагинационный по Цацаниди, тощедуоденальный и межкишечный анастомозы — двухрядным швом.

Пациентам, которым выполнялась редуоденизация, оперативное вмешательство в прошлом было произведено по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 4, рака желудка — у 3 пациентов. Первичные операции пациентам с язвенной болезнью ДПК произвели в молодые годы в различных модификациях Б-2. Одному пациенту с явлением демпинг-синдрома 2 степени на фоне

частичної кишкової непроходимості произведена редуоденизація по Захарову–Henley. Пациентке, поступившій через 3 роки після резекції 2/3 желудка по Витебському с демпінг-синдромом 3 ступені, прогресуючому истощенні (дефіцит ваги 16 кг) також произведена редуоденизація.

У 2 хворих діагностовані поєднані форми БОЖ: пептична язва анастомоза (1), ерозивно-язвенний анастомозит і езофагіт з рецидивними кровоточеннями (1), на фоні синдрому приводячої петлі і демпінг-синдрому II і III ступені. Їм произведено: в одному випадку – подвійна желудочно-кишечна резекція з ЕГП по Захарову, в другому – двостороння стволова ваготомия, крурорафія, фундоплекція по Ніссену і редуоденизація по Захарову–Henley.

Хворі, раніше оперовані по приводу раку желудка, перенесені гастректомію поступили через 2, 3 і 7 років після операції в віці старші 60 років з клінікою демпінг-синдрому III ступені в стані прогресуючого истощення. При лапаротомії рецидива онкопроцесу не виявлено. Їм створено тонкокишковий резервуар, що складається з ізої антиперистальтичної петель по Захарову–Poth.

Хід післяопераційного періоду у оперованих при ЕГП і редуоденизації був сприятливим, не спостерігалося інфільтратів, анастомозитів, не відзначалося порушення евакуації вмісту з кульми желудка при резекції і пасажі по першій петлі кишечника при гастректомії. Довготривале перебування в стаціонарі після операції складало в середньому $11,6 \pm 2,3$ койкоднів. Летальних ісходів і специфічних післяопераційних ускладнень відзначено не було.

Висновок. В даний час в задачі сучасної хірургії, її фізіологічного напрямку, входить прагнення відновити порушені оперативним втручанням анатомічні відносини. На наш погляд, ЕГП по Захарову є цінним доповненням до резекції желудка і гастректомії, дозволяє зберегти дуоденальне травлення, забезпечити значуще сповільнення

пасажу їжі по кишечнику, створити кращі умови для травлення і покращити якість життя. В цьому стоїть неоспориме перевага її перед методом Б-2. Сучасний рівень онкології, анестезіологічного забезпечення, наявність кращих шовних матеріалів і шийових апаратів дозволяє ширше використовувати ЕГП при онкопатології желудка.

Список літератури

1. Аскерханов Г.Р. Болізни оперованого желудка / Аскерханов Г.Р., Загіров У.З., Гаджієв А.С. // М.: Медпрактика, 1998. — 150 с.
2. Березов Ю.Е. Оперованний желудок / Березов Ю.Е., Варшавський Ю.В. // М.: Медицина, 1974. — С. 101-102.
3. Гибадулін Н.В. Реконструкція шовно-кишечних і шовно-кишечних анастомозів по Ру як метод хірургічної корекції постгастректотомічних і постгастректотомічних синдромів / Гибадулін Н.В., Гибадуліна І.О. // Хірургія. — 2011. — №11. — С.36-37.
4. Хірургічні болізни / Волобуєв Н.Н., Воронов Н.В., Камінський І.В. [і др.] // під ред. проф. В.В. Жебровського. — Симферополь, 2008. — С.133.
5. Захаров Е.І. Єюногастропластика при болізни оперованого желудка / Захаров Е.І., Захаров А.Е. // М.: Медицина, 1970. — С.14.
6. Купріянов П.А. Пластика пилорическої частини желудка при допомозі тонкої кишки / Купріянов П.А. // Нов. хірургічний архів. — 1924. — №1. — С.49.
7. Панцирєв Ю.М. Патологічні синдроми після резекції желудка і гастректомії / Панцирєв Ю.М. // М.: Медицина, 1973. — С. 252.
8. Шалімов А.А. Хірургія желудка і дванадцятипалої кишки / Шалімов А.А., Саєнко В.Ф. // Київ: Здоров'я, 1972. — С.218.
9. Hedenstedt S. 19 Congres de la Societe Internatiolale de Chirurgie / Hedenstedt S. // Dublin, 2-9 Septem-ber. —1961. — P. 664.

Получено 8.04.14 ■

Воронов М.В., Мещеряков В.В., Воронов О.М., Субас Тхапа Магар
Державна установа «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського»

ДО 75-РІЧЧЯ ЄЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПО Є.І. ЗАХАРОВУ

Резюме. За останні 10 років в клініці вироблена єюногастропластика по Захарову 22 хворим: у 15 пацієнтів з приводу раку шлунку у 7 — при хворобі оперованого шлунку. У відповідності класифікації Японської Асоціації раку шлунку (2011) з урахуванням гістологічного висновку ІВ стадія виявлена у 2 хворих, ІА — у 2, ІВ — у 10; ІІВ — у 1. При локалізації пухлини в ан-тральному відділі шлунку виконана субтотальна резекція (4), в тілі і кардіальному відділі — гастректомія (11) з лімфодисекцією в об'ємі Д2. При демпінг-синдромі після резекції шлунку за Більрот-2 (4) — у 2 зроблено редуоденизацію, у 2 інших при поєднаній формі хвороби

оперованого шлунку — подвійна шлунково-кишкова резекція за Захаровим (1) і двостороння стволова ваготомия, крурорафія, фундоплекція по Ніссену, редуоденизація по Захарову–Henley (1). У 3 хворих демпінг-синдром 3 ступеня після гастректомії створений тонкокишково-вий резервуар з ізо- і антиперистальтичної петель по Захарову–Poth. Тривалість знаходження у стаціонарі після операції склала у середньому $11,6 \pm 2,3$ ліжко-днів. Летальних ісходів і специфічних післяопераційних ускладнень не було.

Ключові слова: рак шлунку, хвороба оперованого шлунку, хірургічне лікування, єюногастропластика.

Voronov N. V., Mesheryakov V. V., Voronov A. N. Subas Thapa Magar
State Institution «Crimea State Medical University named after S.I. Georgievsky»

75TH ANNIVERSARY OF JEJUNOGASTROPLASTY BY E.I. ZAKHAROV

Abstract. In recent years, the clinic have done jejunogastroplasty by Zakharov in 22 patients: gastric cancer — 15 and with operated stomach disease — 7. In accordance with the classification of the Japanese Association of gastric cancer (2011) based on histological conclusion stage IB was detected in 2 patients, IIA — in 2, IIB — in 10, IIIB — in 1. When the tumor was located in the antrum subtotal resection was performed (4), in the body and cardiac part — gastrectomy (11) with lymph node dissection D2. In dumping syndrome after gastrectomy Billroth-II (4) — reduodenization was done in 2, 2 others in combined

form of operated stomach disease — double gastro-intestinal resection by Zakharov (1) and bilateral truncal vagotomy, Nissen fundoplication with cruroplasty, reduodenisation by Zakharov-Henley (1). In 3 patients with dumping syndrom grade III after gastrectomy created enteric reservoir of iso-and antiperistaltic loop by Zakharov-Poth. Length of hospital stay after surgery was on average $11,6 \pm 2,3$ bed/day. Deaths and specific postoperative complications were not noted.

Keywords: gastric cancer, operated stomach disease, surgical treatment, jejunogastroplasty.

УДК 617-089:378.12

КОНДРАТЮК Э.Р.

КРВУЗ «Крымский медицинский колледж»

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Резюме. Современные рациональные подходы к обучению хирургии в медицинском колледже основаны на интеграции учебного, лечебного и научного процессов, единство и органичность теории с практикой предусматривают индивидуализацию и практическую направленность обучения, некоторую гибкость и свободу обучения, что поможет приблизить учебную деятельность к профессиональной с учетом потребностей здравоохранения и новых достижений хирургии. С внедрением новых операций и огромным арсеналом медикаментозных средств преподаватель хирургии в медицинском колледже должен постоянно следить за изменяющимися стандартами лечения того или иного хирургического заболевания, быть практикующим хирургом или иметь достаточный опыт работы в хирургии, посещать хирургические конгрессы и участвовать в хирургических конференциях.

Проконтролировать эффективность научно-познавательной деятельности студентов можно путем устного опроса, письменного контроля, лабораторно-практических методов и методов самоконтроля. Повысить результаты обучения позволяет использование тестовых заданий и задач. В клинике используется множество способов вовлечения студентов в соответствующую практическую деятельность, которая развивает их способности к разрешению задач, проблем, формируя целостный подход к уходу за больным, выполнению ряда манипуляций.

Ключевые слова: преподавание хирургии, медицинский колледж, методы обучения

Постоянное реформирование здравоохранения Украины, развитие медицинской науки, структурная и функциональная реорганизация медицинской помощи, введение инновационных перспективных технологий и методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации требуют в современных условиях повышения, совершенствования и расширения профессионального уровня каждого медицинского работника [2,7]. От этого зависит качество оказания медицинской помощи на различных уровнях и результат работы, как конкретного медицинского учреждения, так и всей системы здравоохранения в целом [6].

Учитывая возрастающую конкуренцию между различными учебными и лечебными учреждениями необходимо постоянно модернизировать учебный процесс. Эффективность учебного процесса достигается в условиях активизации деятельности студентов направленностью процесса организации их обучения.

На сегодняшний момент все больше преподавателей считают, что преподавание дисциплин хирургического профиля имеет свои особенности [3]. Как реформирование здравоохранения, так и современное развитие медицины меняют представление о таких основных положениях хирургии, как асептика, антисептика, трансфузиология, хирургическая инфекция, лечение ран, местное и общее обезболивание, хирургия острого живота и т.д. [1] Особое значение придают

пропаганде медико-гигиенических знаний, профилактике заболеваний, воспитанию здорового образа жизни. Развитие современных мировых технологий, использование современной компьютерной техники требует более напряженной и ответственной работы при подготовке медицинских кадров в учебных заведениях.

Современные рациональные подходы к обучению хирургии в медицинском колледже основаны на интеграции учебного, лечебного и научного процессов, единство и органичность теории с практикой предусматривают индивидуализацию и практическую направленность обучения, некоторую гибкость и свободу обучения, что поможет приблизить учебную деятельность к профессиональной с учетом потребностей здравоохранения и новых достижений хирургии.

Учебный процесс в медицинском колледже строится на андрагонических принципах, таких как совместная деятельность обучающегося с преподавателем по организации процесса обучения, стартуя с формулирования учебных целей и составления плана подготовки, личную инициативу и активность в получении знаний, умений и навыков, осознанность обу-

© Кондратюк Э.Р., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

чения, способность работать в команде, актуализация результатов обучения, мотивация к обучению, являющейся определяющей в степени его эффективности [4,9].

Базисным элементом учебного процесса, основой для всех новых организационных форм обучения остаются словесные методы обучения, а именно, лекция, беседа, доклад, инструктаж, круглый стол. Развитие техники открыло новые возможности, которые позволяют на всех уровнях использовать наглядность в преподавании. Иллюстрация, наблюдение, демонстрация – способствуют лучшему усвоению конкретной темы студентами. Использование инновационных технологий, активных и интерактивных методов обучения является необходимым и обоснованным.

При обучении широко используются пособия, методические рекомендации, специальная медицинская литература, видеоматериалы, публикации в интернете, электронные библиотеки, материалы конференций, съездов и конгрессов хирургов.

Практические занятия по хирургическим дисциплинам имеют свои особенности. Как в кабинетах доклинической практики, так и на базе хирургических, травматологических, гинекологических и других отделений хирургического профиля студенты медицинского колледжа занимаются отработкой хирургических навыков, заданий. Благодаря этому студенты приобретают необходимые знания и умения, что способствует органически сочетаться теории и практике.

Академик Б.В. Петровский считал, что нашей бедой является разделение здравоохранения на три части – научную, учебную и практическую, каждая из которых выполняет свои функции, цели и задачи, которые порой не совпадают, и чем быстрее границ между этими частями не будет, тем быстрее и эффективнее станет медицинская помощь [5]. С учетом этого студенты медицинского колледжа должны принимать участие в конференциях, конкурсах, брейн-рингах по хирургическим дисциплинам, как в своем регионе, так и за его пределами.

Для достижения высокого качества обучения используются различные методы в зависимости от типа познавательной деятельности стимулирования интереса к обучению. Что бы развить у студента внимание – используется информационно-рецептивный метод, для закрепления знаний, формирования умений и навыков – репродуктивный, для развития логики – проблемный. Благодаря диспутам, дискуссиям, самостоятельной работе с литературой, интернетом у студентов стимулируется интерес к обучению [5,4].

Проконтролировать эффективность научно-познавательной деятельности студентов можно путем устного опроса, письменного контроля, лабораторно-практических методов и методов самоконтроля. Повысить результаты обучения позволяет использование тестовых заданий и задач. Тестовые задания разработаны по темам, а также в совокупности для итогового занятия.

В клинике используется множество способов вовлечения студентов в соответствующую практическую

деятельность, которая развивает их способности к разрешению задач, проблем, формируя целостный подход к уходу за больным, выполнения ряда манипуляций. Здесь на первый план выходит проблемно-ориентированный метод обучения профессиональным навыкам. В процессе подготовки медицинского работника формируется широкий и специфический спектр групп профессиональных навыков, таких как двигательные, мануальные, сенсомоторные; перцептивные; инструментально-расчетные. Клинические условия способствуют закреплению знаний полученных во время занятий в доклинических кабинетах.

Задачами преподавателя хирургии в медицинском колледже является не только закрепление студентами полученных теоретических и практических навыков, а и формирование у будущих специалистов чувства ответственности перед работой и пациентами, чувства сострадания и самоотверженности. С внедрением новых операций и огромным арсеналом медикаментозных средств преподаватель хирургии в медицинском колледже должен постоянно следить за изменяющимися стандартами лечения того или иного хирургического заболевания, быть практикующим хирургом или иметь достаточный опыт работы в хирургии, посещать хирургические конгрессы и участвовать в хирургических конференциях.

Таким образом, сложившаяся система обучения студентов медицинского колледжа дисциплинам хирургического профиля предоставляет все необходимые возможности для непрерывного развития профессионально полноценных специалистов, позволяет готовить не только конкурентных высококвалифицированных профессионалов, а и творческих личностей с высокими духовными и этическими принципами.

Список литературы

1. Гуревич Р.С. *Интеграція сучасної науки і деякі проблеми змісту освіти у вищій педагогічній школі // Вища освіта в Україні: реалії, тенденції, перспективи розвитку.* – К., 1996. – Ч.П.
2. Джерело педагогічної майстерності. Підготовка та аналіз сучасного уроку: Науково-методичний журнал. – Випуск № 2 (40). – Харків: ХОНМІБО, 2008. – 160 с.
3. Криворучко І.А. *Проблеми преподавания хирургии в условиях кредитно-модульной системы / И.А. Криворучко, А.А. Тонкоглаз, Н.А. Сыкал и др. // ВІСНИК ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Том 13, Вип. 1(41). 2013.- С.304-305.*
4. Кришень В.П. *Проблемні питання викладання загальної хірургії за кредитно-модульною системою / В.П. Кришень, В.В. Задорожний, С.І. Баранник та ін. // ВІСНИК ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Том 13, Вип. 1(41). 2013.- С.306*
5. Ложкевич І.Ю. *Возможности непрерывного профессионального образования врачей в РНЦХ им.акад.Б.В. Петровского РАМН. // Хирургия № 3, 2013. С. – 83-85.*
6. *Моніторинг якості освіти: світові досягнення та українські перспективи / За заг. Ред.. О.І. Локишиної – К.: К.І.С., 2004. – 128 с.*

7. *Навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів курсів підвищення кваліфікації вчителів: Соціально-гуманітарна складова. Харків: ХОНМІБО, 2008. – 92 с.*
8. *Педагогіка вищої школи: Навч. Посіб. / З.Н. Курлянд, Р.І. Хмелюк, А.В. Семенова та ін...; За ред. З.Н. Курлянд. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Знання, 2007. – 495 с.*
Получено 11.02.14

Кондратюк Е.Р.

Кримський медичний коледж

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

Резюме. Сучасні раціональні підходи до навчання хірургії в медичному коледжі засновані на інтеграції учбового, лікувального і наукового процесів, єдність і органічність теорії з практикою передбачають індивідуалізацію і практичну спрямованість вчення, деяку гнучкість і свободу вчення, що допоможе наблизити учбову діяльність до професійної з врахуванням потреб охорони здоров'я і нових досягнень хірургії. З впровадженням нових операцій і величезним арсеналом медикаментозних засобів викладач хірургії в медичному коледжі повинен постійно стежити за стандартами лікування того або іншого хірургічного захворювання, що змінюються, бути практикуючим хірургом або мати достатній досвід робо-

ти в хірургії, відвідувати хірургічні конгреси і брати участь в хірургічних конференціях.

Проконтролювати ефективність науково-пізнавальної діяльності студентів можна шляхом усного опиту, письмового контролю, лабораторно-практичних методів і методів самоконтролю. Підвищити результати вчення дозволяє використання тестових та інш. завдань. У клініці використовується безліч способів залучення студентів у відповідну практичну діяльність, яка розвиває їх здібності до дозволу завдань, проблем, формуючи цілісний підхід до догляду за хворим, виконання ряду маніпуляцій.

Ключові слова: викладання хірургії, медичний коледж, методи навчання.

Kondratyuk E.R.

Crimean medical college, Simferopol

FEATURES OF TEACHING OF SURGERY IN MEDICAL COLLEGE

Summary. The modern rational going near teaching of surgery in a medical college is based on integration of educational, medical and scientific processes, unity and organicness of theory with practice foresee individualization and practical orientation of teaching, some flexibility and teaching freedom, that will help to approach educational activity to professional taking into account the necessities of health protection and new achievements of surgery. With introduction of new operations and enormous arsenal of medicinal facilities the teacher of surgery in a medical college must constantly watch after the changing standards of treatment of one or another surgical disease, be a practicing surgeon or to have

a sufficient experience in surgery, to visit surgical congresses and participate in surgical conferences.

Controlling efficiency of scientific-cognitive activity of students is possible by the verbal questioning, writing control, laboratory-practical methods and methods of self-control. The use of test tasks and tasks allows to promote teaching results. In a clinic the great number of methods of involving of students is used in the proper practical activity which develops their capacities for permission of tasks, problems, forming the integral going near the care of patient, implementations of row of manipulations.

Keywords: teaching of surgery, medical college, training methods.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ХІРУРГІЇ»

Кафедра хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького
e-mail: edition.ugs@gmail.com
www.ujds.dsmu.edu.ua

Требования к оформлению публикаций

К опубликованию принимаются статьи на украинском, русском или английском языке.

Структура статьи:

- УДК
- Фамилии и инициалы авторов
- Наименование учреждения, где выполнена работа
- Название работы
- Текст статьи
- Список литературных источников (Список литературы)

В тексте оригинальной статьи необходимо соблюдать последовательность **обязательных разделов**:

- Введение
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы

Тексты клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и истории медицины и т.п. могут оформляться иначе.

Если статья содержит описание экспериментов над людьми, необходимо указать, отвечала ли методика их проведения Хельсинкской декларации 1975 года и ее пересмотру 1983 года. Сообщите, согласовываются ли методы обезболивания и лишения жизни животных, если это имело место в ваших исследованиях, с «Правилами выполнения работ с использованием экспериментальных животных», утвержденными приказом МЗ Украины и Законом Украины «О защите животных от жестокого отношения» (№ 1759 от 15.12.2009).

Все **буквенные обозначения и аббревиатуры** должны быть разъяснены только в тексте статьи. Перед первым использованием сокращения обязательно указывается полный термин, вместо которого вводится сокращение.

Ссылку на литературные источники необходимо давать в тексте с номерами в квадратных скобках согласно списку цитированной литературы.

Рисунки и таблицы нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (рис. 1) (табл. 1). Если таблица или рисунок один,

то его не нумеруют и в тексте делают ссылку (см. рис.) (см. табл.). Таблицы размещают после текста статьи и списка процитированной литературы. Рисунки (фотографии, диаграммы, графики) нужно сохранять в файлах формата *.jpeg или *.tif с разрешением 300 пикселей на дюйм в градациях серого. Цветные изображения не публикуются.

Список литературы оформляют с учетом требований ГСТУ ГОСТ 7.1:2006; список первоисточников составляют только по алфавиту (сначала кириллицей, а потом латиницей). Каждый использованный литературный источник должен быть обозначен в тексте статьи.

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95–2003), формат файлов *.doc или *.rtf.

Форматирование: лист — 210 × 297 мм (формат А4), ориентация — книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура Times New Roman, размер шрифта — 14 пт, междустрочный интервал — полтора, отступление абзаца — 12 мм.

Кроме текста статьи, авторы обязательно предоставляют:

1. **Резюме** (объемом до 300 слов) **на украинском и русском языках** с полным заголовком статьи, фамилиями и инициалами авторов, названием учреждения. Резюме должно отображать структуру статьи и содержать такие же разделы. В тексте резюме нельзя использовать сокращения (аббревиатуры).

2. **Резюме на английском языке** должно содержать полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения и следующие разделы:

- Введение и цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы

Текст резюме на английском языке должен быть набран на листе 210 × 297 мм (формат А4), ориентация — книжная, поля: верхнее и нижнее — по 2,5 см, левое — 3,5 см, правое — 1 см; гарнитура Times New Roman, размер шрифта — 12 пт, междустрочный интервал — одинарный.

Объем резюме — не менее одной страницы (50 строк).

3. После каждого резюме приводятся **3–7 ключевых слов** в именительном падеже.

4. Сведения об авторах с указанием почтового адреса, контактного телефона и e-mail.

5. **Акт экспертной комиссии** о возможности опубликования.

6. **Направление** (сопроводительное письмо) учреждения, в котором выполнена работа.

Авторский оригинал предоставляется обязательно в двух формах — распечатанный на бумаге и в электронном виде. Электронная и печатная версии должны быть аналогичными. Рукопись печатается на одной странице листов белой бумаги формата А4.

Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором. Все статьи проходят процедуру рецензирования. Редакция оставляет за собой право на сокращение и исправление статей, включая изменение стиля, но не содержание работы.

Научные работы, оформленные без учета указанных требований, к печати не принимаются и авторам не возвращаются!

Научные работы, оформленные с учетом указанных требований, присылаются на электронный адрес: edition.ugs@gmail.com

При отправлении по электронной почте сопроводительные документы должны быть отсканированы и прикреплены к электронному письму.

Редакция ведет переписку с авторами исключительно по электронной почте.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Мы планируем дальнейшее освещение разнообразных проблем на страницах «Украинского журнала хирургии» при вашем непосредственном участии. Чтобы издание было более полезным, профессиональным, интересным и охватывало разные вопросы медицины, просим заполнить предлагаемую анкету и отправить по адресу: редакция «Украинского журнала хирургии», 04107, г.Киев, а/я 74, Украина.

Мы постараемся учитывать все ваши предложения, замечания и пожелания.

Український Журнал
ХІРУРГІЇ

№ 3-4 (26-27) • 2014

Анкета читателя

1. ФИО _____

Место работы _____

Должность _____

Квалификационная категория _____ стаж работы _____

Ученая степень _____

2. Укажите номера страниц (или названия материалов), которые заинтересовали Вас в этом номере

3. Укажите номера страниц (или названия материалов), не интересных, по Вашему мнению

4. Ваша оценка этого номера по пятибалльной шкале (1 — совсем не понравилось, 5 — очень понравилось)

1 2 3 4 5

5. О чем бы Вы хотели прочитать в следующих номерах журнала, какие новые рубрики Вы хотели бы видеть?

