

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Український Журнал Хірургії
Украинский Журнал Хирургии
Ukrainian Journal of Surgery

науково-практичний журнал

Заснований у 2007 році

№ 1, 2010

УДК 617(477)(051.2)

Головний редактор: П.Г. Кондратенко

Заступник головного редактора: О.І. Міміношвілі

Заступник головного редактора: М.В. Конькова

Відповідальні секретарі: М.Л. Смирнов, Є.О. Герасименко

Редакційна рада:

В.П. Андрущенко (Львів)
О.Є. Бобров (Київ)
В.В. Бойко (Харків)
Г.В. Бондар (Донецьк)
В.І. Бондарєв (Луганськ)
С.М. Василюк (Івано-Франківськ)
І.Є. Верхулецький (Донецьк)
С.В. Веселий (Донецьк)
В.О. Вишневецький (Москва)
О.Ф. Возіанов (Київ)
І.Д. Герич (Львів)
С.О. Гешелін (Одеса)
В.М. Грона (Донецьк)
В.В. Грубнік (Одеса)
Ф.І. Гюльмамєдов (Донецьк)
В.К. Денисов (Донецьк)
В.І. Десятерик (Кривий Ріг)
І.Я. Дзюбановський (Тернопіль)
І.М. Дикан (Київ)
О.І. Дронов (Київ)
Ю.В. Думанський (Донецьк)
О.А. Єпіфанцев (Донецьк)
І.П. Журило (Донецьк)
Б.С. Запорожченко (Одеса)
М.П. Захараш (Київ)
Н.В. Кабанова (Донецьк)
В.М. Казаков (Донецьк)
О.Є. Каніковський (Вінниця)
А.М. Кардаш (Донецьк)
В.Й. Кімакович (Львів)
В.М. Клименко (Запоріжжя)

Л.Я. Ковальчук (Тернопіль)
Я.Г. Колкін (Донецьк)
В.М. Копчак (Київ)
Ф.Г. Кулачек (Чернівці)
О.В. Лігоненко (Полтава)
В.М. Лобас (Донецьк)
В.І. Лупальцов (Харків)
В.І. Мамчич (Київ)
Б.О. Матвійчук (Львів)
М.М. Милиця (Запоріжжя)
С.О. Мунтян (Дніпропетровськ)
В.Г. Мішалов (Київ)
М.Ю. Ничитайло (Київ)
О.С. Ніконенко (Запоріжжя)
М.П. Павловський (Львів)
Ю.В. Поляченко (Київ)
М.П. Попик (Львів)
В.І. Русин (Ужгород)
Ю.С. Семенюк (Рівне)
Ю.П. Серняк (Донецьк)
І.Є. Сєдаков (Донецьк)
В.О. Сипливий (Харків)
Т.І. Тамм (Харків)
М.І. Тутченко (Київ)
П.Д. Фомін (Київ)
О.Ч. Хаджиєв (Сімферополь)
В.І. Черній (Донецьк)
В.О. Шапринський (Вінниця)
С.Д. Шаповал (Запоріжжя)
І.М. Шевчук (Івано-Франківськ)
І.В. Ярема (Москва)
В.Г. Ярешко (Запоріжжя)

Український
Журнал
Хірургії

Свідоцтво про реєстрацію:
серія КВ № 14759–3730ПР
від 17 грудня 2008 року

Видавці журналу:

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

Адреса редакції:

83047, м. Донецьк,
вул. Багратіона, 19,
кафедра хірургії
Донецького національного
медичного університету
ім. М.Горького

Адреса для кореспонденції:

83047, м. Донецьк, а/с 2236

e-mail:

ujds@dsmu.edu.ua

www:

<http://www.ujds.dsmu.edu.ua>

тел.:

(062) 221-57-64

Друк:

«Норд Комп'ютер»,
83003, Україна, м. Донецьк,
вул. Разенкова, 6;
тел.: (062) 389-73-82
Ум. друк. арк. 20,46
Замовлення № 122

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

Рекомендовано до видання Вченою радою Донецького національного медичного університету
ім. М.Горького 25 лютого 2010 р., протокол № 1.

Рішенням Президії ВАК України журнал внесено до переліку наукових фахових видань України.
Протокол № 1-05/2 від 27.05.2009 р.

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

© “Український журнал хірургії” (ISSN 1997-2938)

ЗМІСТ

CONTENTS

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ORIGINAL INVESTIGATIONS

СОСУДИСТОЕ РУСЛО МАРГИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ*Э.Ф. Баринов, П.Г. Кондратенко, О.Н. Сулаева, Е.Е. Раденко* 7**VASSELS OF DUODENAL ULCER MARGINAL ZONE AT DIFFERENT DYNAMIC OF REPARATION AFTER BLEEDING***E.F. Barinov, P.G. Kondratenko, O.N. Sulayeva, E.E. Radenko* 7**МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ MELD В ПРОГНОЗУВАННІ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З ГЕПАТО-РЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ***В.І. Русин, Є.С. Сірчак, Х.В. Футько, В.В. Авдєєв*14**POSSIBILITIES OF MELD SCALE APPLICATION IN PROGNOSIS OF A LIFE-SPAN AT PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND HEPATORENAL SYNDROME***V.I. Rusin, E.S. Sirchak, H.V. Futko, V.V. Avdeyev*14**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ***Я.Г. Колкин, Е.С. Першин, Д.В. Вегнер, Р.Е. Песчанский* 18**DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THORACOABDOMINAL TRAUMA***Y.G. Kolkin, E.S. Pershin, D.V. Vegner, R.E. Peschanskiy* 18**ГИСТОЛОГИЧНА ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНА ОЦІНКА ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗУ ЖИВОТА ПРИ ПАХОВІЙ ГРИЖІ У ЛЮДЕЙ СТАРЕЧОГО ВІКУ***С.М. Василюк, В.А. Левицький, О.В. Прудніков* 21**GISTOLOGICAL AND ULTRASTRUCTURAL ANALYSIS OF EXTERNAL OBLIQUE MUSCLE OF ABDOMEN IN SENILE PEOPLE WITH INGUINAL HERNIAS***S. Vasilyk, V. Levytskyi, O. Prudnikov* 21**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ***А.Г. Запорожченко, Л.Н. Бондарюк, С.В. Коваль, А.М. Барсук, И.П. Журило, В.Г. Хомяков, С.В. Инюшин* 25**LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ABDOMINAL BLEEDING SYNDROM IN CHILDREN***A.G. Zaporozhchenko, L.N. Bondaruk, S.V. Koval, A.M. Barsuk, I.P. Zhurylo, V.G. Homiyakov, S.V. Inyushin* 25**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ***Б.С. Запорожченко, И.В. Шараров* 28**COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF CRYO-DESTRUCTION IN THE TREATMENT OF HEPAR HEMANGIOMOMAS***B.S. Zaporozhchenko, I.V. Shararov* 28**ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ В ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ У ХВОРИХ З ОБ'ЄМОМ ПРОСТАТИ БІЛЬШЕ 80 CM³ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ФІНАСТЕРИДУ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРЕД-ОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ***Ю.П. Серняк, Абід Карем, О.С. Фуксзон, Ю.В. Роцин, М.В. Криштопа, О.І. Литвінов*32**PECULIARITIES OF BLOOD FLOW IN PROSTATE GLAND AT PATIENTS WITH PROSTATE VOLUME MORE THAN 80 CM³ WITH THE USE OF FINASTERIDE FOR PREOPERATIVE PREPARATION***Y.P. Sernyak, Abid Kareem, A.S. Fukszon, Y.V. Roshchin, M.V. Krishtopa, A.I. Litvinov*32**ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ И КИСЛОТНО-АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ***В.И. Черний, Н.Н. Смирнова*38**THE PROFYLAKXIS OF GASTROINTESTINAL TRACT'S STRESS ULCERS AND ACID-ASPIRATION SYNDROME IN THE ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE***V.I. Cherniy, N.N. Smirnova*38

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СИНДРОМА ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Г. Высокый, Ю.А. Сидоренко, С.И. Гюльмамедов, Д.В. Вегнер, С.Ю. Китов 44

CRITERIA OF ESTIMATION OF SYNDROME OF NECK AND MEDYASTYNAL COMPRESSION AT PATHOLOGY OF THYROID

A.G. Vysotsky, Y.A. Sydorenko, S.I. Gyl'mamedov, D.V. Vegner, S.Y. Kitov 44

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

А.Д. Шаталов 47

COMPUTER AND MAGNETIC-RESONANT TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF FOCAL FORMATIONS OF LIVER

A.D. Shatalov 47

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ШКІРИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПОЗИТНОГО ФЕЙСЛІФТИНГУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПЕРФТОРАНУ® У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Л.В. Усенко, О.І. Макарчук 53

TOOL ESTIMATION OF SKIN STATUS AFTER CARRYING OUT COMPOSITE FACELIFT WITH USE OF PERFTORAN® AT PATIENTS WITH HIGH RISK OF INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

L.V. Usenko, A.I. Makarchuk 53

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПУТЕМ МОДЕРНИЗАЦИИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

З.А. Салахов 59

WAYS OF THE IMPROVEMENT OF THE RESULTS OF QUALIFIED SURGICAL ASSISTANCE TO THE PATIENTS WITH CHEST WOUNDS BY MODERNIZATION OF THE SYSTEM OF TREATMENT-AND-EVACUATION MEASURES

Z.A. Salahov 59

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГРИППОМ А (H1N1)

И.А. Хрипаченко, Н.В. Кабанова, Е.А. Чебалина, С.В. Савенко 63

COURSE FEATURES AND INTENSIVE THERAPY OF ACUTE RESPIRATORY INSUFFICIENCY CAUSED BY AN INFLUENZA A (H1N1)

I.A. Khripachenko, N.V. Kabanova, E.A. Chebalina, S.V. Savenko 63

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

О.Є. Каниковський, Ю.П. Гнатюк, В.В. Мосьондз, О.В. Росохай 68

SURGICAL CORRECTION OF PANCREATIC HYPERTENSION AT THE COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

O.E. Kanikovsky, Yu.P. Gnatyuk, V.V. Mosondz, A.V. Rosokhay 68

ПОШИРЕНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ РАЙОНІВ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Т.В. Попова, А.В. Владзимирський 71

SPREAD OF POSTURE VIOLATIONS AMONG CHILDREN IN DONETSK REGION ACCORDING TO THE RESULTS OF SPECIAL MEDICAL EXAMINATIONS

T.V. Popova, A.V. Vladzimirsky 71

ДІАГНОСТИКАТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

П.В. Іванчов 77

DIAGNOSIS AND PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P.V. Ivanchov 77

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ПЕРФУЗИОННОЙ ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

А.Г. Высоцкий, И.И. Пацкань 82

COMPARATIVE ESTIMATION OF PERFUSION PULMONOSCINTIGRAPHIA AND THE RESULTS OF MULTISCAN COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSTICS OF BULLOUS LUNG EMPHYSEMAS

A.G. Visotskiy, I.I. Patskan.....82

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА СРЕДОСТЕНИЯ

А.Г. Краснояружский 87

ESTIMATION OF PATIENTS' STATE AND INTENSIVE THERAPY OF HEMORRHAGIC SHOCK AT OPERATIVE INTERVENTIONS AT PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF COMPRESSIVE MEDIASTINUM SYNDROME

A.G. Krasnojaryuzhsky 87

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

А.Д. Шаталов91

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL VIDEO-ENDOSCOPE TREATMENT OF HEPATIC GEMANGIOMAS

A.D. Shatalov91

СОНОГРАФІЧНІ ТА ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ СТУПЕНІ ДИЛАТАЦІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ, ОБУМОВЛЕНУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Ю.С. Семенюк, О.М. Вівсянник 95

SONOGRAPHIC AND INTRAOPERATIVE CRITERIA FOR EVALUATION OF DEGREE OF COMMON BILE DUCT DILATION AT PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE CAUSED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Yu.S. Semenyuk, O.M. Vivsianyk 95

ПЕЧІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

С.М. Василюк, В.М. Галюк.....99

HEPATIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

S.M. Vasylyuk, V.M. Galyuk.....99

МОДЕРНИЗАЦИЯ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ТАЗА И ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

З.А. Салахов102

RESULTS OF TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS OF PELVIS IN FIELD HOSPITAL

Z.A. Salahov102

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.А. Васильев107

PROLONGED EPIDURAL ANESTHESIA AS METHOD OF PREVENTIVE MEASURES OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

A.A. Vasiliev.....107

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАНГЕЙМСЬКОГО ІНДЕКСУ ПЕРИТОНИТУ В СУЧАСНІЙ НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

О.Б. Матвійчук, Д.М. Бешлей, Л.Я. Клецко, А.В. Гоцуленко, В.П. Болбот, Р.В. Тригуба.....110

PROGNOSTIC VALUE OF MANNHEIM PERITONITIS INDEX IN CONTEMPORARY EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

O.B. Matviychuk, D.M. Beshley, L.Ya. Kletsko, A.V. Hocolenko, V.P. Bolbot, R.V. Tryhuba110

БИОЛОГИЧЕСКАЯ СВАРКА ТКАНЕЙ АППАРАТОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

А.В. Чурилов, С.В. Кушнир, Н.В. Куприенко, Е.А. Ковальчук, Д.В. Подоляка.....114

BIOLOGICAL WELDING OF TISSUES BY THE DEVICE OF HIGH-FREQUENCY ELECTROCOAGULATION IN OPERATIVE GYNECOLOGY

A.V. Churilov, S.V. Kushnir, N.V. Kuprienko, E.A. Kovalchuk, D.V. Podolyaka114

ВЛИЯНИЕ УЗКОСПЕКТРАЛЬНЫХ ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧЕЙ НА МИКРОФЛОРУ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

А.Л. Хасанов118

АПОПТОЗ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

А.Н. Нестеренко122

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Э.Р. Кондратюк132

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНОГО ПОДИНОКОГО ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗУ

Б.Ф. Шевченко, О.М. Бабій, Д.В. Алейник138

З ДОСВІДУ РОБОТИ**УДВОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА ДЕВЯТИ МЕСЯЦЕВ, ОСЛОЖНИВШЕЕСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

В.Н. Грона, В.К. Литовка, А.Ю. Гунькин143

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

Ф.А. Греджев., А.М. Дудин., О.Н. Ступаченко, А.Е. Кузьменко146

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЗАВОРОТ НА ПОЧВЕ ОБРАТНОГО ВРАЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

И.П. Журило, В.К. Литовка, К.В. Латышов149

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

П.Г. Кондратенко, Е.Е. Раденко153

ОГЛЯДИ**МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕОПЕРАБЕЛЬНИЙ РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

О.Є. Каніковський, Д.І. Гребенюк157

ЮВІЛЕЇ**75 ЛЕТ КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА К.Т.ОВНАТАНЯНА**

Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Г. Высоккий, А.М. Дудин, С.В. Межаков, Ф.А. Греджев, А.Е. Кузьменко162

INFLUENCE OF NARROWLY SPECTRAL INFRARED RAYS ON MICROFLORA OF PURULENT WOUND IN COMPLEX THERAPY FOR ACUTE ODONTOGENIC OSTEO MYELITIS OF MANDIBLE IN CHILDREN

A.I. Khasanov118

APOPTOSIS OF CIRCULATING NEUTROPHILS IN SURGICAL SEPSIS: PATHOGENETIC SIGNIFICANCE AND PROGNOSTIC POSSIBILITIES

A.N. Nesterenko122

METHODICAL APPROACH TO STUDYING OF REMOTE RESULTS AND QUALITIES OF LIFE AT PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS POSTOPERATIVE HERNIAS

E.R. Kondratyuk132

EVALUATION OF RESULTS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER OPERATIVE TREATMENT OF NON-COMPLICATED SINGLE CHOLECYSTOLITHIASIS

B.F. Shevchenko, A.M. Babiy, D.V. Aleynik138

EXPERIENCE OF WORK**DUPLICATION OF COLON AT 9-MONTH CHILD, COMPLICATED BY PROFUSE BLEEDING**

V.N. Grona, V.K. Litovka, A.Yu. Gunkin143

OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

F.A. Gredjev, A.M. Dudin, O.N. Stupachenko, A.E. Kuzmenko146

RECURRENT VOLVULUS DUE TO INVERSE ROTATION OF BOWEL AT 6-YEAR CHILD

I.P. Zhurilo, V.K. Litovka, K.V. Latyshov149

OPPORTUNITIES OF FORECASTING OF RECURRENT GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

P.G. Kondratenko, E.E. Radenko153

REVIEWS**THE METHODS OF SURGICAL CORRECTION IN PATIENTS WITH INOPERATING PANCREATIS CANCER**

O.E. Kanikovskiy, D.I. Grebenyuk157

ANNIVERSARIES**75 YEARS OF K.T. OVNATANYAN DEPARTMENT OF SURGERY**

Y.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.G. Vysotsky, A.M. Dudin, S.V. Mejakov, F.A. Gredjev, A.E. Kuzmenko162

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.342-002.44:616.13]-06-005.1-089.811/.814

СОСУДИСТОЕ РУСЛО МАРГИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Э.Ф. Баринов, П.Г. Кондратенко, О.Н. Сулаева, Е.Е. Раденко**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Реферат. С целью объективной оценки ремоделирования сосудистого русла слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки после кровотечения при заживлении и развитии рецидива проведен морфометрический анализ биоптатов краевой зоны язвы 32 пациентов с использованием иммуноцитохимии. Развитие язвенного кровотечения сопровождается нарушением микроциркуляции в маргинальной зоне. Ранние повторные кровотечения протекают на фоне синдрома ишемии-реперфузии, морфологически проявляющегося парезом сосудов, прогрессирующей альтерацией эндотелиоцитов, нарастающим отеком и расширением зоны некроза. Развитие позднего рецидива кровотечения происходило на фоне выраженной воспалительной реакции и вторичной альтерации структурных элементов краевой зоны язвы двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечение, ремоделирование сосудистого русла

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) часто осложняется кровотечениями из зоны язвенного дефекта [2, 8]. Известно, что у 20-30% больных развивается рецидив кровотечения, который может привести к развитию геморрагического шока и даже к летальному исходу [4, 5]. Язвенное кровотечение сопровождается повреждением стенки крупных сосудов подслизистой оболочки, развитием синдрома ишемии-реперфузии и некроза стенки кишки [3, 7, 10]. Последующая репарация будет зависеть от многих параметров гомеостаза, среди которых ведущая роль отводится восстановлению адекватной перфузии краевой зоны, являющейся источником развития грануляций и ангиогенеза для язвенного дефекта ДПК [9]. Разработка новой стратегии лечения и профилактики язвенных кровотечений базируется на выяснении механизмов и причинно-следственных отношений развития дизрегенераторного синдрома, одним из факторов которого является эндотелиальная дисфункция. Последняя проявляется изменением тонуса и увеличением проницаемости стенки сосудов, а также нарушением программы ангиогенеза [8]. Образование со-

судов микроциркуляторного русла не только является неотъемлемым фактором процесса заживления, влияя на его сроки и эффективность, но и определяет восстановление рельефа и функциональной активности слизистой оболочки кишки [2, 9]. При этом важна не только интенсивность процесса неоваскуляризации, но и пространственная характеристика и возможности ремоделирования сосудистого русла в стенке кишки. В литературе отсутствует информация о сроках восстановления микроциркуляторного русла в маргинальной зоне язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки, роли данного процесса в реализации репаративного процесса, его нарушении и развитии рецидива кровотечения.

Целью работы явилась объективная оценка ремоделирования сосудистого русла в маргинальной зоне язвы при различных вариантах течения процесса заживления после кровотечения.

Материал и методы

Обследовано 32 пациента в возрасте $48 \pm 8,6$ лет с кровотечениями из хронических язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Длительность заболевания составила в среднем $7,1 \pm 3,4$ года. Всем больным проведена диагностическая эзофаго-гастроуденофиброскопия по общепринятой методике с использованием аппарата GIF Q 40 «Olympus». Во время выполнения эндоскопии с помощью стандартных биопсийных щипцов типа FB-23K брали биоптаты слизистой оболочки (СО) из краевой зоны язвенного дефекта. На основании эндоскопической картины все больные ретроспективно были распределены на три группы – с нормальным течением процесса заживления (1 группа; $n=12$) и развитием ранних – в течение 1-х суток (2 группа; $n=12$), либо поздних – через 3-4 суток после лечебного гемостаза (3-я группа; $n=8$) повторных кровотечений. Биопсийный материал исследовали на момент госпитализации, через 6 и 12 часов, 1 и 3 суток

после гемостаза. Фрагменты СО фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обезвоживали в спирте, заливали в парафин. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Кроме того, проводили иммуноцитохимическое исследование с использованием моноклональных антител к CD31⁺, считающегося маркером эндотелиоцитов и ангиогенных клеток и соответствующего рецепторам к витронектину [8].

Помимо описательной морфологии использовался количественный метод оценки [1] слизистой оболочки ДПК – по 5 полей зрения в каждом срезе биоптата. Анализ слизистой оболочки проводили с учетом органных особенностей рельефа – на уровне ворсинок и крипт отдельно. С помощью окуляр-микрометра измеряли высоту ворсинок, толщину покровного эпителия, глубину крипт. В собственной пластинке слизистой, применяя квадратно-узловую тест-систему, оценивали удельные объемы (УО) сосудов, клеток и межклеточного вещества (МКВ). При наличии лейкоцитарной инфильтрации подсчитывали УО лейкоцитов и клеточный состав инфильтратов. Кроме того, оценивали УО некротически измененных структур в эпителии, соединительной ткани, мышечной пластинке слизистой оболочки. При анализе состояния сосудов оценивали: удельную плотность эндотелиоцитов ($УП_{ЭЦ}$) – количество CD31-позитивных клеток в поле зрения при увеличении $\times 630$, а также рассчитывали отношение $УП_{ЭЦ}/УО_{СОС}$. Данный показатель использовали для оценки сохранности эндотелия в условиях нарушения микроциркуляции, а также объективизации процесса ангиогенеза. Отношение $УО_{СОС}/УО_{МКВ}$ позволяло судить о регионарной перфузии и интенсивности дренирования интерстициальной жидкости, определяющего развитие отека. Контрольную группу составили 6 пациентов без клинических и эндоскопических признаков патологии гастродуоденальной зоны. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием пакета прикладных компьютерных программ [6].

Результаты и обсуждение

Оценка состояния 12-перстной кишки на момент поступления в стационар (через 2-6 ч после начала кровотечения) позволила выявить предсуществующие изменения рельефа, структуры слизистой оболочки и оценить степень нарушения микроциркуляции во всех группах. У пациентов 1-й группы в маргинальной зоне язвенного дефекта УО сосудов в ворсинках и вокруг крипт был соответственно на 48% ($p < 0,01$) и 14,08% ($p < 0,05$) выше кон-

трольных значений. При этом $УП_{ЭЦ}$ оказался на 25% и 14,29% меньше ($p < 0,05$), чем в контроле. Изменение данных показателей было, с одной стороны, связано с вазодилатацией, а с другой – с альтеративными изменениями эндотелиоцитов. В части визуализируемых сосудов эндотелиальная выстилка была прерывистой, CD31⁺ клетки имели набухшие ядра, отечную цитоплазму, иммуноцитохимическая реакция варьировала по своей интенсивности. В этом отношении достаточно демонстративным оказалось соотношение $УП_{ЭЦ}/УО_{СОС}$, которое в ворсинках снизилось на 49,32% ($p < 0,01$), а в зоне крипт – на 24,87% ($p < 0,05$). Патологический характер вазодилатации подтверждался развитием отека соединительной ткани – УО интерстициальной жидкости повысился на 17,24% и 15,81% соответственно в области ворсинок и крипт ($p < 0,05$). Отношение $УО_{СОС}/УО_{МКВ}$ увеличилось на 10,62% ($p < 0,05$) в ворсинках и на 5,31% ($p > 0,05$) вокруг крипт, отражая различную роль нарушений перфузии и повышения сосудистой проницаемости при ишемии в маргинальной зоне язвы ДПК.

Во 2-й группе на момент поступления в стационар $УО_{СОС}$ был на 12,61% и на 17,26% выше соответственно в области ворсинок и крипт ($p < 0,05$) по сравнению с 1-й группой. Несмотря на возросший $УО_{СОС}$, удельная плотность CD31⁺ клеток, как в ворсинках, так и вокруг крипт была значительно снижена (на 33,33%; $p < 0,01$). При этом отношение $УО_{ЭЦ}/УО_{СОС}$ было на 40,8% и 43,16% меньше таковых у лиц с нормальным течением раневого процесса ($p < 0,01$). Изменение данного отношения, по сути, отражает редукцию микроциркуляторного русла и снижение скорости кровотока, предопределяющих развитие ишемии. Нарушение целостности эндотелия и повышение проницаемости сосудистой стенки сопровождалось усилением отека, снижению транспортных процессов в рыхлой волокнистой соединительной ткани собственной пластинки, альтерации покровного эпителия. Последнее проявлялось деструкцией эпителиального пласта с обнажением собственной пластинки СО, в которой имели место фибриноидное набухание и отек. В ряде крипт дистрофические изменения вели к десквамации эпителия и слущиванию его в просвет. У пациентов 3-й группы в данный срок исследования не было выявлено статистически значимых различий $УО_{СОС}$ в ворсинках и вокруг крипт по сравнению с 1-й группой. Не обнаружено также достоверных отличий $УО_{МКВ}$, удельной плотности эндотелиоцитов и указанных выше коэффициентов. Обращало на себя внимание

повышение на 8,4% по сравнению с 1 группой ($p < 0,05$) УО клеток, преимущественно лимфоцитов, хотя в сравнении с контролем данный показатель оказался на 22,22% ниже ($p < 0,05$) вследствие развития отека.

Острая реакция на гемостаз (через 6 ч) сопровождалась усилением микроциркуляторных нарушений и отека слизистой оболочки во всех группах. Однако максимальными эти изменения были у пациентов 2-й группы. Если в 1-й группе УО_{сос} вырос на 9,91% ($p < 0,05$) по сравнению с данными до гемостаза и на 62,67% ($p < 0,01$) превысил показатель в контроле, то во 2-й группе данные отличия от контроля достигали 76% ($p < 0,01$). На этом фоне отмечено усиление деструкции эндотелиальной выстилки. Так в ворсинках УП_{эн} снизилась на 8,33% у больных 1-й группы ($p < 0,05$) и на 25% у пациентов 2-й группы ($p < 0,01$) по сравнению с предыдущим сроком исследования. В результате отличия от контроля составили 31,25% и 62,5% соответственно в 1-й и 2-й группах ($p < 0,01$). В слизистой оболочке ДПК пациентов 1-й группы потеря эндотелиоцитов и усиление вазодилатации вели к снижению отношения УП_{эн}/УО_{сос} на 16,618% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,05$) и на 57,64% по отношению к контролю ($p < 0,01$). Прирост УО_{МКВ} оказался незначительным и составил всего 3,46% ($p > 0,05$), а отношение УО_{сос}/УО_{МКВ} было на 6,43% ($p < 0,05$) выше, чем в предыдущий срок исследования, что может свидетельствовать о незначительном прогрессировании деструкции сосудистой стенки и резистентности соединительной ткани к нарушению баланса процессов фильтрации и реабсорбции в 1-й группе. У пациентов 2-й группы УО_{МКВ} оказался на 5,05% выше показателя в 1-й группе ($p > 0,05$). При этом УП_{эн} была на 45,45% ($p < 0,01$), а отношение УП_{эн}/УО_{сос} – на 49,5% ($p < 0,01$) ниже аналогичных показателей в 1-й группе. Нарушение микроциркуляции сопровождалось стазом и адгезией форменных элементов крови к сосудистой стенке, развитием тромбоза мелких сосудов, местами – разрывам стенки с формированием кровоизлияний. У пациентов 3-й группы сосудистая реакция СО ворсинок после инъекционного гемостаза была аналогичной таковой у больных 1-й группы. Однако вокруг крипт УО_{сос} в 3-й группе вырос на 6,0% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,05$). Как следствие данный показатель превышал таковой в 1-й группе на 21,84% ($p < 0,01$). При этом УО_{МКВ} в СО ДПК больных 3-й группы в области ворсинок и крипт оказался в на 11,54% и 13,04% меньше, чем в 1-й ($p < 0,05$). Это было

связано с особенностью реакции тканевых и клеточных элементов собственной пластинки, проявляющейся рекрутированием лейкоцитов, преимущественно нейтрофилов, в зону повреждения. Несмотря на то, что суммарный УО клеток изменился слабо по сравнению с предыдущим сроком исследования – всего на 4,17%, данный показатель оказался на 25% выше, чем у больных 1-й группы ($p < 0,05$). Показательным оказалась динамика отношения УП_{эн}/УО клеток, снижение которого, по сути, отражало усиление миграции лейкоцитов в СО маргинальной зоны язвенного дефекта.

Через 12 часов в СО ДПК больных 1-й группы отмечена стабилизация микроциркуляторных нарушений. У пациентов 2-й группы, несмотря на снижение УО сосудов на 16,67% по отношению к предыдущему сроку исследования ($p < 0,05$), отмечено усиление отека собственной пластинки. В ней УО интерстициальной жидкости оказался на 18,79% выше, чем у больных 1-й группы ($p < 0,05$). Отчасти это было связано с прогрессирующим повреждением эндотелиоцитов, УП которых за истекший период снизилось на 16,67% и 25% ($p < 0,05$) соответственно в ворсинках и криптах и оказалось на 50% и 40% ниже, чем в аналогичных зонах СО ДПК больных 1-й группы ($p < 0,01$). У пациентов 3-й группы через 12 часов после гемостаза УО_{сос} также снижался (на 17,36% по сравнению с предыдущим сроком; $p < 0,05$), в результате чего данный показатель оказался на 16,67% ниже ($p < 0,05$), чем в 1-й группе. Однако причинно-следственные отношения данного феномена были иными. Так, УП_{эн} не имела статистически значимых отличий, а УО_{МКВ} оказался на 11,37% ниже, чем в 1-й группе ($p < 0,05$). Но при этом за прошедший период времени существенно вырос УО клеток (на 14,29%; $p < 0,05$), в результате чего данный показатель оказался на 26,58% выше такового в 1-й группе ($p < 0,01$). Повышение клеточности собственной пластинки, по сути, являлось отражением ранней экссудации, вероятно связанной со снижением барьерных свойств соединительной ткани и продукции тканевых ингибиторов металлопротеиназ [3]. Это вело к рекрутированию и диффузной инфильтрации собственной пластинки СО нейтрофилами, макрофагами и эозинофилами как в области ворсинок, так и в зоне крипт маргинальной зоны язвенного дефекта.

Через 1 сутки морфологическая картина СО маргинальной зоны язвы резко менялась. В 1-й группе это было связано с развитием воспалительной реакции. УО сосудов снижался на 16,67% по сравнению с предыдущим хро-

ком исследования ($p < 0,05$), но, по-прежнему, превышал контроль – на 33,33% ($p < 0,01$), что определяло ограничение отека. $УО_{МКВ}$ снижался на 27,3% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,01$). При этом отмечено увеличение плотности клеток – их $УО$ возрос на 55,06% по отношению к предыдущему сроку исследования ($p < 0,01$), и на 13,43% превышал показатель в контроле ($p < 0,05$). Это было связано с развитием воспалительной инфильтрации лейкоцитами, среди которых помимо лимфоцитов, обнаруживалось много нейтрофилов и макрофагов, встречались отдельные эозинофилы, плазмциты, дегранулирующие тучные клетки. Развитие воспаления сопровождалось активацией ангиогенеза. $УП_{Эц}$ выросла на 40% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,01$), хотя была на 12,5% ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе. Отношение $УП_{Эц}/УО_{сос}$ выросло более значительно – на 68% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,01$). При этом морфологически сосуды были гетерогенны по диаметру, плотности расположения $CD31^+$ клеток и интенсивности иммуноцитохимической реакции. В криптах выявлялось много сосудов с узким просветом в виде тонкостенных трубочек, выраженной реакцией на $CD31^+$ и направленных вертикально от мышечной пластинки, вдоль крипт к поверхности слизистой оболочки. Данные изменения сосудов сопровождалось усилением митозов в эпителии крипт и ворсинок. У больных 2-й группы по данным морфологического исследования отмечено развитие пареза сосудов, нарушение целостности их стенки и прогрессирующее снижение $УП_{Эц}$ (на 75% ниже контроля; $p < 0,001$), развитием выраженного отека ($УО_{МКВ}$ на 30-40% выше контроля; $p < 0,01$), дистрофии и некроза большинства клеток СО маргинальной зоны язвы. Это свидетельствует о ведущей роли микроциркуляторных нарушений и синдрома ишемии-реперфузии в расширении зоны повреждения и развитии повторного кровотечения в ранние сроки после лечебного гемостаза.

Типичным для биоптатов больных 3-й группы через 1 сутки после гемостаза была массивная воспалительная инфильтрация ($УО$ клеток был 34,36% выше контроля и на 18,7% превышал показатель в 1 группе; $p < 0,01$). Превалирующими клеточными элементами инфильтратов были нейтрофилы. Помимо этого в составе инфильтратов определялись макрофаги, лимфоциты, эозинофилы. Обращало на себя внимание обилие плазмцитов, отражающих превалирование реакций гуморального имму-

нитета в ответ на повреждение [10]. При этом $УО_{сос}$ в области ворсинок был на 10,0% ниже такового в 1-й группе ($p < 0,05$), но на 20% превышал контрольное значение ($p < 0,05$). Более показательной оказалась $УП_{Эц}$, которая, несмотря на прирост в 20% по сравнению с предыдущим сроком исследования ($p < 0,05$), была на 14,29% ($p < 0,05$) и 25% ($p < 0,01$) ниже показателей соответственно в 1-й группе и контроле. Явления ангиогенеза, наблюдаемые в отдельных участках – в основном вокруг инфильтратов чередовались с зонами выраженной вазодилатации, отека и десквамации эндотелиоцитов, с краевым стоянием лейкоцитов. Описанные изменения сопровождалось прогрессирующим деструктивным процессом. Так, $УО$ структур с альтерацией в области крипт достигал в покровном эпителии 65,9%, собственной пластинке – 76,3%, мышечной пластинке – 55,7% ($p < 0,01$). Причем данные значения были на 45,47%, 49,02% ($p < 0,01$) и 122,8% выше ($p < 0,001$), чем $УО$ поврежденных структур в аналогичных слоях СО ДПК пациентов 1-й группы.

Через 3 сут в собственной пластинке СО ДПК пациентов 1-й группы на фоне поддержания стабильного индекса клеточности отмечалось уменьшение численности нейтрофилов при увеличении количества фибробластов и эндотелиоцитов. Это, по сути, отражало развитие грануляционной ткани в краевой зоне язвенного дефекта стенки кишки. $УО_{сос}$ в ворсинках снижался на 20% ($p < 0,05$), а $УП_{Эц}$ повышалась на 26% по отношению к предыдущему сроку исследования ($p < 0,01$). Отношение $УП_{Эц}/УО_{сос}$ достигало контрольных значений, отражая увеличение количества узких сосудов. Но при этом $УО_{МКВ}$ был на 10,47% ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов контрольной группы. В области крипт $УО$ сосудов в данный срок исследования значимо не менялся и мало отличался от контроля. Однако количество $CD31^+$ клеток выросло на 28,57% ($p < 0,01$), а отношение $УП_{Эц}/УО_{сос}$ на 30,41% превысило показатель в контроле ($p < 0,01$), отражая усиление ангиогенеза в период формирования грануляционной ткани в краевой зоне язвы ДПК. Интересно, что при этом во всех случаях обнаруживались ассоциации между новыми сосудами и эпителием крипт и ворсинок, обеспечивающее снижение диффузионного расстояния, что вероятно способствует оптимизации структурно-функционального состояния покровных структур ДПК [3]. Оценка микроциркуляторного русла показала превалирование площади капилляров над венулярным отделом, увеличение плотности сосудов

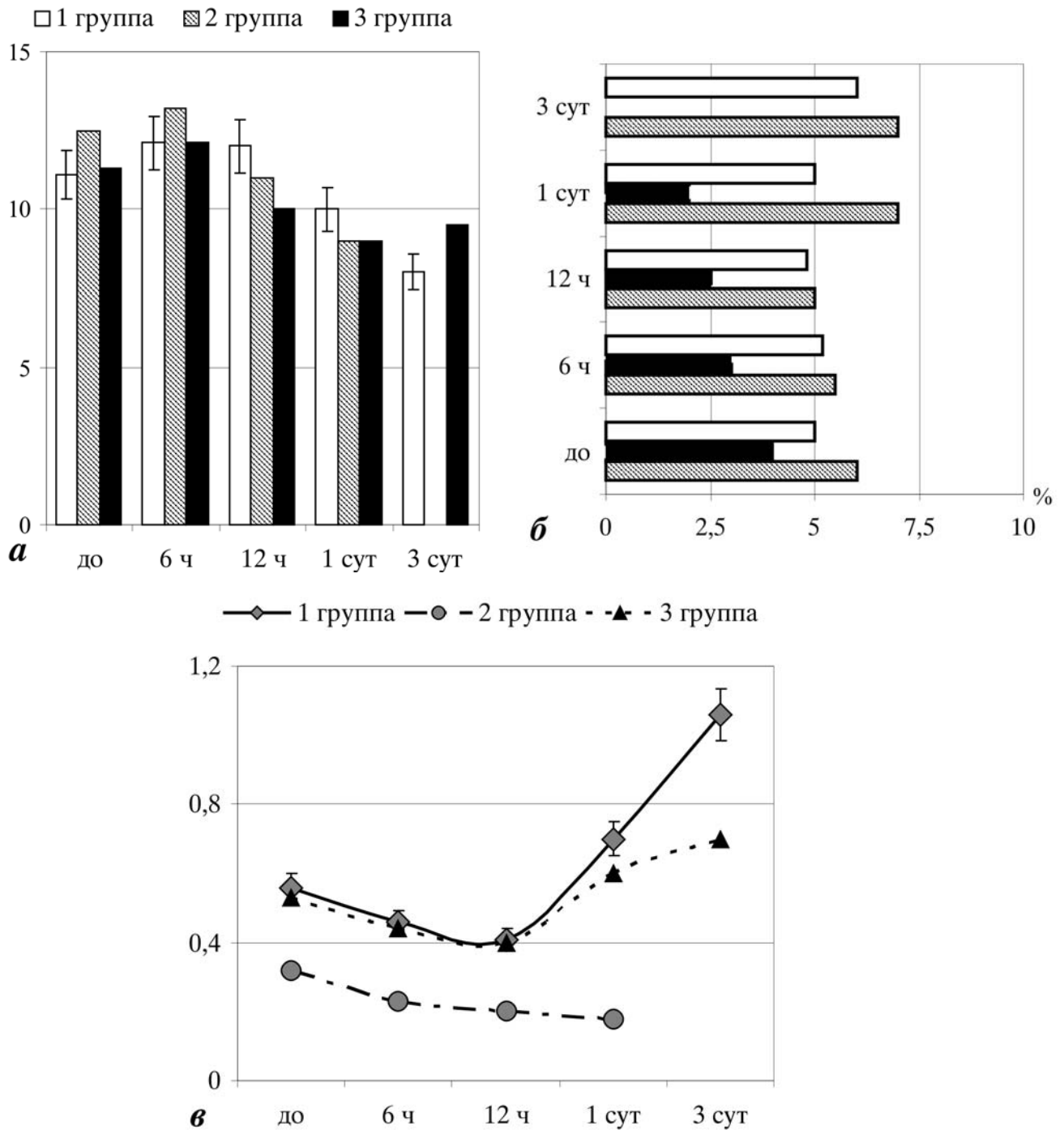


Рис. 1. Динамика показателей состояния сосудистого русла слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у больных с разным течением репарации после язвенного кровотечения. Примечание: *a* – удельный объем сосудов; *б* – удельная плотность CD31⁺ клеток, *в* – отношение удельной плотности CD31⁺ клеток к удельному объему сосудов.

в поле зрения при уменьшении их диаметра. Определялись картины пролиферации эндотелиоцитов и неоваскуляризации. Активация ангиогенеза и развития грануляций стимулировало саногенетические процессы в покровном эпителии слизистой оболочки, что, вероятно, связано с местной продукцией факторов

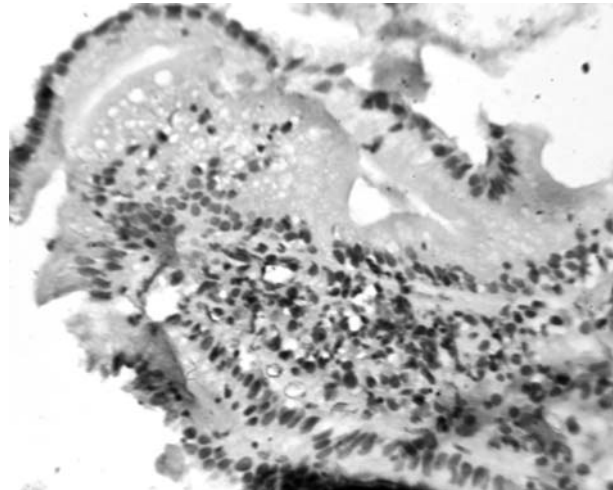
роста, оказывающих стимулирующий эффект на пролиферацию и дифференцировку клеток разных линий – VEGF, FGF, EGF [8, 9]. Здесь отмечено увеличение митотического индекса и базофилии цитоплазмы, высоты эпителиального пласта, что, по сути, является отражением дифференцировки клеток с повышением

их транспортной активности. При этом отмечалось повышение количества клеток Панета, продуцирующих помимо дипептидаз, микробицидные молекулы и ряд факторов роста [9]. Данные клетки обнаруживались не только в области дна, но и на боковых поверхностях крипт. Зарегистрировано также увеличение процента бокаловидных клеток, что может расцениваться как компенсаторная реакция, направленная на усиление продукции слизи, мукопротеиды которой наряду с трефоилловыми пептидами играют важную роль в поддержании гемато-интестинального барьера двенадцатиперстной кишки [7].

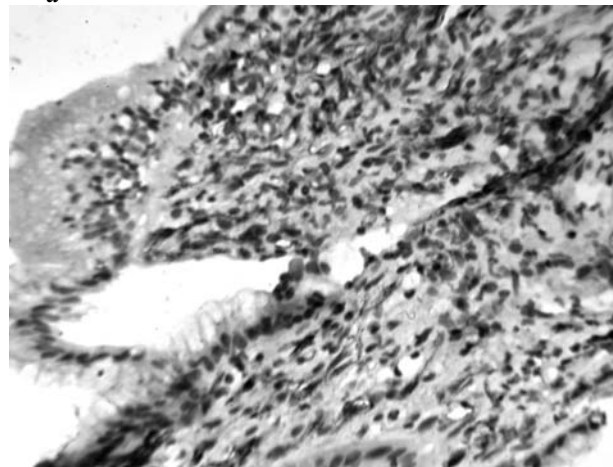
У пациентов 3-й группы через 3 суток отмечалось снижение репаративных процессов, что было связано с сохранением нарушений микроциркуляции и воспаления. УО сосудов в СО ворсинок больных 3-й группы был на 35,23% выше ($p < 0,01$), чем при нормальном течении процесса заживления, и на 42,19% больше, чем в контроле ($p < 0,01$), что было связано с поддержание вазодилатации. При этом имели место картины ангиогенеза, и УП_{Эц} выросла на 16,67% по сравнению с предыдущим сроком ($p < 0,05$). Проведение межгрупповых сравнений позволило выявить неэффективность ангиогенеза. Отмечен относительный дефицит УП_{Эц} по сравнению с 1-й группой и контролем составляли соответственно 18,6% и 12,5% ($p < 0,05$). Тогда как отличия для УП_{Эц}/УО_{сос} составили 31,46% и 30,9% ($p < 0,01$). При этом отмечена слабая динамика УО инфильтратов с 1-х по 3-и сутки, и данный показатель на 30-50% превышал таковой в 1-й группе. Исходя из этого, вероятной причиной нарушения репарации в 3-й группе является пролонгирование инфильтрации с превалированием плазмоцитов, эозинофилов и нейтрофилов, что способствует повышению локальной продукции лейкотриенов, оксидативному повреждению клеток СО, усиленной продукции протеолитических ферментов [3, 10]. Последнее определяет усиление деградации внеклеточного матрикса, снижение резистентности соединительной ткани к повреждению, расширение и углубление зоны язвенного дефекта (рис. 1, рис. 2).

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**:

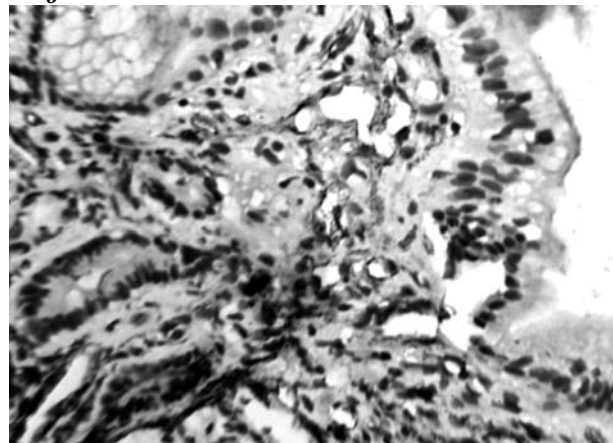
Развитие язвенного кровотечения во всех группах сопровождалось нарушением микроциркуляции в маргинальной зоне, выраженность которого отражает системные и локальные особенности регуляции кровотока, и как следствие – степень ишемии тканей в маргинальной зоне язвы.



а



б



в

Рис. 2. Эндотелий сосудов в собственной пластинке двенадцатиперстной кишки (CD31⁺) пациентов 1 группы на момент кровотечения (а), через 1 сутки (б) и 3 суток (в) после гемостаза.

Через 6-12 часов после выполнения инъекционного гемостаза отмечается развитие реперфузионных изменений, максимально выраженных у пациентов 2-й группы, и проявляющихся повышением УО сосудов особенно в области крипт.

Ранні повторні кровотечення (в течение 1 суток) у больних 2 групи определяються розвитком синдрому ішемія-реперфузія, морфологічно проявляючогося вираженою вазодилатацією і парезом судин, альтерацією ендотеліоцитів, прогресуючим отеком, що веде до розширенню зони некрозу.

Нормальне течення репарації у больних 1 групи характеризується умереним воспалением через 1 сутки і зниженням количества нейтрофілів через 3 сутки при усилении пролиферации і підвищенні індекса клеточности фібробластів і ендотеліоцитів. Вираженна і пролонгована воспалительна реакція (с превалированием нейтрофілів і плазмоцитів) у пацієнтів 3-й групи вели к прогресуючій деструкції структурних елементів ДПК, що може расцениваться як неблагоприятний фактор прогноза позднего рецидива кровотечення.

Перспективи дальнішого розвитку: выяснение причинно-следственных связей і механізмів розвитку повторних кровотеченій при язвенном поражении гастродуоденальной зони може спосібствовать совершенствованию стратегии прогнозирования і профилактики рецидива кровотечення из органов желудочно-кишечного тракта.

СУДИННЕ РУСЛО МАРГІНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКИ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА УМОВ РІЗНОГО ПЕРЕБІГУ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ КРОВОТЕЧІ

Е.Ф. Барінов, П.Г. Кондратенко, О.М. Сулаєва, Є.Є. Раденко

Реферат. З метою об'єктивної оцінки ремоделювання судинного русла слизової оболонки дванадцятипалої кишки після кровотечі за умов загоєння або розвитку рецидиву проведено морфометричний аналіз біоптатів крайової зони виразки 32 пацієнтів з використанням імуноцитохімії. Показано, що розвиток виразкової кровотечі супроводжується порушенням мікроциркуляції в маргінальній зоні. Ранні повторні кровотечі розвиваються на фоні синдрому ішемії-реперфузії, морфологічними проявами якого є парез судин, прогресуюча альтерація ендотелію, набряк і розширення зони некрозу. Розвиток пізнього рецидиву кровотечі відбувається на фоні виразної запальної реакції та вторинної альтерації структурних елементів крайової зони виразки дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: виразкова хвороба, кровотеча, ремоделювання судинного русла.

VESSELS OF DUODENAL ULCER MARGINAL ZONE AT DIFFERENT DYNAMIC OF REPARATION AFTER BLEEDING

E.F. Barinov, P.G. Kondratenko, O.N. Sulayeva, E.E. Radenko

Abstract. To estimate objectively the microvessels remodeling in duodenal mucosa after bleeding during healing or rebleeding the morphometric analysis of biopsies of ulcer margins in 32 patients was performed with the help of immunocytochemistry. It was shown that ulcer bleeding is associated with alteration of microcirculation in marginal zone. Early rebleedings were due to ischemia-reperfusion syndrome with parietic vessels, progressive endothelium alteration and edema, necrosis expansion. The development of late rebleeding was accompanied by intensive inflammatory reaction and secondary alteration of duodenal mucosa structures.

Key words: ulcer disease, bleeding, remodeling of microcirculation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов. – М. Медицина, 1991. – 381 с.
2. Аруин Л.И., Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М. – 1998. – 496 с.
3. Загромава Т.А. Активность ингибиторов протеиназа плазмы крови при язвенной болезни в зависимости от морфофенотипа конституции больных / О.Е. Акбашева, С.Ю. Ермаков // РЖГТК. – 2007. – Т. 4, № 4. – С. 30-33.
4. Запорожан С.Й. Рецидив кровотечі – одна з причин летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу / С.Й. Запорожан // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 3. – С. 38-41.
5. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко., Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко. – Донецк, 2006. – 420 с.
6. Лях Ю.Е. Основы компьютерной биостатистики / Ю.Е. Лях, Г.В. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. – Д. – 2006. – 211 с.
7. Могильная Г. М. Гастроинтестинальный защитный барьер / В.Л. Могильная // Морфология. – 2007. – Т. 132, № 6. – С. 9-16.
8. Филиппов Ю.А. Перспективы развития иммуногистохимических исследований в гастроэнтерологии / Ю.А. Гайдар // Журнал АМН України. – 2002. – Т.8, №1. – С. 69-81.
9. Basson M.D. Gut mucosal healing: is the science relevant? / M.D. Basson // Am. J. Pathol. – 2002. – Vol. 161. – P. 1101-1105.
10. Sanchez M.V. Factors associated with failure of endoscopic therapy in gastric ulcer bleeding / V.P. Lopez // Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – Vol. 26, № 4. – P. 227-233.

УДК 616.36-004-06:[616.1+612.13]

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ MELD В ПРОГНОЗУВАННІ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З ГЕПАТОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

В.І. Русин, Є.С. Сірчак, Х.В. Футько, В.В. Авдєєв

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Реферат. В статті наведено результати обстеження 29 хворих на декомпенсований цироз печінки із гепаторенальним синдромом, яким проведено оцінку важкості стану по шкалі MELD. Виявили високу інформативність даної системи оцінки стану пацієнтів на прогнозування тривалості життя у хворих на цироз печінки із гепаторенальним синдромом.

Ключові слова: цироз печінки, гепаторенальний синдром, шкала MELD.

Гепаторенальний синдром (ГРС) зустрічається у кожного п'ятого пацієнта із декомпенсованим цирозом печінки (ЦП) і є однією із головних несприятливих прогностичних ознак (хворі зазвичай гинуть протягом 2 тижнів). У США частота розвитку гепаторенального синдрому складає 10% серед всіх госпіталізованих пацієнтів із цирозом печінки і асцитом. При цирозі печінки і асциті щорічний ризик виникнення гепаторенального синдрому складає 8-20%, через 5 років цей показник підвищується до 40% [2, 3].

Якщо у хворого із цирозом печінки діагностується портальна гіпертензія (ПГ), у 20% з них гепаторенальний синдром може розвинути протягом першого року, в 40% – через 5 років [5].

Печінка – досить складно функціонуючий орган, і інтегрально оцінити ступінь важкості ураження (ступінь декомпенсації) її функцій непросто. Перша інтегральна шкала оцінки важкості ЦП була запропонована ще в 1973 році і до теперішнього часу широко використовується – це шкала Child-Turcotte-Pugh. Слід зазначити, що ця система є ідеальною для пацієнтів на ЦП, оскільки при оцінці важкості стану хворих визначаються параметри, що відображають функцію печінки, але не враховуються показники, які відображають функцію нирок, дихальної і серцево-судинної систем. Крім того, складно контролювати щоденну динаміку стану пацієнта, оскільки, наприклад, рівень білірубину 100 мкмоль/л і 200 мкмоль/л не впливає на загальну кількість балів. У зв'язку з цим з'явилися нові системи оцінки стану та прогнозу захворювання у даної категорії хворих [1, 4].

Не втратили своєї актуальності відомі шка-

ли APACHE II і III, згідно яким реєструються і підсумовуються в бали показники важкості порушення серцево-судинної і дихальної систем, стан центральної нервової системи, віку, супутніх захворювань, температури тіла, лабораторні дані (гематокрит, лейкоцити, калій, натрій) у пацієнта, що знаходиться у відділеннях інтенсивної терапії [7, 8].

Перспективною в прогнозуванні віддаленого результату у пацієнтів з нирковою недостатністю являється система SOFA. При цьому оцінюється стан серцево-судинної, центральної нервової і дихальної систем, печінки, нирок, системи гемостазу. Дослідження показали точніший прогноз шкали SOFA у пацієнтів з декомпенсацією цирозу печінки в порівнянні з шкалами APACHE II. При кількості балів нижче 8 за шкалою SOFA летальність склала 4%, вище 8 балів – 88%. Крім того, летальність значно збільшується при дисфункції декількох органів [6, 8]. Але вище наведені системи оцінки важкості хворих на ЦП не адаптовані до пацієнтів, які знаходяться у відділеннях інтенсивної терапії та вимагають негайної переоцінки загального стану з постійно змінюючимися показниками життєво важливих функцій органів і систем.

З 2000 р. широко використовуваною системою оцінки важкості пацієнтів із захворюваннями печінки стала MELD. Шкала MELD (Mayo Endstage Liver Disease – модель для кінцевої стадії захворювання печінки) була запропонована в Клініці Меїо. Шкала застосовується для прогнозу летальності у пацієнтів з декомпенсованим цирозом. Так, Р. Kamath і соавт. (2001 р.) показали, що при кількості балів за шкалою MELD менше 20 балів 3-місячна летальність склала 27%, а вище 20 балів – 76%. В даний час кількість балів за шкалою MELD є пріоритетною при визначенні невідкладності трансплантації печінки в США [7-9].

Мета роботи: оцінити можливості використання шкали MELD у прогнозуванні тривалості життя у хворих на цироз печінки із гепаторенальним синдромом II типу.

Матеріал та методи

Під нашим спостереженням знаходилося 29 хворих на декомпенсований ЦП, ускладне-

ний ГРС II типу, які лікувалися у хірургічній клініці, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії і відділенні гастроентерології ЗОКЛ ім. Андрія Новака м. Ужгорода за період з вересня 2007 року по грудень 2009.

Серед 29 обстежених хворих чоловіків було 19 (66%), віком $49,4 \pm 5,2$ років, жінок було – 10 (34%), віком $45,8 \pm 7,2$ років. Контрольну групу склали 20 фактично здорових осіб віком від 19 до 56 років, середній вік яких складав $38,2 \pm 1,8$ років. Серед них чоловіків було 11 (55%), жінок – 9 (45%).

Діагноз ЦП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту). ГРС виставлявся по діагностичним критеріям, які наведені в таблиці 1.

Для прогнозу летальності хворих на цироз

печінки із ГРС використовували шкалу MELD, що розраховується на основі показників креатиніну і білірубіну.

Формула розрахунку наступна:

MELD розрахунок = $0,957 \text{ г Loge (креатинін мг/дл)} + 0,378 \text{ г Loge (білірубін мг/дл)} + 1,120 \text{ г Loge (МНС)}^* + 0,643^{**}$

Примітка: МНС* – Міжнародне Нормалізоване Співвідношення = $(\text{ПВ тест/ПВ контроль})^{\wedge} \text{ISI}$, т.т. $(1/\text{ПТИ})^{\wedge} \text{ISI}$, де ISI (International Sensitivity Index) – вказує виробник у теста в інструкції.

$0,643^{**}$ (константа для етіології ураження печінки: 0 – для алкогольного та холестатичного ураження печінки; 1 – для вірусного або іншого ураження печінки).

Результати та обговорення

Клінічно у обстежених хворих спостерігали ознаки астеновегетативного, диспептичного та больового синдромів. Також виявляли лабораторні ознаки холестатичного,

Таблиця 1

Діагностичні критерії ГРС по V. Argoyo і ін. (1996 р.) в модифікації L.Dagher, K. Moore (2001 р.)

Великі критерії	Хронічне або гостре захворювання печінки з печінковою недостатністю та ПП.
	Низька клубочкова фільтрація: сироваточний креатинін більше 225 мкмоль/л або клубочкова фільтрація по ендогенному креатиніну менше 40 мл/хв протягом доби без діуретичної терапії.
	Відсутність шоку, бактеріальної інфекції, втрати рідини іншими шляхами або триваючої нефротоксичної терапії.
	Немає стійкого покращення ниркової функції (зниження рівня сироваточного креатиніну до 125 мкмоль/л і менше або зростання клубочкової фільтрації до 40 мл/хв і більше) після припинення діуретичної терапії і внутрішньовенним введенням 1,5 літру рідини.
	Протеїнурія менше 500 мг/добу і відсутність ознак обструкції сечовидільних шляхів або захворювань нирок за даними УЗД обстеження.
Додаткові критерії	Добовий діурез менше 500 мл.
	Рівень натрію в сечі менше 10 ммоль/л.
	Осмолярність сечі вище плазми.
	При мікроскопії сечі кількість еритроцитів менше 50 в полі зору.
	Рівень натрію в сироватці менше 130 ммоль/л.

Таблиця 2

Частота виявлення ВРВ стравоходу та шлунка у хворих на цироз печінки із гепаторенальним синдромом II типу

ФЕГДС ознаки:	Хворі на ЦП із ГРС (29 хворих)	
	Абс.	%
- ВРВ стравоходу II ступені	7	24
- ВРВ стравоходу III ступені	14	48
- ВРВ шлунка	8	28

цитолітичного и мезенхімно-запального синдрому.

При ендоскопічному обстеженні у всіх обстежених пацієнтів спостерігали варикозно змінені вени стравоходу II та III ступені, запальні зміни верхніх відділів травного каналу та ознаки рефлюксної хвороби.

Ендоскопічні ознаки портальної гастропатії були наявні у 100% хворих. Прояви гастроезофагальної рефлюксної хвороби спостерігали у 29 (100%) хворих, із проявами вираженого езофагіту у 27 (93%) хворих і гастриту у 14 (76%) хворих, а також у 51% хворих виявили дуоденогастральний рефлюкс із проявами дуоденіту у 41% хворих. Частота та характер варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунка у обстежених хворих наведено у таблиці 2.

Із наведених результатів (табл. 2) бачимо, що у 100% хворих обох груп виявили ВРВ стравоходу. У жодного пацієнта не спостерігали ВРВ стравоходу I ступені. Частіше спостерігали ВРВ стравоходу III ступені (48%) та ВРВ шлунка (28%). ВРВ стравоходу II ступені діагностували у 24% хворих.

Після проведення клініко-лабораторних обстежень хворих на ЦП розподілили по класам важкості за Child-Pugh. В клас А не віднесено жодного обстеженого хворого (стадія компенсації), в клас ввійшло В – 10 (34%) хворих (стадія субкомпенсації), в клас С – 19 (66%) хворих (стадія декомпенсації).

У всіх хворих на ЦП із ГРС діагностовано артеріальну гіпотензію або тенденцію до зниження АТ. Середній систолічний артеріальний тиск складав 78 ± 16 mmHg, середній діастолічний артеріальний тиск – 57 ± 8 mmHg. Паралельно з цим спостерігали підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) до 96 ± 7 за 1 хвилину. Результати представлені в таблиці 3.

Рефрактерний асцит діагностували у 12 пацієнтів, при цьому середній добовий діурез у обстежених хворих складав $580,3 \pm 42,4$ мл/добу. Зменшення діурезу паралельно супроводжувалося підвищення рівня креатиніну та сечовини у крові до $248,8 \pm 4,7$ мкмоль/л та $21,0 \pm 0,78$ ммоль/л відповідно, що вказує на погіршення функції нирок у хворих на цироз печінки.

Погіршення функції нирок було пов'язано

Таблиця 3

Характеристика хворих на цироз печінки із ГРС II типу

Показники	Хворі на ЦП із ГРС (n= 29)
Рівень креатиніну (мкмоль/л)	$248,8 \pm 4,7$
Рівень сечовини (ммоль/л)	$21,0 \pm 0,78$
Рівень білірубіну (мкмоль/л)	98 ± 7
Середній добовий діурез (мл/добу)	$580,3 \pm 42,4$
Наявність напруженого асциту	12
Середній систолічний артеріальний тиск (мм.рт.ст.)	78 ± 6
Середній діастолічний артеріальний тиск (мм.рт.ст.)	57 ± 4
ЧСС (за 1 хвилину)	96 ± 7

Таблиця 4

Залежність тривалості життя у хворих на ЦП від показників по шкалі MELD

Бали по шкалі MELD	Тривалість життя хворих на ЦП із ГРС		
	2-х тижнева	3-х місячна	1 річна
10-19	-	16%	58%
20-29	64%	68%	32%
30-39	33%	16%	0%
40-49	0%	0%	0%

Примітка: Для правильної інтерпретації показників по даній системі слід зауважити, що параметри, які лежать в основі шкали MELD переглядаються кожен тиждень, якщо первинні бали хворого перевищують 25; кожен місяць – якщо бали в межах від 18 до 24; кожні 3 місяці – якщо бали в межах від 11 до 18.

з неконтрольованою діуретичною терапією (17 хворих) та кровотечею з ВРВ стравоходу (12 хворих).

Більшість хворих на ЦП з ГРС II типу знаходились у діапазоні 21-49 балів за шкалою MELD. Середній бал по шкалі MELD складав $34,23 \pm 1,12$. Летальність в обстеженій групі пацієнтів складала 17% (5 хворих) за перші 2-і тижні перебування у стаціонарі, за 3 місяці спостереження – 14% (3 хворих) та 10% (2 хворих) за 1 рік.

Отримали залежність між тривалістю життя хворих на ЦП із ГРС та показниками по шкалі MELD. Результати показані в таблиці 4.

Двохтижнева тривалість життя при 20-29 балів по шкалі MELD складала 64%, при 30-39 балах – 33%, а при 40-49 балах – 0%. Тривалість життя хворих до 3-х місяців збільшується в залежності від зменшення кількості балів по шкалі MELD – при балах 10-19 складає 16%, 20-29 балах – збільшується до 68%, а при 30-39 балах – становить 16%. Однорічну тривалість життя спостерігали у хворих на ЦП із ГРС, які попали в межі від 10 до 19 балів (58%) та у 32% хворих із балами 20-29 по шкалі MELD при переоцінці первинних показників.

Всі хворі із балами по шкалі MELD від 40-49 балів помирають ще на перших 2-х тижнях виникнення такого загрозливого ускладнення цирозу печінки, як ГРС. Отриманий результат може відображати той факт, що у хворих з високою вірогідністю летального результату в перші тижні госпіталізації найчастіше відбувається погіршення стану, у зв'язку з виникненням кровотеч із ВРВ стравоходу та шлунка та наростанням ознак печінково-клітинної недостатності.

Отже, спостереження за хворими на цироз печінки по шкалі MELD дозволяє проводити постійну оцінку функції печінки і включає такий показник, як рівень креатиніну – маркер гепаторенального синдрому (ГРС). Поряд з цим, по даній системі спостереження за хворими на цироз печінки можна прогнозувати тривалість життя пацієнта в залежності від зменшення або збільшення діапазону балів, що має пряму залежність від таких загрозливих ускладнень цирозу печінки, як кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка, наростанням ознак печінкової енцефалопатії та рефрактерного асцити.

Висновки

1. У хворих на цироз печінки із гепаторенальним синдромом спостерігається висока летальність, що становить 10-17% на першому році виникнення даного ускладнення.

2. Шкала MELD може бути застосована

для прогнозування тривалості життя у хворих на цироз печінки із гепаторенальним синдромом.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ MELD В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

В.И. Русин, Е.С. Сирчак, Х.В. Футько, В.В. Авдеев

Реферат. В статье представлены результаты обследования 29 больных с декомпенсированным циррозом печени и гепаторенальным синдромом, которым проведено оценка тяжести состояния по шкале MELD. Обнаружили высокую информативность данной системы оценки состояния пациентов на прогнозирование продолжительности жизни больных циррозом печени с гепаторенальным синдромом.

Ключевые слова: цирроз печени, гепаторенальный синдром, шкала MELD.

POSSIBILITIES OF MELD SCALE APPLICATION IN PROGNOSIS OF A LIFE-SPAN AT PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND HEPATORENAL SYNDROME

V.I. Rusin, E.S. Sirchak, H.V. Futko, V.V. Avdeyev

Abstract. The article presents the results of 29 patients with decompensated liver cirrhosis and hepatorenal syndrome which were estimated as to the severity of their states on MELD scale. High informativity of the given system of the life-span estimation prognosis at patients with liver cirrhosis and hepatorenal syndrome has been revealed.

Key words: cirrhosis of liver, hepatorenal syndrome, scale of MELD.

ЛІТЕРАТУРА

1. Декомпенсований цироз печінки / [Русин В.І., Сипли-вий В.О., Русин А.В. та ін.]. – Ужгород: – 2006. – 229 с.
2. Екстракорпоральні методи у лікуванні печінкової недостатності / [Русин В.І., Шляхта Т.Я., Руснак Я.О. та ін.]. – Ужгород, 2007. – 128 с.
3. Ерамишанцев А.К. Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему / А.К. Ерамишанцев // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – Т.11, № 4. – С. 75-77.
4. Подымова С.Д. Болезни печени / Подымова С.Д.. – М.: Медицина, 2005. – 766 с.
5. Moreau R, Lebrec D. Review article: hepatorenal syndrome – definitions and diagnosis // Aliment Pharmacol Ther. – 2004. – № 20 (Suppl. 3). – P. 24-28.
6. Sen S, Williams R, Jalan R. The pathophysiological basis of acute-on-chronic liver failure // Liver. – 2002. – № 22 (Suppl. 2). – P. 5-13.
7. J.F.Platt, G.G. Yutzy, R.O. Bude et Al. Use of Doppler sonography for revealing hepatic artery stenosis in liver transplant recipients // AJR. – 1997. – Vol. 168. – P. 473-476.
8. Wehler M, Kokoska J, Reulbach U et al. Short-term prognosis in critically ill patients with cirrhosis assessed by prognosis scoring systems // Hepatology. – 2001. – № 34. – P. 255-261.
9. W. Messingham K. A., Faunce D., Kovacs E. J. Alcohol injury and cellular immunity // Alcohol. – 2002. – № 28. – P. 137-149.

УДК 617.541/.55-001-089-083.98

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Я.Г. Колкин¹, Е.С. Перишин², Д.В. Вегнер¹, Р.Е. Песчанский¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Реферат. Цель: изучить результаты лечения и разработать наиболее рациональный алгоритм лечебно-диагностического пособия при торакоабдоминальной травме. В настоящей работе проанализированы результаты диагностики и лечения 81 больного с торакоабдоминальной травмой, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна, за период с 2000 по 2008 годы. Основным фактором, определяющим очерёдность вмешательства на органах брюшной и грудной полостей при их сочетанном повреждении, является превалирование манифестирующей клинической картины со стороны конкретных органов и анатомических структур. В этой связи спленэктомия выполнена у 19 пациентов, коагуляция раны селезёнки – у 2, ушивание раны печени – у 19, ушивание раны диафрагмы – у 21, ушивание дефекта желудка – у 1. В большинстве случаев при повреждении органов грудной полости объём хирургического пособия ограничивался дренированием плевральной полости, однако у 21 пациента была выполнена стандартная торакотомия. Умерло 4 пострадавших, трое из которых доставлены в агонирующем состоянии и погибли вскоре после госпитализации. Один пострадавший погиб от присоединившихся гнойно-септических осложнений. Летальность при торакоабдоминальной травме связана, прежде всего, с объёмом кровопотери, выраженностью травматического и геморрагического шока, гнойно-септическими осложнениями в посттравматическом периоде. Одним из важнейших условий снижения летальности – является оказание пострадавшим максимально ранней специализированной помощи.

Ключевые слова: торакоабдоминальная травма, хирургическое лечение.

Торакоабдоминальная травма является одной из самых сложных проблем современной экстренной хирургии. Это обусловлено тяжестью состояния пострадавшего, трудностью диагностики и выбора оптимального лечебного пособия. Согласно литературным данным, торакоабдоминальная травма составляет 13,7-16,4%, от общего числа травмированных, летальность колеблется в пределах 25%-65% [1, 2, 7].

Цель: изучить результаты лечения и разработать наиболее рациональный лечебно-диагностический алгоритм при торакоабдоминальной травме.

Материал и методы

За период с 2000 по 2008 годы в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна находился на лечении 81 пациент с торакоабдоминальной

травмой. Закрытая торакоабдоминальная травма была выявлена у 36 пострадавших, открытая у 45. В течение первых двух часов после получения травмы доставлен 39 пациент, в течение первых суток – 23, и более чем через сутки – 19 травмированных. Среди них было 63 пациентов мужского пола (77%) и 18 женщин (23%) в возрасте 15-89 лет. Производственные травмы составили (18%), а бытовые (82%).

Результаты и обсуждение

Для решения вопроса о характере имеющихся повреждений большое значение имеет анамнестический поиск в плане определения механизма травмы. При обследовании пострадавших нами использовались: клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики (рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография), ультразвуковое исследование органов грудной и брюшной полостей, а также эндоскопические средства диагностики, включая торакоскопию и видеоторакоскопию.

Из числа госпитализированных лиц, практически каждый пятый пациент находился в состоянии алкогольного опьянения, что в какой-то степени камуфлировало клиническую картину и затрудняло диагностику. Более 70% пострадавших поступили в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии.

Наличие раны в подреберье или низкая локализация раны на грудной стенке уже само по себе могло указывать на возможность повреждения диафрагмы.

Следствием травмы органов грудной клетки оказались: быстро прогрессирующие нарушения дыхания и кровообращения; выраженный болевой синдром; наличие клинических признаков прогрессирующего травматического или геморрагического шока, либо их комбинацией.

Все эти нарушения в отдельности или в сочетании, естественно требовали экстренных мер для их диагностики и устранения. Поэтому, важнейшим условием эффективности лечения торакоабдоминальной травмы явилось улучшение организации специализированной помощи в сторону максимального ускорения

оказания пострадавшему специализированной медицинской помощи. После общего обследования определялись показания к возможному применению специальных методов инструментальной диагностики.

При отсутствии терминального состояния необходимым в диагностике торакоабдоминальной травмы является обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

Торакоскопия, в качестве экспресс-диагностики анатомических повреждений органов грудной клетки, показана при пневмотораксе, малом и среднем гемотораксе, массивных тенеобразованиях в плевральной полости. Фибротреахеобронхоскопия являлась необходимой при подозрении на повреждение трахеи или крупных бронхов, при наличии кровохарканья, бронхообтурационного синдрома.

Как и большинство авторов [3-6], мы считаем, что при травме абдоминальных органов, при малейшем подозрении на внутрибрюшное кровотечение или повреждение полого органа необходим лапароцентез с использованием «шарящего» катетера.

Как нам кажется, основным фактором, определяющим очерёдность вмешательства на органах брюшной и грудной полостей при их сочетанном повреждении, является превалирование манифестирующей клинической картины со стороны конкретных органов структур, с учётом их доминирующей функциональной значимости. В связи с этим, совершенно очевидно, что первоочередное преимущество в очерёдности на хирургическое пособие имеют сердце, крупные сосуды, обычно профузно кровоточащие. Очень важно помнить о возможной необходимости предварительного дренирования плевральной полости, перед лапаротомией в плане профилактики напряжённого пневмоторакса при проведении искусственной вентиляции лёгких. В свою очередь, торакотомия при сочетанных повреждениях груди и живота нередко является необходимой составной частью хирургического лечения определённой группы пострадавших. Отказ от неё или позднее её выполнение могут привести к гибели пострадавшего или развитию тяжёлых осложнений, требующих трудоёмкого и длительного лечения.

Некоторым пострадавшим торакотомия необходима немедленно или в течение в течение первых часов после торакоабдоминальной травмы. Операция показана в случаях продолжающегося внутриплеврального кровотечения с объёмом кровопотери 300 мл/ч и более;

некупируемого клапанного пневмоторакса; открытого пневмоторакса с массивным повреждением лёгкого, массивного гемоторакса и т.д.

В ряде случаев торакотомия может быть отсроченной во времени. Например, подобная ситуация может возникнуть в условиях свернувшегося гемоторакса, удаление которого может быть произведено после устранения каких-то острых нарушений жизненно важных функций организма пострадавшего.

Спленэктомия выполнена у 19 пациентов, коагуляция раны селезёнки – у 2, ушивание раны печени – у 19, ушивание раны диафрагмы – у 21, ушивание дефекта желудка – у 1. В большинстве случаев при повреждении органов грудной полости объём хирургического пособия ограничивался дренированием плевральной полости, однако у 21 пациентов была выполнена стандартная торакотомия. Послеоперационные осложнения при торакоабдоминальных повреждениях встречались как со стороны органов брюшной, так и грудной полостей (ущемление тонкой кишки, посттравматическая плевропневмония), и находились в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства, тяжести и обширности внутриорганных повреждений.

Летальность при торакоабдоминальной травме (4,3%), связана, с быстрой или массивной кровопотерей, травматическим шоком, а также гнойно-септическими осложнениями в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Летальность при торакоабдоминальной травме обусловлена тяжестью состояния пострадавших, в связи с полиорганными повреждениями и связана, прежде всего, с объёмом кровопотери, выраженностью травматического и геморрагического шока, гнойно-септическими осложнениями.

2. Одним из важнейших условий снижения летальности – является оказание пострадавшим максимально ранней специализированной помощи.

ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

*Я.Г. Колкін, Е.С. Першин, Д.В. Вегнер,
Р.Е. Песчанський*

Реферат. Мета: вивчити результати лікування і розробити найбільш раціональний лікувально – діагностичний алгоритм при торакоабдоминальній травмі. У роботі проаналізовані результати діагностики і лікування 81 хворих з торакоабдоминальною травмою, що знаходилися на лікуванні в клініці хірургії ім. К.Т. Овнатаняна, за період з 2000 по 2008 роки. Основним чинником, що визначає черговість втручання на органах

черевної і грудної порожнин при їх поєднаному пошкодженні, є переважання маніфестуючої клінічної картини з боку конкретних органних структур. В зв'язку з цим спленектомія виконана у 19 пацієнтів, коагуляція рани селезінки – в 2, ушивання рани печінки – в 19, ушивання рани діафрагми – в 21, ушивання дефекту шлунку – в 1. В більшості випадків при пошкодженні органів грудної порожнини об'єм хірургічного втручання обмежувався дренажуванням плевральної порожнини, проте у 21 пацієнта була виконана стандартна торакотомія. Померло 4 постраждалих, троє з яких доставлені в агонізуючому стані і загинули незабаром після госпіталізації. Один пострадавший загинув від гнійно-септичних ускладнень, що приєдналися. Летальність при торакоабдомінальній травмі зв'язана, перш за все, з об'ємом крововтрати, вираженістю травматичного і геморагічного шоку, гнійно-септичними ускладненнями в посттравматичному періоді. Однією з найважливіших умов зниження летальності – є надання пострадавшим максимально ранньої спеціалізованої допомоги.

Ключові слова: торакоабдомінальна травма, хірургічне лікування.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THORACOABDOMINAL TRAUMA

Y.G. Kolkin, E.S. Pershin, D.V. Vegner, R.E. Peschanskiy

Abstract. The aim. Study the results of treatment and develop most rational treatment is a diagnostic algorithm at a thoracoabdominal trauma. In the real work the results of diagnostics and treatment are analyzed 83 patients with a thoracoabdominal trauma, being on treatment in the clinic of surgery the name of K.T. Ovnatanyan, for period from 2000 to 2008 years. Determining the order of interference on the organs of abdominal and pectoral regions at their damage is predominating of demonstrating clinical picture from the side of concrete organ structures. In this connection a splenectomy is executed for 19 patients, coagulation of wound of spleen – at 2, taking in of wound of liver – at 19, taking in of diaphragm

wound – at 21, taking in of defect of stomach – at 1. In most cases at the damage of organs of pectoral cavity the volume of surgical manual was limited to the catchment of pleura cavity, however for 21 patients standard thoracotomy was executed. 4 died patients, three from which delivered in the state and perished soon after hospitalization. One patient perished from joining festering-septic complications. Lethality at a thoracoabdominal trauma is constrained, foremost, with the volume, expressed of traumatic and hemorrhagic shock, festering-septic complications in a posttraumatic period. One of major terms of decline of lethality – there is providing of the maximally early specialised help patients.

Keywords: thoracoabdominal trauma, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М. Малоинвазивные вмешательства в ургентной торакальной хирургии / М.М. Абакумов, А.А. Гуляев, А.П. Погодина // Эндохирургия сегодня. – 1995. – № 4. – С. 70-71.
2. Абакумов М.М. Экстренная компьютерная томография при закрытой травме груди и живота / М.М. Абакумов, А.И. Ишмухаметов, Ф.А. Шарифулин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1997. – № 4. – С. 63-69.
3. Авилова О.М. Неотложная торакоскопия при закрытой травме груди / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман, А.В. Макаров // Грудная хирургия. – 1984. – № 2. – С. 52-56.
4. Діагностика та лікування потерпілих із закритими ізольованими та поєднаними пошкодженнями живота / М.Г. Кононенко, С.П. Коробова, Л.Г. Кашенко [та ін.] // Вісн. Сум. держ. ун-ту. Сер. Медицина. – 2007. – № 1. – С. 69-74.
5. Delayed discovery of diaphragmatic injury after blunt trauma: report of three cases / D.G. Healy, D. Veerasingam, D. Luke, A.E. Wood // Surg. Today. – 2005. – Vol. 35, № 5. – P. 407-410.
6. Heat herniation after blunt chest trauma / G.M.A. Dato, A. Arslanian, P.L. Filosso [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2002. – Vol. 123, № 2. – P. 367-368.
7. Trupka A. Blunt chest trauma / A. Trupka, D. Nast-Kolb, L. Schweiberer // Unfallchirurg. – 1998. – Bd. 101, № 4. – S. 244-258.

УДК 616.34-007.43-031:611.957-053.9:611.736.3-018

ГІСТОЛОГІЧНА ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНА ОЦІНКА ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗУ ЖИВОТА ПРИ ПАХОВІЙ ГРИЖІ У ЛЮДЕЙ СТАРЕЧОГО ВІКУ

С.М. Василюк, В.А. Левицький, О.В. Прудніков

Івано-Франківській національний медичний університет

Реферат. Проведене гістологічне та ультраструктурне вивчення м'язово-апоневротичних структур у 30 хворих похилого і старечого віку з паховими грижами. Встановлені характерні особливості, що вказують на неспроможність тканин передньої черевної стінки і можуть бути чинником рецидиву грижі після герніопластики власними тканинами. Зроблено висновок, що найбільш патогенетично обґрунтованим методом оперативного лікування у цієї категорії хворих є безнатяжні методи з застосуванням сітчастих ендопротезів.

Ключові слова: старечий вік, м'язові волокна, ультраструктурна будова, пластика грижі.

Переворотом у герніології стало у 1892 році повідомлення E. Bassini про радикальну трьохшарову пластику пахового каналу, яка дозволила знизити частоту рецидивів в перші три роки до 4%. До цього впродовж першого року рецидиви відмічали у 30-40% хворих, а через чотири роки – у 90%. Однак, навіть впровадження цієї методики і її різноманітних модифікацій за багато років не дозволило повністю вирішити проблему радикального лікування пахових гриж. На даний час, частота рецидивів при прямих пахових грижах досягає 10%, а після рецидивних і післяопераційних – до 40% [1,2].

Багато років вважалося, що основними причинами рецидивів є недостатній досвід хірурга, погрішності під час операції, неправильний вибір методики пластики та ін. Однак, операція герніопластики є однією з найпоширеніших у хірургії, у багатьох клініках напрацьовані оригінальні підходи до хірургічної тактики при різних видах пахових гриж, а рецидиви спостерігаються навіть у досвідчених хірургів [3]. Все це свідчить про присутність ряду об'єктивних чинників, які призводять до незадовільних результатів лікування.

Процес свідчить про зниження частоти рецидивів при застосуванні безнатяжних видів пластики пахових гриж за допомогою сітчастого ендопротезу. Чимало вітчизняних і закордонних хірургів вказують на доцільність якомога ширшого впровадження в герніологію пластики за Ліхтенштейном [4, 5]. Все це дозволяє думати, що ймовірна причина рецидивів полягає в першу чергу в неспроможності власних тка-

нин передньої черевної стінки, які використовуються для натяжних методів пластики передньої чи задньої стінки пахового каналу. Поряд з цим, незрозуміло, чи власні тканини є непридатними до пластики на час виконання операції, чи їхня неспроможність виникає у післяопераційному періоді, внаслідок натягу, ішемії чи інших чинників.

Виходячи з викладеного, *метою* нашої роботи було встановити морфологічні і ультраструктурні зміни м'язового компоненту передньої черевної стінки у хворих старшої вікової групи на пахові грижі.

Матеріал та методи

Нами проведено вивчення м'язово-апоневротичних структур у 30 хворих похилого і старечого віку з паховими грижами. Забір матеріалу для дослідження проводили інтраопераційно після попередньої згоди хворого. Для визначення вікових перетворень м'язово-апоневротичної і паравазальної сполучної тканини проводилося вивчення гістологічних зрізів. Для визначення орієнтації волокнистих структур і міжволоконних взаємовідносин, що слабо виявляються звичайними гістологічними методами, проводилася скануюча електронна мікроскопія.

Всі отримані кількісні дані піддавалися необхідній статистичній обробці за допомогою комп'ютерної програми "Statistica 6,0 for Windows".

Результати та обговорення

Якщо оцінювати морфологічні особливості структур пахового каналу у людей старшого віку, то можна відзначити виражені процеси інволюції у структурних компонентах м'язово-апоневротичної сполучної тканини, які пов'язані з уповільненою альтерацією волокнистої строми. Відмічалася значне наростання колагенових волокон, яке пов'язане із зменшенням співвідношення між розчинним і нерозчинним колагеном. При цьому різко зростала кількість волокон з поперечними взаємозв'язками, а число еластичних волокон, навпаки, різко зменшувалося. Відомо, що процес накопичення надмірної маси колагену припиняється у віці 60-65 років, і вікові зміни приймають специфічний якісний характер пе-

ретворень, що виражається у витонченні волокон, їх розщепленні і фрагментації.

Проте, крім загальної спрямованості процесів вікової мінливості м'язово-апоневротичної сполучної тканини були встановлені також яскраво виражені індивідуальні особливості. В пери- та ендомізії спостерігалися явища інтенсивного набряку з вираженою колагенізацією тканин навколо судинно-нервових пучків, що супроводжувалося зростанням в 1,5 раза об'ємної долі стромальних компонентів. Саркоплазма більшості м'язових волокон мала низьку електронно-оптичну щільність, містила підвищену кількість вакуолей, втрачалася поперечна смугастість, ядра локалізувалися поблизу центральної частини волокна. Таке явище є неспецифічним для старшого віку і зустрічається при деяких міопатіях [6], або

може бути компенсаторно-приспосувальною реакцією м'язового волокна до метаболізму в анаеробних умовах [7].

У людей старечого і похилого віку відмічали суттєве гальмування розвитку і диференціації значної частини м'язових волокон. Встановлено, що середній діаметр FOG-м'язових волокон зменшувався на 16,6%, а FG – на 18,3%, порівняно з пацієнтами віком до 40 років. Достовірних змін в діаметрі SO-волокон не знайдено. Загальна кількість м'язових волокон знижувалася на 24%, за рахунок дефіциту FG (37,3%) і FOG (18,5%).

При дослідженні на світлооптичному рівні звертали на себе увагу значні коливання діаметру вздовж м'язових волокон. В місцях значного зменшення діаметру м'язових волокон, під сарколемою, виявлялись великі скупчення гіперхромних і пікнотичних міоядер. В

Таблиця

Результати стереологічного аналізу ультраструктурної організації м'язових волокон зовнішнього косоного м'язу живота у людей похилого і старечого віку ($\bar{X} \pm S$, n = 25)

Параметр	Похилий вік	Старечий вік
Відносний об'єм (V_{vj}), $\text{мм}^3/\text{см}^3$		
Міофібрил	513,6 ± 23,8	587,6 ± 13,8
Мітохондрій	312 ± 12,6	280,9 ± 9,9
CP	10 ± 1,1	11,5 ± 1,0
T-системи	17,7 ± 2	18,9 ± 1,7
Інших структур саркоплазми	146,7 ± 11,2	119,1 ± 1,3
Відносна площа поверхні (S_{vj}), $\text{м}^2/\text{см}^2$		
Міофібрил	0,849 ± 0,023	0,819 ± 0,04
Мітохондрій	1,519 ± 0,103	1,511 ± 0,119
CP	0,323 ± 0,033	0,366 ± 0,012
T-системи	0,372 ± 0,024	0,393 ± 0,006
Поверхнево-об'ємне відношення (S_{vj}/V_{vj}), $\text{м}^2/\text{см}^3$		
Міофібрил	1,65 ± 0,03	1,54 ± 0,09
Мітохондрій	4,86 ± 0,14	4,74 ± 0,29
CP	32,4 ± 1,37	29,62 ± 1,79
T-системи	21,3 ± 1,18	21,24 ± 2,39
Об'ємне відношення основних органел МВ до міофібрил ($V_{vj}/V_{vmФ}$)		
Мітохондрій до міофібрил	0,613 ± 0,052	0,601 ± 0,044
CP до міофібрил	0,02 ± 0,004	0,022 ± 0,002
T-системи до міофібрил	0,035 ± 0,005	0,036 ± 0,004
Інших структур саркоплазми до міофібрил	0,289 ± 0,033	0,224 ± 0,008

деяких волокнах можна було бачити розволокнення міофібрил, вогнища фрагментарного некрозу. При гістологічному дослідженні в 25% м'язових волокон спостерігається брильчатий розпад за участю макрофагальних елементів, які проникають через пошкоджену сарколему.

Ультраструктурний стереологічний аналіз виявив суттєву перебудову внутрішньо-волоконної архітекτονіки м'язових волокон зовнішнього косоного м'язу живота. На 14,4% зменшувався відносний об'єм міофібрил. Об'ємна щільність цитоплазматичного матриксу знижувалася на 30,8%, спостерігалася тенденція до зменшення об'ємного відношення мітохондрій до міофібрил (див. табл.)

При електронно-мікроскопічному дослідженні у більшості МВ спостерігалася нагромадження ліпідних включень і фіброзних кілець в ділянці зруйнованих саркомерів і навколо ядер. Поява вищеописаних пікнотичних міоядер пов'язана з каріорексисом. Розпадаючись, м'язове ядро утворює 6-8 фрагментів, що на світлооптичному рівні створювало ілюзію пікнозу.

В зоні каріорексису мікрофібрили зазнавали повної деструкції. Дистрофія міофібрил починалася з дезінтеграції Z-дисків, а потім відбувався розпад актинових філаментів у двох суміжних саркомерах. Одночасно розширювалися каналці саркоплазматичного ретикулуму і термінальні цистерни. Потім дистрофічний процес охоплював міозинові філаменти і завершувався повним лізисом саркомерів.

Порушувався процес новоутворення мітохондрій. Вони суттєво збільшувалися у довжину, процес ділення не доходив до кінця з виникненням атипичних форм мітохондрій. У мітохондріях руйнувалася значна кількість крист, просвітлювався матрикс. Взагалі, в цілому ряді FOG- і FG-м'язових волокон найбільш вразливими структурами були мітохондрії, в яких майже повністю руйнувалися кристи, що свідчило про розбалансування системи енергозабезпечення м'язового волокна.

Ядра в пошкоджених ділянках мали фестончаті краї, в результаті інвагінацій каріолеми. Зустрічалися великі мієліноподібні тільця, які представляли собою 3-5 шарів електронно-щільних концентричних тяжів. Некротизовані ділянки волокон активно фагоцитувалися макрофагами, цитоплазма яких була густо заповнена первинними і вторинними лізосомами.

Висновки

1. Морфологічні і ультраструктурні зміни зовнішнього косоного м'язу при пахових грижах у людей похилого і старечого віку мають свої особливості, пов'язані як з віковою інволюцією тканин пахового каналу, так і з тривалим механічним впливом у цій зоні.

2. Неспроможність тканин передньої черевної стінки диктує необхідність обирати для герніопластики у цієї категорії пацієнтів безнатяжні методи з застосуванням ендопротезів.

3. Перспективним у плані подальших наукових досліджень є напрацювання хірургічної тактики у людей похилого і старечого віку при різних видах пахових гриж.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ОЦЕНКА ВНЕШНЕЙ КОСОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ У ЛЮДЕЙ СТАРЧЕКОГО ВОЗРАСТА

С.М. Василюк, В.А. Левицкий, А.В. Прудников

Реферат. Проведено гистологическое и ультраструктурное изучение мышечно-апоневротических структур у 30 больных пожилого и старческого возраста с паховыми грыжами. Установлено характерные особенности, которые указывают на несостоятельность тканей передней брюшной стенки и могут быть причиной рецидива грыжи после герниопластики собственными тканями. Сделано вывод, что наиболее патогенетически обоснованным методом оперативного лечения у этой категории больных есть безнатяжные методы с использованием сетчатых эндопротезов.

Ключевые слова: старческий возраст, мышечные волокна, ультраструктурное строение, пластика грыжи.

GISTOLOGICAL AND ULTRASTRUCTURAL ANALYSIS OF EXTERNAL OBLIQUE MUSCLE OF ABDOMEN IN SENILE PEOPLE WITH INGUINAL HERNIAS

S. Vasilyk, V. Levytskyi, O. Prudnikov

Abstract. Gistological and ultrastructural study of the musculo-aponeurotic tissues was performed in 30 patients of the elderly and senile ages with inguinal hernias. The results of the investigation showed that insufficiency of the abdomen wall tissues can be the reason of the recurrence of hernia after hernioplasty due to its own tissues. Conclusion: the most pathogenetically substantiated operative method in these category of patients is tension-free methods with the use of mesh.

Key words: senile age, muscle filaments, ultrastructural, hernioplasty.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровський В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. – Изд. Центр КГМУ: Симферополь, 2000. – 687 с.
2. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia. – Philadelphia J.B. Lippincott Co, 1995. – 615 p.
3. Бабаджанов Б.Р., Якубов Ф.Р., Бабаджанов М.Б. Амбулаторная хирургия паховых грыж в условиях дневного

- стационара // Вестник герниологии (сборник научных статей). – 2006. – № 2. – С. 30-36.
4. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. The tension-free hernioplasty // Am. J. Surg. – 1989. – № 157. – P. 188-193.
 5. Bay-Nielsen M., Kehlet H., Strand L., Malmstrom J., Andersen F., Wara P. Quality assessment of 26304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study // Lancet. – 2001. – № 358. – P. 1124–1128.
 6. Ю.А. Высоцкий, А.В. Лепилов, Р. И. Деханд. Возрастные особенности организации соединительнотканного остова некоторых органов человека // Актуальные проблемы морфологии. – Красноярск. – 2005. – С. 46.
 7. Сосудистый возраст как критерий этапа онтогенеза / П.А. Гелашвили, Э.А. Адыширин-Заде, Б.В. Галахов, И.Н. Подсевалова // Актуальные проблемы морфологии. – Красноярск, 2007. – С. 65-67.

УДК 617.55-005.1-072.1-089.85-053.2

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.Г. Запорожченко¹, Л.Н. Бондарюк¹, С.В. Коваль¹, А.М. Барсук¹,
И.П. Журило³, В.Г. Хомяков², С.В. Инюшин²

¹Днепропетровская государственная медицинская академия,

²Днепропетровская областная детская клиническая больница,

³Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Синдром абдоминального кровотечения является признаком большой группы заболеваний, имеющих различные причины, интенсивность, объем кровопотери и представляет опасность для жизни больного. В ОДКБ г. Днепропетровска в течении последних 5 лет внедрены в практику и совершенствуются различные методики экстренной лапароскопии при синдроме абдоминального кровотечения, выполнено 74 лапароскопических вмешательства. Внедрение лапароскопических методик в комплексе диагностических мероприятий при кровотечениях из органов брюшной полости позволяет достоверно установить их источник, характер патологии и провести дифференциальную диагностику в течение короткого времени. Сочетание высокой диагностической и дифференциально-диагностической информативности, эффективности гемостаза с минимальной инвазивностью определяют лапароскопические вмешательства, как метод выбора в диагностике и лечении данной патологии у детей.

Ключевые слова: абдоминальное кровотечение, диагностика, лечение, лапароскопия.

Синдром абдоминального кровотечения является признаком большой группы заболеваний, имеющих различные причины, интенсивность, объем кровопотери и представляет опасность для жизни больного. Дифференциальная диагностика кровотечений из органов брюшной полости и выявление источника у детей часто вызывает значительные трудности.

В последние годы в клинической практике детского хирурга нашли широкое применение новые диагностические методы исследования: ультразвуковые, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие. Однако и они не всегда имеют достаточную информативность в верификации хирургической патологии органов брюшной полости, сопровождающейся кровотечением, а их диагностическая погрешность остается достаточно высокой. Это приводит к несвоевременным или необоснованным лапаротомиям, что усиливает хирургическую агрессию и утяжеляет операционную травму больному.

Внедрение лапароскопических методик в комплексе диагностических мероприятий при

кровотечениях из органов брюшной полости позволяет достоверно установить их источник, характер патологии и провести дифференциальную диагностику в течение короткого времени.

Материал и методы

В областной детской клинической больнице г. Днепропетровска в течении последних 5 лет внедрены в практику и совершенствуются различные методики экстренной лапароскопии. При различных кровотечениях из органов брюшной полости и подозрении на их наличие выполнено 74 лапароскопических вмешательства. Условно все больные были разделены на три группы:

Кровотечения в брюшную полость при травматических разрывах внутренних органов – 26 лапароскопий.

Кровотечения в брюшную полость при гинекологической патологии – 31 лапароскопия.

Кровотечения в просвет кишечника при патологии ЖКТ – 17 лапароскопий.

Результаты и обсуждение

При закрытой травме живота проведено 26 диагностических и лечебных лапароскопий детям в возрасте от 4 до 16 лет. Диагностическая лапароскопия у 18 детей из этой группы при отсутствии продолжающегося кровотечения позволила в дальнейшем эффективно проводить консервативное лечение. В 8 случаях повреждения требовали выполнения гемостаза. Из них причиной являлись:

разрыв селезенки – 4 случая;

разрыв печени – 2 случая;

надрыв селезеночно-ободочной связки – 2 случая.

При лапароскопическом гемостазе максимальный лечебный эффект получен в 6 случаях, из них 3 – разрыв селезенки и 1 – разрыв печени, когда выполнена органосохраняющая лапароскопия с гемостазом препаратами Тахокомб® и/или Серджисел® и в 2 случаях кровотечение остановлено путем биполярной коагуляции селезеночно-ободочной связки.

В двух случаях возникла необходимость конверсии на открытую лапаротомию в связи с невозможностью эффективного лапароскопического гемостаза по тяжести поражения: 1 – разрыв печени; 1 – разрыв селезенки. При травме печени выполнена лапаротомия и гемостаз в месте разрыва по заднедиафрагмальной поверхности путем тампонады преператом Тахокомб®, а в последнем случае произведена открытая спленэктомия по причине повреждения сосудистой ножки и размождения селезенки.

Группу с гинекологическими заболеваниями, сопровождающимися внутрибрюшным кровотечением составила 31 девочка в возрасте от 11 до 18 лет. Внутрибрюшное кровотечение было обусловлено апоплексией яичника в 25 случаях и внутрибрюшной регургитацией крови с развитием симптомов перитонизма при менструации в 6 случаях. Во время диагностической лапароскопии в полости малого таза обнаруживали наличие темной крови объемом от 50 до 2000 мл. При ревизии органов малого таза визуализировался яичник с кратерообразным углублением и признаками кровотечения. Гемостаз выполнялся лапароскопически, путем биполярной коагуляции кровоточащего дефекта яичника. В случаях отсутствия повреждения ткани яичников и других источников кровотечения, кровь расценивалась, как излившаяся из полости матки при трубном рефлюксе, что подтверждалось анамнестическими данными. Конверсий на открытую лапаротомию не было.

Следующим после гемостаза важным этапом лечебной лапароскопии при наличии гемоперитонеума является санация брюшной полости. В ряде случаев, по усмотрению хирурга, проводилось дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась комплексная гемостатическая, антибактериальная, противовоспалительная и симптоматическая терапия. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Летальных исходов не было.

В группу детей с кровотечением в просвет кишечника, которым выполнены лапароскопические вмешательства, вошли 17 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 15 лет с кровотечением из дивертикула Меккеля. Показаниями к проведению диагностической лапароскопии служили выявление следов крови в стуле или в прямой кишке при ректальном исследовании и отсутствии другой патологии желудочно-кишечного тракта по данным ультразвукового исследования, фиброэзофагогастродуоденоскопии, фиброколоноскопии.

Диагностическая лапароскопия включала в себя ревизию органов брюшной полости с детальным исследованием тонкой кишки. Лапароскопически выявленный дивертикул Меккеля с признаками кровотечения располагался на расстоянии от 20 до 90 см от илеоцекального угла, чаще дистальнее в просвете кишки определялась темная кровь.

Лапароскопическая дивертикулэктомия проведена в 7 случаях лигатурным методом путем перевязки основания или с использованием петли Редера. Лапароскопически ассистированная резекция дивертикула Меккеля выполнена в 9 случаях, когда имело место широкое его основание. Участок кишки с дивертикулом Меккеля выводился через расширенную до 3 см умбиликальную троакарную рану и выполнялась экстракорпоральная резекция. При этом в 2 случаях была выполнена резекция участка кишки с дивертикулом с последующим кишечным анастомозом “конец-в-конец”. Конверсия сразу после диагностической лапароскопии на открытую лапаротомию произведена в 1 случае из-за отсутствия должных технических навыков на начальных этапах освоения лапароскопии. Послеоперационный период протекал гладко во всех случаях. Летальных исходов не было.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, опыт лапароскопических вмешательств при кровотечениях органов брюшной полости различной этиологии показал их неоспоримые преимущества перед традиционными методами диагностики и лечения. Сочетание высокой диагностической и дифференциально-диагностической информативности, эффективности гемостаза с минимальной инвазивностью определяют лапароскопические вмешательства, как метод выбора в диагностике и лечении данной патологии у детей.

ЛАПАРОСКОПИЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ АБДОМІНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ У ДІТЕЙ

*А.Г. Запорожченко, Л.Н. Бондарюк, С.В. Коваль,
А.М. Барсук, І.П. Журило, В.Г. Хом'яков,
С.В. Інюшин*

Реферат. Синдром абдомінальної кровотечі є ознакою великої групи захворювань, що мають різні причини, інтенсивність, обсяг крововтрати та становить небезпеку для життя хворого. В ОДКБ м. Дніпропетровську на протязі останніх 5 років впроваджені в практику і удосконалюються різні методики екстреної лапароскопії при синдромі абдомінальної кровотечі, виконано 74 лапароскопічних втручання. Впровадження лапароскопічних методик у комплексі діагностичних заходів при кровотечах з органів черевної порожнини дозволяє вірогідно встано-

вити їхнє джерело, характер патології і провести диференціальну діагностику за короткий час. Сполучення високої діагностичної та диференційно-діагностичної інформативності, ефективності гемостазу з мінімальною інвазивністю визначають лапароскопічні втручання, як метод вибору в діагностиці і лікуванні даної патології у дітей.

Ключові слова: абдомінальна кровотеча, діагностика, лікування, лапароскопія.

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ABDOMINAL BLEEDING SYNDROM IN CHILDREN

*A.G. Zaporozhchenko, L.N. Bondaruk, S.V. Koval,
A.M. Barsuk, I.P. Zhurylo, V.G. Homyakov,
S.V. Inyushin*

Abstract. The syndrome of the abdominal bleeding is the sign of a large group of diseases that have different reasons, intensity, volume of blood loss and presents a danger for the patient's life. In Dnepropetrovsk Regional Children's Hospital different methods of urgent laparoscopic operations have been improved and put into practice in case of abdominal bleeding syndrome; 74 laparoscopic interferences have been executed for the last 5 years. The introduction of laparoscopic methods in the complex of diagnostic measures at bleeding from the organs of abdominal region allows to establish for certain their source, the

character of pathology, and to conduct differential diagnostics in a short period of time. The combination of the diagnostics and differentially-diagnostic informational stability, the effectiveness of homeostasis with minimum of invasiveness determine laparoscopic interferences as the method of choice in diagnostics and treatment of the given pathology in children.

Key words: abdominal bleeding, diagnostic, treatment, laparoscopy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berci G., Brooks P.G., Paz-Partlow M. TV laparoscopy. A new dimension in visualization and documentation of pelvic pathology // *J Reprod Med.* – 1986. – № 31. – P. 585-588.
2. Zantut L.F., Ivatury R.R., Smith R.S., et al Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: a multicenter experience // *J Trauma.* – 1997. – № 42. – P. 825-831.
3. Брянцев А.В. и др. Лапароскопия в диагностике острой гинекологической патологии у девочек в хирургической клинике // *Материалы симпозиума «Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии».* – М., 1994. – С. 16-17.
4. Загудаев С.А., Донской Д.В., Тимошенко В.А. Место лапароскопии в диагностике и лечении закрытой травмы печени и селезенки у детей // *Материалы симпозиума «Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии».* – М., 1994. – С. 27-28.

УДК 616.36:616-006.311.03-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Б.С. Запорожченко, И.В. Шаранов

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Установлено, что в условиях применения криодеструктивного метода удаления гемангиом печени (25 пациентов) в послеоперационном периоде отмечается существенное снижение частоты развития таких осложнений как кровотечения, рецидив заболевания, а также формирование портальной гипертензии и признаков цирроза в сравнении с группой больных, которым выполняли резекции печени (21 пациент). Кроме того, при криодеструкции отмечалось сокращение сроков пребывания на койке (на 37,7%), и сроков нормализации уровня билирубина в крови (на 40,7%).

Ключевые слова: гемангиома печени, криодеструкция, гепарэктомия.

Доброкачественные опухолевые поражения печени – гемангиомы, встречаются в 2,2-3,0% всех доброкачественных новообразований печени, а согласно данным аутопсий их частота составляет до 7,3% [1, 5].

Гемангиомы опасны развитием осложнений, среди которых спонтанный разрыв и внутрибрюшное кровотечение является наиболее тяжелым [2, 4]. Сама процедура удаления гемангиом также связана с развитием различных осложнений, в купировании которых важными являются особенности применяемой хирургической технологии [6]. Поэтому весьма актуальной проблемой является разработка методов диагностики и оперативного лечения гемангиом печени, минимизирующих риск формирования послеоперационных осложнений. Одним из возможных подходов в лечении опухолевых поражений печени является применение криодеструктивного воздействия [3]. Однако до последнего времени сведения о его возможностях при гемангиомах печени являются недостаточными [3, 5].

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности криодеструктивного метода удаления гемангиом на основе изучения характера и выраженности послеоперационных осложнений.

Материал и методы

Работа основана на анализе историй болезни 25 пациентов с традиционным хирургическим лечением гемангиом печени и 21 пациента, которым проводилась криодеструкция. Мужчин – 13 (28,3 %), женщин – 33 (71,7 %); возраст больных составил от 26 лет до 69 лет.

При постановке диагноза применяли ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости.

Показаниями к хирургическому лечению были развитие осложнений и быстрый рост гемангиомы с формированием нарастающего по выраженности болевого синдрома и нарушений лабораторных показателей функционального состояния печени.

Для криохирургического лечения применяется установка «Криоэлектроника-4» (t° – 180 $^{\circ}$ C, давление – 2,5 атм.). Время криогенного воздействия колебалось от 3 до 25 мин.

Результаты и обсуждение

На дооперационном этапе у пациентов выявлялись осложнения, такие как кровотечения и кровоизлияния в окружающие ткани, гемобилия, нарушения со стороны свертывающей системы крови, которые проявлялись в тромбоцитопении, развитии петехиальных кровоизлияний в кожу пациентов

Нами накоплен клинический опыт применения разнообразных оперативных вмешательств при гемангиомах печени (табл. 1, табл. 2).

В подгруппе пациентов с криодеструкцией преобладали гемангиомы размерами около 3,0 см (60,0%), в то время как в подгруппе пациентов с традиционным лечением такой размер опухоли регистрировался у 52,4%. Также большим числом в подгруппе с криодеструкциями были размеры гемангиом 3- 5 см (соответственно 28,0% и 19,0%). Опухоли размерами более 10 см оперировали в подавляющем большинстве случаев традиционным путем – вмешательства были выполнены у 4 пациентов, в том числе у одного с гигантской гемангиомой (19,0%), в то время как в подгруппе с криодеструкцией – у одного больного после предварительной эмболизации питающей артерии и выключения части ткани гемангиомы (4,0%) (рис. 1).

В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших операции по поводу удаления гемангиом печени выявлено развитие осложнений, как в раннем, так и в отдаленном (6 месяцев с момента вмешательства) периодах. В подгруппе больных, которым проводили

Таблиця 1.

Осложнения гемангиом печени

Вид осложнения	Криодеструкция (n=25)	Традиционное лечение (n=21)
Внутрибрюшное кровотечение	–	1
Кровоизлияния в паренхиму печени	–	2
Кровоизлияние в окружающие органы	1	2
Гемобилия	1	3
Абсцедирование гемангиомы (тромбоз и абсцедирование)	2	3
Нарушения свертывания крови (синдром Касабаха-Меррита)	3	4
Гепатомегалия, формирование цирроза печени	1	2
Желтуха и портальная гипертензия	2	5
Кишечная непроходимость	–	1

Таблиця 2.

Виды оперативных вмешательств у пациентов с гемангиомами печени

Объем хирургической помощи	Криодеструкции (n=25)	Традиционное лечение (n=21)
Резекция печени:		
перитуморальная гепарэктомия	18	11
лобулярная	7	5
долевая/ гемигепарэктомия	–	4
Криодеструкция	20	–
Криодеструкция и перевязка ветвей печеночной артерии и воротной вены	5	–
Селективная эмболизация сосудов, питающих опухоль (предоперационная подготовка)	1	2
Изолированная перевязка ветвей печеночной артерии и воротной вены	–	2
Применении полидоканола (ПК) "Этоксисклерол" и фибринового клея "Тиссель" (ТС)	3	2
Прошивание ткани опухоли матрационным швом (кавернозные опухоли)	–	1
Склеротерапия	–	2

криодеструкции, осложнения отмечались у 5 пациентов (20,0%). При этом в раннем периоде у двух больных отмечено внутриполостное кровотечение, абсцедирование, а в отдаленном периоде еще у двух возник рецидив гемангиомы, на фоне признаков формирования цирроза печени с портальной гипертензией и желтухой.

В подгруппе пациентов с традиционными операциями по поводу гемангиом осложнения были у 9 (42,8%). При этом наиболее часто отмечалось развитие кровотечений и гемобилия.

Частота таких осложнений как кровотечения, рецидив заболевания, а также формирование портальной гипертензии и признаков цирроза у больных с традиционным лечением встречались достоверно чаще, чем у пациентов с криодеструкцией гемангиом ($P < 0,05$) (рис. 2).

Таким образом, проведенные исследования показали, что хирургическое лечение с применением криовоздействия обеспечивает эффективное удаление гемангиом печени. При этом у пациентов регистрируется меньшее число осложнений в послеоперационном

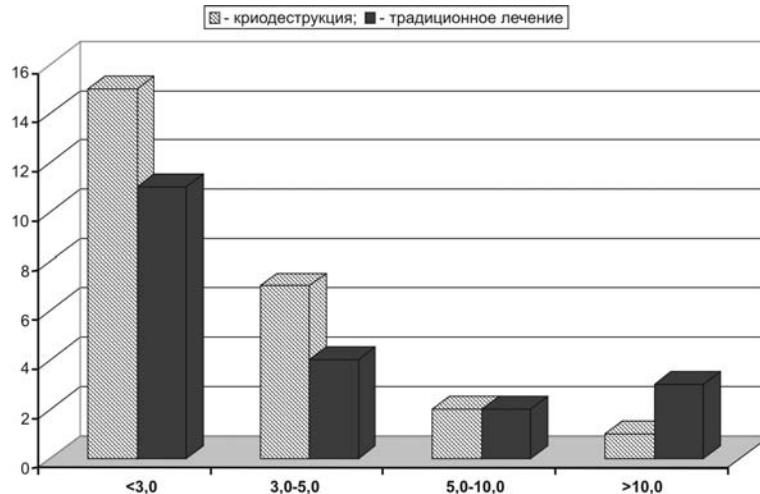


Рис. 1. Распределение в подгруппах пациентов гемангиом различного размера (по оси ординат – абсолютное число пациентов; по оси абсцисс – размер гемангиом (в см)).

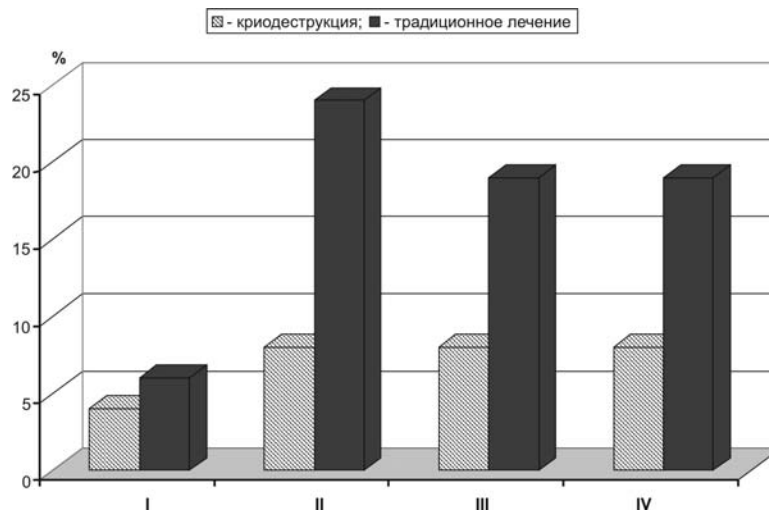


Рис. 2. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу гемангиомы печени (по оси ординат: число осложнений в % по отношению к общему числу пациентов в группе; по оси абсцисс: I – абсцедирование; II – кровотечение; III – рецидив заболевания; IV – желтуха, портальная гипертензия, цирротические изменения печени).

периоде, улучшается течение периода послеоперационной реабилитации, о чем свидетельствуют как показатели субъективного состояния (болевой синдром), так и данные клиничко-лабораторных обследований.

Ведение пациентов с гемангиомами требует периодичности обследований с помощью КТ и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Желательно проведение оперативного вмешательства в том случае, когда в течение двух месяцев размер ткани опухоли увеличивается на 50% при опухолях исходного размера 3-5 см и на 30% при опухолях диаметром более 7 см. Однако, среди показаний к операции могут быть текущие клинические проявления – резкий болевой синдром, об-

условленный тромбозом сосудов, появлении гемобилии. Перед проведением оперативного вмешательства весьма важным является контроль свертывающей системы крови, которая зачастую является недостаточной в связи с глубокими функциональными нарушениями со стороны печеночной паренхимы.

Выводы

1. Криохирургическое лечение доброкачественных опухолей печени (гемангиом) снижает вероятность развития осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, повышает эффективность реабилитационного послеоперационного периода.

2. Наиболее высокая эффективность криохирургического лечения отмечается в случае

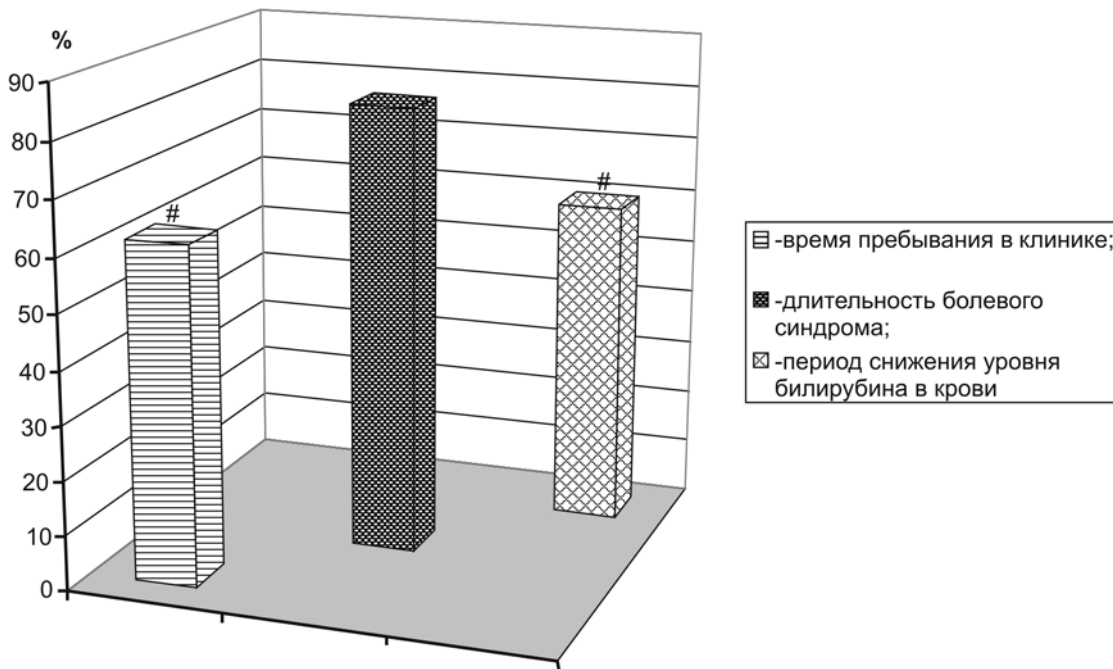


Рис. 3. Сравнительная клиническая эффективность криодеструкции гемангиом печени (по оси ординат – исследуемый показатель в % по отношению к таковому, отмеченному в группе пациентов с традиционным хирургическим лечением гемангиом, принятая за 100%, # – $P < 0,05$ в сравнении с показателем в подгруппе с традиционным хирургическим лечением гемангиом)

размера гемангиомы до 3-5 см, что может исходно рассматриваться в качестве показания к проведению данного метода лечения.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КРІОДЕСТРУКЦІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ

Б.С. Запороженко, І.В. Шаранов

Реферат. Встановлено, що в умовах застосування криодеструктивного методу видалення гемангиом печінки (25 хворих) в післяопераційному періоді визначається істотне зниження частоти розвитку таких ускладнень, як кровотечі, рецидив захворювання, а також формування портальної гіпертензії та ознак цирозу в порівнянні з групою хворих, яким виконували резекції печінки (21 хворий). Крім того, при криодеструкції спостерігалось зменшення термінів перебування в клініці (на 37,7%), та термінів нормалізації рівня білірубіну в крові (на 40,7%).

Ключові слова: гемангіома печінки, криодеструкція, гепаректомія.

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF CRYODESTRUCTION IN THE TREATMENT OF HEPAR HEMANGIOMOMAS

B.S. Zaporozhenko, I.V. Sharapov

Abstract. It was established that under the conditions of the usage of cryodestructive method of hepatic hemangiomas resection (25 patients) the significant reduction of the frequency of such complications as

bleeding, recurrence of the disease as well as the formation of portal hypertension and cirrhotic signs in comparison with the patients who underwent liver resection. Besides, it was noted that application of cryodestructive method shortens the duration of staying in the hospital (by 37,7%) and the terms of normalization of bilirubin level in blood (by 40,7%).

Key words: hepatic hemangioma, cryodestruction, hepatectomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Г. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени (Обзор литературы) // Хирургия. – 1990. – № 6. – С. 135-140.
2. Вишневский В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Алимпиев С.В., Гусейнов Э.К. Современный подход к лечению больных с опухолями печени // Российский гастроэнтерологический журнал. – 1997. – № 2. – С. 35-43.
3. Запороженко Б.С., Мищенко В.В., Зубков О.Б., Назаров Н.В., Качанов В.Н., Велюра О.В. Криодеструкция в комплексном лечении очаговых образований печени // Хирургия Украины. – 2004. – № 4. – С. 13-17
4. Чикотеев С.П., Агрызков А.Л. Показания к операции и выбор хирургической техники при гемангиомах печени // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – № 1. – С. 262-263.
5. Weimann A., Burckhardt R., Klempnauer J., Lamesch P., Gratz K.E., Procop M., Muschek H., Tusch G., Pichlmayr R. Benign Liver Tumors: Differential Diagnosis and Indications for Surgery // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 983-991.
6. Gagner M., Rogula T., Selzer D. Laparoscopic liver resection: benefits and controversies // Surg. Clin. N. Am. – 2004. – Vol. 84. – P. 451-462.

УДК 616.65-006.6

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ В ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ У ХВОРИХ З ОБ'ЄМОМ ПРОСТАТИ БІЛЬШЕ 80 СМ³ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ФІНАСТЕРИДУ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Ю.П. Серняк, Абід Карем, О.С. Фуксзон, Ю.В. Роцин,
М.В. Криштона, О.І. Літвінов

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Реферат. Робота базується на даних обстеження та вивчення наслідків лікування 56 чоловіків, хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, з об'ємом простати більше 80 см³. Операцію трансуретральної резекції у пацієнтів було виконано після попередньої передопераційної підготовки, яка полягала в прийомі фінастериду протягом 4-6 місяців. Допплерографічні та морфологічні дослідження продемонстрували значну редукцію кровотоку в передміхуровій залозі наприкінці курсу передопераційного лікування. Автори роблять висновок, що проведення передопераційного курсу склерозуючої терапії з використанням фінастериду дозволить значно поліпшити якість операції трансуретральної резекції простати при її доброякісній гіперплазії у пацієнтів з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³ за рахунок зниження інтраопераційної крововтрати і кількості геморагічних ускладнень.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, трансуретральна резекція, фінастерид, доплерографія простати.

На сьогодні єдиним радикальним методом лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) залишається оперативний. Останні десятиліття ознаменувалися широким впровадженням трансуретральної резекції в лікуванні ДГПЗ. Наразі трансуретральна резекція залишається найбільш часто використовуваним, високоефективним методом лікування хворих з доброякісною гіперплазією передміхурової залози. У сучасному розумінні трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРП) – це повне видалення гіперплазованих тканин, і по суті є трансуретральною аденомектомією [1].

Незважаючи на постійне вдосконалювання ендоскопічної апаратури й накопичення досвіду виконання ТУРП при ДГПЗ, частота різних ускладнень, що виникають під час операції і в післяопераційному періоді, становить 12,5-23,02% [4, 5].

Слід зазначити, що хірург, який володіє досвідом і досконалою технікою цього оперативного втручання, може успішно резекціювати аденоматозну пухлину будь-яких, навіть дуже великих розмірів, але при цьому час операції й ступінь крововтрати будуть перевищувати аналогічні параметри за традиційної

відкритої аденомектомії. Підвищується ризик виникнення інтраопераційних, ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень [2, 3].

Незважаючи на прагнення клініцистів і розробку нових методик ТУР, проблема кровотечі в процесі операції в післяопераційному періоді не може вважатися повністю вирішеною. Таким чином, вивчення клінічних проявів і патогенезу інтра- і ранніх післяопераційних ускладнень ТУР передміхурової залози, виявлення факторів ризику їх виникнення, а також розробка методів попередження цих ускладнень є актуальною проблемою сучасної ендоскопічної урології.

Матеріал та методи

Робота базується на даних обстеження та вивчення наслідків лікування 56 чоловіків, хворих на ДГПЗ, з об'ємом простати більше 80 см³, яким виконана трансуретральна резекція передміхурової залози. Операцію ТУРП при ДГПЗ у пацієнтів було виконано після попередньої передопераційної підготовки, яка полягала в прийомі фінастериду протягом 4-6 місяців. Препарат призначали з метою зниження кількості геморагічних ускладнень, зменшення об'єму крововтрати при ТУРП ДГПЗ, зменшення тривалості самого оперативного втручання за рахунок скорочення часу на інтраопераційний гемостаз. Фінастерид є широко відомим препаратом для консервативного лікування ДГПЗ. Даний препарат, будучи інгібітором альфа-редуктази, здатний знижувати на 70% рівень сироваткового й на 85-90% – простатичного дигідротестостерону. Його клінічні ефекти пов'язані з ушкодженням тканинних складових простати, пригніченням клітинної проліферації епітелію й стромі передміхурової залози, заміщенням їх фібробластами. Фінастерид також викликає зниження експресії фактора росту ендотелію, що призводить до зниження щільності судин у перехідній зоні передміхурової залози.

З урахуванням вищеперелічених властивостей фінастериду після первинного обстеження й установлення діагнозу цей препарат був призначений пацієнтам третьої групи в дозі

5 мг 1 раз на добу протягом 4-6 місяців перед операцією ТУРП. 18 (32,1%) пацієнтів одержували препарат у вигляді монотерпії, інші 38 (67,9%) – у комбінації з одним із препаратів групи альфа-блокаторів (доксазозином, тамсулозином або теразозином).

Побічні ефекти від застосування фінастериду зафіксовано в 9 (16,1%) хворих. Вони були пов'язані зі зниженням рівня дигідротестостерону: гінекомастія, припливи, зниження лібідо й ерекції, розлади еякуляції. У жодному з випадків ці ускладнення не мали важкого характеру, не призвели до скасування терапії і зникли після припинення прийому фінастериду.

Основним критерієм припинення прийому препарату й виконання оперативного втручання були дані контрольного доплерографічного дослідження, що свідчили про редукцію кровотоку в передміхуровій залозі. При цьому вивчені значення кровотоку не перевищували відповідних значень контрольної групи, що включала 26 чоловіків без симптоматики інфравезикальної обструкції.

У пацієнтів контрольної групи при трансректальній ультразвуковій доплерографії візуалізували:

- 1) переднє й передньолатеральне судинне сплетення;
- 2) задньолатеральні судинні сплетення;
- 3) періуретральні судинні сплетення;
- 4) міжзалозисті внутрішньопростатичні гілки;
- 5) гемороїдальні судинні сплетення.

В усіх цих структурах виявляли як артеріальні, так і венозні гілки. Нормальний судинний рисунок передміхурової залози характеризувався симетричністю, відсутністю осередкових або дифузійних судинних змін, збереженням нормального ходу й діаметра окремих судин.

Результати та обговорення

Васкуляризація передміхурової залози здорових чоловіків характеризувалася переважним розташуванням судин у центральній зоні і в задньолатеральних відділах периферичної зони простати. У здорових чоловіків пікова систолічна швидкість кровотоку в артеріях коливалася від 9,49 см/с до 14,07 см/с і в середньому склала $12,38 \pm 0,91$ см/с, лінійна швидкість кровотоку у венах – від 4,42 см/с до 5,83 см/с, склавши в середньому $4,98 \pm 0,35$ см/с. Індекс резистентності артерій у нормі коливався від 0,57 до 0,68 і дорівнював у середньому $0,64 \pm 0,07$ ум. од., щільність судинного сплетення в здорових чоловіків коливалася від 1,89 судини/см до 2,32 судини/см, складаючи

в середньому $2,15 \pm 0,26$ судини/см, а об'ємний кровотік коливався від 0,027 л/хв до 0,033 л/хв і в середньому склав $0,031 \pm 0,005$ л/хв.

Судинний рисунок передміхурової залози характеризувався симетричністю, відсутністю осередкових або дифузійних змін (посилення або збіднення його), збереженням нормального ходу й діаметра окремих судин. У нормальній передміхуровій залозі значущих відмінностей між показниками кровотоку різних зон органа не виявлено.

При ДГПЗ відбувалися зміни в судинній будові простати, перерозподіл кровотоку між зонами. Мало місце збільшення кількості й калібру видимих судин у парауретральних зонах, у напрямку хірургічної капсули, у гіперплазованій тканині. Нормальний судинний рисунок змінювався: судини набували більш вигнутого вигляду, пролягаючи в основному по периферії вузлів гіперплазії.

Так, пікова систолічна швидкість кровотоку в артеріях була підвищена до $19,24 \pm 0,49$ см/с у хворих з ДГПЗ ($p < 0,01$), тоді як цей показник у здорових чоловіків дорівнював $12,38 \pm 0,91$ см/с. Лінійна швидкість кровотоку у венах теж зазнала підвищення до $7,63 \pm 0,12$ см/с у хворих з ДГПЗ ($p < 0,01$), а у здорових чоловіків склала $4,98 \pm 0,35$ см/с. Середня лінійна швидкість кровотоку в судинах передміхурової залози у хворих до лікування становила $12,41 \pm 0,26$ см/с ($p < 0,05$), а у здорових чоловіків – $8,07 \pm 0,57$ см/с. Індекс резистентності в пацієнтів був вірогідно нижче ($p < 0,05$), ніж у здорових чоловіків і відповідно склав $0,43 \pm 0,04$ ум. од., і $0,64 \pm 0,07$ ум. од.; пульсаційний індекс у хворих на ДГПЗ дорівнював $0,91 \pm 0,09$ ум. од., тобто також нижче ($p < 0,05$), ніж у здорових обстежених $1,02 \pm 0,05$ ум. од.

Діастолічна швидкість кровотоку у хворих з ДГПЗ була підвищена до $6,04 \pm 0,51$ см/с ($p < 0,01$) у порівнянні зі здоровими чоловіками. Щільність судинного сплетення у становила $2,29 \pm 0,16$ судини/см², тобто вірогідно не відрізнялася ($p > 0,05$) від такого показника в контрольній групі, що становив $2,15 \pm 0,26$ судини/см². У той же час, об'ємний кровотік у передміхуровій залозі хворих на ДГПЗ був підвищений до $0,058 \pm 0,003$ л/хв ($p < 0,001$) у порівнянні зі здоровими чоловіками, у яких цей показник склав $0,031 \pm 0,005$ л/хв.

Таким чином, аналіз кількісних показників кровотоку в передміхуровій залозі продемонстрував істотно більше кровонаповнення органа в пацієнтів з ДГПЗ. Все це свідчило про наявність виражених порушень кровообігу в передміхуровій залозі хворих на ДГПЗ. Від артерій здорових чоловіків артерії пацієнтів,

що страждають на ДГПЗ, відрізнялися більш низькою резистентністю. Об'ємний кровотік у передміхуровій залозі хворих на ДГПЗ був збільшений приблизно вдвічі в порівнянні зі здоровими. У хворих з ДГПЗ швидкість кровотоку в артеріях передміхурової залози була вище в 1,5-1,3 раза, а у венах – в 1,6-1,4 раза в порівнянні з чоловіками контрольної групи.

Наведені дослідження свідчать про те, що найбільш імовірною причиною інтраопераційних і післяопераційних ускладнень операції ТУРП ДГПЗ у пацієнтів, об'єм простати яких більше 80 см³, пов'язаний з підвищенням кровонаповнення органа.

Усіх пацієнтів було повторно обстежено перед виконанням оперативного втручання. При цьому відмічено, що об'єм передміхурової залози, виміряний при ТРУЗД у пацієнтів, зменшився з 118,43±2,67 до 96,05±2,08 см³ (p<0,001).

Для уточнення динаміки кровотоку в передміхуровій залозі на фоні прийому фінастериду в усіх хворих повторно виконано доплерівське дослідження простати. Дослідження виконували через 1,5-2 місяця від початку прийому фінастериду й через 4-6 місяців, тобто перед операцією. Вірогідність відмінностей отриманих даних оцінювали, користуючись критерієм Стьюдента. Отримані дані наведено у таблиці.

Як видно з таблиці, через 1,5-2 місяця від початку прийому фінастериду показники ультрасонографічного й доплерографічного

дослідження зазнавали несуттєвих змін. Так, вихідні розміри передміхурової залози в середньому становили 118,43±2,67 см³, через 1,5-2 міс вони досягали 112,98±3,76 (p>0,05), відмінності відсутні.

Показники доплерографічного дослідження у хворих, вивчені через 1,5-2 місяця після прийому фінастериду, свідчили про те, що кровотік у передміхуровій залозі в них також зазнавав незначних змін. Так, пікова систолічна швидкість кровотоку в артеріях через 1,5-2 місяця лікування знизилася з 19,24±0,49 см/с до 18,65±1,26 см/с (відмінності недостовірні, p>0,05), лінійна швидкість кровотоку у венах – з 7,63±0,12 см/с до 7,38±0,96 см/с (відмінності недостовірні, p>0,05).

Вихідні значення середньої лінійної швидкості кровотоку становили 12,41±0,26 см/с, а через 1,5-2 міс склали 11,89±0,41 (p>0,05), індекс резистентності артерій передміхурової залози не зменшився й становив до лікування 0,43±0,04 ум. од., а через 1,5-2 місяця лікування – 0,41 ±0,04 ум. од. (p>0,05).

Ппульсаційний індекс на початок прийому фінастериду дорівнював у середньому 0,91±0,09 ум. од., а через 1,5-2 місяця лікування він практично не змінився, склавши 0,93±0,07 ум. од. (p>0,05). Діастолічна швидкість кровотоку в ці ж періоди спостереження недостовірно зменшилася з 6,04±0,51 см/с до 5,83±0,43 см/с (p>0,05). Щільність судинного сплетення також майже не змінилася, склавши

Таблиця
Динаміка показників кровотоку в передміхуровій залозі у хворих з ДГПЗ на фоні прийому фінастериду (M±m)

Показники кровотоку	Контроль (здорові особи), n=26	До лікування, n=56	Через 1,5-2 міс., n=56	Через 4-6 міс., n=56
Об'єм передміхурової залози	45,18±2,39	118,43±2,67	112,98±3,76	96,05±2,08
Пікова систолічна швидкість кровотоку в артеріях (см/с)	12,38±0,91	19,24±0,49	18,65±1,26	10,84±0,39
Лінійна швидкість кровотоку у венах (см/с)	4,98±0,35	7,63±0,12	7,38±0,96	4,92±0,41
Середня лінійна швидкість кровотоку (см/с)	8,07±0,57	12,41±0,26	11,89±0,41	7,04±0,38
Індекс резистентності артерій (ум. од.)	0,64±0,07	0,43±0,04	0,41±0,04	0,79±0,09
Ппульсаційний індекс (ум. од.)	1,02±0,05	0,91±0,09	0,93±0,07	1,10±0,06
Діастолічна швидкість кровотоку (см/с)	4,26±0,46	6,04±0,51	5,83±0,43	3,21±0,27
Щільність судинного сплетення (судина/см)	2,15±0,26	2,29±0,16	2,34±0,19	1,37±0,24
Об'ємний кровотік (л/хв.)	0,031±0,005	0,058±0,003	0,053±0,002	0,024±0,004

до лікування $2,29 \pm 0,16$ судини/см, а через 1,5-2 міс лікування – $2,34 \pm 0,19$ судини/см ($p > 0,05$). Об'ємний кровотік у передміхуровій залозі, який становив $0,058 \pm 0,003$ л/хв, також практично не змінився (склавши $0,053 \pm 0,002$ л/хв).

У той же час, доплерографічні показники кровотоку в простаті через 4-6 міс лікування фінастеридом кардинально відрізнялися. Через 4-6 міс. від початку прийому препарату розміри передміхурової залози скоротилися на 15-20%, у середньому до $96,05 \pm 2,08$ см³, тобто вірогідно відрізнялися від таких на початку лікування ($p < 0,05$).

Пікова систолічна швидкість кровотоку в артеріях у даний період спостереження знизилася до $10,84 \pm 0,39$ см/с – була навіть трохи нижче показника контрольної групи ($p < 0,05$). Лінійна швидкість кровотоку у венах також знизилася до $4,92 \pm 0,41$ см/с, вірогідно не відрізняючись від показника в контрольній групі ($p > 0,05$).

Середня лінійна швидкість кровотоку теж зазнала змін у бік зменшення до $7,04 \pm 0,38$ см/с, будучи нижче навіть показника контрольної групи ($p < 0,05$).

Індекс резистентності артерій вірогідно зріс до $0,79 \pm 0,09$ ум. од. ($p < 0,05$ у порівнянні з контрольною групою). Пульсаційний індекс також зріс до значень контрольної групи, склавши $1,10 \pm 0,06$ ум. од. ($p > 0,05$ у порівнянні з контролем). Значно знизилася діастолічна швидкість кровотоку до $3,21 \pm 0,27$ см/с ($p > 0,05$ у порівнянні з контролем).

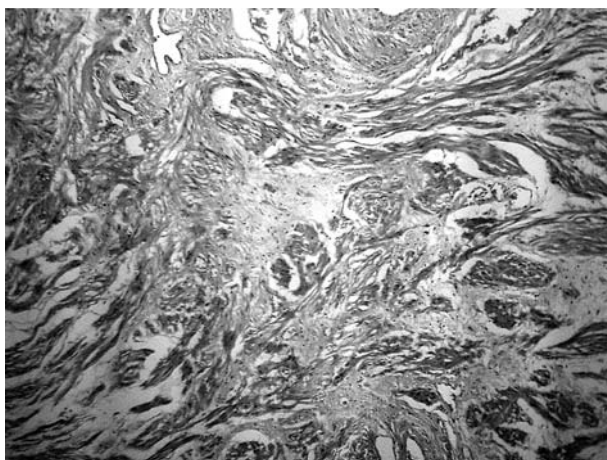
Майже вдвічі у пацієнтів через 4-6 місяців прийому фінастериду зменшилася щільність судинного сплетення, склавши $1,37 \pm 0,24$ судин/см ($p < 0,05$ у порівнянні з контрольною групою). Показник об'ємного кровотоку суди-

нами простати зменшився до $0,024 \pm 0,004$ л/хв, тобто був вірогідно нижче, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$ у порівнянні з контрольною групою).

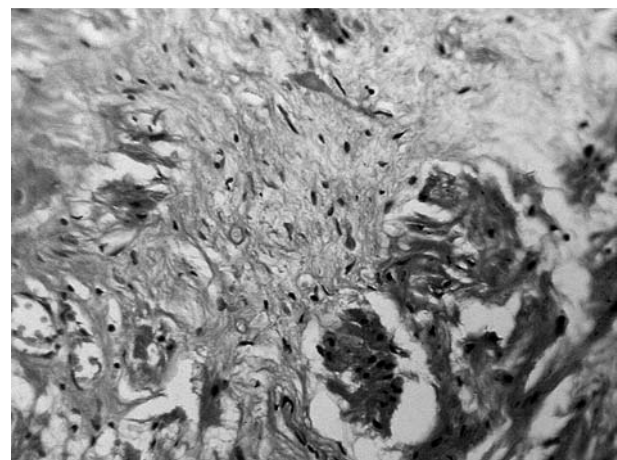
Таким чином, проведене доплерографічне дослідження продемонструвало ефективність прийому фінастериду в стандартному дозуванні 5 мг/добу з метою редукції кровообігу в передміхуровій залозі. Незважаючи на те, що об'єм залозистої тканини зменшувався не більше ніж на 20%, а нормалізація симптоматики нижніх сечових шляхів носила лише частковий характер, на фоні прийому фінастериду в зазначений термін відбувалося зниження показників кровотоку в передміхуровій залозі. Найбільш важливим моментом є зменшення щільності судинного русла в 1,5-2 рази, а також значне зниження об'ємного кровотоку через передміхурову залозу.

При виконанні ТУРП у пацієнтів з ДГПЗ ми використовували техніку Nesbit. Основною відмінною рисою виконання ТУРП у пацієнтів третьої групи було значне зменшення кровоточивості. Внаслідок зрізання залозистої тканини залишалися одиничні артеріальні й венозні стовбури з нерясною кровотечею. Сама залозиста тканина ставала більш однорідною, більш пружною, фрагментація її здійснювалася більш продуктивно.

Підвищенню продуктивності резекції сприяла також прекрасна візуалізація операційного поля практично протягом всього часу операції завдяки відсутності кровотечі. Під час виконання оперативного втручання в таких умовах практично не було потреби працювати в умовах підвищеного тиску зрошувального розчину.

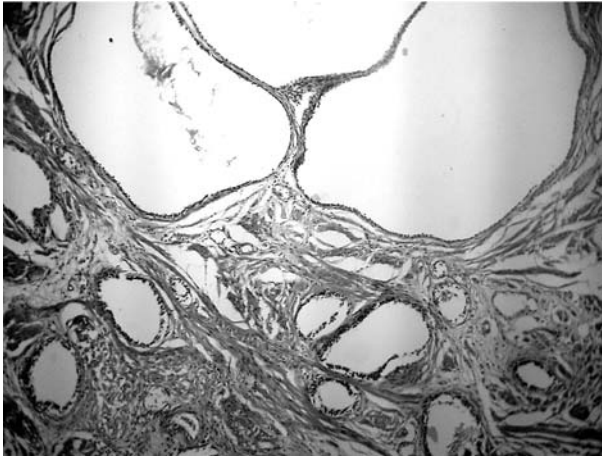


а

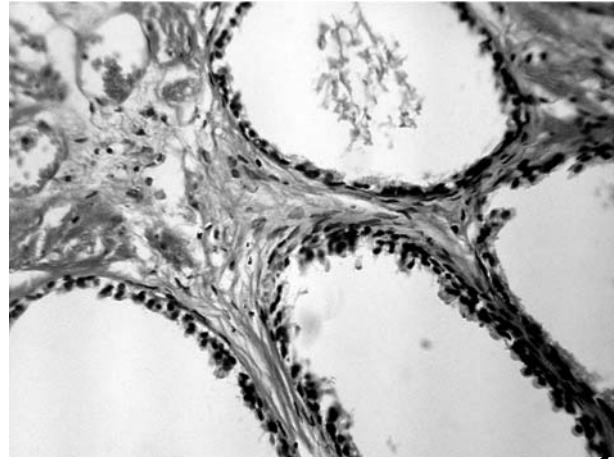


б

Рис. 1. Мікрофотографія. Стромальна гіперплазія простати. Розростання сполучної (фіброзної) тканини серед гладком'язових волокон. Фарбування гематоксилін-еозином, $\times 100$ (а), $\times 400$ (б).



а



б

Рис. 2. Мікрофотографія. а – ділянка переважно аденоматозної гіперплазії, залози округлої форми без проліферації епітелію, частина залоз кістозно розширена; серед залоз між гладком'язовими пучками вогнища фіброзної тканини; фарбування гематоксилін-еозином, $\times 100$. б – епітелій залоз низький кубічний і сплющений, ядра міцями сплющені, цитоплазма клітин убога, ознаки секреторної активності виражені слабо або відсутні; між залозами поряд із гладком'язовими волокнами видніються прошарки фіброзної тканини; фарбування гематоксилін-еозином $\times 400$.

Нами був проведений аналіз морфологічних змін у передміхуровій залозі пацієнтів з ДГПЗ, що одержували фінастерид як передопераційну підготовку. У пацієнтів із ДГПЗ після прийому фінастериду в тканині передміхурової залози спостерігали гістологічну картину змішаної (залозисто-стромальної) нодулярної гіперплазії.

При цьому на ділянках стромальної гіперплазії відзначалася проліферація витягнутих веретеноподібних гладком'язових клітин, що утворювали переплетені між собою пучки різної ширини. Між пучками гладком'язових клітин і навколо судин артеріального типу було виявлено розростання щільної грубоволокнистої неоформленої сполучної тканини у вигляді широких прошарків і великих вогнищ з невеликою кількістю фібробластів (рис. 1.).

Мали місце також поодинокі розширені судини, переважно венозного русла, кількість великих і середніх судин артеріальної ланки, в порівнянні з препаратами без використання фінастериду, була значно менша.

У ділянках переважно аденоматозної гіперплазії простати виявляли залозисті структури різних розмірів, округлої форми, часточкове угруповання залоз практично не визначалося, деякі залози кістозно були розширені. Епітеліальна вистилка залоз була представлена низьким кубічним і сплющеним одношаровим епітелієм, ядра – округлої і дещо сплющеної овальної форми, цитоплазма клітин убога, подекуди зерниста, ознаки секреторної активності були виражені слабо,

або зовсім відсутні, папілярних розростань епітелію не спостерігали. Базальні клітини були значно сплющені, кількість їх зменшена, на окремих ділянках базальні клітини не виявлялися (рис. 2.).

Між залозами нерівномірної ширини виявляли прошарки з гладком'язових веретеноподібних клітин і пучків сполучної тканини, окремі залози були розділені між собою й оточені сполучнотканинними волокнами без включень гладком'язових клітин (рис. 3.).

З а к л ю ч е н н я

З огляду на дані доплерографічного дослідження, що свідчать про виражену редукцію кровообігу в передміхуровій залозі в пацієнтів з ДГПЗ, можна припусти-

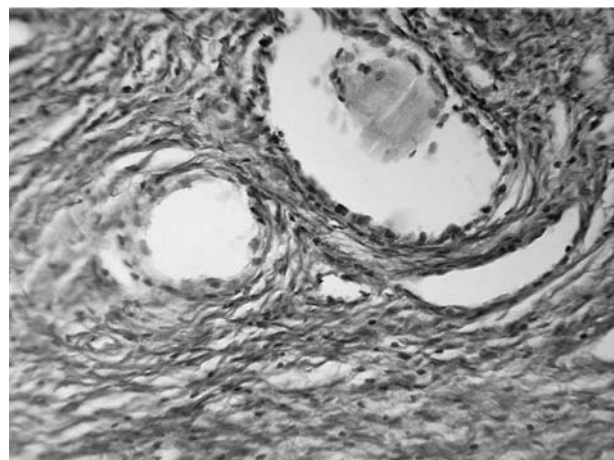


Рис. 3. Мікрофотографія. Між залозами прошарки фіброзної тканини, м'язові волокна практично відсутні. Фарбування за Ван-Гізоном, $\times 400$.

ти, що проведення передопераційного курсу склерозуючої терапії з використанням фінастериду протягом 4-6 місяців дозволить значно поліпшити якість операції ТУРП при ДГПЗ у пацієнтів з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³ насамперед за рахунок зниження інтраопераційної крововтрати, зниження кількості геморагічних ускладнень.

Гістологічне дослідження препаратів після прийому фінастериду продемонструвало ідентичність даних ультрасонографічного дослідження й морфологічних змін у передміхуровій залозі в плані редукції кровотоку в аденоматозно зміненій частині органа.

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ С ОБЪЕМОМ ПРОСТАТЫ БОЛЬШЕ 80 СМ³ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФИНАСТЕРИДА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Ю.П. Серняк, Абид Карем, А.С. Фуксзон, Ю.В. Роцин, М.В. Криштопа, А.И. Литвінов

Реферат. Работа основана на данных обследования и изучения результатов лечения 56 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с объемом простаты больше 80 см³. Операцию трансуретральной резекции у пациентов выполняли после предварительной предоперационной подготовки, заключавшейся в приеме финастерида в течение 4-6 месяцев. Допплерографические и морфологические исследования продемонстрировали значительную редукцию кровотока в предстательной железе после окончания курса предоперационного лечения. Авторы делают взвод о том, что проведение предоперационного курса склерозирующей терапии с использованием финастерида позволит значительно улучшить качество операции трансуретральной резекции простаты при ее доброкачественной гиперплазии у пациентов с обемом предстательной железы больше 80 см³ за счет снижения интраоперационной кровопотери и количества геморрагических осложнений.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, финастерид, доплерография простаты.

PECULIARITIES OF BLOOD FLOW IN PROSTATE GLAND AT PATIENTS WITH PROSTATE VOLUME MORE THAN 80 CM³ WITH THE USE OF FINASTERIDE FOR PREOPERATIVE PREPARATION

Y.P. Sernyak, Abid Kareem, A.S. Fukszon, Y.V. Roshchin, M.V. Krishtopa, A.I. Litvinov

Abstract. The work is based on data examination and study of the results of treatment of 56 men with benign hyperplasia of prostate with prostate volume more than 80 cm³. Transurethral resection of the prostate was carried out after preliminary preoperative preparation, which consisted in taking finasteride during 4-6 months. Dopplerographic and morphological researches showed a significant reduction of blood flow in prostate gland after the termination of the course of treatment. The authors came to the conclusion that preoperative treatment course of sclerotherapy with the use of finasteride can significantly improve the quality of transurethral resection of the prostate among patients with benign hyperplasia of prostate with prostate volume more than 80 cm³ due to the reduction of blood loss and hemor-rhagic complications.

Key words: benign hyperplasia of prostate, transurethral resection, finasteride, dopplerography of prostate.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М.: «Триада-Х», 2007. – 144 с.
2. Трапезникова М.Ф. Новые технологии при лечении доброкачественной гиперплазии простаты / М.Ф. Трапезникова, В.В. Базаев, В.А. Мезенцев // Урол. и нефрол. – 2004. – № 4. – С. 41-47.
3. Шевцов И.П. Операции на предстательной железе / И.П. Шевцов, И.А. Горячев // Оперативная урология. – Л.: Медицина, 1996. – С. 395-435.
4. Absorption of irrigating fluid during transurethral prostatic resection as measured by ethanol, radioisotopes, and regular-interval monitoring / H. Hjertberg, S. Ekberg, R.Hahn [et al.] // Urology. – 2001. – Vol. 38. – P. 417-422.
5. Guess H. Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia.- In: Chisholm G. (ed.) / H.Guess // Handbook of benign prostatic hyperplasia. – New York: Raven Press, 2005. – P. 1-18.

УДК 616.3-002.44+615.242.4]-084-085

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ И КИСЛОТНО-АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

В.И. Черний, Н.Н. Смирнова

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Было проведено клиническое исследование с целью изучения эффективности применения ингибиторов протонной помпы в послеоперационном периоде у нейрохирургического контингента больных с целью профилактики развития стресс-язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Доказана эффективность клинического применения ингибиторов протонной помпы в качестве профилактики стресс-язв желудочно-кишечного тракта. Проведен анализ эффективности различных методов профилактики кислотно-аспирационного синдрома при проведении плановых оперативных вмешательств. Наиболее эффективными медикаментозными препаратами, позволяющими надежно уменьшить объем и кислотность желудочного сока, являются блокаторы протонной помпы.

Ключевые слова: стресс-язвы, кислотно-аспирационный синдром, профилактика, омепразол.

Предупреждению возможных осложнений при проведении анестезиологического пособия и/или интенсивной терапии у больных разной степени тяжести, оперируемых в плановом порядке, врач-анестезиолог должен уделять особое внимание. Так как развитие осложнений у больных в интраоперационном периоде или во время проведения лечения в отделении интенсивной терапии значительно ухудшает прогноз и увеличивает вероятность развития неблагоприятного исхода.

Профилактика и лечение стрессовых язв и желудочно-кишечных кровотечений является одной из важных задач в практике врача отделения интенсивной терапии. На сегодняшний день доказанными являются следующие факторы риска развития стрессовых эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта (стресс-обусловленное повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта) являются шок различной этиологии, ожоги, сепсис, синдром полиорганной дисфункции, дыхательная недостаточность, проведение продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), коагулопатия, гиповолемия, истощение [5].

К группе высокого риска стресс-повреждения слизистой оболочки желудка относят больных с черепно-мозговой травмой,

тетраплегией, язвенной болезнью в анамнезе, принимающих препараты ulcerогенного действия на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды). В комплексе интенсивной терапии у таких пациентов используют антацидные средства и гастропротекторы, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонного насоса [1, 2].

Увеличение частоты острого язвообразования привело к тому, что в последние годы появилось большое число работ, посвященных различным аспектам этой проблемы [6-8], но данные литературы отличаются противоречивостью, а по некоторым вопросам они полностью отсутствуют.

На сегодняшний день широко признан тот факт, что ведущим компонентом в профилактике образования острых эрозивных поражений желудочно-кишечного тракта в остром посттравматическом и послеоперационном периоде являются современные антисекреторные препараты.

До 90-х годов были широко распространены блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов. Однако многие авторы указывали на то, что при использовании препаратов данной группы невозможно достичь надежного контроля над состоянием слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Кроме того, применение блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов в больших дозах вело к снижению детоксикационной функции печени. Данный аспект проблемы особенно актуален для нейрохирургического и нейрореанимационного контингента больных, т.к. ухудшение печеночной функции сопровождается усугублением уже имеющейся энцефалопатии, проявляющейся беспокойством, дезориентацией, делирием. Появление в широкой практике ингибиторов протонной помпы привлекло внимание многих исследователей. При этом выявлена большая эффективность ингибиторов протонной помпы по сравнению с блокаторами H_2 -

гистаминовых рецепторов для профилактики язв в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в раннем послеоперационном и посттравматическом периодах [3, 4]. Впервые появилась парентеральная форма этих препаратов, сначала омепразола, а позже и пантопразола, которые представляют собой высокоэффективные ингибиторы H^+/K^+ -АТФазы. Ингибиторы протонной помпы снижают уровень базальной и стимулированной секреции соляной кислоты в желудке.

Другой важной проблемой в практике врача анестезиолога является профилактика аспирации желудочным содержимым трахеобронхиального дерева и связанным с ним тяжелейшим осложнением – аспирационным пневмонитом.

Необходимость профилактики аспирации прежде всего связывают с проблемой «полного» желудка в ургентной хирургии. В нашей стране профилактика кислотно-аспирационного синдрома (КАС) в плановой хирургии не проводится, так как предоперационная подготовка включает ограничение приема пищи и воды в течение 6-12 часов перед операцией. При соблюдении этого стандарта считается, что желудок будет пустым у пациентов, не имеющих нарушений пассажа по желудочно-кишечному тракту [10, 11].

Тем не менее, в зарубежных протоколах ведения анестезии при плановых операциях обязательным компонентом премедикации являются гипосекреторные препараты (преимущественно блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов). Ряд авторов указывают, что такие ограничения приемы пищи и воды не обеспечивают полностью «пустого» желудка, а также на скорость эвакуации из желудка в предоперационном периоде влияет множество факторов. В частности, замедляют эвакуацию из него чувство страха, тревоги, боль, интоксикация и другие факторы. Как правило, страх, тревогу полностью исключить в предоперационном периоде трудно, даже при соответствующей лечебной премедикации с использованием седативных средств. Среди пациентов, подготовленных к плановой операции, выделяют группу риска, в которой вероятность развития аспирационного синдрома особенно высока. В эту группу включены пациенты с ожирением, пожилого и старческого возраста, больные сахарным диабетом, имеющие диафрагмальную грыжу, заболевания пищевода и другие [10, 11].

Материал и методы

Мы изучили эффективность применения ингибитора протонной помпы омепразола (Омез®) в послеоперационном периоде у нейрохирургических больных. Пациенты с черепно-мозговой травмой, геморрагическим инсультом, опухолью головного мозга были разделены нами на 2 группы. В основной группе (37 пациентов) с целью профилактики стресс-язв желудка и двенадцатиперстной кишки больные получали омепразол. Группа сравнения (14 пациентов) получала стандартную терапию в рамках лечения имевшейся патологии, профилактика стресс-язв пищеварительного канала не проводилась. На момент госпитализации пострадавшие в исследуемых группах не имели достоверных различий по полу, возрасту, тяжести состояния, сопутствующей патологии. В анамнезе ни у одного пациента не было язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Препараты гипоацидного действия не применялись у них до начала лечения.

В основной группе терапию, направленную на профилактику стрессовых язв, больные получали с первых суток. Омепразол (Омез®) вводился внутривенно в дозировке 80 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней. В последующем (14 дней) пациенты получали препарат перорально в суточной дозе 20 мг. Первая доза препарата вводилась в течение часа после поступления в отделение нейрореанимации.

Как отмечалось ранее, основным способом профилактики кислотно-аспирационного синдрома в плановой хирургии в практической анестезиологии, остается ограничение приема пищи и воды.

Нами были проведены исследования эффективности данного метода у больных с хроническим калькулезным холециститом, оперированные в плановом порядке. Во всех случаях операция была выполнена под общей многокомпонентной анестезией (атралгезией) с интубацией трахеи и проведением ИВЛ.

Кислотность желудочного сока и объем содержимого желудка определяли на операционном столе в начале и конце операции. Содержимое желудка эвакуировали через желудочный зонд. Определяли его объем, а также изучали общую кислотность желудочного сока в титрационных единицах (по методу Михаэлиса – нормальная величина общей кислотности натошак до 40 т.е.), рН желудочного сока (рН-метром 150М) [12].

В качестве ориентира, по которому судили об исходном уровне желудочной кислотности у пациентов, был уропепсин. Концентрацию его определяли по унифицированному методу Туголукова [12]. Моча для исследования содержания уропепсина у больных забиралась за сутки до предстоящей операции. Практически у всех пациентов (98%), обследованных нами, до операции было нормацидное состояние.

Результаты и обсуждение

Омепразол (Омез®) нами был выбран в связи с его сильным кислотоснижающим эффектом (суточная продукция хлористоводородной кислоты снижается на 95%). В процессе лечения не требуется повышения его дозы, он обладает антихеликобактерным эффектом, низкой частотой побочных эффектов при курсовом и длительном лечении. Язвозаживляющий эффект при монотерапии приближается к 100%.

В анестезиологии и интенсивной терапии удобна инъекционная форма препарата, которая выпускается во флаконах, содержащих 40 мг омепразола натрия.

После введения ингибитора протонной помпы в течение 15 дней лечения, у пациентов исследуемых групп проводилось изучение состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС). Степень тяжести поражения каждого из отделов желудочно-кишечного тракта была разделена на 5 степеней: 1 – норма, 2 – рефлюкс-эзофагит, 3 – эрозия, гастродуоденопатия, 4 – эрозивный гастрит, дуоденит, 5 – язва.

Частота встречаемости той или иной степени тяжести поражения конкретного отде-

ла желудочно-кишечного тракта у пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Состояние различных отделов желудочно-кишечного тракта в группе при введении Омеза® по истечении 14 дней интенсивной терапии в отделении нейрореанимации достоверно отличалось от состояния при введении плацебо. Удельный вес пациентов с более тяжелым поражением ЖКТ был выше в группе плацебо. Ни у одного пациента из группы получавших Омез® не было поражения ЖКТ 4 и 5 степени (эрозивный гастрит, дуоденит, язвенное поражение ЖКТ).

При исследовании содержимого желудка у пациентов, поступающих в операционную с «пустым» желудком оказалось, что объем желудочного содержимого в среднем действительно был небольшим и составлял около 30 мл или 0,33 мл/кг массы тела. Пересчет на массу тела проводился в связи с общеизвестным фактом: вероятность аспирации и развитие синдрома Мендельсона возрастает с увеличением объема желудочного содержимого от 0,4 мл/кг массы тела и выше и при рН 2,5 и менее. В наших исследованиях в этой группе больных рН желудочного содержимого до начала операции составляла 1,6. Уровень общей кислотности в среднем был в пределах 100,2 (при норме до 40,0). Увеличение кислотности желудочного содержимого мы получили у 100 % обследованных больных. Развитие гиперацидного состояния нами расценивалось как ответ на стресс, связанный с эмоциональным напряжением в связи с ожиданием операции. И это при том, что все без исключения пациенты в дооперационном периоде получали седативные препараты за 14-12 и 2-4 часа до предстоящей операции. К концу операции

Таблица 1.
Частота различной степени поражения отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов 1 и 2 групп

Степень тяжести поражения	Пищевод		Желудок		Двенадцатиперстная кишка	
	Плацебо	Омез®	Плацебо	Омез®	Плацебо	Омез®
1 (норма)	4	33	3	31	5	33
2 (рефлюкс)	8	3	3	2	3	2
3 (эрозия)	2	1	3	1	1	1
4 (гастрит, дуоденит)	0	0	2	0	1	0
5 (язва)	0	0	1	0	1	0

увеличивались все исследуемые показатели, объем – до 40 мл или 0,4 мл/кг массы тела, общая кислотность повысилась до 140 т.е., а рН снизился до 0,8. Уровень общей кислотности к началу операции у всех пациентов повышался в среднем на 30 % по сравнению с исходными данными и на 40 % к ее окончанию (табл. 2). Общая стрессовая реакция в ответ на операцию, приводит не только к повышению кислотности желудочного сока, но и увеличению его объема. Увеличение длительности предоперационного ожидания (операции начались в 10, 11, 12 часов и позже) приводит к повышению объема желудочного содержимого в среднем на 10-15% в час.

Недостаточно эффективным оказался способ профилактики развития синдрома Мендельсона при котором стимулировали пассаж из желудка путем дачи 150 мл холодной воды за 40 минут до предстоящей операции.

Прием воды приводил к уменьшению объема желудочного содержимого, но стимулировал выработку соляной кислоты, что сопровождалось увеличением общей кислотности в 6 раз и более по сравнению с нормой и рН желудочного содержимого оставалось устойчиво низким на протяжении всего периода наблюдения. При данном способе профилактики положительным моментом является только устойчивое снижение объема желудочного содержимого на протяжении всего периода исследования.

Проведенные нами исследования показали необходимость проведения профилактики кислотно-аспирационного синдрома перед плановыми оперативными вмешательствами с использованием препаратов уменьшающих секрецию желудочных желез. В дальнейших исследованиях мы сравнили эффективность гипосекреторных препаратов двух групп –

блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов и ингибиторов протонной помпы. Дозы и способы введения гипосекреторных препаратов определены с учетом их фармакокинетики и фармакодинамики. Мы применили один из наиболее современных блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов – фаматидин. Лечебный эффект его связан со снижением продукции соляной кислоты и активности пепсина, стимуляцией защитных свойств оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Выбор этого препарата был связан с тем, что максимальный эффект связанный со снижением секреции наступает через 30 минут после внутривенного введения 40 мг фаматидина. Фаматидин мы включали в премедикацию за 40 минут до начала операции и вводили внутривенно медленно, предварительно растворив содержимое флакона в 5 мл физиологического раствора.

Из группы препаратов ингибиторов протонной помпы нами был использован омепразол (Омез®). Больные получали омепразол однократно в дозе 40 мг внутривенно капельно за 40 минут до операции. Содержимое флакона мы растворяли в 100 мл физиологического раствора.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что наиболее эффективными средствами для профилактики кислотно-аспирационного синдрома в предоперационном периоде является использование ингибиторов протонной помпы (табл. 3). Удобной лекарственной формой в настоящее время является омепразол (Омез®). Использование этого препарата до операции позволяет надежно снизить кислотность желудочного содержимого и его объем к концу операции по сравнению аналогичным показателем у больных, получавших до операции фаматидин.

Таблица 2.

Уровень общей кислотности и рН желудочного сока у пациентов, поступавших в операционную с «пустым» желудком

Исследуемые показатели	До начала операции	После окончания операции
Объем желудочного содержимого	30,0±0,40 мл	40,2±0,56 мл
Объем желудочного содержимого в пересчете на 1 кг массы тела (мл/кг м.т.)	0,33±0,02 мл/кг	0,4±0,05 мл/кг
Общая кислотность	100,2±9,7 т.е.	140,5±0,23 т.е.
рН	1,6±0,17	0,8±0,05

Таблиця 3.

Динамика изменений исследуемых показателей после операции

Показатели	Ограничение пищи и воды	Фаматидин	Омепразол
Объем желудочного содержимого	40,3±3,0 мл	20±1,90 мл	7,0±0,50 мл
Объем желудочного содержимого в пересчете на 1 кг массы тела (мл/кг м.т.)	0,44 ± 0,05 мл/кг	0,28± 0,02 мл/кг	0,13±0,02 мл/кг
Общая кислотность	140±9,0 т.е.	40±3,9 т.е.	10,2±0,2 т.е.
pH	0,8±0,07	2,4±0,12	4,0±0,21

Выводы

1. Доказана эффективность применения препарата Омез® для профилактики стресс-язв у пациентов нейрореанимационного отделения в остром периоде черепно-мозговой травмы, послеоперационном периоде.

2. В сравнении с группой плацебо, по окончании курса лечения Омезом®, состояние слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ФЭГДС достоверно отличалось в лучшую сторону.

3. Ограничение приема пищи и воды перед операцией не обеспечивает снижения объема желудочного содержимого и приводит к повышению его кислотности.

4. Наиболее эффективной мерой профилактики КАС в предоперационном периоде является использование ингибиторов протонной помпы, причем эффективным и удобным в применении является Омез®.

ПРИНЦИПИ ПОФІЛАКТИКИ РОЗВІТКУ СТРЕС-ВИРАЗОК ТА КИСЛОТНО-АСПІРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В АНЕСТЕЗІОЛОГІІ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

В.І. Черній, Н.М. Смірнова

Реферат. Було проведено клінічне дослідження з метою вивчення ефективності застосування інгібіторів протонної помпи в післяопераційному періоді в нейрохірургічного контингенту хворих з метою профілактики розвитку стрес-виразок шлунка й дванадцятипалої кишки. Доведена ефективність клінічного застосування інгібіторів протонної помпи як профілактики стрес-виразок шлунково-кишкового тракту. Проведений аналіз ефективності різних методів профілактики кислотно-аспіраційного синдрому при проведенні планових оперативних втручань. Найефективнішими медикаментозними препаратами, що дозволяють надійно зменшити об'єм і кислотність шлункового соку, є блокатори протонної помпи.

Ключові слова: стрес-виразки, кислотно-аспіраційний синдром, профілактика, омепразол.

PRINCIPLES OF PROPHYLAXIS OF GASTROINTESTINAL TRACT'S STRESS ULCERS AND ACID-ASPIRATION SYNDROME IN THE ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

V.I. Cherniy, N.N. Smirnova

Abstract. The clinical investigation with the purpose to investigate the efficiency of a proton pump inhibitors that was given as prophylaxis at gastrointestinal tract's stress ulcers in the postoperative period at neurosurgical patients has been conducted. The study of efficiency of a proton pump inhibitors in a clinical use with the purpose of prophylaxis of gastrointestinal tract's stress ulcers was demonstrated. The efficiency of different methods of prophylaxis of acid- aspiration syndrome in performing planned operative interferences was analyzed. The most effective medicinal preparations allowing reliably to decrease the volume and acidity of gastric juice are proton pump blockers.

Key words: stress-ulcers, acid-aspiration syndrome, prophylaxis, omeprazole.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. и др. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Consilium Medicum. – 2005. – № 6. – С. 23-46.
2. Leontiadis G.I., Sreedharan A., Dorward S., et al Systemic reviews of the clinical effectiveness and cost effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding // Health Technol. Assess. – 2007. – № 11 (51). – P. 1-164.
3. Vakil N, Fenerty MB. Systematic review Direct comparative trials of the efficacy on proton pump inhibitors in the management of gastro esophageal reflux disease and peptic ulcer // Aliment Pharmacol Ther. – 2003. – № 18. – P. 556-558.
4. Henry D, Lim L, Garia Rodriguez L, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual NSAIDs: results of a collaborative metaanalysis // BMJ. – 1996. – № 312. – P. 1563-1566.
5. Евсеев М.А.. Профилактика стрессового эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у пациентов в критических состояниях // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – том 16. – № 29. – С. 2012-2019.
6. Маев И.В. Место и значение ингибиторов протонной помпы в современном лечении язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 3. – С. 12-13.
7. Кач С.М.. Эффективность контролока при функцио-

- нальной диспепсии // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 1. – С. 21.
8. Devault K.R. Pantoprazole: a proton pump inhibitor with oral and intravenous formulations. *Expert Rev // Gastroenterol Hepatol.* – 2007. – № 1 (2). – P. 197-205.
9. Rensburg C, Barkun AN, Racz I, Fedorak R, Bornman PC, Beglinger C, Balanz J, Devire J, Kupcinskas L, Luehmann R, Doerfler H, Schfer-Preuss S. Intravenous pantoprazole versus ranitidine for the prevention of peptic ulcer rebleeding: a multicenter, multinational, randomized trial // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2008. – № 26. – P. 146-153.
10. Дюк Дж. Секреты анестезиологии / Пер. с англ. под общей ред. А.П. Зильбера; В.В. Мальцева. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 552 с.
11. Руководство по анестезиологии: в 3-х томах: пер. с англ. / Под ред. А.Р. Эйткенхеда, Г. Смита. – Т 1. – М.: Медицина, 1999. – 406 с.
12. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Меньшиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др.; под ред В.В.Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.

УДК 616.441-006.5

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СИНДРОМА ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Г. Высоцкий¹, Ю.А. Сидоренко², С.И. Гюльмамедов²,
Д.В. Вегнер², С.Ю. Китов²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Реферат. Цель исследования: разработка количественно обоснованных, рациональных показаний к оперативному вмешательству у пациентов с синдромом шейно-медиастинальной компрессии при патологии щитовидной железы. Проведен анализ результатов лечения 128 больных с патологией щитовидной железы осложненной синдромом компрессии органов шеи и средостения. По данным полученным в результате исследования ФВД и ультразвукового дуплексного сканирования сосудов шеи, с учетом рассчитываемого по данным компьютерной томографии коэффициента обтурации верхней грудной апертуры, выявлено, что локализации патологического процесса в зоне верхней грудной апертуры наиболее неблагоприятна в плане развития компрессионного синдрома. Выводы: значение коэффициента обтурации верхней грудной апертуры 1,5, соответствует критическому сдавлению органов шеи и верхнего средостения и позволяет прогнозировать развитие механической асфиксии.

Ключевые слова: загрудинный зоб, верхняя грудная апертура, компрессионный синдром, патология щитовидной железы.

Наличие патологических новообразований в зоне верхней грудной апертуры в ряде случаев приводит к развитию компрессионных осложнений. Но оценка степени их выраженности проводится в основном по данным клинической картины и рентгенологического исследования.

До настоящего времени, нет количественно выраженных критериев степени компрессии органов шеи и средостения. Отмечаемые изменения кровотока по магистральным сосудам шеи и средостения не носят систематизированного характера [1]. Не выявлена четкая корреляция между степенью дыхательной недостаточности и размером патологического образования [2, 3].

Цель исследования

Разработка количественно обоснованных, рациональных показаний к оперативному вмешательству у пациентов с синдромом шейно-медиастинальной компрессии при патологии щитовидной железы, с учетом нарушений функции внешнего дыхания и изменений кровотока по магистральным сосудам шеи и верхнего средостения.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов лечения 128 больных с патологией щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации, находившихся в клинике с 2003 по 2008 годы.

Проведен сравнительный анализ двух групп пациентов в зависимости от наличия клинических признаков компрессионного синдрома:

– без клинических признаков сдавления (37 больных);

– с наличием субъективных и объективных признаков компрессии (91);

С целью увеличения достоверности получаемых данных, функциональные методы исследования, в частности исследование функции внешнего дыхания и гемодинамические показатели, полученные при ультразвуковом дуплексном сканировании сосудов шеи, были дополнены и сопоставлены с данными компьютерной томографии органов шеи и средостения.

При оценке гемодинамических показателей, полученных при ультразвуковом дуплексном сканировании сосудов шеи, внимание уделялось скорости кровотока по общим сонным артериям, внутренним сонным и позвоночным артериям с учетом асимметрии кровотока. При анализе венозного кровотока показатели получали путем исследования яремных, подключичных и позвоночных вен. Так же учитывались адаптивные изгибы сосудов в зависимости от локализации патологического образования.

Исследование функции внешнего дыхания проводилось с целью выявления степени обструкции проксимального отдела трахеобронхиального дерева, как основной показатель оценивалась объемная скорость форсированного выдоха в начальной части нисходящей ветви кривой поток/объем.

Топографоанатомическое взаимоотношение органов шеи и средостения оценивалось по данным компьютерной томографии с рас-

четом коэффициента обтурации верхней грудной апертуры (патент Украины № 39722 от 10.03.2009.). Данный коэффициент рассчитывался как соотношение общей площади верхней грудной апертуры к площади, занимаемой увеличенной щитовидной железой минус площадь просвета трахеи, по формуле:

$$KOBGA = \frac{S(вга)}{S(щж) - S(птр)}$$

где KOBGA – коэффициент обтурации верхней грудной апертуры, S(вга) – площадь верхней грудной апертуры, S(щж) – площадь занимаемая щитовидной железой, S(птр) – площадь просвета трахеи.

Результаты и обсуждение

При анализе данных, полученных в группах сравнения, выявлено, что в первой группе, у пациентов с отсутствием клинической симптоматики, нарушения вентиляционной способности легких не коррелировали со степенью увеличения щитовидной железы, а были обусловлены сопутствующей патологией бронхолегочной системы.

Несмотря на бессимптомное течение, были выявлены и нарушения кровотока, в большинстве случаев проявлявшиеся адаптивным изгибом сосудов. В случаях инвазивного роста рака щитовидной железы имели место локальные гемодинамические сдвиги, в основном за счет уменьшения скорости венозного возврата по пораженным яремным венам. И как следствие, увеличением скорости венозного кровотока по контралатеральным и позвоночным венам до 35 см/сек. Коэффициент обтурации верхней грудной апертуры в данной группе снижался до 15.

Наиболее разнообразные и клинически значимые показатели выявлены у пациентов второй группы. Коэффициент обтурации верхней грудной апертуры варьировал в пределах 10-15.

Так при одностороннем увеличении щитовидной железы в зоне верхней грудной апертуры отмечено ускорение кровотока по контралатеральным позвоночным артериям до 70 см/сек с асимметрией кровотока до 30%.

Еще большие нарушения кровотока отмечены у пациентов с двухсторонним патологическим увеличением щитовидной железы. Так, независимо от абсолютных размеров, а в зависимости от степени обтурации верхней грудной апертуры, со снижением коэффициента обтурации верхней грудной апертуры от 10 до 1,5, отмечено двустороннее снижение скорости кровотока по общим сонным арте-

риям до 40-42 см/сек, с компенсаторным увеличением скорости поступления крови по позвоночным артериям до 47-50 см/сек.

Наиболее выраженными, в данной группе, были и дыхательные нарушения с характерным для обструкции центральных дыхательных путей резким снижением объемной скорости форсированного выдоха в начальной части нисходящей ветви кривой поток/объем до 44%, что соответствовало критическому сдавлению трахеи на грани механической асфиксии.

Выводы

1. Наличие патологического новообразования в зоне верхней грудной апертуры наиболее прогностически неблагоприятно в плане развития компрессионного синдрома, однако не сама локализация патологического процесса и абсолютные размеры новообразования, а степень обтурации ригидного костного кольца позволяет прогнозировать вероятность развития механической асфиксии.

2. Рассчитываемый по данным компьютерной томографии коэффициент обтурации верхней грудной апертуры является объективным показателем для прогнозирования угрозы развития компрессионных осложнений и может послужить критерием для обоснования показаний и противопоказаний для хирургического вмешательства.

3. Величина коэффициента обтурации на уровне от 15 до 20, даже при наличии дополнительного образования в зоне верхней грудной апертуры свидетельствует об отсутствии компрессионного синдрома, и в определенных случаях может служить дополнительным фактором для отказа от хирургического вмешательства.

4. Значение коэффициента обтурации верхней грудной апертуры близкое к 1,5, соответствует критическому сдавлению органов шеи и верхнего средостения и может трактоваться как показание к неотложному хирургическому вмешательству.

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ СИНДРОМУ ШИЙНО-МЕДІАСТІНАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

А.Г. Висоцький, Ю.О. Сидоренко, С.І. Гюльмамедов, Д.В. Вегнер, С.Ю. Кітов

Реферат. Мета дослідження: розробка кількісно обґрунтованих, раціональних свідчень до оперативного втручання у пацієнтів з синдромом шийно-медіастинальної компресії. Проведено аналіз результатів лікування 128 хворих з патологією щитовидної залози ускладненої синдромом компресії органів шиї і середостіння. За даними одержаними в результаті дослідження функції зовнішнього дихання і ультразвуко-

вого дуплексного сканування судин шії, з урахуванням коефіцієнта обтурації верхньої грудної апертури, що розраховується за даними комп'ютерної томографії, виявлено, що локалізація патологічного процесу в зоні верхньої грудної апертури найбільш несприятлива в плані розвитку компресійного синдрому. А при значенні коефіцієнта обтурації верхньої грудної апертури 1,5, відповідає критичному стисненню органів шії і верхнього середостіння і дозволяє прогнозувати розвиток механічної асфіксії.

Ключові слова: загридинний зоб, верхня грудна апертура, компресійний синдром, патологія щитоподібної залози.

CRITERIA OF ESTIMATION OF SYNDROME OF NECK AND MEdYASTYNAL COMPRESSION AT PATHOLOGY OF THYROID

A.G. Vysotsky, Y.A. Sydorenko, S.I. Gyl'mamedov, D.V. Vegner, S.Y. Kitov

Abstract. The aim: the development of quantitatively grounded, rational evidences for operative interference at patients with the syndrome of neck and mediastinum compression at thyroid gland pathology. The analysis of the results of treatment was conducted in 128 patients with thyroid gland pathology complicated by the syndrome of neck and mediastinum compression. According to the data received in the result of FVD

information and ultrasonic full-duplex scanning of neck vessels, taking into account the data of computer tomography coefficient of closed overhead pectoral aperture, it was revealed that localization of pathological process in the area of overhead pectoral aperture is the most unfavorable that leads to the development of compression syndrome. Conclusions: the value of coefficient of closed overhead pectoral aperture 1,5 corresponds to the critical squeezing of neck and top mediastinum and allows to forecast the development of mechanical asphyxia.

Key words: substernal goiter, overhead pectoral aperture, compression syndrome, pathology of thyroid.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунцевич Г.И. Комплексная ультразвуковая диагностика внеорганных опухолей шеи / Г.И. Кунцевич, В.Н. Дан, Е.Ю. Маштакова // Визуализация в клинике. – 1998. – № 13. – С. 14-18.
2. Власов В.В. Досвід хірургічного лікування шийно-загридинного зоба / В.В. Власов, А.І. Суходоля, М.С. Гойда // Клініч. ендокринолог. та едокринолог. Хірургія. – 2005. – № 3. – С. 19-21.
3. Gittoes N.J.L. Upper airways obstruction in 153 consecutive patients presenting with thyroid enlargement / N.J.L. Gittoes et al // BMJ – 1996. – № 312. – P. 484-486.
4. Torre G. Surgical management of substernal goiter: Analysis of 237 patients / G. Torre et al // Am Surg. – 1995. – № 9. – P. 826-831

УДК 616.36-006-073.756.8

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

А.Д. Шаталов

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Проведен анализ лучевых методов диагностики (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография) у 241 больного с очаговыми образованиями печени, лечившихся в клинике за последние 7 лет. Среди них было 164 (68%) женщины и 77 (32%) мужчин в возрасте 16-78 лет. Наиболее информативными методами диагностики явились компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, которые выполняли на аппаратуре “СТ – 9000” («Дженерал электрик», США) и “Siemens” (Германия) соответственно. Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 82,1%, а чувствительность – 100%; МРТ-параметров – 90,4% и 100% соответственно. Компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию целесообразнее выполнять после ультразвукового исследования.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, диагностика, очаговые образования печени.

В настоящее время возможности раннего выявления патологических образований в печени значительно расширились в связи с широким внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и др. Возможность распознать патологические процессы на ранних стадиях развития определяет исход заболевания и отдалённые результаты лечения [1, 3, 9].

Многообразие форм очаговых заболеваний печени, часто скудные клинические проявления, либо сложность симптомов затрудняет диагностику и выбор показаний к хирургическому лечению. Общепринято, что адекватное решение поставленных задач возможно только при соблюдении принципа комплексного обследования пациентов [2, 5, 6].

На сегодняшний день, признано целесообразным сочетание УЗИ с КТ или МРТ-исследованием для уточнения диагноза, в случаях очагового образования менее 1,0 см в диаметре, затруднений в интерпретации эхографических данных, для дифференциальной диагностики образований печени, при локализации патологического очага в воротах печени или в её базальных сегментах. Кроме того, КТ и МРТ помогают в выборе доступа, объёма и метода хирургического лечения, а также по-

зволяют достоверно оценить морфологическую сущность образования [4, 7, 10, 11].

До настоящего времени окончательно не определены возможности, недостатки, пределы точности КТ и МРТ в диагностике различных видов очаговых образований печени (ООП). Целесообразна разработка рационального диагностического алгоритма, так как неоправданное применение сразу всего арсенала средств лучевой диагностики может нанести вред пациенту и нерационально экономически [2, 5, 8].

Цель исследования – уточнение возможностей и роли лучевых методов (КТ, МРТ) в диагностике ООП.

Материал и методы

В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечился 241 больной с ООП. Среди них было 164 (68%) женщины и 77 (32%) мужчин в возрасте 16-78 лет.

Методами исследования явились (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование жидкости из кисты или абсцесса печени, динамическая межфазная тензиометрия сыворотки крови и жидкости из кисты печени, статистические.

Использовали аппаратуру для лучевой диагностики: для рентгенологических исследований – “AXIOM Icons R 100” и “MULTIX Compact K (Siemens, Германия), КТ – “СТ – 9000” («Дженерал электрик», США), МРТ – “Siemens” (Германия).

Результаты и обсуждение

После всестороннего обследования выявлены следующие виды ООП: киста непаразитарная – 115 (47,7%), киста паразитарная – 32 (13,3%), абсцесс – 87 (30,1%), гемангиома – 5 (2,1%), аденома – 2 (0,8%). У всех пациентов на первом этапе применяли УЗИ.

При КТ-исследовании непаразитарные кисты печени имели типичную картину округлых образований с четкими ровными контурами с пониженной плотностью, приближающейся к плотности жидкости (0-10 ед.Н), кисты малых размеров на КТ симулировали плотные образования, их природа устанавливалась с помощью УЗИ (рис. 1). На МРТ кисты

имели сигнал очень высокой интенсивности в T2- и низкий сигнал в T1-взвешенном изображении. Внутривенное контрастное усиление при КТ-исследовании проводилось для дифференциальной диагностики между кистой и кистозной формой метастазов, кистой и цистаденокарциномой. Простые кисты контрастное вещество не накапливали, тогда как при кистозных формах метастазов и цистаденокарциноме наблюдалось краевое накопление контрастного вещества.

Эхинококковые кисты печени обычно были многокамерные, имели жидкостное содержимое различной плотности или интенсивности

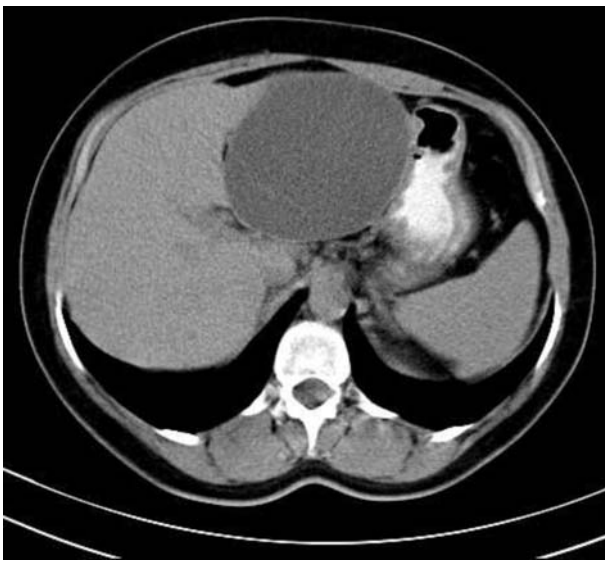


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной О. Киста левой доли печени.



Рис. 2. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больного П. Эхинококковая киста правой доли печени.

МР-сигнала, что особенно четко выявлялось на T2-взвешенных томограммах, в стенках кист часто определялись множественные обызвествления, имеющие плотность костной ткани на КТ и гипоинтенсивные на МРТ. Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 82,1% (чёткий контур образования), а чувствительности – 100% (гиподенсный характер образования), МРТ – параметров – 90,4% и 100% соответственно (рис. 2).

При КТ-исследовании абсцессы имели пониженную плотность, либо плотность жидкости (10-20 ед.Н) (рис. 3), при МРТ – высокий сигнал в T2- и пониженный в T1-взвешенном изображении. Зона отека вокруг абсцесса отчетливо визуализировалась при МРТ, что помогло дифференцировать абсцесс с кистами и гемангиомами. У больных с билиарными абсцессами и предшествующим дренированием в полости абсцесса наблюдался газ, иногда с горизонтальным уровнем жидкости, также имело место сопутствующее расширение желчных протоков. После внутривенного усиления при КТ и МРТ накопление контрастного вещества происходило в области капсулы и вокруг образования, полость абсцесса контраст не накапливала (рис. 4). Максимальное значение общей диагностической точности КТ – параметров достигало 88,2% (усиление плотности стенок образования при внутривенном контрастировании), а специфичности – 94,8% (резко гиподенсный характер образования), МРТ – параметров 90,8% и 97,3% соответственно.

При КТ-исследовании гемангиомы небольших размеров имели округлую форму, пониженную плотность (20-30 ед.Н), неровные, довольно четкие контуры и однородную структуру. Кавернозные гемангиомы имели неоднородную структуру с участками более низкой плотности в центре, обусловленными наличием центрального рубца или гиалиновой щели, которые выполнены фиброзной и гиалиновой тканью (рис. 5). После внутривенного контрастирования в начальной фазе (1-5 мин.) отмечалось краевое накопление контрастного вещества в виде отдельных пятен, которое в последующем (через 5-10 мин.) увеличивалось от периферии к центру и в более поздней фазе (10-15 мин.) достигало максимума вплоть до полного нивелирования образования на фоне нормальной ткани печени, за исключением гиалиновой щели, которая контрастное вещество не накапливала.

На МР-томограммах гемангиомы выглядели как образования с четкими неровными



Рис. 3. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной С. Абсцесс правой доли печени.

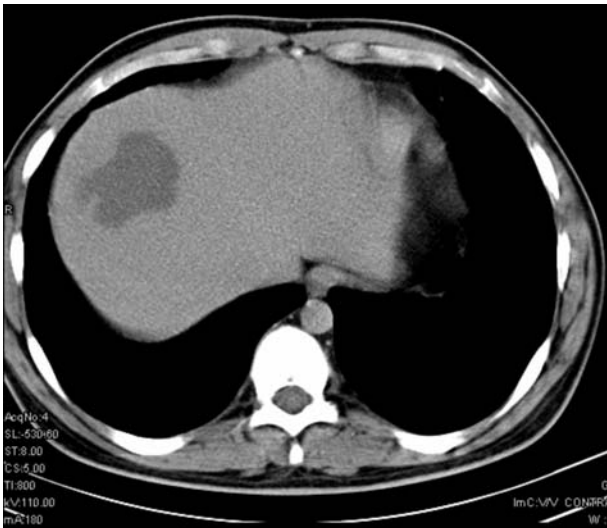


Рис. 4. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной К. Абсцесс правой доли печени. После внутривенного контрастирования.

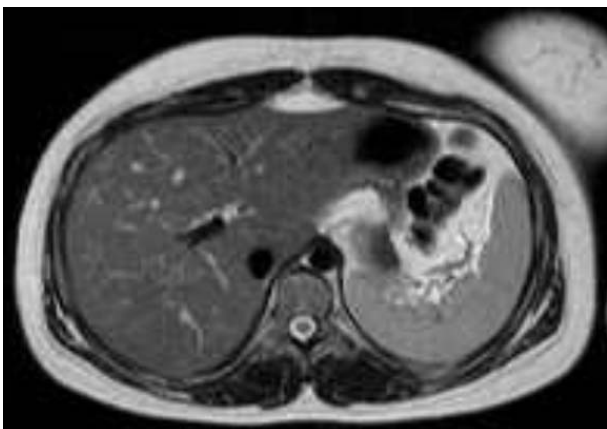


Рис. 5. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной Д. Кавернозная гемангиома левой доли печени.

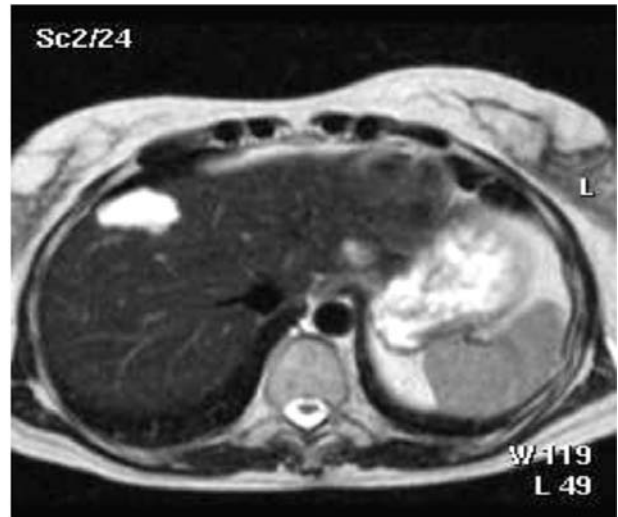


Рис. 6. МР-томограммы печени больной Г. Кавернозная гемангиома правой доли печени. Высокий сигнал в T2, низкий сигнал в T1.

контурами без капсулы и признаков отека, однородной либо неоднородной структуры в зависимости от размеров, имели очень высокий МР-сигнал в T2- и пониженный в T1-взвешенных изображениях, напоминая кисту (рис. 6). При внутривенном усилении, которое проводилось в последовательности T1, накопление контрастного вещества происходило от периферии к центру, аналогично накоплению при КТ-исследовании, однако имелись некоторые особенности – МР-сигнал от гемангиомы становился выше, чем в окружающей паренхиме печени, что наблюдалось достаточно продолжительное время, отсутствовал т.н. эффект «вымывания» контраста.

Максимальное значение общей диагностической точности КТ – параметров достигало 79,6% (неправильная форма образования), а чувствительности – 100,0% (гиперденсный характер образования, нет накопления контрастного вещества “гиалиновой щелью”),

МРТ- параметров – 97,3% и 100,0% соответственно.

На компьютерных томограммах узловая гиперплазия выглядела как гиподенсивное образование однородной структуры с довольно четкими контурами. Примерно в одной трети случаев в центре образования визуализировался участок низкой плотности, морфологически соответствующий центральному рубцу, который содержал желчные протоки, кровеносные сосуды и хронические воспалительные клетки (рис. 7). На МР-томограммах узловая гиперплазия печени не очень сильно отличалась от нормальной паренхимы, на T1-взвешенном изображении она была изо- или гипointенсивна, на T2 – изо- или слегка гиперинтенсивна, имела гомогенную структуру с участком более высокого сигнала в зоне центрального рубца на T2- и низкого на T1-томограммах.

После внутривенного усиления участок гиперплазии интенсивно накапливал контрастное вещество в первые минуты (в отличие от гемангиомы – равномерно), а в последующем становился изоденсивным паренхиме печени, при этом центральная часть оставалась с низкой плотностью на КТ и низким сигналом на МРТ на T1-томограммах.

При КТ-исследовании аденомы имели пониженную плотность за счет наличия жировых включений и гликогена, довольно четкие контуры. При МРТ часто визуализировалась фиброзная капсула пониженной интенсивности, при небольших размерах опухоли структура ее была довольно однородная, крупные аденомы имели гетерогенное строение за счет содержания крови и жировой инфильтрации,



Рис. 7. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной С. Узловая гиперплазия правой доли печени.

имеющих высокий сигнал, а также участков некроза, имеющих низкий сигнал в T1-изображении.

В некоторых случаях возникают трудности при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований печени. КТ при гепатоцеллюлярном раке менее информативна, чем УЗИ при выявлении опухолей небольших размеров, однако при больших образованиях метод высоко информативен. На КТ опухоль имеет вид мягкотканого образования низкой плотности неоднородной структуры, либо множественных гиподенсивных очагов различных размеров, сливающихся между собой. Иногда наблюдаются внутривнутрипеченочные отсеки опухоли. Участки более низкой плотности в толще опухоли обусловлены как некрозом, так и жировой дегенерацией.

МРТ с использованием нескольких импульсных последовательностей позволяет выявить опухоль любых размеров. Интенсивность МР-сигнала не является специфичной для гепатоцеллюлярного рака, однако в большинстве случаев она понижена в T1-В/И и умеренно повышена в T2-В/И (значительно ниже, чем при метастазах и гемангиомах). МРТ позволяет детально оценить структуру и границы опухоли, визуализировать капсулу, внутриопухолевые перегородки, выявить участки жировой дегенерации, некроза, кровоизлияний, наличие дочерних опухолевых узлов и опухолевых тромбов в крупных сосудах, что в совокупности является патогномичным для гепатоцеллюлярного рака. Применение последовательности с подавлением сигнала от жира позволяет дифференцировать жировую ткань от излившейся крови, которые имеют высокий сигнал в T1-взвешенном изображении. При больших размерах опухоли в толще ее визуализируются участки некроза с высоким МР-сигналом в T2 и гипointенсивные в T1-В/И.

Для гепатоцеллюлярного рака, который в большинстве случаев является хорошо васкуляризированной опухолью, характерно раннее контрастирование с интенсивным накоплением контрастного вещества в периферических отделах и опухолевых перегородках, более позднее усиление паренхимы печени. При наличии в опухоли участков некроза контрастное вещество в них не накапливается.

При КТ-исследовании холангиокарцинома выглядит как гиподенсивное образование с неровными, нечеткими контурами, расположенное вблизи или вдоль расширенных желчных протоков, чаще в области ворот печени.

При МРТ опухоль имеет умеренно повышенный сигнал в T2- и пониженный в T1-взвешенных изображениях. Расширение внутрипеченочных желчных протоков зачастую является ведущим КТ и МРТ симптомом, особенно при диффузной форме холангиокарциномы, возникающей на фоне склерозирующего холангита. Из-за низкой васкуляризации опухоли внутривенное контрастирование не эффективно.

На КТ и МРТ цистаденокарцинома определяется как мультилокулярное кистозное образование с мягкотканной капсулой неравномерной толщины и внутренними перегородками. Контрастное вещество накапливается в области стенок, делая образование более четко отграниченным от окружающей паренхимы.

На КТ метастазы выглядят как единичные или множественные мягкотканые образования округлой формы с нечеткими контурами, неоднородной структуры, в большинстве случаев пониженной плотности, при некоторых формах опухоли, например колоректальном раке, метастазы имеют участки повышенной плотности и обызвествления.

При МРТ метастазы в большинстве случаев визуализируются как гипоинтенсивные образования в T1- и гиперинтенсивные в T2-взвешенном изображении, метастазы меланомы имеют высокий сигнал как в T1-, так и в T2-изображении. Метастазы на МР-томограммах напоминают гемангиому, однако сигнал от последней в T2 значительно выше. В некоторых случаях метастатические опухоли достигают больших размеров, вовлекая практически всю долю печени, чаще правую, и имеют выраженную неоднородность МР-сигнала и структуры с участками жировой дегенерации, кистозным компонентом, зонами некроза и кровоизлияний. Чувствительность МРТ в выявлении метастазов, особенно меньше 1 см в диаметре, выше, чем КТ и УЗИ.

Накопление контрастного вещества, как при КТ, так и при МРТ значительно варьирует и зависит от степени и характера васкуляризации метастазов, также как и при первичных опухолях. Гиповаскуляризованные метастазы наблюдаются при раке поджелудочной железы, желчного пузыря, желудочно-кишечного тракта, злокачественной меланоме, изоваскуляризованные – при раке надпочечников, молочной железы, семиноме, гипervasкуляризованные – при раке почки, щитовидной железы.

По данным наших исследований, эффективность УЗИ и КТ в выявлении, т.е. визуализации

зачастую очаговых поражений печени примерно равнозначна. Обязательным является применение обоих этих методов (УЗИ – как первого этапа), так как опухоли, имеющие одинаковую экзогенность с паренхимой печени на УЗИ, могут четко выявляться на КТ, и наоборот – гиподенсивные образования, не визуализируемые при КТ, обычно обнаруживаются при УЗИ.

КТ превосходит УЗИ в уточненной диагностике некоторых заболеваний печени, например абсцессов, кавернозных гемангиом, гепатоцеллюлярного рака благодаря возможности применения внутривенного контрастирования.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, магнитно-резонансная томография обладает более высокой точностью по сравнению с УЗИ и КТ в диагностике опухолевых заболеваний печени. МРТ является более информативной в выявлении милиарных метастазов, мелких образований, расположенных по диафрагмальной поверхности печени и в воротах печени, в оценке структуры опухоли, наличия в ней некроза и кровоизлияний, в изучении взаимоотношения опухоли с окружающими тканями и сосудами, что особенно важно при планировании оперативного вмешательства.

Наиболее высокая информативность КТ и МРТ отмечается в диагностике кист, абсцессов, гемангиом, множественных метастазов, гепатоцеллюлярного рака, наиболее низкая – при диффузной форме холангиокарциномы и солитарных метастазах без выявленной первичной локализации опухоли. В этих случаях необходимо применять пункционную биопсию под контролем УЗИ или КТ, лапароскопию, а также диагностическую лапаротомию.

КОМП'ЮТЕРНА ТА МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ОСЕРЕДКОВИХ УТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ

О.Д. Шаталов

Реферат. Проведено аналіз променевиx методів діагностики (комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія) у 241 хворого з осередковими утвореннями печінки, які лікувалися у клініці за останні 7 років. Серед них було 164 (68%) жінки та 77 (32%) чоловіків у віці 16-78 років. Найбільш інформативними методами діагностики були комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія, які виконували на апаратурі "СТ – 9000" («Дженерал електрик», США) та "Siemens" (Германія) відповідно. Максимальне значення загальної діагностичної точності КТ-параметрів досягло 82,1%, а чутливість – 100%; МРТ-параметрів – 90,4% і 100% відповідно. КТ та МРТ треба виконувати після УЗД.

Ключові слова: комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, діагностика, осередкові утворення печінки.

COMPUTER AND MAGNETIC-RESONANT TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF FOCAL FORMATIONS OF LIVER

A.D. Shatalov

Abstract. The analysis of beam methods of diagnostics (a computer tomography and a magnetic-resonant tomography) at 241 patients with focal formations of liver, treated in clinic for last 7 years is lead. Among them was 164 (68 %) women and 77 (32 %) men in the age of 16-78 years. The most informative methods of diagnostics were the computer tomography and a magnetic -resonant tomography, which carried out on the equipment "CT - 9000" ("General electric", the USA) and "Siemens" (Germany) accordingly. The maximal value of the general diagnostic accuracy of CT-parameters reached 82,1 %, and sensitivity - 100 %; MR-parameters - 90,4 % and 100 % accordingly. CT and MRI it is more expedient to carry out after ultrasonic.

Key words: CT, MRI, diagnostics, focal formations of liver.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баб'як Т.Е. Сучасні аспекти діагностики та лікування бактерійних абсцесів печінки: автореф. дис. на зобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія." / Т.Е. Баб'як . - Львів, 2003. - 19 с.
2. Завенян З.С. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению / З.С. Завенян, Н.П.Ратникова, Ю.Р.Камалов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2004. - № 5. - С. 14-20.
3. Колганова И.П. Очаговые образования печени. Вопросы лучевой диагностики. Классика. Будущее ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмед-технологий» / И.П.Колганова, Н.Ю.Осипова, Е.Е. Сидорова // Медицинская визуализация. - 2008. - № 2. - С. 139-142.
4. Колкин Я.Г. Лучевые методы визуализации в дифференциальной диагностике очаговых образований печени / Я.Г. Колкин, Н.В. Момот, А.Д. Шаталов, В.В. Хацко // Анналы хир. гепатологии. - 2008. - Т.13, № 3. - С. 147-148.
5. Чикобава Г.И. Диагностика и лечение острого амёбного абсцесса печени лапароскопическим методом / Г.И. Чикобава // Хирургия. - 2006. - № 12. - С. 30-32.
6. Шаталов А.Д. Лучевые методы визуализации в диагностике доброкачественных очаговых образований печени / А.Д. Шаталов, Н.В. Момот, В.В. Хацко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української мед. стоматологічної академії. - Полтава, 2008. - Т. 8, вип. 1-2 (21-22). - С. 156-158.
7. Cha E.Y. Multicystic cavernous haemangioma of the liver: ultrasonography, CT, MR appearances and pathological correlation / E.Y. Cha, K.W. Kim, Y.J. Choi // Br. J. Radiol. - 2008. - Vol. 81, № 962. - P. 37-39.
8. Han J.K. Imaging findings of hepatic adenoma / J.K. Han, H.W. Eun, S.H. Kim // Korean J. Hepatol. - 2008. - Vol.14, № 3. - P. 405-410.
9. Kopelman D. Magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery (MRgFUS). Four ablation treatments of a single canine hepatocellular adenoma / D. Kopelman, Y. Inbar, A. Hanannel // HPB (Oxford). - 2006. - Vol. 8, № 4. - P. 292-298.
10. Laumonier H. Hepatocellular adenomas: magnetic resonance imaging features as a function of molecular pathological classification / H. Laumonier, P. Bioulac-Sage, C. Laurent // Hepatology. - 2008. - Vol. 48, № 3. - P. 808-818.
11. Motohara T. MR imaging of benign hepatic tumors / T. Motohara // Magn. Reson. Imaging Clin. N. Am. - 2002. - Vol. 10, № 1. - P. 1-14.

УДК 611.778.018

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ШКІРИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПОЗИТНОГО ФЕЙСЛІФТИНГУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПЕРФТОРАНУ® У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Л.В. Усенко¹, О.І. Макачук²

¹Дніпропетровська державна медична академія,

²Клініка «Артмедика», м. Дніпропетровськ

Реферат. У роботі визначена динаміка апаратних діагностичних критеріїв стану шкіри протягом 1 року після відкритого, ендоскопічного та комбінованого фейсліфтингу у залежності від вихідного ступеня інволютивних змін, наявності супутньої патології та за умов інтраопераційного використання Перфторану®. У 101 пацієнта загальної клінічної групи під час проведення відкритого, ендоскопічного та комбінованого фейсліфтингу застосовували стандартне анестезіологічне забезпечення. У 53 пацієнтів з 98 хворих групи ризику під час операції додатково здійснювали інтраопераційне внутрішньовенне введення плазмозамінника з функцією переносу кисню Перфторану® (Росія) у дозі 5 мл/кг. У пацієнтів загальної клінічної групи з інволютивними змінами шкіри I ступеня проведення композитного ліфтингу за ендоскопічною технологією запобігає розвитку патологічних змін, які спостерігаються після відкритого та комбінованого ліфтингу через 1, 3 і 6 місяців після втручання. У загальній клінічній групі пацієнтів з інволютивними змінами шкіри II і III ступенів післяопераційна динаміка стану шкіри не має суттєвих розбіжностей між ендоскопічним втручанням та ендоскопічним фронтліфтингом у поєднанні з відкритим середнім фейсліфтингом. У пацієнтів групи ризику з інволютивними змінами шкіри I-III ступенів після проведення композитного фейсліфтингу відбувається різке порушення апаратних параметрів шкіри починаючи з найближчого післяопераційного періоду, проте інтраопераційне введення Перфторану® в дозі 5 мл/кг під час проведення композитного ендоскопічного втручання дозволяє попередити розвиток негативної динаміки апаратних критеріїв.

Ключові слова: фейсліфтинг, шкіра, апаратна діагностика, Перфторан®.

Розширення контингенту пацієнтів в естетичній хірургії обличчя обумовило зростання частки пацієнтів з різноманітною супутньою патологією. Це викликає необхідність пошуку нових підходів до оперативних технологій і особливої уваги до оптимізації реабілітаційних заходів у післяопераційному періоді. У пацієнтів даного контингенту саме високий ризик інтраопераційних і післяопераційних ускладнень суттєво обмежує діапазон показань до проведення оперативних втручань [1, 16, 17]. Тому попередження таких ускладнень є важливим питанням при плануванні операцій в естетичній хірургії обличчя. Одним

з перспективних напрямків у розробці даного питання виявилось використання унікальних властивостей перфторвуглецевих сполук, зокрема, в щелепно-лицевій хірургії [12] та при черепно-лицевій травмі [2]. Також у даному аспекті заслуговують на увагу результати експериментальних досліджень, які свідчать про суттєвий нормалізуючий вплив Перфторану® на загоювання ран [10], відновлення архітекtonіки мікроциркуляторного русла, підвищення рівня капілярного кровообігу з посиленням перфузії паравазальної тканини та нормалізацією реологічних властивостей крові [3, 5]. Увагу дослідників також привернула здатність Перфторану® при внутрішньовенному введенні стимулювати не лише системний, а й місцевий кровообіг на фоні зниження периферичного судинного опору [11]. Отже, зважаючи на відомі загальні властивості Перфторану® в анестезіологічному забезпеченні [8, 9, 14], стає актуальним питання про можливість та доцільність його використання для профілактики інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при проведенні масштабних оперативних втручань з приводу корекції інволютивних змін шкіри обличчя.

Метою роботи було визначення динаміки апаратних діагностичних критеріїв стану шкіри протягом 1 року після композитного фейсліфтингу у залежності від вихідного ступеня інволютивних змін, наявності супутньої патології та за умов інтраопераційного використання Перфторану®.

Матеріал та методи

У роботі здійснювали апаратну діагностику («Light Check-up», RBV, Італія) шкіри 199 жінок віком від 18 до 76 років при проведенні традиційних та ендоскопічних хірургічних втручань для корекції інволютивних дефектів шкіри верхньої та середньої зон обличчя. Розподілення контингенту пацієнтів за ступенем інволютивних змін шкіри проводили за процедурою, розробленою нами раніше [6]. Дослідження проводили диференційовано у

пацієнтів загальної клінічної групи та групи ризику [7]. Розподілення контингенту пацієнтів за видами операцій та ступенем інволютивних змін шкіри наведено в таблиці 1.

У 101 пацієнта загальної клінічної групи під час проведення відкритого та ендоскопічного фейсліфтингу застосовували стандартне анестезіологічне забезпечення. У 53 пацієнтів з 98 хворих групи ризику під час операцій додатково здійснювали інтраопераційне внутрішньовенне введення плазмозамінника з функцією переносу кисню Перфторану® (Росія) у дозі 5 мл/кг.

За допомогою апаратної діагностики перед операцією та у післяопераційному періоді (через 1, 3, 6 і 12 місяців після втручання) визначали такі параметри: гідратацію епідермісу; рН епідермісу; станкислотної гідроліпідної плівки; загальну, внутрішньоклітинну та міжклітинну гідратацію шкіри; рівень стресової напруги шкіри; біологічний вік шкіри; відносний вміст колагену; відносний вміст еластину.

Дисперсійний аналіз ортогональних комплексів проводили для кількісної характеристики сили впливу хронологічного фактора на апаратні показники на основі обчислення F-критерію Фішера з подальшою оцінкою сили впливу чинника за методом Снедекора [13]. Розрахунки інтегральних параметрів стану шкіри кожної пацієнтки за блоками апаратних критеріїв ґрунтували на принципах політетичного кластерного аналізу [15], використовуючи формулу:

$$d = \sqrt{\left\{ \sum_{i=1}^{i=n} \left(\frac{x_{iM} - x_{iN}}{\sigma_i} \right)^2 a_i^2 \right\}}$$

де n – число кількісних показників, що складають блок апаратних критеріїв; x_i – значення i -го показника; a_i – коефіцієнт діагностичної вагомості (значущості) i -го показника серед інших показників; σ_i – середнє квадратичне відхилення i -го показника.

Квантифіковані результати піддавали статистичній обробці, що включала аналіз статистичного розподілення величин за допомогою критерію J Ястремського, визначення достовірності відмінностей між I та наступними віковими групами з урахуванням критерію t Стьюдента (нормальне розподілення) або X-критерію Ван-дер-Вардена (відхилення від нормального розподілення) [4].

Результати та обговорення

Аналіз динаміки змін інтегрального апаратного параметру в загальній клінічній групі у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри I ступеня виявив різке зростання показнику через 1 місяць після традиційного та комбінованого ліфтингів (на 71,4% та на 51,4% відповідно; $p < 0,05$), а також менш вагоме, проте достовірно значиме його підвищення у пацієнтів, яким було проведено ендоскопічний ліфтинг (на 31,6%) (рис. 1). Вже через 3 місяці відзначалось зниження величини інтегрального параметру у пацієнтів після традиційного композитного ліфтингу та ендоскопічного фронтліфтингу у поєднанні з традиційним середнім фейсліфтингом зі збереженням статистично вагомої різниці з показниками доопераційного періоду (+51,9% та +27,6% відповідно). В свою чергу значення інтегрального показника при ендоскопічному втручанні у зазначений вище

Таблиця 1

Розподілення пацієнтів за видом оперативного втручання в залежності від ступеня інволютивних змін

Вид операції	Ступінь інволютивних змін			
	I	II	III	Всього
Загальна клінічна група				
Традиційний композитний фейсліфтинг	4	11	5	20
Ендоскопічний композитний фейсліфтинг	30	9	2	41
Ендоскопічний фронтліфтинг та традиційний середній фейсліфтинг (комбінований)	5	23	12	40
Група ризику				
Традиційний фейсліфтинг	0	5	4	9
Ендоскопічний фейсліфтинг	8	27	32	67
Ендоскопічний фронтліфтинг та традиційний середній фейсліфтинг (комбінований)	3	11	8	22
Загалом	50	86	63	199

термін наближалось до вихідних величин та вже достовірно не відрізнялось від початкових даних протягом всього досліджуваного післяопераційного періоду. У віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів, яким було виконано традиційний та комбінований ліфтинги, величина інтегрального параметру шкіри продовжувала поступово знижуватись і через 1 рік з моменту операції відрізнялась від вихідних значень на 21,6% та 16,9% відповідно ($p < 0,05$).

Виконання ендоскопічного ліфтингу та ендоскопічного фронтліфтингу у поєднанні з традиційним середнім фейсліфтингом у групі ризику позначалось збільшенням інтегрального апаратного критерію через 1 місяць на 52,4% ($p < 0,05$) та 74,9% ($p < 0,05$) відповідно в порівнянні з доопераційними значеннями. Незважаючи на деяке зменшення величини показника, різниця з вихідними даними залишалась статистично значимою через 3 та 6 місяців після обох зазначених видів ліфтингів.

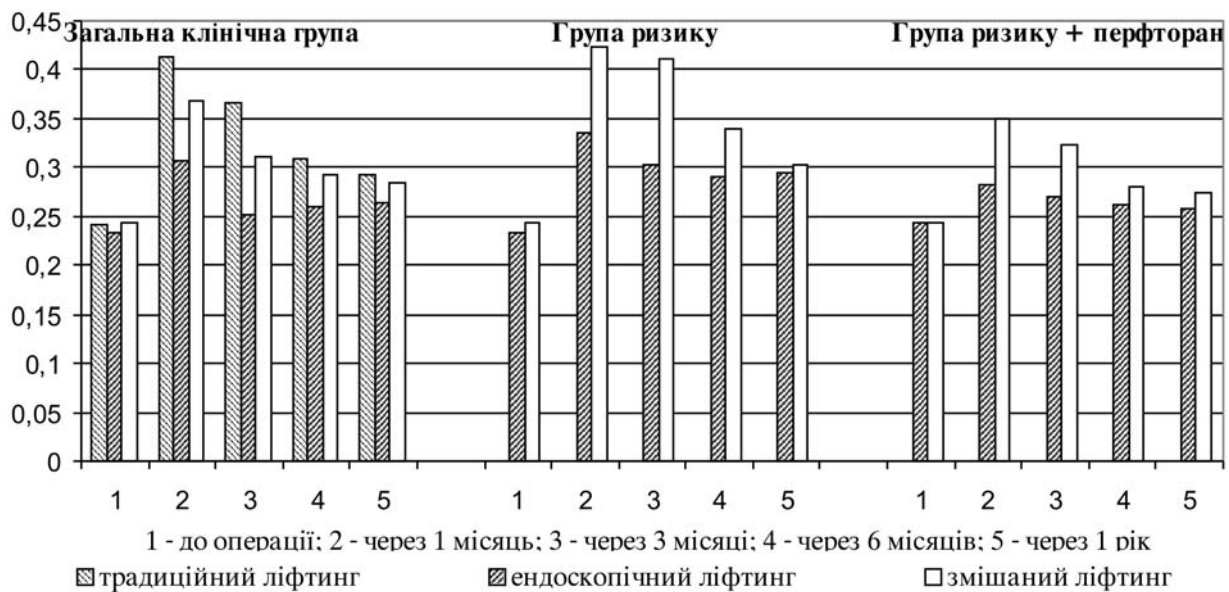


Рис. 1. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного, ендоскопічного та комбінованого композитного ліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри I ступеня.

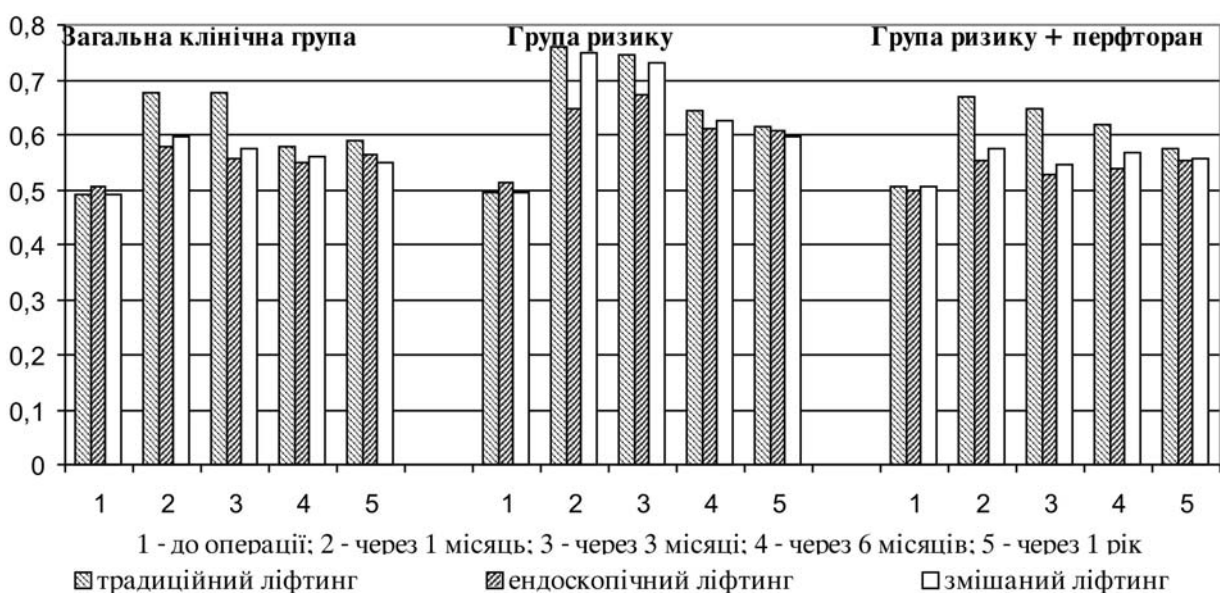


Рис. 2. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного, ендоскопічного та комбінованого композитного ліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри II ступеня.

Через 1 рік післяопераційного періоду результати ендоскопічного та комбінованого втручань істотно не розрізнялися між собою та перевищували доопераційні значення на 26,7% та 24,7% відповідно.

Інтраопераційне застосування Перфторану® в групі ризику при ендоскопічному веденні операції характеризувалось збільшенням значення інтегрального параметру через 1 місяць після виконання операції, яке не мало статистично вагомої різниці з передопераційними значеннями. В наступні досліджувані терміни післяопераційного періоду відзначалось поступове зменшення величини критерію та через 1 рік після ендоскопічної операції його величина майже не відрізнялась від початкових даних. Натомість використання Перфторану® у пацієнтів групи ризику під час проведення ендоскопічного фронтліфтингу у поєднанні з традиційним середнім фейсліфтингом позначалось достовірним зростанням інтегрального апаратного параметру на 44,0% та 32,9% через 1 та 3 місяці після операції відповідно. Лише від 6-го місяця післяопераційного періоду відбувалось суттєве зниження величини показника та його значення тепер не мало статистично вагомої різниці з доопераційними даними.

Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри II ступеня в загальній клінічній групі після традиційного ліфтингу характеризувалась зростанням величини показника на 38,0% через 1 та 3 місяці після операції в порівнянні з початковими даними. Після 6-го місяця післяопераційного періоду відзначалось зменшення інтегрального параметру, значення якого тепер наближалось до передопераційних величин (рис. 2). У випадку комбінованого способу ліфтингу достовірне підвищення інтегрального апаратного параметру спостерігалось лише через 1 місяць після втручання (на 21,4%), а починаючи від 3-го місяця значення показника не мало статистично достовірної різниці з вихідними величинами. Натомість проведення закритого ліфтингу загалом не призводило до достовірного підвищення рівня досліджуваного критерію патоморфологічних змін протягом всього післяопераційного періоду.

У пацієнтів групи ризику проведення традиційного ліфтингу без застосування Перфторану® призводило до різкого збільшення інтегрального параметру шкіри на 53,8% та 50,8% через 1 та 3 місяці відповідно. Від 6-го місяця післяопераційного періоду спостерігалось поступове зменшення величи-

ни показника, який через 1 рік після втручання переважав над початковими значеннями на 24,5% ($p < 0,05$). За умов ендоскопічного проведення операції достовірне підвищення значень інтегрального апаратного критерію відбувалось у ранній післяопераційний термін: на 26,1% через 1 місяць та на 31,2% – через 3 місяці. У віддаленому післяопераційному періоді відзначалось наближення величини параметру до початкових величин, різниця з якими не мала достовірного характеру. У випадку проведення ліфтингу шляхом комбінованого втручання найбільше переважання інтегрального параметру над передопераційними значеннями виявлялось через 1 та 3 місяці (на 51,3% та 47,7% відповідно; $p < 0,05$). Починаючи від 6-го місяця післяопераційного періоду розбіжність з початковими величинами скорочувалась та вже через 1 рік становила 20,4%.

У результаті використання Перфторану® під час традиційного ліфтингу в групі ризику пацієнтів збільшення інтегрального параметру через 1 місяць після операції у порівнянні з передопераційними значеннями становило 32,5% ($p < 0,05$). Згодом величина параметру поступово зменшувалась, а вже через 1 рік після операції не мала статистичного достовірної різниці з вихідними значеннями. Зміни інтегрального апаратного параметру при інтраопераційному використанні Перфторану® в групі ризику внаслідок ендоскопічного та комбінованого ведення операції позначалися незначним збільшенням величини показника, яке не мало статистичного значення протягом всього післяопераційного періоду, що вивчався.

Досліджуючи динаміку змін інтегрального апаратного параметру у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня після традиційного, комбінованого та ендоскопічного втручань вдалось встановити, що рівень коливань показника патоморфологічних змін шкіри не набував статистично вагомої різниці в порівнянні з передопераційними значеннями протягом всього післяопераційного періоду (рис. 3).

Зростання величини інтегрального критерію після виконання традиційного ліфтингу пацієнтам групи ризику без використання Перфторану® відмічалось через 1 місяць після операції (на 22,7%; $p < 0,05$). Згодом спостерігалось помірне зниження величини показника та вже через 1 рік після операції його значення достовірно не відрізнялось від початкових величин. У випадку ведення операції шляхом комбінованого втручан-

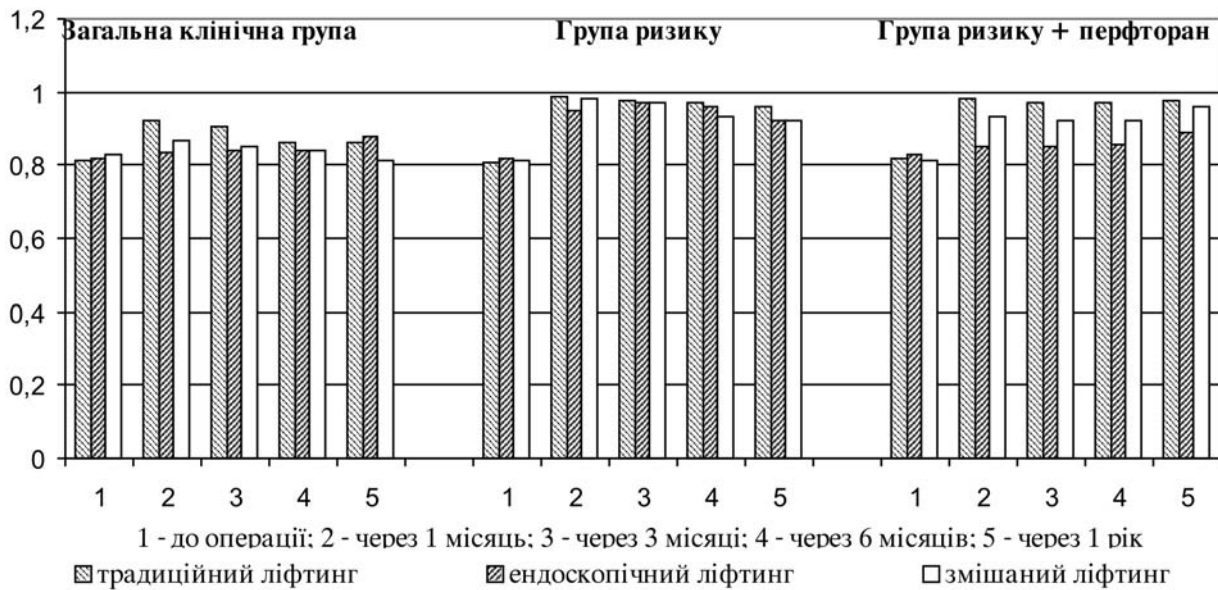


Рис. 3. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного, ендоскопічного та комбінованого композитного ліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня.

ня достовірно переважання інтегрального параметру над вихідними даними було характерним для 1 місяці післяопераційного періоду. Починаючи з 3 місяця після операції значення критерію наближались до первинних величин та не мало з ними достовірної різниці. За умов ендоскопічного втручання під час операції міра зростання величини інтегрального критерію не достовірно перевищувала доопераційні значення.

Інтраопераційне застосування Перфторану® в групі ризику після всіх досліджуваних варіантів ліфтингів не позначалось суттєвим підвищенням значень інтегрального параметру та статистично достовірною різницею з початковими величинами протягом всього післяопераційного періоду, проте найменше переважання величини показника спостерігалось після ендоскопічного ліфтингу.

Висновки

1. За даними апаратної діагностики стану шкіри протягом 1 року післяопераційного періоду, у пацієнтів загальної клінічної групи з інволютивними змінами шкіри I ступеня проведення композитного ліфтингу за ендоскопічною технологією запобігає розвитку патологічних змін, які спостерігаються після відкритого та комбінованого ліфтингу через 1, 3 і 6 місяців після втручання.

2. У загальній клінічній групі пацієнтів з інволютивними змінами шкіри II і III ступенів післяопераційна динаміка стану шкіри не має суттєвих розбіжностей між ендоскопічним втручанням та ендоскопічним

фронтліфтингом у поєднанні з відкритим середнім фейсліфтингом.

3. У пацієнтів групи ризику з інволютивними змінами шкіри I-III ступенів після проведення композитного фейсліфтингу відбувається різке порушення апаратних параметрів шкіри починаючи з найближчого післяопераційного періоду, проте інтраопераційне введення Перфторану в дозі 5 мл/кг під час проведення композитного ендоскопічного втручання дозволяє попередити розвиток негативної динаміки апаратних критеріїв.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням динаміки післяопераційних змін шкіри у пацієнтів групи ризику в умовах застосування Перфторану® під час проведення різних варіантів фронтліфтингу.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПОЗИТНОГО ФЕЙСЛИФТИНГА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРФТОРАНА® У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Л.В. Усенко, А.И. Макаруч

Реферат. В работе определена динамика аппаратных диагностических критериев состояния кожи в течение 1 года после открытого, эндоскопического и комбинированного фейслифтинга в зависимости от исходной степени инволютивных изменений, наличия сопутствующей патологии и в условиях интраоперационного применения Перфторана®. У 101 пациент общей клинической группы во время проведения открытого, эндоскопического и комбинированного применяли стандартное анестезиологическое обеспечение. У 53 пациентов из 98 больных группы риска во время операций до-

полнительно осуществляли интраоперационное внутривенное введение плазмозамениителя с функцией переноса кислорода Перфторана® (Россия), в дозе 5 мл/кг. У пациентов общей клинической группы с инволютивными изменениями кожи I степени проведение композитного лифтинга по эндоскопической технологии предотвращает развитие патологических изменений, которые наблюдаются после открытого и комбинированного лифтинга через 1, 3 и 6 месяцев после вмешательства. В общей клинической группе пациентов с инволютивными изменениями кожи II и III степени послеоперационная динамика состояния кожи не имеет существенных расхождений между эндоскопическим вмешательством и эндоскопическим фронтлифтингом в сочетании с открытым средним фейслифтингом. У пациентов группы риска с инволютивными изменениями кожи I-III степеней после проведения фейслифтинга происходит резкое нарушение аппаратных параметров кожи, начиная с ближайшего послеоперационного периода, однако интраоперационное введение Перфторана® в дозе 5 мл/кг во время проведения композитного эндоскопического вмешательства позволяет предупредить развитие негативной динамики аппаратных критериев.

Ключевые слова: фейслифтинг, кожа, аппаратная диагностика, Перфторан®.

TOOL ESTIMATION OF SKIN STATUS AFTER CARRYING OUT COMPOSITE FACELIFT WITH USE OF PERFTORAN® AT PATIENTS WITH HIGH RISK OF INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

L.V. Usenko, A.I. Makarchuk

Abstract. This investigation defines the dynamics of hardware diagnostic criteria of skin condition within 1 year after an opened, endoscopic and combined facelifting that depended on the initial degree of involuntary changes, presence of an accompanying pathology under the conditions of intraoperative use of Perftoran®. Standard anesthetic maintenance was applied to 101 patients in the general clinical group during the opened, endoscopic and combined facelifting. 53 patients out of 98 in a risk group were given additional intraoperative intravenous injection of plasma substitute with the function of transfer of oxygen Perftoran® (Russia) in a dose of 5 ml/kg during the operations. At patients of the general clinical group with involuntary skin changes of I degree the fulfilment of composite facelifting according to endoscopic technologies prevents the development of pathological changes which are observed after the opened and combined lifting in 1, 3 and 6 months after intervention. In the general clinical group of patients with involuntary skin changes of II and III degrees postoperative dynamics of skin condition doesn't have any essential divergences between endoscopic intervention and endoscopic frontlifting in combination with the opened middle face lifting. The patients of the risk group with involuntary skin changes of I-III degrees after a facelifting have a sharp infringement of hardware parameters of skin, beginning with the nearest postoperative period, however intraoperative injection of Perftoran® in a dose of 5 ml/kg during composite endoscopic interventions allows to prevent the development of negative dynamics of hardware criteria.

Key words: facelift, skin, hardware diagnostic, Perftoran®.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов В.А. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / Белоусов В.А. – СПб : Гиппократ, 1998. – 744 с.
2. Закаров А.М. Нарушение кислородного обеспечения организма в острый посттравматический период тяжелой черепно-лицевой травмы / А.М. Закаров, Н.Б. Кармен, Е.И. Маевский // Российский биомедицинский журнал. – 2007. – Т. 8. – С. 558-565.
3. Кармен Н.Б. Влияние Перфторана на кровоток при ишемических поражениях сосудистого генеза / Н.Б. Кармен, А. М. Закаров, И. Э. Лежнева, Е.И. Маевский // Российский биомедицинский журнал. – 2007. – Т. 8. – С. 566-572.
4. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов. / Лакин Г.Ф. – [4-е изд., перераб. и доп.]. – М. : Высшая школа, 1990. – 352 с.
5. Магомедов Х.М. Коррекция паравазальной микроциркуляции комплексной регионарной тромболитической терапией / Х.М. Магомедов, М.А. Магомедов, Р.Д. Мейланова // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – Т. 28, № 1-2. – С. 30-38.
6. Макаруч О.І. Діагностика ступеня інволютивних змін шкіри обличчя на ґрунті морфологічних критеріїв і за допомогою апарату «Light check-up» / О. І. Макаруч // Морфологія. – 2008. – Т. II, № 2. – С. 20-29.
7. Макаруч О.І. Патоморфологія шкіри обличчя у різних вікових категорій жінок із супутньою внутрішньою патологією / О.І. Макаруч // Морфологія. – 2009. – Т. III, № 4. – С. 34-42.
8. Мороз В.В. Применение Перфторана в клинической медицине / В.В. Мороз, Н.А. Крылов, А.Н. Кайдаш // Анестезиология реаниматология. – 1995. – № 6. – С. 12-17.
9. Мороз В.В. Влияние Перфторана на гемореологию и гемолиз у больных с тяжелой травмой и кровопотерей / В.В. Мороз, Л.В. Молчанова, Л.В. Герасимов // Общая реаниматология. – 2006. – Т. 2, № 1. – С. 5-11.
10. Орлов А.А. Влияние Перфторана на заживление мягких и костных ран у крыс / А.А. Орлов, А.С. Григорян, И.Г. Мариничева // Биомедицинский журнал. – 2004. – Т. 5. – С. 248-250.
11. Орлов А.А. Влияние кровезаменителей различных фармакологических групп на состояние системного кровотока у крыс при различных способах введения / А.А. Орлов, Н.Б. Кармен, И.Э. Лежнева // Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 5-8.
12. Петрова И.Н. Экспериментально-клиническое исследование Перфторана в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии / И.Н. Петрова, А.А. Орлов, В.П. Ипполитов, А.С. Григорян, А.И. Неробеев, С.Ф. Грицук, Е.И. Маевский, Н.Б. Кармен // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2004. – № 3/4. – С. 9-81.
13. Снедекор Д.У. Статистические методы в применении к исследованиям в сельском хозяйстве и биологии / Снедекор Д.У. [пер. с англ.]. – М. : Мир, 1961. – 262 с.
14. Усенко Л.В. Новые возможности и старые опасности инфузионно-трансфузионной терапии / Л.В. Усенко // Лікування та діагностика. – 1998. – № 4. – С. 42-45.
15. Bailey K. Systems as clusters / K. Bailey // Behav. Sci. – 1985. – Vol. 30, № 2. – P. 98-107.
16. McCarty M.L. Minimal incision facelift surgery / M.L. McCarty // Ophthalmol. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 18, № 20. – P. 305-310.
17. Toth B.A. Subperiosteal midface lifting: a simplified approach / B.A. Toth, S.P. Daane // Ann. Plast. Surg. – 2004. – Vol. 52, № 3. – P. 293-296.

УДК 617.54-001.45-089:614.2

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПУТЕМ МОДЕРНИЗАЦИИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

З.А. Салахов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат. В течение военных конфликтов на территории Азербайджанской Республики в 1992-1994 гг. в военно-полевой хирургической госпиталь № 1 поступило всего 694 раненных с повреждением грудной клетки, что составило 10,6% всех огнестрельных ранений. Частота ранений грудной клетки занимала второе место после ранений конечностей. Помимо обычных вооружений противник использовал и запрещенное оружие. 66,0% ранений были изолированными, а в 34,0% – множественными и сочетанными. В 36,5% раны были проникающими. Больные с проникающими ранениями были тяжело ранеными и у них наблюдались гемотораксы и пневмотораксы. Повреждение легких в 68,6% было вследствие ранений. При непроникающих ранениях причинами ухудшения состояний раненных явились контузии легких (31,4%). Во всех случаях при наличии гемотораксов и пневмотораксов плевральная полость дренирована, полученная кровь обратно перелита. Срочная торакотомия выполнена только в 21 случае при обильном кровотечении и напряженных пневмотораксах. Осложнения были отмечены в 10,1% (70 раненных). Летальность наступила у 35 раненных. Это составило 5,0% всех раненных и 50% осложнений. 547 раненные (78,8%) были эвакуированы в специализированные лечебные учреждения, где проведено комплексное лечение. В конечном итоге 82,0% раненных (569) возвращены в строй. 112 (легкораненные) возвращены в воинскую часть из передового госпиталя. Увольнения военнослужащих по состоянию здоровья составили 12,4% (86), общая летальность – 5,6% (39). Эти результаты получены путем улучшения медицинской помощи в догоспитальном этапе, максимальным приближением госпиталя к линии фронта, широкого использования авиатранспорта при эвакуации раненных и комплексного применения современных методов лечения и применения лечебно-диагностических алгоритмов.

Ключевые слова: травма грудной клетки, лечебная тактика.

В связи с появлением новых и высокоточных видов вооружений частота ранений грудной клетки увеличилась за счет сочетанных и множественных повреждений [1-8], поэтому для улучшения качества медицинской помощи и ее результатов требуется применение современных методов лечения путем модернизации и усовершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий. В этой связи во время военных конфликтов на территории Азербайджанской Республики в недавнем прошлом в передовом госпитале №1 применены современные лечебно-диагностические

алгоритмы в системе лечебно-эвакуационных мероприятий. Это дало возможность улучшить результаты квалифицированной хирургической помощи раненым, уменьшить осложнения и летальность.

Материал и методы

За период военных действий на территории Азербайджанской Республики в передовой госпиталь № 1 поступило 694 раненных с повреждениями грудной клетки, что составило 10,6% всех огнестрельных ранений. 34,0% ранений были множественными и сочетанными. В 36,5% ранения были проникающими в плевральную полость. По частоте ранения грудной клетки занимают второе место после огнестрельных ранений конечностей. В боях, кроме обычных вооружений, противником были применены и запрещенные, например стреловидные элементы, пластмассовые и нестабильные боеприпасы, что является нарушением Международных Гаагской и Женевской Конвенций.

Результаты и обсуждение

При непроникающих ранениях причиной ухудшения состояния пострадавших являлась контузия органов. В 42,2% случаев наблюдались гемотораксы, в 10,9% – пневмотораксы. Гемотораксы встречались при всех проникающих ранениях. Наблюдения гемотораксов при непроникающих ранениях были связаны с контузией легких, вследствие чего были внутриплевральные кровоизлияния.

В 15,8% случаев пневмотораксы сочетались с гемотораксами. В 12,5% случаев всех ранений установлены переломы ребер и других костей грудной клетки. Повреждения внутренних органов встречались в 53,2% (369) всех ранений грудной клетки, из них переломы грудного каркаса встречались в 21,9% (81) случаев. В среднем, из каждых 5 ранений с повреждениями внутренних органов у 1 наблюдались переломы.

Повреждения легких у 253 раненных (68,6%) были вследствие ранений, а в 116 случаях (31,4%) – вследствие контузии. При ранениях грудной клетки с наличием гемо- и пневмо-

торакасов кваліфікована хірургічна допомога заключалась в дренируванні плевральної порожнини загальноприйнятим способом. С цією метою введена верхня трубка служила для зменшення накопленого повітря в плевральної порожнини, а нижня трубка, наложена в VIII міжребер'є, носила функцію екстракції скопленої рідини (крові). Отримана з плевральної порожнини кров перелита назад. Загальний об'єм реінфузії коливався від 250-300 мл до 3-3,5 літрів, іноді і більше. У окремих поранених (в 16 випадках) загальний об'єм реінфузії досягав до 4 літрів і більше. При цьому основним показателем продовження реінфузії являлась стабільність гемодинаміки. Для запобігання фібринолітичних кровотечень застосовувалися препарати кальцію, переливалась свіжа кров і заморожена плазма. Таким чином ліквідовано дефіцит VIII антигемфільного фактора.

При неефективності консервативної терапії у 21 хворого проведена термінова торакотомія. З них поранення серця спостережено у 6, пошкодження легкого і бронхів – у 15, пошкодження міжреберних судин – у 5 осіб. Во всіх випадках зупинено кровотеча. В 8 випадках зашиті рани легкого, в 3 випадках проведена лобектомія. В 2 випадках виконано атипична сегментектомія. Всім пораним проведена первинна хірургічна обробка ран. При лікуванні огнестрільних поранень грудної клітки на етапах кваліфікованої хірургічної допомоги в 70 випадках спостережувалися різні ускладнення, що становило 10,2% всіх поранень грудної клітки. Сюди належать травматичний шок в 37, кровотечі в 11, асфіксія в 5 випадках. Нагноєння ран і гнійно-септичний процес спостережувалися у 17 пораних.

При асфіксії проведено термінову трахеостомію, напруження в плевральної порожнини урегульовано. По приводу 11 кровотечень у 4 пораних проведена реторакотомія, кровоточащий судин знайдено і прошито. Кровотечі з самої рани встановлено у 5 осіб і судин лігировано. У 2 пораних причиною кровотечі став фібриноліз, їм проведено консервативне лікування, застосовано препарати кальцію, заморожена плазма, свіжецитратна кров. При нагноєннях ран і гнійно-септичних ускладненнях застосовано комплексне лікування, включаючи антибіотики широкого спектра дії, інфузійно-трансфузійну терапію і т.п.

В результаті проведення комплексного лікування у 35 пораних відзначалися покращення, в

дальшому їм евакуйовано в спеціалізовані лікувальні заклади. В 35 випадках стався смертельний исход, що становило 5,0% всіх поранень грудної клітки і 50% всіх ускладнень. Причинами смерті в 26 випадках стався невідворотний шок, у 3 кровотечі, у 2 асфіксія. У 4 пораних смертельний исход на фоні гнійно-септичного процесу стався від поліорганної недостаточності.

78,8% (547) пораних після стабілізації гемодинаміки і покращення стану евакуйовано в спеціалізовані лікувальні заклади. При цьому їм додатково обліковано і їм застосовано відповідне лікування за показаннями.

Всі поранені, евакуйовані в спеціалізовані лікувальні заклади, були під наглядом в відношенні оцінки кінцевих результатів лікування. На спеціалізованому етапі лікування спостережувалися те чи інші види ускладнень у 99 пораних, що становило 18,0% всіх евакуйованих. Сюди належали гнійні плеврити (40), абсцеси легкого (12), плеврити з абсцесами легкого (6), остеомиєліти ребер або грудини (6), нагноєння ран (35). В 90 випадках (90,9%) ускладнення спостережувалися у важко пораних, що становило 43,9% всіх важко пораних. У окремих осіб з цієї групи пораних спостережувалося поєднання декількох ускладнень. Возобновлений травматичний шок у 16 пораних, безумовно, мали місце при погіршенні їх стану. У пораних середньої тяжкості ускладнення спостережувалися тільки в 9 випадках, що становило 9,1% всіх ускладнень і 4,6% всіх поранень середньої тяжкості. Сюди належали в основному нагноєння ран в 4, остеомиєліти ребер в 2, плеврити в 3 випадках. У легко пораних ускладнень не спостережувалося. Крім комплексного медикаментозного лікування в спеціалізованих лікувальних закладах, 72 пораним проведено те чи інші оперативні втручання, як повторні дренирування плевральних порожнин – 40, декортікація і плеврэктомія – 14, сегментектомія – 6, лобектомія – 12. В 4 випадках на даному етапі лікування (0,7%) на фоні гнійно-септичного процесу стався летальний исход від поліорганної недостаточності.

В загальному підсумку по пораненням грудної клітки ускладнення спостережувалися всього у 169 пораних, що становило 29,0%; загальна летальність становила 6,7% (39). Восстановлення боєздатності пораних по грудній клітці було 78,5% (457). 14,8% пораних (86) увільнилися від військової служби.

Починаючи з другої половини 1993 року з це-

люю улучшения качества оказанной медицинской помощи и ее результатов подготовлены лечебно-диагностические алгоритмы и применены в практике. Сюда относятся модернизация и усовершенствование догоспитального периода медицинской помощи, реорганизация квалифицированной хирургической помощи путем максимального приближения квалифицированной хирургической помощи к линии фронта в зависимости от боевой обстановки, комплексного применения современных методов лечения на этапах медицинской эвакуации и применение современного усовершенствованного диагностического алгоритма в системе лечебно-эвакуационных мероприятий, широкого использования авиатранспорта при эвакуации раненых в специализированных лечебных учреждениях.

Эти показатели в период 1992 г. и первой половины 1993 г. были гораздо ниже, чем во второй половине 1993 и 1994 г. в целом (см. табл.). Начиная со второй половины 1993 и 1994 г.г. осложнения уменьшились от 32,8% до 24,5%; летальность от 8,8% до 4,1%. Восстановление боеспособности повысилось от 72,9% до 85,3%, а увольнения военнослужащих по состоянию здоровья уменьшились от 18,3% до 10,6%, что определяет значение лечебно-диагностических алгоритмов примененных в практике.

З а к л ю ч е н и е

Ретроспективно анализируя данные и сравнивая их с мировыми показателями, следует сделать такое заключение, что результаты лечения огнестрельных ранений грудной клетки получены путем организации и улучшения догоспитального этапа медицинской помощи, максимального приближения квалифицированной хирургической помощи к линии фронта, широкого использования авиатранспорта при эвакуации раненых в специализированные лечебные учреждения и комплексного применения современных методов лечения на этапах медицинской эвакуации и исполь-

зования современного усовершенствованного диагностического алгоритма в системе лечебно-эвакуационных мероприятий. За период применения лечебно-диагностического алгоритма улучшились все показатели реабилитации раненых: осложнения уменьшились от 32,8% до 24,5%; летальность от 8,8% до 4,1%. Восстановление боеспособности повысилось от 72,9% до 85,3%, а увольнения военнослужащих по состоянию здоровья уменьшились от 18,3% до 10,6%.

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ КВАЛІФІКОВОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ НА ВОГНЕПАЛЬНЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ ШЛЯХОМ МОДЕРНІЗАЦІЇ І УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

З.А. Салахов

Реферат. Протягом військових конфліктів на території Азербайджанської Республіки за 1992-1994 р.р. у військово-польовий хірургічний госпіталь № 1 надійшло всього 694 поранених з пошкодженням грудної клітини, що склало 10,6% всіх вогнепальних поранень. Частота поранень грудної клітини займала друге місце після поранень кінцівок. Крім звичайних озброєнь противник використовував і заборонену зброю. 66,0% поранень були ізольованими, а в 34,0% – множинними та поєднаними. У 36,5% рани були проникаючими. Хворі з проникаючими пораненнями були важко пораненими і у них спостерігалися явища гемотораксу і пневмоторакси. Пошкодження легень у 68,6% було внаслідок поранень. При непроникаючих пораненнях причинами погіршення станів поранених з'явилися контузії легень (31,4%). У всіх випадках за наявності гемотораксів і пневмотораксів плевральна порожнина дрениувалася, отримана кров назад перелита. Термінова торакотомія виконана тільки в 21 випадку при рясному кровотечі. Ускладнення були відзначені в 10,1% (70 поранених). Летальність настала у 35 поранених. Це склало 5,0% всіх поранених і 50% ускладнень. 547 поранених (78,8%) були евакуйовані в спеціалізовані лікувальні установи, де проведено комплексне лікування. У кінцевому підсумку 82,0% поранених (569) повернені в лад. 112 (легкопоранені) повернуті у військову частину з передового госпіталю. Звільнення військовослужбовців за станом здоров'я склали 12,4% (86), загальна летальність – 5,6% (39). Ці результати отримані шляхом поліпшення медичної допомоги на догоспітальному етапі, максимальним

Таблиця

Результати кваліфікованої хирургической помощи раненым огнестрельными ранениями грудной клетки путем модернизации и усовершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий

Периоды оказания помощи	Осложнения	Летальность	Восстановление боеспособности	Увольнение	Всего
1992 г.	104	28	231	58	317
первая ½ 1993 г.	32,8	8,8	72,9	18,3	10,4
вторая ½ 1993 г.	65	11	226	28	265
1994 г.	24,5	4,1	85,3	10,6	10,7
Итого:	169	39	457	86	582
	29,0%	6,7%	78,5%	14,8%	

наближенням госпіталю до лінії фронту, широкого використання авіатранспорту при евакуації поранених і комплексного застосування сучасних методів лікування і застосування лікувально-діагностичних алгоритмів.

Ключові слова: травма грудної клітини, лікувальна тактика

WAYS OF THE IMPROVEMENT OF THE RESULTS OF QUALIFIED SURGICAL ASSISTANCE TO THE PATIENTS WITH CHEST WOUNDS BY MODERNIZATION OF THE SYSTEM OF TREATMENT-AND-EVACUATION MEASURES

Z.A. Salahov

Abstract. During the military conflicts on the territory of Azerbaijan Republic in 1992/94 years 694 wounded with a chest damage were brought to the field hospital №1 that made up 10.6% of the all gunshot wounds. According to their frequency chest wounds occupied the second place after injuries of extremities. Besides ordinary weapons prohibited weapons were used by the enemy. 66.0% of the wounded were isolated, 34.0% had multiple and multisystem traumas. In 36.46% of the wounds they were penetrated. In non penetrating wounds the cause of worsening the patients' condition was lung contusion (31.4%). In all cases hemothorax and pneumothorax of the plural cavity were drained and the obtained blood was retransfused. An emergency thoracotomy was performed only in 21 patients with profuse bleedings and tense pneumothoraxes. The complications were noticed in 10.1% of patients. The death rate made up 5.0% of all patients and 50% in the result of complications. 547 wounded (78.8%) were evacuated to specialized hospitals where they received complex treatment. As the result 82.0%

wounded (569) returned to the ranks. 112 patients returned to the military unit from the field hospital. 12.4% (86) patients were transferred to the reserve, the whole lethality made up 5.65 (39). These results were obtained by the improvement of medical assistance in pre-hospital treatment, maximum approaching of the field hospital to the front line, with the use of air transport during evacuation of the gunshot wounded and application of modern diagnostic algorithms in general practice.

Key words: thoracical trauma, treatment tactics

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г. Неотложная инфузионно-трансфузионная терапия массивной кровопотери // Гематол. и трансфузиол. – 1991. – № 2. – С. 8-13.
2. Добровольский С.Р. Кровотечение ран, причина летальности в торакальной хирургии // Хирургия. – 1994. – № 3 – С. 40-45.
3. Bellamy R.F. History of surgery for penetrating chest trauma // Chest Surg. Clin. N. Am. – 2000. – V. 10, № 1. – P. 55-70.
4. Collins J. Chest wall trauma // J. Thorac. Imaging. – 2000. – V. 15, № 2. – P. 112-119.
5. Ilic N., Petricevic A., Tanfara S., Mimica Z. War injuries to the chest // Acta Chir Hung. – 1999. – V. 38, № 1. – P. 43-47.
6. Jerjes-Sanchez C., Ramirez-Rivera A., Elizalde J.J. Intrapleural fibrinolysis with streptokinase as an adjunctive treatment in hemothorax and empyema: a multicenter trial // Chest. – 1996. – V. 109, № 6. – P. 1514-1519.
7. Salahov Z.A. Tactics of treatment in gunshot injuries in chest trauma – Azerbaijan Republic, Baku, 1997. – 12 p.
8. Velmahos G.C. Predicting the need for thoracoscopic evacuation of residual traumatic hemothorax: chest radiograph is insufficient // J. Trauma. – 1999. – V. 46, № 1. – P. 65-70.

УДК 616.921.5-022.6-06:616.24-008.64-08-039.35

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГРИППОМ А (H1N1)

И.А. Хрипаченко, Н.В. Кабанова, Е.А. Чебалина, С.В. Савенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Актуальность проблемы обусловлена высокой патогенностью вируса гриппа А (H1N1) в отношении легочного повреждения. Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов (28 мужчин) в возрасте от 19 до 77 лет. У 60% больных при поступлении в отделение интенсивной терапии клинически и рентгенологически диагностирована двусторонняя пневмония. Перевод в отделение интенсивной терапии осуществляли в соответствии с протоколом МЗ Украины (приказ № 832 от 13.11.2009 г.). Респираторную поддержку проводили с помощью стандартной оксигенотерапии, неинвазивной и контролируемой искусственной вентиляции легких. Для статистической обработки полученных результатов использовали программный пакет «STADIA». Клиническими проявлениями болезни были симптомы интоксикации, острая дыхательная недостаточность 2-3 степени. Неинвазивная вентиляция легких по сравнению с традиционной оксигенотерапией сопровождалась большим снижением частоты сердечных сокращений, обеспечивала значительное увеличение дыхательного объема и снижение частоты дыхания, улучшение параметров газообмена при сопоставимой частоте проведенных интубаций трахеи. Контролируемая искусственная вентиляция легких через интубационную трубку оказалась неэффективной. Клинические, рентгенологические, патоморфологические изменения у больных с гриппом-пневмонией А (H1N1) характерны для «испанского гриппа». Особенностью клинических проявлений тяжелой формы гриппа А (H1N1) у пациентов было наличие тяжелой острой дыхательной недостаточности и острой сердечно-сосудистой недостаточности. Проведение неинвазивной вентиляции легких в режиме PCV VNI является эффективным методом респираторной поддержки у пациентов с гриппом-пневмонией.

Ключевые слова: острая дыхательная недостаточность, грипп А (H1N1), неинвазивная искусственная вентиляция легких

Актуальность проблемы обусловлена ситуацией, создавшейся в мире относительно распространенности и высокой патогенности гриппа А (H1N1) [4, 11]. Грипп является инфекцией, периодически вызывающей пандемии, с охватом за период 9-10 месяцев 30% населения земного шара [3, 12]. H1N1 является подтипом вируса гриппа А. Штамм H1N1 гриппа А, известный под названием «свиной грипп», впервые был открыт в 1931 году американским ученым Ричардом Шоупом [3]. 11 июня 2009 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) официально сообщила о начавшейся пандемии гриппа А(H1N1)

[2]. Однако, несмотря на достаточно широкое распространение гриппа, осложненного пневмонией, в литературе уделено недостаточно внимания интенсивной терапии осложнений, обусловленных высокой патогенностью вируса в отношении легочного эндотелиального повреждения и формированием острой дыхательной недостаточности (ОДН) [8].

Цель исследования – обмен опытом интенсивной терапии осложнений (ОДН, обусловленной пневмонией), возникающих у пациентов гриппом А (H1N1).

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов (из них 28 мужчин) в возрасте от 19 до 77 лет ($39,3 \pm 3,6$ года), поступивших в инфекционное отделение интенсивной терапии (ОИТ) для взрослых ЦГКБ № 1 г. Донецка. Летальность составила 12,9%. Все пациенты обратились к врачу на $3,4 \pm 0,3$ день болезни и были госпитализированы в стационар на $5,3 \pm 0,4$ день в связи с прогрессирующей ОДН. Перевод в отделение интенсивной терапии осуществляли в соответствии с протоколом МЗ Украины (приказ № 832). Группой риска по тяжести течения заболевания и развитию осложнений считали пациентов в возрасте старше 60 лет (14%), с наличием хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы (13%), органов дыхания (4%), сахарного диабета (4%), избыточного веса (14%), клинических или лабораторных проявлений геморрагического синдрома. Диагноз гриппа устанавливали на основании характерной клинической картины и эпидемиологических данных. В качестве лабораторного подтверждения использовали методы rRT-PCR и парных сывороток.

При поступлении в ОИТ на основании клинических и рентгенологических данных диагностировали двустороннюю пневмонию (60% больных), правостороннюю пневмонию с поражением одной или двух долей (31% больных), левостороннюю нижнедолевую (9% больных) и отек легких (4% больных). У 4% больных выявлен двусторонний плеврит, при этом необходимость плеврального дрена-

жа отсутствовала, в связи с небольшим количеством выпота.

Все пациенты обследованы: биохимический анализ крови включал определение протромбинового индекса, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), концентрации фибриногена [7]. Подсчет количества эритроцитов проводили в камере Горяева, концентрацию гемоглобина определяли с помощью гемоглобинцианидного метода [5]. Выраженность одышки у пациентов оценивали по визуально-аналоговой десятибалльной шкале (ВАШ), где 0 – полное отсутствие одышки, 10 – максимальная степень удушья. Сатурацию кислорода определяли с помощью пульсоксиметра Oxy-Pulse. Частоту сердечных сокращений, дыхательных движений, артериальное давление и сатурацию O_2 на периферии, регистрировали при поступлении и каждые 1-2 часа. В зависимости от тяжести ОДН респираторную поддержку у пациентов с гриппом, осложненным пневмонией проводили с помощью оксигенотерапии, неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) и механической искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через интубационную трубку [2, 13]. Неинвазивную ИВЛ проводили с помощью полной лицевой маски вентилятором Taema Neftis ICU (Франция) в режиме PCV VNI [6, 9, 10]. Для статистической обработки полученных результатов использовали статистический пакет «STADIA».

Результаты и обсуждение

Все пациенты при поступлении находились в тяжелом состоянии, у 17% тяжесть состояния усугубилась декомпенсированной стадией токсико-инфекционного шока, у 4% – гипоксической энцефалопатией. Характерными жалобами пациентов при поступлении были симптомы интоксикации: слабость, в сочетании с головокружениями и обморочными состояниями, лихорадка, сочетающаяся с ознобом и умеренной потливостью, интенсивная головная и ретробульбарная боль на фоне бессонницы или галлюцинаций, фотофобия, интенсивность проявлений которых нарастала при движении глазных яблок. Картина неврологических симптомов при осложненном течении гриппа дополнялась признаками миалгии с локализацией боли в ногах и в поясничной области.

Проявлениями катарального синдрома у пациентов были цианоз и застойная гиперемия слизистой зева с геморрагиями, отек слизистой носовых раковин, затрудняющий дыхание через нос, скудная ринорея со слизистыми или сукровичными выделениями из носа.

Пациенты жаловались на чувство першения и сухость в глотке, саднение или боль за грудиной, а также мучительный надсадный неэффективный и малопродуктивный кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера или без отделения мокроты, одышку. При появлении влажного кашля пациенты выделяли гнойную мокроту с прожилками крови. В жалобах у 14% заболевших присутствовала диспепсия, проявляющаяся тошнотой, рвотой и жидким стулом.

У всех пациентов были признаки ОДН 3 степени, обусловленные воспалительными изменениями в легких (альвеолярный пневмонит): цианоз кожных покровов и видимых слизистых, одышка $27,4 \pm 1,1$ дыхательных движений в минуту, чувство нехватки воздуха, с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки и брюшного пресса, сатурация кислорода $90,8 \pm 0,9\%$. Аускультация легких выявляла хрипы, которые по своей характеристике напоминали крепитирующие. На высоте вдоха выслушивались влажные хрипы преимущественно в базальных отделах легких. В зависимости от характера возбудителя мы наблюдали у пациентов первичную (гриппозную) и вторичную (как правило бактериальную) пневмонию. Под первичной пневмонией понимали прямое вовлечение легких в патологический процесс, вызванный вирусом гриппа. Первичная пневмония развивалась у пациентов на второй-третий день от начала гриппа. Вторичная пневмония носила бактериальный характер и встречалась у 25% пациентов, развиваясь в конце первой и начале второй недели от момента заболевания гриппом. Вирус гриппа поражал эпителиальные клетки трахеи и бронхов, что способствовало адгезии микроорганизмов и последующей их инвазией в дыхательные пути. Характерной особенностью в развитии вторичной бактериальной пневмонии у пациентов, переносящих грипп, было усиление мучительного для пациентов кашля с ростом его продолжительности, на фоне вновь нарастающей интоксикации (повышение температуры тела, потоотделение, слабости). Пациенты жаловались на боль в грудной клетке, связанной с актом дыхания. Мокрота приобретала гнойный характер. Рентгенологическое исследование подтверждало диагноз. Наиболее частыми возбудителями пневмонии у пациентов были *Streptococcus pneumoniae* (48%), *Staphylococcus aureus* (19%) и штаммы резистентные к метициллину. Третье место среди патогенов, приводящих к развитию пневмонии, занимала *Haemophilus influenzae*.

У всех пациентов наблюдали тахикардию ($99,4 \pm 2,6$ в минуту), тенденцию к артериальной гипотонии ($AD_{\text{сист.}} - 106,2 \pm 3,6$ mmHg, $AD_{\text{диаст.}} - 66,5 \pm 3,2$ mmHg), низкое центральное венозное давление ($4,2 \pm 0,2$ cmH₂O). Клиническая картина острой недостаточности кровообращения проявлялась у 17% пациентов декомпенсированной стадией инфекционно-токсического шока, что требовало проведения гемодинамической поддержки сочетанием инфузионной терапии с вазоактивными (допамин, норадреналин) и инотропными препаратами (адреналин, добутамин) до достижения следующих целевых показателей гемодинамики: ЦВД – 8-12 cmH₂O, $AD_{\text{ср.}} - 65$ mmHg, диурез – 0,5 мл/кг/час, гематокрит – 30-35%).

При поступлении у пациентов отмечали лейкоцитоз $10,36 \pm 0,9$ Г/л со сдвигом влево (количество палочкоядерных нейтрофилов до $28,1 \pm 3,1\%$), количество сегментоядерных нейтрофилов составило $56,8 \pm 3,6\%$, лимфоцитов было $11,5 \pm 1,6\%$, моноцитов – $5,19 \pm 0,79\%$. Эозинофилия наблюдалась у 14% пациентов. Подтверждением наличия эндогенной интоксикации было увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до $5,8 \pm 0,4$, что свидетельствовало о реакции белой крови на интоксикацию, в то время как количество эритроцитов $4,16 \pm 0,09$ Т/л, гемоглобина $134,9 \pm 2,9$ г/л у пациентов менялось недостоверно. Увеличение СОЭ до $32,2 \pm 2,9$ мм/час, наряду с увеличением содержания фибриногена ($7,02 \pm 0,62$ г/л) расценивались как маркеры острого воспаления и повреждения.

Несмотря на клинические и патоморфологические проявления геморрагического синдрома, средние значения АЧТВ, при поступлении пациентов в ОИТ, составили $30,2 \pm 0,8$ сек, а протромбиновый индекс – $92,2 \pm 1,9\%$.

У всех пациентов наблюдали характерные рентгенологические изменения в легких. Они заключались в более частом двустороннем поражении, начинались с усиления легочного рисунка за счет интерстициального компонента в базальных сегментах нижних долей с умеренной инфильтрацией в области корней легких, с дальнейшим распространением в сторону верхушки легкого, вдоль висцеральной плевры, захватывая оба легких, с дальнейшим развитием очаговой инфильтрации. С развитием процесса очаги приобретали сливной характер, большей частью располагаясь в нижних сегментах легких. Характерным для изменений в легких было отсутствие границ инфильтрации в виде междолевой плевры, поэтому процесс распространялся на все легкое.

Обратное развитие воспалительных изменений в легких происходило медленно, начиная с верхних сегментов легких, происходила инволюция очаговой инфильтрации в крупноочаговую деформацию за счет интерстициального компонента легочной ткани.

У всех умерших пациентов наблюдали характерную патологоанатомическую картину. Она заключалась в гиперемии слизистой оболочки дыхательных путей, мелких кровоизлияниях в плевре, наличии катаральных, фибринозно-геморрагических, некротических бронхитов и бронхиолитов. Характерными изменениями в легких были также воспалительный отек с кровоизлияниями, захватывающими обширные участки легкого, с картиной красного опеченения, лейкоцитарной инфильтрацией межочечной ткани. Воспалительные изменения легочной ткани встречались в разном сочетании и соотношении (диффузная серозно-геморрагическая пневмония, сливная катаральная пневмония, фибринозно-геморрагическая пневмония, межочечная пневмония), приобретая пестрое сочетание всех указанных изменений, что давало картину воспаления легких, обозначаемую как «большое пестрое легкое» [1].

Комплексное лечение пациентов с тяжелой формой гриппа при развитии первичной вирусной пневмонии наряду с назначением противовирусных препаратов (Тамифлю® 150 мг 2 раза в день в течение 5-10 дней) и антибиотиков широкого спектра действия, включало применение адекватной респираторной поддержки. Показанием к применению которой считали неспособность пациентов к достаточной оксигенации, адекватной альвеолярной вентиляции, обусловленной первичным паренхиматозным поражением лёгких.

Пациенты с ОДН, нуждающиеся в респираторной поддержке, как правило, уже исчерпали свои компенсаторные механизмы, направленные на обеспечение адекватной вентиляции. Повышение резистентности дыхательных путей, снижение комплайенса легких, развитие динамической гиперинфляции вели к повышению нагрузки на аппарат дыхания, повышению работы дыхания, превышающей возможности силы и выносливости дыхательных мышц.

При поступлении, всем больным проводили инсуффляцию увлажненного O₂ с высоким потоком (10-15 л/мин) через маску с резервуаром различных конструкций с целью поддержания сатурации O₂ более 90%, а у больных группы риска более 94%.

Основными показаниями для начала НВЛ

считали отсутствие положительного ответа на ингаляцию кислорода, нарастание работы дыхания (нарастающая одышка в покое, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры), отсутствие эффекта от оксигенотерапии (сохраняющаяся гипоксемия с $SaO_2 < 90\%$), а также перед интубацией трахеи и переводом больного на контролируемый режим ИВЛ. Учитывали также факторы, влияющие на определение показаний к применению НВЛ и оценке ее эффективности: контактность пациента, сохранение у него ясного сознания и адекватной оценки, наличие хорошей синхронизации с респиратором, положительную динамику в процессе проведения НВЛ (уменьшение одышки, снижение работы дыхательных мышц, поддержание сатурации на уровне, превышающем 90%). После того, как пациент привыкал к маске, его подключали к респиратору, который имитировал его паттерн дыхания (спонтанный (поддерживающий) режим вентиляции). НВЛ проводили с параметрами положительного давления в конце выдоха 5 cmH_2O , максимального положительного давления в дыхательных путях 15 cmH_2O и $FiO_2 = 1$. О герметичности лицевой маски судили по разнице объемов вдоха и выдоха.

У 5% пациентов неинвазивную вентиляцию легких сочетали с ингаляцией лекарственных средств (ацетилцистеин, сальбутамол) через небулайзер с целью борьбы с неэффективным и непродуктивным кашлем, улучшения мукоцилиарного клиренса.

НВЛ считали неэффективной при сохранении акроцианоза, одышки более 40 в минуту, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, расстройстве газообмена ($SaO_2 < 88-92\%$). При нарушении сознания, рефрактерной гипертензии или гипотензии и тахикардии (более 120/мин), остром нарушении сердечного ритма и неэффективной НВЛ больным выставляли показания к проведению интубации трахеи и традиционной ИВЛ.

ИВЛ проводили в режиме CMV минутный объем вентиляции подбирали в зависимости от потребности больного (ощущение дыхательного комфорта, отсутствие борьбы с дыхательным аппаратом), ориентировочно для больного с массой тела 70 кг – 10-12 л/мин, дыхательный объем 5-7 мл/кг, положительное давление на выдохе 8-10 cmH_2O , давление плато до 30 cmH_2O , $FiO_2 = 1$. Синхронизацию пациента с респиратором осуществляли на фоне седативной терапии.

Проведение НВЛ считали противопоказанным у пациентов с выраженной гипоксемией, при остановке дыхания или наличии пара-

доксального дыхания, наличии нестабильной гемодинамики, невозможности обеспечения защиты дыхательных путей (нарушение кашля и глотания) и высоком риске аспирации, избыточной бронхиальной секреции, при нарушении сознания, неспособности пациента убрать маску с лица в случае рвоты, обструкция верхних дыхательных путей, дискомфорт от маски.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, на основании проведенного исследования можно обобщить, что отличительными особенностями гриппа А (H1N1) являются тяжелое течение, обусловленное развитием осложнения в виде вирусной пневмонии. НВЛ по сравнению с традиционной оксигенотерапией сопровождалась большим снижением частоты сердечных сокращений, обеспечивала значительное увеличение дыхательного объема и снижение частоты дыхания, улучшение параметров газообмена при сопоставимой частоте проведенных интубаций трахеи. Традиционная искусственная вентиляция легких оказалась неэффективной.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОЇ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЯКА ЗУМОВЛЕНА ГРИПОМ А (H1N1)

І.А. Хрипаченко, Н.В. Кабанова, О.А. Чебаліна, С.В. Савенко

Реферат. Актуальність проблеми зумовлена високою патогенністю вірусу грипу А (H1N1) щодо легеневого пошкодження. Під нашим наглядом знаходилося 48 пацієнтів (28 чоловіків) у віці від 19 до 77 років. У 60% хворих при надходженні до відділення інтенсивної терапії (ВІТ) клінічно та рентгенологічно діагностовано двобічна пневмонія. Перевід до ВІТ здійснювали згідно протоколу МОЗ України (наказ № 832 від 13.11.2009.). Респіраторну підтримку проводили за допомогою стандартної оксигенотерапії, неінвазивної та контролюємої штучної вентиляції легенів. Для статистичної обробки отриманих результатів використовували програмний пакет «STADIA». Клінічними проявами хвороби були симптоми інтоксикації, гостра дихальна недостатність 2-3 ступеня. Неінвазивна вентиляція легенів у зрівнянні з традиційною оксигенотерапією супроводжувалася більшим зниженням частоти серцевих скорочень, забезпечувала значне збільшення дихального об'єму та зниження частоти дихання, поліпшення параметрів газообміну при зіставлюваної частоті проведених інтубацій трахеї. Контролюєма штучна вентиляція легенів через інтубаційну трубку виявилася неефективною. Клінічні, рентгенологічні, патоморфологічні зміни у хворих на грип А (H1N1) – пневмонію характерні для «іспанського грипу». Особливістю клінічних проявів тяжкої форми грипу А (H1N1) у пацієнтів була наявність тяжкої гострої дихальної недостатності та гострої серцево-судинної недостатності. Проведення НВЛ у режимі PCV VNI є ефективним методом респіраторної підтримки у пацієнтів з грипом-пневмонією.

Ключові слова: гостра дихальна недостатність, грип А (H1N1), неінвазивна штучна вентиляція легенів

COURSE FEATURES AND INTENSIVE THERAPY OF ACUTE RESPIRATORY INSUFFICIENCY CAUSED BY AN INFLUENZA A (H1N1)

I.A. Khripachenko, N.V. Kabanova,
E.A. Chebalina, S.V. Savenko

Abstract. The actuality of the problem is determined by high pathogenicity of influenza virus A (H1N1) in lung injury. We investigate 48 patients (28 men) between the ages 19 and 77. In 60% of patients clinical and X-ray findings confirmed the diagnosis of bilateral pneumonia at the time of their admission to the intensive care unit (ICU). Transfer to the ICU was performed according to the Ukrainian Ministry of Public Health protocol (order № 832 13.11.2009.) The respiratory support was performed by the standard oxygen therapy, noninvasive and controlled mechanical ventilation. For the statistical analysis of the obtained results we used "STADIA" programmed package. The clinical manifestations of the disease were the following: signs of intoxication, acute respiratory insufficiency of 2-3 degrees. Noninvasive mechanical ventilation in contrast to traditional oxygen therapy was followed by the heart rate decrease and led to the significant increase of tidal air volume, respiratory rate decrease and improvement of the parameters of gas exchange with comparable rate of trachea intubations. Controlled mechanical ventilation through the intubation tube was ineffective. Clinical, X-ray and pathomorphological changes in patients with influenza pneumonia A (H1N1) are characteristic for "Spanish influenza". The clinical features of severe form of influenza A (H1N1) were acute respiratory and cardiovascular insufficiency. The noninvasive mechanical ventilation in the PCV VNI mode is the effective method of respiratory support in patients with influenza pneumonia.

Key words: acute respiratory insufficiency, influenza A (H1N1), noninvasive mechanical ventilation

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.И. Частная патологическая анатомия: Монография. – М.: Медгиз, 1947. – 355 с.
2. Временные методические рекомендации Минздравсоцразвития «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А/Н1N1»: Информационное письмо №24-0/10/1-5039 от 25 августа 2009 г.
3. Грицан А.И. Рекомендации по лечению гриппа (H1N1) 2009 и его осложнений: Информационное письмо. – Красноярск, 2009. – 11 с.
4. Казаков В. Н., Шлопов В. Г. Грипп (H1N1) 2009, «свиной грипп»: пандемия. Первые итоги и перспективы развития: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – 196 с.
5. Камышников В. С. О чем говорят медицинские анализы: Справочное пособие. – М.: «Медпресс-информ», 2005. – 176 с.
6. Кассиль В. Л., Лескин Г. С. Современные методы искусственной и вспомогательной вентиляции легких // Анестезиология и реаниматология. – 1994. – № 3. – С. 3-6.
7. Корячкин В. А., Страшнов В. И., Чуфаров В. Н. Клинические функциональные и лабораторные тесты в анестезиологии и интенсивной терапии: Монография. – СПб.: С-Пб мед. из-во, 2001. – 143 с.
8. Лакс Э. М. Краткий обзор терапий спасения в отношении синдрома острой дыхательной недостаточности, вызванного инфекцией гриппа H1N1. <http://www.thoracic.org/sections/clinical-information/critical-care/salvage-therapies-h1n1/pages/overview.html>.
9. Brower, R. G., A. Morris, N. MacIntyre, M. A. Matthay, D. Hayden, T. Thompson, T. Clemmer, P. N. Lanken and D. Schoenfeld. Effects of recruitment maneuvers in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome ventilated with high positive end-expiratory pressure // Crit Care Med. – 2003. – Vol. 31, № 11. – P. 2592-2597.
10. Buedo, G., A. Bruhn, G. Hernandez, G. Rojas, C. Varela, J. C. Tapia, and L. Castillo. Lung computed tomography during a lung recruitment maneuver in patients with acute lung injury// Intensive Care Med. – 2003. – Vol. 29, № 2. – P. 218-225.
11. Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: initial guidance. 21 May 2009, http://www.emro.who.int/csr/h1n1/pdf/clinical_management_21_5_2009.pdf
12. Gattinoni L., P. Caironi, M. Cressoni, D. Chiumello, V. M. Ranieri, M. Quintel, S. Russo, N. Patroniti, R. Cornejo, and G. Buedo. Lung recruitment in patients with the acute respiratory distress syndrome // N Engl J Med. – 2006. – Vol. 354, № 17. – P. 1775-1786.
13. Gray A., Goodacre S., Newby D.E. et al. Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema// N Engl J Med. – 2008. – Vol. 10, № 359. – P. 142-151.
14. Grocott M. P., D. S. Martin, D. Z. Levett, R. McMorrow, J. Windsor and H. E. Montgomery// Arterial blood gases and oxygen content in climbers on Mount Everest // N Engl J Med. – 2009. – Vol. 360, № 2. – P 140-149.

УДК 616.37-006.31

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ*О.Є. Каніковський, Ю.П. Гнатюк, В.В. Мосьондз, О.В. Росохай**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Реферат. Проведений аналіз хірургічного лікування 387 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту. Обструктивний панкреатит діагностовано у 80,4%, фіброз підшлункової залози у 10,0%, калькульозний панкреатит у 9,6%. Розглянуті питання внутрішньої декомпресії системи проток підшлункової залози. Зроблено висновки про доцільність органозберігаючого напрямку у хірургічному лікуванні панкреатичної гіпертензії.

Ключові слова: хронічний панкреатит, панкреатична гіпертензія, хірургічне лікування.

Панкреатична гіпертензія є однією із ключових етіопатогенетичних ланок клінічних виявів і розвитку ускладнень у хворих на хронічний панкреатит. Стійкий больовий синдром, який пов'язаний з компресією панкреатичних проток різного діаметру і розвитком панкреатичного компартменту, з наступною дилатацією і розгерметизацією системи вивідних проток підшлункової залози з формуванням кіст і нориць вимагає застосування поряд з консервативними засобами, декомпресійних хірургічних втручань.

Мета

Покращити результати лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений панкреатичною гіпертензією, шляхом оптимізації хірургічної корекції.

Матеріал та методи

В хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 1979-2009 р.р. (30 років) знаходилося на лікуванні 387 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту. Серед обстежених було 295 (76,2%) чоловіків і 92 (23,8%) жінок. Середній вік склав $46,8 \pm 12,5$ років. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації (1989) кальцифікуючий хронічний панкреатит діагностовано у 37 (9,6%) хворих, обструктивний – у 311 (80,4%), фіброз підшлункової залози – у 39 (10,0%). Із анамнезу, напад гострого панкреатиту протягом останніх 10 років перед госпіталізацією констатували у 129 (33,3%) хворих. Ознаки органічного дуоденостазу діагностували у 277 (71,6%) хворих.

Результати та обговорення

Всі хворі були оперовані. Показами до

хірургічної корекції були кісти підшлункової залози (однокамерна кіста – 103, багатокамерна кіста – 71, множинні кісти підшлункової залози – 29, полікістоз підшлункової залози – 5), дилатація головної панкреатичної протоки (83), панкреатичні нориці (зовнішні – 51, панкреато-плевральні – 6), фіброз підшлункової залози з вираженим больовим синдромом (39).

Із діагностичних методів, найбільш інформативними були спіральна комп'ютерна томографія і ультрасонографія з денситометрією підшлункової залози. У хворих на панкреатичні нориці інформативною була фістулографія і визначення рівня амілази у виділеннях із нориці або у плевральному ексудаті.

Оперативне лікування кіст підшлункової залози полягало у застосуванні однієї із методик внутрішнього або комбінованого дренивання. Розміри і обсяг кіст, які визначалися за результатами інструментального обстеження, коливалися від 5 до 30 см у найдовшому вимірі і обсягом від 50 до 4000 мл. Інтраопераційно визначали тиск у порожнині кісти шляхом її пункції і вичислення рівня у міліметрах водного стовпчика (mmH_2O), який коливався від 180 до 375 mmH_2O . Крім того, визначали рівень амілази вмісту кісти, який склав від 512 до 65536 од. за Вольгемуттом.

У 8 хворих, яким було виконано ізольоване зовнішнє дренивання кісти підшлункової залози в інших лікувальних закладах, були сформовані зовнішні панкреатичні нориці, які потребували хірургічної корекції. У 47 хворих кіста ускладнилася нагноєнням, ще у 8 – кровотечею у просвіт кісти.

Внутрішня декомпресія кісти шляхом формування цисто-єюностомії виконана у 185 хворих, серед яких анастомоз за Roux сформовано у 39, з заглушкою привідного відділу за О.О. Шалімовим і формуванням міжкишкового анастомозу – у 146. У 62 хворих внутрішню декомпресію кісти комбінували із зовнішньою шляхом підведення дренажів у просвіт кісти через контрапертуру у лівій поперековій ділянці (17) або через підвісну ентеростому за Вітцелем на рівні відвідної

петлі тонкої кишки за опрацьованою в клініці методикою (45). Підведення зовнішніх дренажних пристроїв у просвіт кісти дозволяє проводити етапні санації порожнини і контролювати надійність гемостазу при кровотечах у просвіт кісти. Черездренажна фістулографія в післяопераційному періоді дозволяє визначати прохідність цистоентероанастомозу, динаміку спадіння стінок кісти і рівень гіпертензії у просвіті кісти. Ускладнений перебіг патології не вважали протипоказом до використання однієї із методик внутрішньої декомпресії. У 5 хворих цистоєюностомію доповнювали розширенням анастомозу на дилатований проксимальний відділ головної панкреатичної протоки. У 3 хворих на ретропанкреатичну кісту був сформований анастомоз між кістою і панкреатичною протокою і повздожня панкреатоєюностомія. У 7 хворих виконали резекцію підшлункової залози з кістою.

При локалізації кісти у голівці підшлункової залози у 11 хворих був сформований антирефлюксний цистодуоденоанастомоз. Ще у 3 хворих при множинних кістах з їх локалізацією у різних відділах підшлункової залози були сформовані цистоєюно- і цистодуоденоанастомози. При багатокамерних кістах підшлункової залози обов'язковою умовою було об'єднання всіх камер перед формуванням анастомозу. У 5 хворих на полікістоз підшлункової залози виконали корпорокаудальну резекцію і формування цистоєюноанастомоза після об'єднання кіст. На нашу думку, органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань є основною в хірургії хронічного панкреатиту, що дозволяє не тільки частково відновити зовнішньосекреторну активність підшлункової залози, але і максимально зберегти інкреторну функцію органу. Необхідно відзначити, що у 37 (17,8%) хворих кісти підшлункової залози були ускладненні біліарною гіпертензією, що потребувало інтраопераційної корекції: антирефлюксний холедоходуоденоанастомоз – 19, холедохоєюноанастомоз – 7, гепатікоєюноанастомоз – 11.

Післяопераційні ускладнення виникли у 26 (12,5%) хворих, серед яких найважчими були арозивна кровотеча у 3 з 1 летальним випадком і післяопераційний панкреатит у 4 з 1 летальним випадком. У 2 хворих протягом першого місяця наступила реканалізація заглушеного привідного відділу тонкої кишки і інфікуванням порожнини кісти, що потребувало виконання повторної операції з переведенням за Roux. Ще 5 хворих померли у післяопераційному періоді: тромбоемболія легеневої артерії – 3, інфаркт міокарда – 2.

Загальна післяопераційна летальність склала 3,4%.

При розширенні панкреатичної протоки і вираженому больовому синдромі у 83 хворих виконували повздожня панкреатоєюностомію (72) і панкреатоєюностомію за Frey (11). Інтраопераційно при пункції визначали тиск у панкреатичній протоці, який коливався від 180 до 360 mmH₂O. У 4 хворих після формування повздожньої панкреатоєюностомії виник стеноз анастомозу, що потребувало повторної хірургічної корекції. Натомість після виконання методики за Frey таких ускладнень не було. У 57 хворих анастомоз формували однорядним швом, у 26 – дворядним. Проте, часткова неспроможність анастомозу виникла в 1 (3,8%) випадку при формуванні дворядним швом, яка не потребувала повторної операції і нориця закрилась після консервативного лікування. Анастомоз формували на довгій петлі з заглушкою привідного відділу за О.О. Шалімовим і формуванням міжкишкового анастомозу у 49 (59,0%) і за Roux – у 34 (41,0%). Натомість, можливість реканалізації привідної петлі, на нашу думку, свідчить про доцільність більш широкого застосування методики Roux. У 9 хворих з діагностованим папілостенозом була виконана ендоскопічна папілотомія. Натомість в жодному випадку папілотомія не ліквідувала панкреатичну гіпертензію. Загалом, у 6 (7,2%) хворих у післяопераційному періоді виникли ускладнення, найважчим з яких була арозивна кровотеча у 2 пацієнтів, з яких загинув 1. Ще у 3 розвинулися ознаки післяопераційного панкреатиту, який був успішно пролікований консервативно.

Однією із найважчих груп, в плані виконання хірургічної корекції, були хворі на нориці підшлункової залози (57). Зовнішні нориці (51) були сформовані після зовнішнього дренивання кісти підшлункової залози (35), після операцій з приводу гострого некротичного панкреатиту (8), після травми підшлункової залози (14). Тривалість захворювання на норицю коливалася від 2 до 8 років. Резекцію хвоста підшлункової залози з норицею виконали у 5 хворих, корпорокаудальну резекцію – у 2, резекцію тіла – у 2 пацієнтів. Рецидив нориці виник у 1 хворого. При поєднанні зовнішньої панкреатичної нориці з дилатацією панкреатичної протоки (19) виконували панкреатоєюностомію за Frey. У 12 хворих ця методика поєднувалася з висіченням норицевого ходу, проте у 7, яким норицевий хід не видаляли, нориця закрилась самостійно. 10 хворим, у яких

панкреатична протока не була розширена, виконано висічення нориці до підшлункової залози з формуванням панкреатоєюностомії на виключеній петлі. Ще у 11 хворих, в зв'язку з технічними особливостями інтраопераційної ситуації, був сформований панкреатофістулоєюноанастомоз на виключеній петлі. Протягом перших 5 років після операції у 2 (18,2%) виникла кіста підшлункової залози, що потребувало повторної корекції, в той час як після панкреатоєюностомії таких ускладнень не було. У 9 хворих, коли панкреатична нориця поєднувалася із гнійною порожниною, було виконано некректомію і додаткове дренування гнійної порожнини. У 6 (66,6%) хворих нориця закрилася, проте 3 пацієнтів потребували повторної планової корекції.

У 6 хворих були внутрішні панкреатоплевральні нориці. У 5 випадках норицевий хід відкривався в ліву плевральну порожнину, у 2 випадках з яких були сформовані панкреатобронхіальні нориці (у 1 хворого в поєднанні із зовнішньою панкреатичною норицею). У 1 хворого норицевий хід через заднє середостіння відкривався в праву плевральну порожнину. У всіх хворих дефект панкреатичної протоки був на рівні тіла підшлункової залози. У 5 хворих була сформована панкреатоєюностомія за Frey з відключенням нориці. У 1 хворого в зв'язку з важкістю стану, обмежилися розкриттям піддіафрагмального абсцесу, роз'єднанням нориці і її зовнішнім дренуванням. У всіх хворих в післяопераційному періоді виникли легеневі ускладнення (плеврит, пневмонія). Померла 1 хвора від легеневих ускладнень.

39 хворим з діагностованим фіброзом підшлункової залози з вираженим больовим синдромом були виконані оперативні втручання на вегетативній нервовій системі (31) (задньостовбурова ваготомія, хімічна невротомія). Проте ефективність цих методик (зменшення больового синдрому) була підтверджена протягом перших 3 місяців у 9 (29,0%) хворих, а протягом одного року тільки у 2 (6,5%) хворих констатували зменшення больових відчуттів. У 8 пацієнтів була виконана панкреатоєюностомія за Frey, що призвело у 5 (62,5%) хворих до клінічного покращення протягом першого року післяопераційного періоду.

З а к л ю ч е н н я

Таким чином, хірургічна корекція панкреатичної гіпертензії вимагає індивідуального підходу до кожного окремого клінічного випадку. Основними критеріями ефективності

хірургічного втручання у цієї групи хворих, на нашу думку, є органозберігаючий підхід з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

О.Е. Каниковский, Ю.П. Гнатюк, В.В. Мосьондз, А.В. Росохай

Реферат. Проведен анализ хирургического лечения 387 больных с осложненными формами хронического панкреатита. Обструктивный панкреатит диагностирован у 80,4% больных, фиброз поджелудочной железы – у 10,0%, калькулезный панкреатит – у 9,6%. Рассмотрены вопросы внутренней декомпрессии протоковой системы поджелудочной железы. Сделаны выводы о целесообразности органосохраняющего направления в хирургическом лечении панкреатической гипертензии.

Ключевые слова: хронический панкреатит, панкреатическая гипертензия, хирургическое лечение.

SURGICAL CORRECTION OF PANCREATIC HYPERTENSION AT THE COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

O.E. Kanikovsky, Yu.P. Gnatyuk, V.V. Mosondz, A.V. Rosokhay

Abstract. Analysis of surgical treatment of 387 patients with the complicated forms of chronic pancreatitis was carried out. Obstructive pancreatitis was diagnosed in 80,4% patients, pancreatic fibrosis – at 10,0%, calculous pancreatitis – at 9,6%. Questions of the internal decompression of the ducts system of the pancreas were discussed. Conclusions about expediency of organ preserve direction in the surgical treatment of pancreatic hypertension was made.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic hypertension, surgical treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов О.І., Крючина Є.А., Горлач А.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози // Хірургія України. – 2008. – № 2 (26). – С. 79-87.
2. Копчак В.М., Хом'як І.В., Чевердюк Д.А., Копчак К.В., Зелинский А.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1. – С. 124-125.
3. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J. L. Diseases of the Pancreas. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 949 p.
4. Buchler M. W., Uhl W., Malfertheiner P., Sarr M.G. Diseases of the Pancreas. – Karger AG, 2004. – 212 p.
5. Forsmark C.E. Pancreatitis and Its Complications. – Humana Press Inc., 2005. – 338 p.
6. Mortelet K. J., Wiesner W., Intriere L., Shankar S. A Modified CT Severity Index for Evaluating Acute Pancreatitis: Improved Correlation with Patient Outcome // Am J Roentgenol. – 2004. – № 183 (5). – P. 1261-1265.
7. Voss M, Pappas T. Pancreatic fistula. Curr Treat Options // Gastroenterol. – 2002. – № 5. – P. 345-353.
8. Li-Ling J, Irving M. Somatostatin and octreotide in the prevention of postoperative pancreatic complications and the treatment of enterocutaneous pancreatic fistulas: a systematic review of randomized, controlled trials // Br J Surg. – 2001. – № 882. – P. 190-199.

УДК 61:621.397.13/.398

ПОШИРЕНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ РАЙОНІВ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Т.В. Попова, А.В. Владзимирський

НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

Реферат. Мета даної роботи полягала у виявленні рівня порушень постави серед дітей та підлітків по районах Донецької області. Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження на порушення постави дітей та підлітків, що мешкають у різних районах Донецької області. Обстеження проводилося за спеціально розробленою методикою у шести селах Мар'їнського району, в двох селах та в одному с.м.т. Володарського району та в трьох селах Олександрівського району. Всі стани, що були виявлені, ми розподілили на три групи. Групи формувались в залежності від вираженості порушення постави. Результати проведених обстежень у різних районах Донецької області, що мають різні соціально-економічні, екологічні показники, дали можливість говорити про практично однаковий рівень захворюваності дитячих контингентів на порушення постави.

Ключові слова: постава, захворюваність, діти, соціо-екологічні фактори

В теперішній час захворювання опорно-рухового апарату входять до групи найбільш розповсюджених в сучасному суспільстві захворювань та мають назву «хвороби цивілізації» [4]. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5-6 осіб з тисячі це сколіоз. Відповідно до існуючих вимог при огляді призовників непридатними до військової служби були визнані 62% осіб призовного віку. Із них причиною непридатності були захворювання опорно-рухового апарату, що складала 78%, з яких на сколіоз припадало 44,4% [2, 5]. У США впродовж 7 років було оглянуто 1 473 697 дітей у віці 12-14 років. Сколіоз був підтверджений в 1,1% випадків, а 3,4% хворих потребували більш детального обстеження [7]. У північній Норвегії сколіоз виявлено у 1,3% дитячого населення [8].

Таким чином, дослідження, що були проведені в Україні та за кордоном, показали, що сколіоз є найбільш частим захворюванням з усіх уражень опорно-рухової системи (ОРС) серед дитячого населення. Враховуючи ці дані, цей клас хвороб виступає як ведуча медико-соціальна проблема в світі та на Україні.

Мета даної роботи полягала у виявленні загальних закономірностей формування рівня порушень постави серед дітей та підлітків по районах Донецької області.

Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження на порушення постави дітей та підлітків, що мешкають у різних районах Донецької області. Ці райони відрізнялись за кліматичними, екологічними, соціально-економічними умовами, мірою техногенного завантаження, видом діяльності мешканців населених пунктів цих районів, а саме індустріального чи аграрного профілю.

За даними літератури [1], всі три райони, в яких проводилося обстеження, відносяться до різних природно-ландшафтних районів Донецької області. Саме це визначає кліматичні та екологічні особливості, а також міру господарчого освоєння території. Так, Мар'їнський район відноситься до центрально-кряжного природно-ландшафтного району Донецької області, Володарський – до приморсько-степового району й Олександрівський – до північно-степового району.

Північно-степовий район характеризується найбільш сприятливими кліматичними умовами. Олександрівський район відноситься до зони низької антропогенесії, яка практично не має великих джерел забруднення природного середовища. Це говорить про те, що ступінь господарчого освоєння території людиною нижче за середньообласний. Менш сприятливі кліматичні умови склалися в центрально-кряжному районі. Мар'їнський район відноситься до зони високої антропогенесії, де ступінь господарчого освоєння території дуже високий, що несприятливо віддзеркалюється на екологічному середовищі. На всій території центрально-кряжного району панують різні варіанти антропогенних ландшафтів – промислово-житлових (близько 25% площі), сільськогосподарських (50%), а також ландшафтів промислового й побутового забруднення (більше 20% від всієї території України). Таким чином, природно-кліматичні умови мешкання населення в центрально-кряжному районі можуть бути оцінені як несприятливі та небезпечні для здоров'я людини.

Найбільш екстремальними та небезпечними для здоров'я населення, є природно-кліматичні умови приморсько-степового району. Близько

15% площі знаходяться під населеними пунктами, промислово-господарськими об'єктами і гірничодобувними підприємствами. Не менше 10% території зайнято ландшафтами промислового й побутового забруднення. Таким чином, Володарський район відноситься до зони високої антропогенезу [1].

Райони, в яких проводилося обстеження, мають різний рівень економічного розвитку, що визначає соціально-економічний рівень людей, які мешкають в них. До територій найбільшого соціально-економічного благополуччя населення відноситься Олександрівський район. Найменш сприятливі соціально-економічні умови склалися в Мар'їнському районі. Населені пункти Володарського району відрізнялися за економічними параметрами від таких інших районів тим, що селище міського типу (сmt.) Володарське є районним центром і має найвищий рівень соціально-економічних умов проживання населення серед всіх населених пунктів.

Матеріал та методи

Обстеження проводилося у шести селах Мар'їнського району, в двох селах та в одному сmt. Володарського району та в трьох селах Олександрівського району. Всього у Мар'їнському районі було обстежено 873 школяра у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 433, дівчат 440. У Володарському районі було обстежено 848 школярів у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 409 чоловік, дівчат 439. В селах Олександрівського району було обстежено 282 школяра у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 143, дівчат 139.

Для проведення обстеження на базі КЛПЗ «Обласна травматологічна лікарня м. Донецька» було створено мобільні досліджувальні групи (МДГ), що були оснащені оптимальним апаратно-технологічним комплексом (АТК) з телемедициними функціями для проведення дистанційних телемедицичних консультацій дитячих контингентів віддалених населених пунктів для виявлення патології постави [6]. Обстеження проводилося за спеціально розробленою методикою [3].

Аналізуючи всю сукупність порушень постави, що виявлені за нашою методикою, було виділено три групи дітей. Перша група – це діти, що не мали ніяких проявів порушень з боку ОРС. До другої, теледиспансерної групи, відносили дітей з неоднорідними станами, що потребували принципово різних підходів. До моніторингової підгрупи відносили школярів, зміни ОРС яких були на рівні машинної похибки. Всю сукупність порушень постави у даному випадку неможливо достовірно віднести

до таких, що є початком розвитку патології чи є проявом супутніх станів, таких як стресовий стан, відчуття холоду, психологічні фактори. Ця підгрупа за тактикою ведення не відрізнялася від першої групи. Але при повторних поглиблених обстеженнях рекомендовано звернути додаткову увагу на розвиток цих порушень постави.

Друга, амбулаторна підгрупа теледиспансерної групи для нас була найважливішою. Саме до цієї підгрупи входили діти з порушеннями постави, що за протоколами SOSORT мають проходити амбулаторне лікування. Головна мета при веденні дітей амбулаторної підгрупи – це збереження повноцінності функцій ОРС та запобігання погіршення стану. З цього приводу нас цікавили закономірності формування цієї групи дітей по районах Донецької області.

До шпитальної підгрупи відносилися діти з вираженими змінами ОРС, що потребували негайного лікування в умовах ОТЛ.

Результати та обговорення

Таким чином, в Мар'їнському районі було обстежено 873 школяра у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 433, дівчат 440. Це складає 9,2% від загальної чисельності дитячого населення в районі та 28,7% дитячого населення, що мешкає в селах.

Вході обстеження, в цьому районі, до першої групи було віднесено 338 школярів (39%), хлопців 151, дівчат 187. На теледиспансерний облік було взято 535 школярів (61%), 282 хлопця і 253 дівчини. З них до моніторингової підгрупи було віднесено 374 школяра (43%), хлопців 182 та 192 дівчини. До амбулаторної підгрупи було віднесено 150 школярів (17%), хлопців 92 та 58 дівчат. До шпитальної підгрупи було віднесено 11 школярів (1%), з них 8 хлопців та 3 дівчини (рис. 1).

Усього у Володарському районі було обстежено 848 школярів у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 409 та дівчат 439. Це складає 22,6% від загальної чисельності дитячого населення в районі та 31,9% дитячого населення, що мешкає в селах.

В ході обстеження до першої групи було віднесено 320 школярів (38%), 141 хлопець та 179 дівчат. На теледиспансерний облік було поставлено 528 школярів (62%), хлопців 268, дівчат – 260. З них до моніторингової підгрупи було віднесено 305 школярів (36%), 137 хлопців та 168 дівчат. До амбулаторної – 221 школяр (26%), хлопців 129 та 92 дівчини. До шпитальної підгрупи було віднесено 2 хлопця (<1%), серед дівчат випадків, що потребували віднесення до шпитальної підгрупи, виявлено не було (рис. 2).

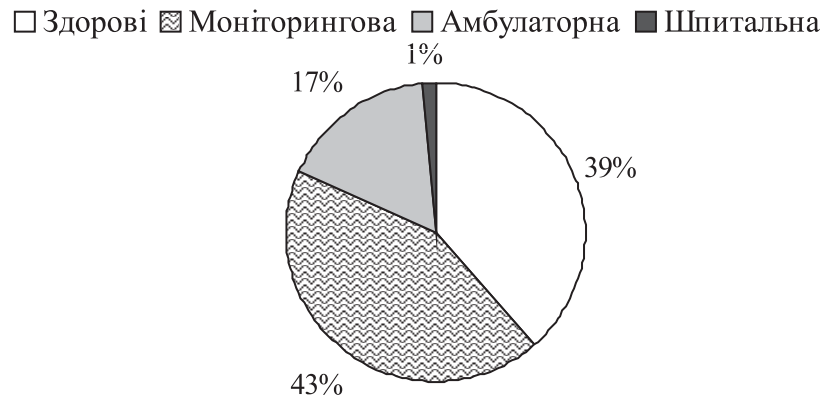


Рис. 1. Розподіл кількості дітей по групах у Мар'їнському районі

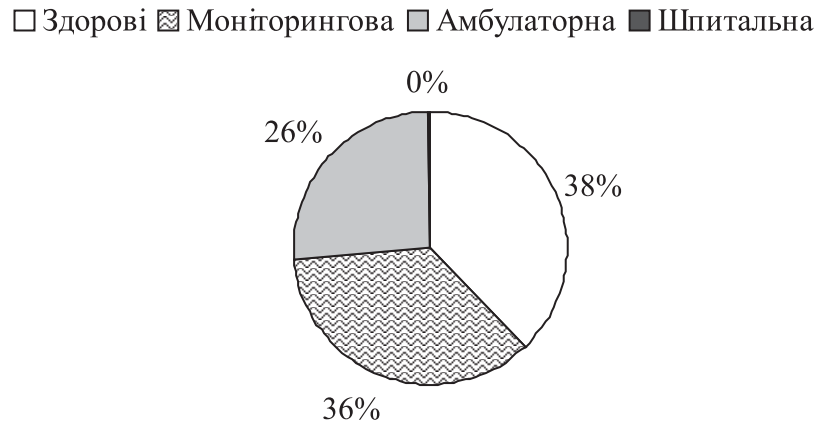


Рис.2. Загальне співвідношення груп, що виявлені при обстеженні по Володарському району

В селах Олександрівського району було обстежено 282 школяра у віці від 7 до 17 років, з них хлопців 143 та дівчат 139. Це складає 12,9% від загальної чисельності дитячого населення в районі та 17% дитячого населення, що мешкає в селах.

В ході обстеження до першої групи було віднесено 123 школяра (44%), 57 хлопців та 66 дівчат. На теледиспансерний облік було поставлено 159 школярів (56%), хлопців 86, дівчат – 73. З них до моніторингової підгрупи було віднесено 109 школярів (39%), хлопців 58 та 51 дівчина. До амбулаторної підгрупи було віднесено 49 школярів (17%), хлопців 28 та 21 дівчина. До шпитальної підгрупи було віднесено 1 дівчину (<1%), серед хлопців випадків, що потребували віднесення до шпитальної підгрупи, виявлено не було (рис. 3).

Показники захворюваності на порушення постави, за даними медичного огляду (далі захворюваність), що були виявлені по районах Донецької області, мали вельми варіабельні значення.

Теледиспансерна група має показники 612,82 на 1000 дитячого населення в Мар'їнському районі, 622,64 на 1000 дитячого населення у Володарському та 563,82 на 1000 дитячого населення в Олександрівському районі.

Підгрупи, що входили до теледиспансерної групи мали різні показники. В Мар'їнському районі моніторингова підгрупа має показники 428,4 на 1000 дитячого населення, хлопців 208,47 на 1000 дитячого населення, дівчат 219,93 на 1000 дитячого населення. У Володарському районі – 359,66 на 1000 дитячого населення, хлопців 161,55 на 1000 дитячого населення, дівчат 198,11 на 1000 дитячого населення. В Олександрівському районі – 386,52 на 1000 дитячого населення, хлопців 180,85 на 1000 дитячого населення, дівчат 205,67 на 1000 дитячого населення.

Показники захворюваності дитячого населення на порушення постави, які були віднесені до амбулаторної підгрупи, мають

□ Здорові ▨ Моніторингова □ Амбулаторна ■ Шпитальна

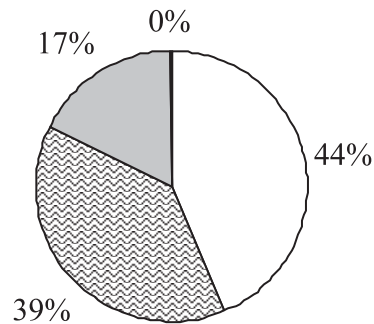


Рис. 3. Загальне співвідношення груп, що виявлені при обстеженні по Олександрівському району

вельми високі значення. Так, у Володарському районі вони мають найвищий рівень і складають 260,61 на 1000 населення, хлопців 152,12 на 1000 дитячого населення, дівчат 108,49 на 1000 дитячого населення. В Олександрівському та Мар'їнському районах вони нижчі. В Мар'їнському районі підгрупа амбулаторного спостереження має показники захворюваності на порушення постави 171,82 на 1000 дитячого населення, хлопців 105,38 на 1000 дитячого населення, дівчат 66,43 на 1000 дитячого населення. В Олександрівському районі – 173,75 на 1000 дитячого населення, хлопців 99,29 на 1000 дитячого населення, дівчат 74,46 на 1000 дитячого населення. Захворюваність дитячого населення на порушення постави по районах Донецької області, що вимагає термінового шпитального лікування, склала по Мар'їнському району 12,6 дітей на 1000 населення, серед хлопців 9,16 та серед дівчат 3,44 на 1000 населення. По Володарському району всього випадків 2,35 на 1000 населення, з них серед хлопців 2,35 на 1000 населення, серед дівчат виражених змін ОРС виявлено не було.

По Олександрівському району випадків, що було віднесено до шпитальної групи, виявлено всього 3,54 на 1000 населення, серед хлопців виражених змін ОРС виявлено не було, серед дівчат 3,54 випадків на 1000 населення.

Ми порівнювали відсоткове співвідношення дітей у кожній з груп та підгруп у різних районах.

В деяких населених пунктах спостерігається різке підвищення або, навпаки, зниження порушень постави з боку ОРС. Так, наприклад, найбільший відсоток дітей у шпитальній підгрупі спостерігається у Мар'їнському та в Олександрівському районах.

В амбулаторній підгрупі найменший відсоток дітей спостерігається в Мар'їнському районі за рахунок збільшення показників моніторингової підгрупи.

Найбільший відсоток дітей у моніторинговій підгрупі спостерігається у Мар'їнському районі. Найменший відсоток дітей в цій групі спостерігається у Володарському районі за рахунок збільшення показників першої групи (здорові).

■ Здорові □ Моніторингова ▨ Амбулаторна ■ Шпитальна

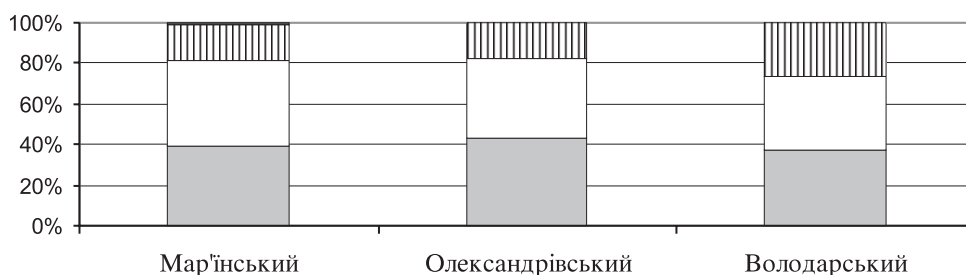


Рис. 4. Питома вага різних груп школярів по районах Донецької області

Найвищі показники першої групи спостерігаються у Володарському районі за рахунок зменшення показників моніторингової підгрупи.

Аналізуючи залежність захворюваності дітей на порушення постави від різних характеристик населених пунктів, ми виявили деякі феномени. При аналізуванні впливу екологічних, кліматичних та соціально-економічних показників на захворюваність (рис. 4) ми виявили, що перша група «здорові» в Олександрівському районі, як найбільш сприятливому за всіма цими ознаками перевищує показники Мар'їнського та Володарського районів. Найбільші показники моніторингової підгрупи спостерігалися в Мар'їнському районі, найменші – у Володарському (рис. 4).

В амбулаторній підгрупі найменший відсоток дітей спостерігається в Мар'їнському районі, найвищий – у Володарському.

Найбільший відсоток дітей у шпитальній підгрупі спостерігається у Мар'їнському та в Олександрівському районі. Враховуючи те, що Олександрівський район є найбільш сприятливим за кліматичними, екологічними та соціально-економічними параметрами серед районів, що брали участь у програмі обстеження, пояснити такі результати зв'язком із параметрами зовнішнього середовища неможливо.

З а к л ю ч е н н я

Рівень захворюваності на порушення постави (які потребують негайного шпитального лікування): в Мар'їнському районі найвищий й складає 12,6 дітей на 1000 населення (хлопців – 9,16, дівчат – 3,44 на 1000 населення); в Володарському районі – 2,35 на 1000 населення (хлопців – 2,35, дівчат – 0 на 1000 населення); в Олександрівському районі – 3,54 на 1000 населення (хлопців – 0, дівчат – 3,54 на 1000 населення).

Рівень захворюваності на порушення постави (які потребують спостереження – теледиспансерна група): в Володарському районі найвищий й складає 622,64 на 1000 дитячого населення; в Мар'їнському районі – 612,82 на 1000 дитячого населення; в Олександрівському районі – 563,82 на 1000 дитячого населення.

Рівень захворюваності на порушення постави (які потребують амбулаторного спостереження): у Володарському районі найвищий й складає 260,61 на 1000 населення (хлопців – 152,12, дівчат – 108,49 на 1000 дитячого населення); в Мар'їнському районі – 171,82 на 1000 дитячого населення (хлопців – 105,38, дівчат – 66,43 на 1000 дитячого населення);

в Олександрівському районі – 173,75 на 1000 дитячого населення (хлопців – 99,29, дівчат – 74,46 на 1000 дитячого населення).

Рівень захворюваності на порушення постави (які потребують ретельного регулярного спостереження – постійного моніторингу): в Мар'їнському районі найвищий і складає 428,4 на 1000 дитячого населення (хлопців 208,47, дівчат – 219,93 на 1000 дитячого населення); в Олександрівському районі – 386,52 на 1000 дитячого населення (хлопців – 180,85, дівчат – 205,67 на 1000 дитячого населення); в Володарському районі – 359,66 на 1000 дитячого населення (хлопців 161,55, дівчат – 198,11 на 1000 дитячого населення).

Результати проведених обстежень у різних районах Донецької області, що мають різні соціально-економічні, екологічні показники, дали можливість говорити про практично однаковий рівень захворюваності дитячих контингентів на порушення постави. Таким чином, у теперішній час ми не можемо спланувати заходи профілактики та лікування цих станів у залежності від місця мешкання дітей. Однак за даними розповсюдженості порушень постави по області можна спрогнозувати, яка кількість дітей потребує того чи іншого виду медичної допомоги ортопедичного профілю. Комплексний підхід до активного виявлення та лікування дітей с порушеннями постави дасть можливість знизити рівень захворюваності та інвалідизації дорослого працездатного населення.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Т.В. Попова, А.В. Владимировский

Реферат. Целью данной работы было выявление уровня нарушений осанки среди детей и подростков, проживающих в районах Донецкой области. Для достижения поставленной цели было проведено обследование на предмет выявления нарушений осанки у детей и подростков, проживающих в различных районах Донецкой области. Обследование проводилось по специально разработанной методике в шести селах Марьинского района, в двух селах и в одном п.г.т. Володарского района и в трёх селах Александровского района. Все выявленные состояния были распределены по трем группам. Группы формировались в зависимости от выраженности нарушений осанки. Результаты проведенных обследований на предмет выявления нарушений осанки в разных районах Донецкой области, отличающихся по социально-экономическим и экологическим показателям, дали возможность говорить о практически одинаковом уровне заболеваемости детских контингентов.

Ключевые слова: осанка, заболеваемость, дети, социально-экологические факторы

**SPREAD OF POSTURE VIOLATIONS
AMONG CHILDREN IN DONETSK REGION
ACCORDING TO THE RESULTS OF
SPECIAL MEDICAL EXAMINATIONS**

T.V. Popova, A.V. Vladzimirsky

Abstract. The purpose of this work was to reveal the level of violations of posture among children and teenagers, residents of Donetsk region. For this purpose an inspection of children and teenagers was conducted by a specially developed method in six villages of Maryinsky dst., in two villages and in one city of Volodarsk dst., and in three villages of Aleksandrovsk dst. All the revealed states were divided into three groups. The groups were formed depending on expressed violations of posture. The results of the conducted inspections for the purpose of revealing violations of posture in children in different districts of Donetsk region that are different from their socio-economic and ecological indexes allowed us to speak about practically identical level of morbidity of children's contingents.

Key words: posture, children, morbidity, socio-ecological factors

ЛІТЕРАТУРА

1. Агарков В.И. Гигиена и экологическая среды Донбасса / В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.Я. Уманский, В.И. Денисенко, М.Н. Гамов. – Донецк: Изд-во «Донеччина», 2004. – 100 с.
2. Бубела О.Ю. Формування правильної постави у дітей

- молодшого шкільного віку в домашніх умовах // Сучасні проблеми розвитку теорії і методики гімнастики: 36. наук. Матеріалів кафедри теорії і методики гімнастики ЛДІФК. – Львів, 2000. – С. 27-29.
3. Владзимирский А.В., Glinkowski W., Попова Т.В., Sitnik R., Ряскова О.И. Методика телемедицинского скрининга ортопедической патологии в детских и подростковых контингентах // Современная педиатрия. № 4 (26). – 2009. – С. 92-95.
 4. Климовицкий В.Г. Травматизм подростков и факторы риска в условиях Донбасса / Климовицкий В.Г., Пастернак В.Н., Агарков А.В. – Донецк: Изд-во «Донеччина», 2004. – 100 с.
 5. Лінкевич К., Мамеєва-Протопопова Т., Ковров Я. Стан соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку, хворих на сколіоз на етапі адаптації до навчання у спеціалізованому закладі / Молода спортивна наука України: 36. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 9: У 4-х т. – Львів: НВФ «Українські технології», 2005. – Т. 2 – С. 182-184.
 6. Попова Т.В. Основні види та зміст телемедицинських консультацій ортопедичного профілю у дитячих контингентах, що мешкають у віддалених населених пунктах // Збірник наукових робіт конференції «Молодь – медицині майбутнього». – Одеса, 2009. – 161 с.
 7. Lonstein, J.E., Voluntary school screening for scoliosis in Minnesota / J.E. Lonstein, S. Bjorkland, M.H. Wanninger, R.P. Nelson / J. Bone Joint Surg. – 1982. – Vol. 64-A. – P. 481-488.
 8. Scogland, L.B. The incidence of scoliosis in Northern Norway. A preliminary report / L.B. Scogland, A.A. Miller // Acta Orthop. Scand. – 1978. – Vol. 49. – P. 635.

УДК 616.33-006.04-005.1-036.1-07

ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

П.В. Іванчов

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Реферат. Узагальнений досвід лікування 1125 хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка. Асимптомний перебіг захворювання відмічено у 25,3% хворих та у 74,7% пацієнтів клінічні прояви злоякісного пухлинного ураження шлунка до розвитку гострої геморагії носили невиражений або стертий характер. Основним методом діагностики гострокровоточивих злоякісних пухлинних уражень шлунка є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, з метою своєчасного виявлення злоякісних пухлин шлунка, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження.

Ключові слова: діагностика, клінічний перебіг, злоякісна пухлина шлунка, кровотеча.

Найчастіше причиною шлунково-кишкової кровотечі серед пухлинних уражень шлунково-кишкового тракту є злоякісні новоутворення шлунка, які у 4,6-15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [1, 4, 6, 7, 9, 11].

Незважаючи на успіхи в діагностиці злоякісних пухлин, кількість хворих на рак шлунка III-IV стадії виявляється в 75% випадків [2, 8, 10], при цьому летальність протягом першого року з моменту встановлення діагнозу сягає 55-65% [3, 5, 9].

По мірі накопичення досвіду і вивчення результатів лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами в умовах концентрації цієї категорії хворих в спеціалізованому центрі, спостерігається тенденція до зростання числа хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинними ураженнями шлунка. Як показали наші спостереження, своєчасне виявлення та діагностика злоякісних пухлинних уражень шлунка ускладнені за рахунок того, що дана патологія має невиражену клінічну картину, а у багатьох випадках клінічні прояви зовсім відсутні і першим проявом злоякісного ураження шлунка є шлунково-кишкова кровотеча, частота якої, на жаль, не має тенденції до зменшення, що й визначає актуальність даної проблеми.

Мета роботи

Визначити особливості клінічного перебігу гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка.

Матеріал та методи

За період з 1991 по 2008 роки у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами знаходилося на лікуванні 1125 пацієнтів з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка (ГЗПШ): рак шлунка – 1108 (98,5%), саркоми – 17 (1,5%). Вік 794 (70,6%) чоловіків та 331 (29,4%) жінок даної групи був від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відмічена у вікових групах 61-70 років – 347 (30,8%), та 71-80 років – 277 (24,6%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2,4:1.

З моменту виникнення ознак шлунково-кишкової кровотечі хворі із злоякісними пухлинами шлунка госпіталізовані у клініку в строк до 6 годин – 123 (10,9%), від 6 до 12 годин – 116 (10,3%), від 12 до 18 годин – 46 (4,1%), від 18 до 24 годин – 190 (16,9%), більше 24 годин – 650 (57,8%).

Згідно Міжнародної класифікації TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадія захворювання встановлена у 46 (4,1%) хворих, II стадія – у 210 (18,7%), III стадія – у 402 (35,7%), IV стадія. – у 467 (41,5%).

Гістологічний варіант гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка був встановлений у 981 (87,2%) хворого. Матеріалом дослідження були біоптати пухлин (435), операційний (524) та секційний (87) матеріали. Найбільш поширеним гістологічним варіантом злоякісного пухлинного ураження шлунка була недиференційована аденокарцинома (G4) – 683 (69,6%). Високодиференційована аденокарцинома (G1) зустрічалася у 146 (14,9%), помірнодиференційована (G2) – у 43 (4,4%), низькодиференційована (G3) – у 92 (9,4%), та саркома – у 17 (1,7%) хворих.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 590 (52,4%) хворих, від 1 до 2 годин – у 301 (26,8%), від 2 до 4 годин – у 108 (9,6%), від 4 до 12 годин – у 82 (7,3%), від 12 до 24 годин – у 34 (3,0%). Ендоскопічне

дослідження не проводилося 10 (0,9%) хворим, які були доставлені у клініку в агональному стані і померли протягом кількох годин, а діагноз було верифіковано на аутопсії.

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), помірна ступінь тяжкості геморагії була у 270 (24,0%), середня – у 460 (40,9%), важка – у 395 (35,1%) пацієнтів.

Результати та обговорення

Діагноз раку шлунка був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у 221 (19,6%) хворого, серед яких у 185 (83,7%) констатована IV, а у 36 (16,3%) – II клінічна група. У 20 (9,0%) пацієнтів із 221, мали місце епізоди шлунково-кишкових кровотеч різного ступеня тяжкості, з приводу чого ці хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічних відділеннях за місцем проживання, а 12 з них – у нашій клініці. У решти 904 (80,4%) пацієнтів діагноз раку шлунка був вперше встановлений в нашій клініці у зв'язку з ускладненням пухлинного процесу розвитком гострої кровотечі.

Ми провели детальний аналіз анамнестичних даних та скарг хворих до розвитку гострої шлунково-кишкової кровотечі і встановили, що у 229 (25,3%) хворих були відсутні будь-які анамнестичні клінічні ознаки, на підставі яких можна було би запідозрити шлункову патологію до початку геморагії. У цих хворих розвиток гострої шлунково-кишкової кровотечі був першою ознакою злоякісного пухлинного ураження шлунка та

спонукав до первинної його діагностики.

У решти, 675 (74,7%) хворих, визначено різноманітні скарги, що часто носили невиражений або стертий характер, але вказували на наявність шлункового анамнезу до розвитку гострої геморагії (табл. 1). Найчастіше хворі відмічали дискомфорт в епігастральній ділянці – 464 (68,7%), наявність помірного болю у верхній половині черева та епігастральній ділянці – 235 (34,8%), нудоту – 112 (16,6%).

На фоні вказаних скарг 180 (26,7%) хворих відмічали відсутність апетиту, відразу від їжі – 147 (21,8%), зниження маси тіла – 314 (46,5%). У 56 (8,3%) пацієнтів мали місце відрижка повітрям та дисфагія при прийомі грубої їжі, що було характерно для раку кардіального відділу шлунка.

Симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку спостерігався у 170 (25,2%) хворих: компенсований – у 14 (8,2%), субкомпенсований – у 115 (67,7%), декомпенсований – у 41 (24,1%).

У 237 (35,1%) хворих до госпіталізації в нашу клініку мала місце анемія. Діагноз анемії був встановлений після проведення лабораторних досліджень в різних лікувальних закладах, куди зверталися хворі у зв'язку з наявністю у них характерних для анемії симптомів. Всі ці хворі лікувалися у терапевтів, однак у жодному випадку не були проведені спеціальні методи дослідження з метою виявлення злоякісного пухлинного ураження шлунка.

Наявність в анамнезі виразки шлунка та хронічного гастриту було нами встановлено у

Таблиця 1

Варіанти клінічних ознак у хворих з ГЗПШ до розвитку гострої геморагії

Клінічні ознаки	Абс.	%
1. Дискомфорт в епігастральній ділянці	464	68,7
2. Помірні болі в епігастральній ділянці	235	34,8
3. Нудота	112	16,6
4. Відсутність апетиту	180	26,7
5. Відразу від їжі	147	21,8
6. Зниження маси тіла	314	46,5
7. Дисфагія, відрижка повітрям	56	8,3
8. Симптомокомплекс стенозу	170	25,2
- компенсований	14	8,2%
- субкомпенсований	115	67,7%
- декомпенсований	41	24,1%
9. Анемія	237	35,1

245 (36,3%) пацієнтів, серед яких 29 (11,8%) були оперовані з приводу перфоративної виразки шлунка. У всіх випадках виконано ушивання перфоративної виразки. Всі хворі цієї групи спостерігалися у гастроентерологів від 1,5 до 10 років, а 73 (29,4%) – неодноразово проходили стаціонарне лікування.

Проаналізувавши терміни тривалості шлункового анамнезу до початку розвитку гострої шлунково-кишкової кровотечі у хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, ми встановили, що вказані симптоми передували розвитку геморагії протягом 1-3 місяців у 250 (37,0%), 3-6 місяців – у 210 (31,1%), 6-12 місяців у 135 (20,0%), та протягом 12-18 місяців – у 80 (11,9%) хворих.

Отже, у 74,7% хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка на основі аналізу анамнестичних даних встановлено наявність хронічної шлункової патології, а у 25,3% хворих кровотеча є першим симптомом захворювання. Очевидним є і той факт, що основна частина кровотеч, як ускладнення злоякісних пухлин шлунка, а саме 68,1% випадків, припадає на перші 6 місяців клінічних проявів захворювання.

Клінічна картина у хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами ракового генезу визначалася багатьма факторами, найважливішими з яких є особливості геморагії (інтенсивність, об'єм), пухлинного процесу (локалізація, стадія, наявність розпаду, характер метастазування), наявність супутньої патології.

Клініка кровотечі мала місце у всіх 1125 хворих із злоякісними новоутвореннями шлунка і визначалася зовнішніми проявами геморагії (блювання кров'ю чи рідиною кольору "кавової гущі" і меленою) та загальними симптомами крововтрати (головокружіння, загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості). Ці дані представлені у таблиці 2.

Першим проявом кровотечі було крова-

ве блювання – у 365 (32,4%), мелена – у 544 (48,4%) та поєднання кровавого блювання і мелени – у 216 (19,2%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати при госпіталізації визначено у 711 (63,2%) хворих.

При локалізації злоякісних пухлин у дистальних відділах шлунка кроваве блювання спостерігалось у 131 (35,2%) хворого, мелена – у 159 (42,8%), поєднання кровавого блювання та мелени – у 82 (22,0%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати відмічені у 252 (67,7%) пацієнтів.

Близькими по значенню показники виявилися при медіогастральних злоякісних пухлинах: кроваве блювання – у 118 (41,0%), мелена – у 121 (42,0%), кроваве блювання та мелена – у 49 (17,0%) хворих. Загальні симптоми крововтрати виявлені у 188 (65,3%) пацієнтів.

При злоякісних пухлинних ураженнях проксимальних відділів шлунка найменшим по частоті виявився симптом кровавого блювання – 72 (22,6%). Найбільшим по частоті був симптом наявності мелени – 204 (63,9%). Поєднання кровавого блювання та мелени визначено у 43 (13,5%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати були у 187 (58,6%) випадках.

Симптоми кровотечі при субтотальних та тотальних ураженнях шлунка були наступними: кроваве блювання – у 44 (30,1%), мелена – у 204 (63,9%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати спостерігались у 84 (57,5%) хворих.

Наші спостереження показують, що зовнішні прояви кровотечі при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка не мають суттєвих відмінностей при основних локалізаціях пухлин, так як характер блювотних мас та випорожнень кишківника залежить не тільки від локалізації, а й від об'єму та інтенсивності кровотечі.

Отже, поряд з загальними та місцевими симптомами шлункової кровотечі у 675 (74,7%) хворих, можна виявити симптоми злоякісного

Таблиця 2

Клінічні прояви ШКК в залежності від локалізації злоякісних пухлин

Клінічні прояви ШКК	Локалізація				Всього %
	С	М	А	СМ; МА; СМА	
Haematemesis	72 22,6%	118 41,0%	131 35,2%	44 30,1%	365 32,4%
Melaena	204 63,9%	121 42,0%	159 42,8%	60 41,1%	544 48,4%
Hematemesis + melaena	43 13,5%	49 17,0%	82 22,0%	42 28,8%	216 19,2%
Всього %	319 100%	288 100%	372 100%	146 100%	1125 100%

пухлинного ураження шлунка. Тому детальний збір анамнестичних даних та деталізація скарг хворих можуть надати велику допомогу в діагностиці причин шлунково-кишкової кровотечі.

В таблиці 3 наведені патологічні зміни, виявлені при фізикальному дослідженні хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка.

З наведених даних видно, що виражена блідість шкіри та видимих слизових оболонок при поступленні відмічена у 436 (38,8%) хворих. Холодний липкий піт, що свідчив про наявність інтенсивної кровотечі був виявлений у 153 (13,6%) пацієнтів.

Важливе діагностичне значення при огляді хворих із пухлинними шлунковими кровотечами має пальпація черева. При цьому можливо запідозрити імовірне джерело кровотечі та його локалізацію, визначити наявність асцитів та метастазів у печінці.

Болючість при пальпації в епігастральній ділянці ми виявили у 781 (69,4%) пацієнта, наявність пухлини при пальпації епігастральної ділянки – у 148 (13,2%), серед яких у 87 (7,7%) вона була горбистою і не змішалася.

Збільшена печінка визначена у 167 (14,8%) хворих, при цьому щільною та горбистою вона була у 99 (8,8%), асцит мав місце у 81 (7,2%), кахексія – у 147 (13,1%) пацієнтів.

Наявність метастазів Вірхова визначено у 22 (1,9%), метастазів «сестри Джозеф» – у 12 (1,1%), метастазів Шніцлера (при пальцевому дослідженні прямої кишки) – у 6 (0,5%) хворих.

Збільшена горбиста печінка, асцит, метастази Вірхова, «сестри Джозеф», Шніцлера та наявність пухлини, що палькується в

епігастральній ділянці, являлися абсолютними ознаками злоякісного пухлинного процесу, що визначили IV стадію захворювання.

Отже, на підставі первинного огляду хворого з шлунково-кишковою кровотечею, зумовленою злоякісною пухлиною шлунка, можна виявити клінічні ознаки, що мають важливе діагностичне значення. Більше ніж у половини хворих в анамнезі виявлено симптоми шлункової патології протягом 1-6 місяців до виникнення геморагії. При об'єктивному обстеженні у 69,4% хворих при пальпації живота визначається болючість в епігастральній ділянці, та у 13,2% пацієнтів палькується пухлина, що є абсолютною ознакою злоякісного пухлинного ураження шлунка.

Таким чином, аналізуючи отримані клінічні дані, скарги, які пред'являють хворі в момент діагностики захворювання, носять різнобічний характер, клінічна картина має невиражений або стертий характер, а в 25,3% випадках перебіг злоякісних пухлинних уражень шлунка є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами злоякісних новоутворень шлунка є ніщо інше, як симптоми шлунково-кишкової кровотечі, що спонукають до первинної діагностики захворювання у 80,4% пацієнтів. Стертість та невираженість клінічної картини ще раз вказує на необхідність регулярного комплексного обстеження хворих з використанням об'єктивних методів досліджень, ведуча роль серед яких відводиться езофагогастроуденоскопії, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу

Патологічні зміни, виявлені при фізикальному огляді хворих з ГЗПШ

Таблиця 3

Симптоми	Абс.	%
1. Блідість шкіри та слизових оболонок	436	38,8
2. Холодний липкий піт	153	13,6
3. Болючість в епігастральній ділянці	781	69,4
4. Пальпація пухлини в епігастрії	148	13,2
5. Збільшена печінка	167	14,8
6. Асцит	81	7,2
7. Метастаз Вірхова	22	1,9
8. Кахексія	147	13,1
9. Метастаз «сестри Джозеф»	12	1,1
10. Метастаз Шніцлера	6	0,5

показано проведення ендоскопічного дослідження, що буде сприяти збільшенню частоти виявлення злоякісних пухлинних уражень шлунка до розвитку їх ускладнення гострою кровотечею.

Висновки

1. У 25,3% хворих із злоякісними пухлинами шлунка, перебіг захворювання до розвитку шлунково-кишкової кровотечі є асимптомним.

2. У 74,7% пацієнтів із злоякісними пухлинами шлунка, клінічні ознаки шлункової патології до розвитку шлунково-кишкової кровотечі носили невиражений або стертий характер.

3. Симптоми шлункової патології передували розвитку гострої геморагії у 68,1% хворих із злоякісними новоутвореннями шлунка протягом перших 6 місяців клінічних проявів захворювання.

4. Зовнішні прояви кровотечі при гостро-кровоточивих злоякісних пухлинах шлунка не мають суттєвих відмінностей при основних локалізаціях пухлин, а залежать від об'єму та інтенсивності кровотечі.

5. При фізикальному обстеженні хворих можна виявити симптоми злоякісного пухлинного ураження шлунка, у тому числі ознаки його запущеності, що визначають IV стадію захворювання.

6. Основним методом діагностики злоякісних пухлинних уражень шлунка є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%.

7. З метою своєчасного виявлення злоякісних пухлин шлунка, рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження всім хворим з наявністю шлункового анамнезу.

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

П.В. Иванчов

Реферат. Обобщён опыт лечения 1125 больных с острокровоточащими злокачественными опухолями желудка. Асимптомное течение заболевания отмечено у 25,3% больных и у 74,7% пациентов клинические проявления злокачественного опухолевого поражения желудка до развития острой геморрагии носили невыраженный или стёртый характер. Основным методом диагностики острокровоточащих злокачественных опухолей желудка является эзофагогастродуоденоскопия, что позволяет повысить уровень выявления больных с данной патологией до 100%. В связи с этим, с целью своевременного выявления злокачественных опухолей желудка, всем больным с наличием желудочного анамнеза рекомендовано проводить эндоскопическое исследование.

Ключевые слова: диагностика, клиническое течение, злокачественная опухоль желудка, кровотечение.

DIAGNOSIS AND PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P.V. Ivanchov

Abstract. The experience of treatment of 1125 patients with acutely bleeding malignant tumors of the stomach is generalized. Asymptomatic course of the disease was observed in 25.3% patients and in 74.7% of patients clinical manifestations of a malignant tumor of the stomach were unexpressed or subclinical before the development of acute hemorrhage. The main method of diagnostics of acutely malignant tumors of the stomach is esophagogastroduodenoscopy, which allows to approve the level of detection the patients with this pathology up to 100%. As a result, with intention to detect malignant tumors of the stomach, endoscopic investigation is recommended to all the patients with stomach anamnesis.

Key words: diagnosis, clinical course, malignant tumor of stomach, bleeding.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вилянсий М.П. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений / М.П. Вилянсий, А.А. Чумаков, А.Н. Хорев // Вопросы онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742-745.
2. Саенко В.Ф. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
3. Зайцев В.Т. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка / В.Т. Зайцев, А.И. Дерман, И.А. Тарабан // Клиническая хирургия. – 1991. – № 5. – С. 26-28.
4. Братусь В.Д. Лечение больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в специализированном центре / В.Д. Братусь, Н.В. Гудим-Левкович, И.Л. Лисов [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1985. – № 4. – С. 126-129.
5. Братусь В.Д. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами пухлинного походження / В.Д. Братусь, П.Д. Фомін, О.Б. Біляков-Бельський [та ін.] // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – № 1. – С. 48.
6. Михайлов А.П. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – № 1. – С. 79-81.
7. Петров В.П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта / В.П. Петров, И.А. Ерухин, И.С. Шемякин. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
8. Бондарь В.Г. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В.Г. Бондарь, Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, Г.В. Бондарь // Клиническая хирургия. – 2006. – № 3. – С. 8-13.
9. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович, В.Г. Бондарь // Онкология. – 2006. – № 2. – С. 171-175.
10. Фільц Ю.О. Діагностика раку шлунка, ускладненого кровотечею/Ю.О. Фільц//Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами. – Львів, 2000. – С. 95.
11. Kojima M. Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, № 9. – P. 2360-2364.

УДК 616.24-007.63-002.191-073.756.8:004-072.3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ПЕРФУЗИОННОЙ ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

А.Г. Высоцкий, И.И. Пацкань

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Проанализированы возможности перфузионной пульмоносцинтиграфии и мультисрезовой компьютерной томографии в диагностике различных форм буллезной эмфиземы легких. Освещены преимущества мультисрезовой компьютерной томографии по сравнению с перфузионной пульмоносцинтиграфией в диагностике буллезной эмфиземы легких, позволяющие оптимизировать объем редуцирующие операции.

Ключевые слова: перфузионная пульмоносцинтиграфия, мультисрезовая компьютерная томография, буллезная эмфизема легких.

Ведущим методом в диагностике буллезной эмфиземы легких (БЭЛ) является мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), сочетающая в себе высокую диагностическую информативность и неинвазивность [1-8]. Однако, перфузионное сканирование легких позволяет определить объем функционирующей легочной ткани, нарушение кровотока в отдельных зонах [9, 10].

Цель работы

Изучение диагностических возможностей перфузионной пульмоносцинтиграфии в сравнении с данными МСКТ в определении объема оперативного лечения.

Материал и методы

В Донецком диагностическом центре проведено комплексное обследование 228 больных с различными формами буллезной эмфиземы легких, включающее рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные и морфологические методы исследования, а также МСКТ. Верификация результатов исследования проводилась на основе их сопоставления с данными оперативного вмешательства (99 больных), видеоторакокопии (58 больных), динамического наблюдения (71 пациент).

МСКТ проводилась на аппарате «Brilliance 64» по стандартной методике с толщиной среза в 5 и 10 мм и при необходимости с использованием методики высокого разрешения (HRCT) – толщиной среза 1 мм.

Радиоизотопное исследование выполнялось с помощью гамма-камеры 412 фирмы «Пиккер». Использовались макроагрегаты альбумина (МАО) человеческой сыворотки с размером частиц от 10 до 80 мкм или микро-

сферы альбумина (ТСК-5), меченые радиоактивным технецием Tc^{99m} . Режим сбора данных – 200 К импульсов на каждую проекцию, матрица 128×128×10 бит.

Результаты и обсуждение

Мультисрезовая компьютерная томография органов грудной полости проведена 228 больным. Из них 48 сканирований выполнено с толщиной среза 1 мм. Перфузионная сцинтиграфия проведена у 17 больных с БЭЛ: 12 пациентов с распространенными формами буллезной эмфиземы легких (РБЭЛ) и 5 больных с локализованными формами буллезной эмфиземы легких (ЛБЭЛ).

В области буллезных изменений (гигантских булл) у 12 больных с РБЭЛ обнаруживали снижение кровотока от 30 до 80% (рис. 1). На сцинтиграммах в норме, в передней и задней проекциях, получается изображение, которое по своей форме и положению соответствует рентгенологической картине легкого. Пульмоносцинтиграммы, полученные в передней проекции, характеризуют состояние кровоснабжения слева преимущественно верхней доли, справа – верхней и средней долей.

Сцинтиграмма в задней проекции наиболее полно отражает состояние капиллярного кровотока нижних долей легких (рис. 2). В ряде случаев для уточнения топографии зон нарушения кровообращения в легком применяли боковые проекции.

Проведенное исследование у больного Б. с правосторонней распространенной буллезной эмфиземой легких и формированием гигантской буллы верхней доли выявило резкое (субтотальное), диффузно-очаговое нарушение кровообращения в верхней и средней долях правого легкого и в нижней доле левого легкого. Эти данные соответствовали результатам, полученным при мультисрезовой компьютерной томографии ОГП (рис. 3).

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует соответствие картины, полученной радиоизотопным методом исследования и изменениям, выявленным при компьютерной томографии. Учитывая, что МСКТ позволяет не только визуализировать полостные образо-

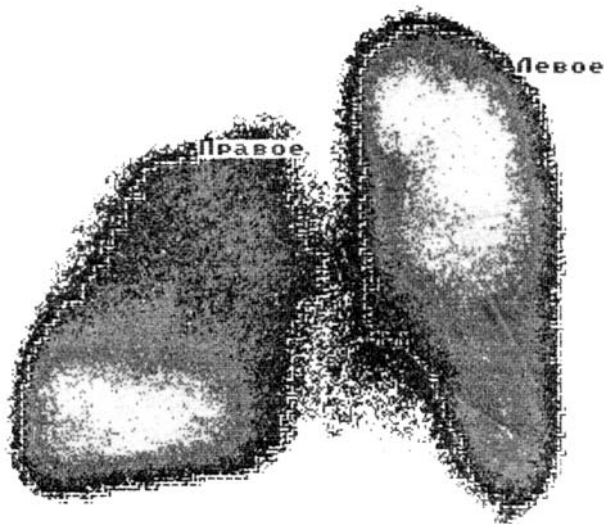


Рис. 1. Пульмоноскintiграфма больного Б. в передній проекції. Скintiграфічно легочні поля різко деформовані (неправильної форми). Сумарне перерозподілення МАА-Тс^{99m} в кожному з легких приблизно однаково. Верхня і середня доли правого легкого скintiграфічно не диференціюються.



Рис. 2. Пульмоноскintiграфма больного Б. в задній проекції. Умеренна концентрація МАА - Тс-99m визначається тільки в проекції нижньої доли правого легкого і верхньої доли лівого легкого. Вираженне дифузно-очагове зниження накоплення РФП визначається в нижній долі лівого легкого.

вання в легких, но і проводити їх диференціальну діагностику, даний метод, на наш взгляд, має більше переваг перед скintiграфією, яка не являється специфічною для даної патології. Однак слід згадати, що скintiграфічні ознаки порушення гемодинаміки в верхній долі ле-



Рис. 3. Аксиальний комп'ютерний скан больного Б. На ньому візуалізується гігантська бульма справа, виконуюча практично всю верхню долю. В нижній долі лівого легкого визначається бульма с елементами компресії легочної тканини і мелкі субплевральні бульми.

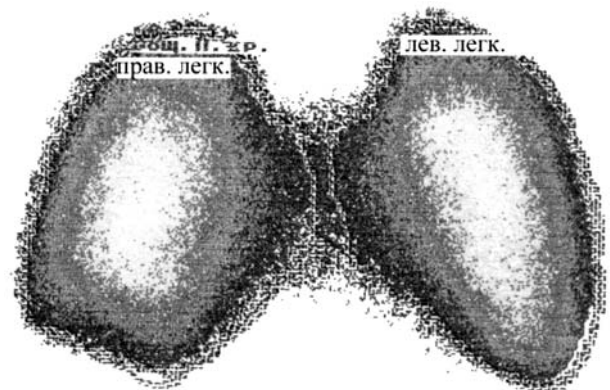


Рис. 4. Пульмоноскintiграфма больного Р. в передній проекції.

вого легкого не визначались, в то время як при МСКТ були чітко виявлені мелкі субплевральні бульми.

Пульмоноскintiграфія у пацієнтів з локалізованою формою бульозної емфіземи легких (5 спостережень), як правило, не виявляла якихось змін кровотока в легочній паренхимі. По-видимому, можливість визначення мелких бульм нижче порога чутливості методу. Цей факт пояснюється ще і тим, що при локальній бульозній емфіземі в подавляючому більшості випадків повітряні бульми розташовані субплеврально або в периферических отделах легкого, де і в нормі відзначається різке зниження кровотока. Ілюструє дане положення, виконане скintiграфічне дослідження

ние у больного Р. с ЛБЭЛ, осложненной рецидивным (4 эпизода) пневмотораксом, которое не обнаружило никаких изменений (рис. 5, рис. 6).

Сцинтиграфически накопление и распределение МАА-Тс^{99m} в обоих легких в приведенном наблюдении без особенностей, признаков нарушения кровообращения в системе легочной артерии нет. Тем не менее, во время МСКТ на аксиальном срезе у пациента выявлялись множественные субплевральные буллы от 0,8 до 3,0 см в диаметре в верхушечных сегментах обоих легких (рис. 7), особенно наглядно это видно при использовании трехмерной реконструкции в режиме MinIP (рис. 8).

Однако, несмотря на низкую информативность пульмоносцинтиграфии, у пациентов с локальной буллезной эмфиземой в ряде случаев она может оказаться полезной для определения масштабов резекции легкого при оперативном лечении осложненных форм ЛБЭЛ.

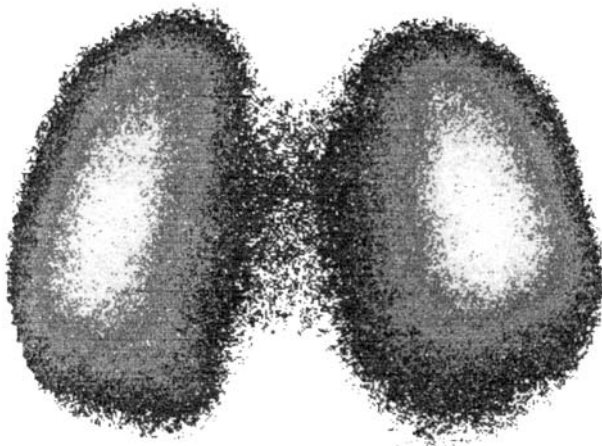


Рис. 5. Пулмоносцинтиграмма больного Р. в задней проекции.



Рис. 6. Аксиальный компьютерный скан больного Р. На нем в верхних долях легких с двух сторон определяются субплевральные буллы.

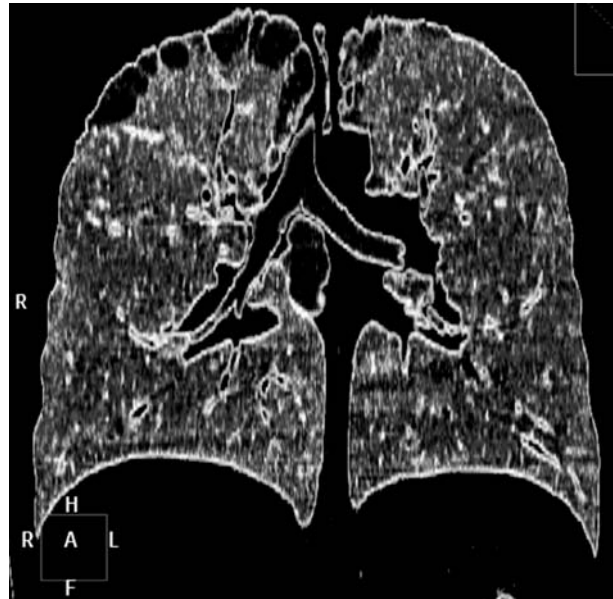


Рис. 7. Визуализация булл, больного Р. в верхних долях обоих легких с использованием 3-мерные реконструкции в режиме MinIP.

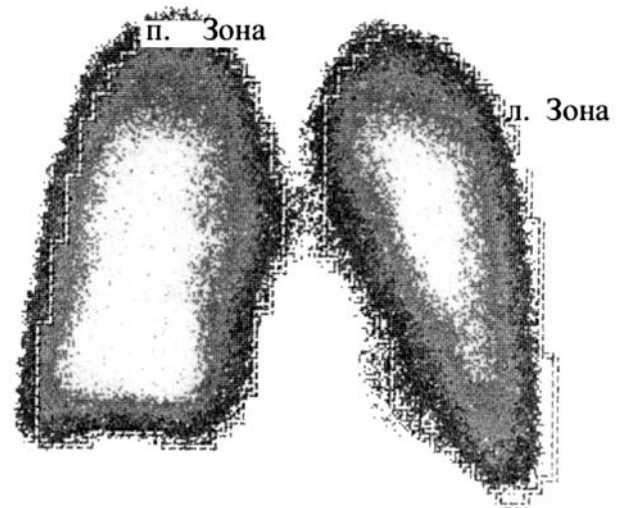


Рис. 8. Пулмоносцинтиграмма больного Б. в передней проекции.

Это связано с тем, что при резекции буллезно измененного участка легкого не всегда возможно визуально определить диффузные эмфизематозные изменения прилежащей паренхимы (рис. 9, рис. 10).

На сцинтиграммах легких больного Б. выполненных в передней и задней прямых проекциях определяется диффузное, умеренное снижение накопления МАА-Тс^{99m} в верхних отделах правого легкого и смещение максимума накопления в его нижнюю долю. Четких сцинтиграфических признаков очагового нарушения кровообращения нет, тем не менее,



Рис. 9. Пульмоносцинтиграмма больного Б. в задней проекции.

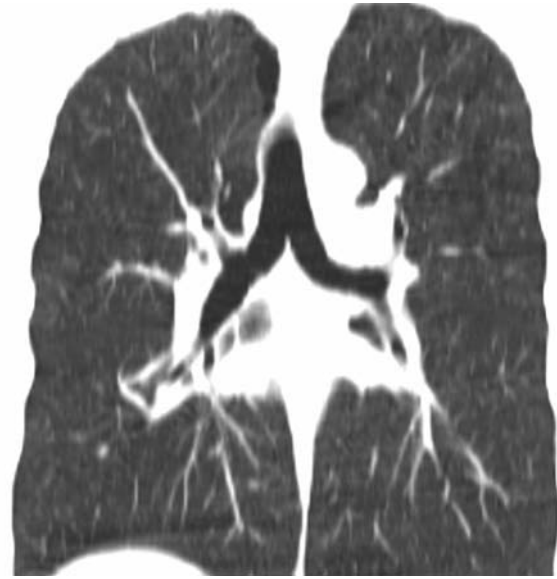


Рис. 10. Фронтальный компьютерный скан того же больного Б. В верхних долях обоих легких, в том числе, субплеврально определяются мелкие буллы.

на фронтальном компьютерном скане того же больного Б. (рис. 10) определяется локализованная буллезная эмфизема верхних долей обоих легких.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, мультисрезовая компьютерная томография по-прежнему, занимает ведущее место в диагностике различных форм буллезной эмфиземы легких. Пульмоносцинтиграфия самостоятельного диагностического значения при буллезной эмфиземе легких не имеет, так как изменения кровотока неспецифичны для БЭЛ, однако она может использоваться в решении задач планирования объема хирургических вмешательств.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДАНИХ ПЕРФУЗІЙНОЇ ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФІЇ З РЕЗУЛЬТАТАМИ МУЛЬТИСРІЗОВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ БУЛЬОЗНОЇ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГЕНІВ

А.Г. Высоцкий, І.І. Пацкань

Реферат. Проаналізовано можливості перфузійної пульмоносцинтиграфії та мультисрезової комп'ютерної томографії у діагностиці різних форм бульозної емфіземи легень. Висвітлені переваги мультисрезової комп'ютерної томографії порівняно з перфузійною пульмоносцинтиграфією в діагностиці бульозної емфіземи легень, що дозволяють оптимізувати операції які редуцують об'єм легень.

Ключові слова: перфузійна пульмоносцинтиграфія, мультисрезова комп'ютерна томографія, бульозна емфізема легень

COMPARATIVE ESTIMATION OF PERFUSION PULMONOSCINTIGRAPHIA AND THE RESULTS OF MULTISCAN COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSTICS OF BULLOUS LUNG EMPHYSEMAS

A.G. Visotskiy, I.I. Patskan

Abstract. The possibilities of perfusion pulmonoscintigraphy and multiscan computer tomography in the diagnostics of various forms of bullous lung emphysemas have been analysed. The investigated advantages of multiscan computer tomography in comparison with perfusion pulmonoscintigraphy in the diagnostics of bullous lung emphysemas allow to optimize the volume of reducing operations.

Key words: pulmonoscintigraphy, multiscan computer tomography, bullous lung emphysema

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.В. Эмфизема легких. Руководство по респираторной медицине в 2-х т., под ред. А.Г. Чучалина. Т. 1. – М: «Геотар-медиа», 2007. – С. 651-665.
2. Нечаев В.И. Применение компьютерной рентгеноденситометрии в диагностике эмфиземы легких. Вестн. РГМУ. – 2004. – № 1. – С. 61-62.
3. Поливанов Г.Э., Аверьянов А.В. Роль компьютерной томографии в количественной оценке эмфиземы легких у больных ХОБЛ // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 97-103.
4. Поливанов Г.Э., Аверьянов А.В., Черняк А.В., и др. Количественная оценка эмфиземы легких у больных ХОБЛ // Невский радиологический форум: Сборник научных трудов С-Петербурга. – 2007. – С. 290-291.
5. Чучалин А.Г. Эмфизема: современное состояние проблемы // Пульмонология. – 2002. – № 2. – С. 46-50.
6. Яблонский П.К., Аверьянов А.В., Чучалин А.Г., и др. Диагностика эмфиземы и показания к хирургической редукции объема легких у больных хронической обструктивной болезнью легких (усовершенствованная медицинская технология) // рег. удостов. № ФС-2007/183-У от 20.08.2007, М; С. 1-25.

7. Arakawa A., Yamashita Y., Nakayama Y. et al. Assessment of lung volumes in pulmonary emphysema using multidetector helical CT: comparison with pulmonary function tests // *Comput. Med. Imaging Graph* – 2006. – Vol. 25. – № 5. – P. 399-404.
8. Baldi S., Miniati M., Bellina C.R. Relationship between extent of pulmonary emphysema by high-resolution computed tomography and lung elastic recoil in patients with chronic obstructive pulmonary disease. // *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* – 2003. – Vol. 164. – № 4. – P. 585-589.
9. Gevenois P.A. et al. Comparison of Computed Density and Macroscopic Morphometry in Pulmonary Emphysema // *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine.* – 2005. – Vol. 152. – P. 653-657.
10. Thurnheer R., Engel H., Weder W. et al. Role of lung perfusion scintigraphy in relation to chest computed tomography and pulmonary function in the evaluation of candidates for lung volume reduction surgery // *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* – 1999. – Vol. 159. – № 1. – P.301-310.

УДК 616-001.36-036.882-08+616.27-006-06-089

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА СРЕДОСТЕНИЯ

А.Г. Краснояружский

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», г. Харьков

Реферат. В работе приведены результаты оценки компенсаторных и патологических реакций, возникающих в ответ на значимую потерю крови при оперативных вмешательствах у 278 больных, находившихся в клинике Института с 1992 по 2007 г.г., с различными формами компрессионного синдрома средостения. Выделены основные принципы оценки состояния и интенсивной терапии геморрагического шока. Практическое применение принципов современной трансфузиологии в сочетании с профилактикой и интенсивной терапией геморрагического шока, позволило создать оптимальные условия для адекватной хирургической коррекции компрессионного синдрома средостения.

Ключевые слова: компрессионный синдром средостения; геморрагический шок; оценка состояния; интенсивная терапия.

Чрезвычайно важное значение при оперативных вмешательствах у больных с компрессионным синдромом средостения (КСС), приобретает оценка состояния и интенсивная терапия геморрагического шока, уровень кровопотери при этом не во всех случаях возможно предусмотреть. Вследствие кровопотери в организме развиваются патологические явления, важнейшими из которых являются уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК), изменение сосудистого тонуса и снижение работоспособности сердца с последующим развитием гипотонии, гипоксемии и гипоксии, органной гипоперфузии и метаболического ацидоза, что и обуславливает наиболее тяжелые проявления геморрагического шока [1, 2].

Активация всех звеньев свертывания обуславливает возможность развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома). В порядке физиологической защиты на свое самое частое повреждение организм отвечает гемодилюцией, улучшающей текучесть крови и снижающей ее вязкость, мобилизацией из депо эритроцитов, резким снижением потребности как в ОЦК, так и в доставке кислорода, увеличением частоты дыхания, сердечного выброса, отдачи и утилизации кислорода в тканях. Нарушение в количественном и качественном составе крови при оперативных вмешательствах у больных с различными формами КСС неизбежно

приводит к развитию тяжелого шока при потере 30% ОЦК. При этом «порог смерти» определяется не только объемом смертельного кровотечения, а главное количеством циркулирующих эритроцитов и плазматического объема [2, 3].

Цель работы – выделение основных принципов оценки состояния и интенсивной терапии геморрагического шока позволяющих создать оптимальные условия для адекватной хирургической коррекции КСС.

Материал и методы

Нами проанализированы компенсаторные и патологические реакции, возникающие в ответ на значимую потерю крови при оперативных вмешательствах у 278 больных, находившихся в клинике Института с 1992 по 2007 г.г., с различными формами КСС. Выделены основные принципы оценки состояния и интенсивной терапии геморрагического шока.

Одним из наиболее значимых показателей количества потерянной крови являлся гематокрит, который мы исследовали в ходе восполнения кровопотери. Замещение кровопотери нами осуществлялось по схеме П.Г. Брюсова. Состояния гиповолемического шока были строго разграничены в соответствии с используемой классификацией. Определение весовой части объема циркулирующей крови по гематокриту проводилось по методу В.Д. Сидоры и В.В. Сидоры.

Результаты и обсуждение

Стратегическими принципами борьбы с острой кровопотери являлись восстановление и поддержание органного кровотока путем достижения необходимого ОЦК; поддержание уровня компонентов системы гемостаза достаточных для остановки кровотечения, с одной стороны, и для противостояния избыточному диссеминированному свертыванию – с другой. Не менее важная роль отводилась восполнению количества циркулирующих эритроцитов (переносчиков кислорода) до уровня, обеспечивающего минимально достаточное потребление кислорода в тканях. Адекватная интенсивная терапия, направленная на коррекцию волевических нарушений,

осуществлялась как через сосуды системы верхней, так и нижней полых вен.

Мы, придерживаясь мнения, большинство специалистов сочли наиболее острой проблемой кровопотери гиповолемию, и соответственно на первое место в схемах терапии вынесли восполнение ОЦК, который является критическим фактором для поддержания стабильной гемодинамики.

Гематокрит, мы исследовали в ходе восполнения кровопотери через каждые 2-3 часа. В первые 1-2 часа после кровопотери разведение крови все еще оставалось незначительным и гематокритное число зачастую было нормальным. Оно не всегда отражало истинного статуса степени кровопотери и уменьшения объема крови. В следующие 4-18 часов, гематокрит прогрессивно снижался вследствие поступления тканевой жидкости в кровь – олигоцитемическая гиповolemия. Последующие изменения гематокрита и гемоглобина зависели от адекватности инфузионно-трансфузионной коррекции, но на протяжении 2-3 суток процесс гидремии продолжался. В редких случаях гематокрит и гемоглобин оставался сниженным, что было связано с наличием анемии, компенсаторной олигоцитемической нормоволемии или гиперволемии.

Для оценки состояния гиповолемического шока при оперативных вмешательствах у больных с различными формами КСС, мы использовали наиболее приемлемую на наш взгляд классификацию Вакег в модификации Брюсова П.Г.:

I степень (умеренный шок): ЧСС – 90-100 в минуту, АД_{сис.} – 100 mmHg, ЦВД – норма, диурез – норма, объем кровопотери – 10-20%, шоковый индекс (ШИ) – 0,78. По американской классификации – это первый класс кровотечения (ортостатическая тахикардия).

II степень шока (выраженный): ЧСС – 120 в минуту, АД_{сис.} < 100 mmHg, ЦВД снижено – +2 см вод. ст., олигурия, объем кровопотери 21-30%, ШИ – 0,99, ортостатическая гипотензия, бледность.

III степень шока (тяжелый): артериальная гипотензия в положении лежа, беспокойство, бледность, холодный пот; торможение ЦНС; ЧСС – до 140 в минуту, АД_{сис.} < 70 mmHg, ЦВД – -2 см вод.ст.; анурия, объем кровопотери 31-40%, ШИ – 1,11.

IV степень шока (запредельный): отсутствие сознания, ЧСС > 140 в минуту, АД_{сис.} < 50 mmHg, ЦВД – -4 см вод.ст., анурия, объем кровопотери 41% и более, ШИ – 1,4 и более; гематокрит < 22. Однако, ориентация на показатели гематокрита может быть ошибоч-

ной в связи с централизацией кровообращения и шунтированием крови в первые 1-2 часа и только при компенсаторном поступлении жидкости из интерстициального пространства снижаются показатели гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht) и эритроцитов. Определение кровопотери в процессе операции нами осуществлялось гравиметрическим и аспирационным методом с внесением коэффициента поправки на погрешность метода [4].

Коэффициент поправки (K_n) определяется по формуле:

$$K_n = \frac{K_z \times \Pi}{100} \quad \text{или} \quad K_n = \frac{K_a \times \Pi}{100}$$

где K_z – кровопотеря, определенная гравиметрическим методом, K_a – аспирационным методом, Π – поправка на погрешность метода, равная в первом случае 38, во втором – 35.

Кровопотеря истинная (K_u) была равна:

$$K_u = K_{z(a)} + K_n$$

Коррекция ОЦК в раннем послеоперационном периоде проводилась на основании показателей гематокрита и весовой части ОЦК методом Сидоры. С этой целью определяется должный объем циркулирующей крови (ДОЦК) по формуле:

$$\text{ДОЦК (мл)} = 85,27 \times \text{МТ} - 25$$

где МТ – масса тела (кг).

Пример: масса тела больного составляет 70 кг.

ДОЦК (мл) = 85,27 × 70 – 25 = 5944 мл или 5,94 л.

Гематокрит – 28%

Весовая часть ОЦК при Ht 28%, в соответствии с таблицей, составляет 16,7.

ОЦК (л) фактич. = 70 ÷ 16,7 = 4,19 л

Дефицит ОЦК = ДОЦК – ОЦК факт, т.е. 5,94 – 4,19 л = 1,75 л.

Определение весовой части ОЦК по гематокриту по методу В.Д.Сидоры и В.В.Сидоры (1988) отражено в общеизвестной таблице.

При выборе гемодинамических кровезаместителей мы руководствовались волемиическим эффектом, его продолжительностью, реологическим эффектом, влиянием на первичный и вторичный гемостаз, максимальной суточной дозой, возможностью профилактики анафилактикоидных реакций.

С учетом этих требований нами применялись декстраны (*Полиглюкин* или *Реополиглюкин*) с волемиическим эффектом 120-140%, длительностью его на протяжении 4-6 часов, высоким коллоидно-онкотическим давлением

(59-90 mmHg) в дозі 12-20 мг/кг. Из кровезамінителів, на основі гідроксиетилованих крохмалів (ГЭК), використовували *HAES-стерил 6%*, *Волювен* і *Рефортан плюс* в дозі 20 мг/кг/сутки, оказуючі дезагрегантний і гемоділюційні ефекти. У пацієнтів з коагулопатією при потребі використовували *Гелофузін* з 100% волюмічним ефектом (до 20-30 мл/кг/сутки) в поєднанні з переливанням крові і її компонентів. Слід підкреслити, що застосування декстранів і препаратів ГЭК не перевищало 1500 мл/сутки в зв'язі з небезпечністю розвитку коагулопатических кровотеч. Метод екстренної інфузії малих об'ємів гіпертонічних розчинів представляє болюсну інфузію 4-6 мл/кг 7,5% розчину NaCl (об'ємний ефект 100% в течение 1-2 годин) і препаратів ГЭК (*Рефортана*, *Стабізола*) в рівних співвідношеннях (1:1). Онкотическа терапія передбачає застосування альбуміну або плазми. Виходячи з багаторічного клінічного досвіду для відновлення ОЦК колоїдні розчини ми рекомендуємо застосовувати на 50% менше, ніж кристаллоїдні. По даним асоціації анестезіологів Великої Британії і Ірландії рекомендується дотримуватися наступних положень: якщо $Hb = 70$ г/л, необхідність гемотрансфузії ретельно оцінюється, при більш низькому Hb і втраті 30-40% ОЦК вливання крові стає необхідним [5, 6]. Гемотрансфузії у пацієнтів з КСС, супроводжуваними синдромом здавлення верхньої порожньої вени (ВПВ), здійснювалися через судину басейна нижньої порожньої вени (НПВ). Дані маніпуляції проводилися з урахуванням діаметра ураженого ділянки ВПВ, і нерідко здійснювалася катетеризація кількох судин басейна НПВ з метою максимального швидкого і достаточного відновлення ОЦК.

Ураховуючи сучасні досягнення в області трансфузіології, заміщення кровопотери вищеуказаними засобами нами здійснювалося за схемою П.Г. Брюсова:

При кровопотері до 10% ОЦК загальний об'єм трансфузій до величини кровопотери становив 200-300%. Основні компоненти для кровезаміщення – це кристаллоїди в поєднанні з штучними колоїдами в співвідношенні (0,7 : 0,3).

При кровопотері до 20% ОЦК загальний об'єм трансфузій становив 200%: колоїди і кристаллоїди (0,5:0,5). При кровопотері від 21 до 40% загальний об'єм трансфузій був в межах 180% з застосуванням еритроцитарної маси, альбуміну, колоїдів і кристаллоїдів (0,3:0,1:0,3:0,3). При кровопотері від

41 до 70% загальний об'єм трансфузій становив 170% (еритроцитарна маса, плазма, колоїди і кристаллоїди (0,4:0,1:0,25:0,25)). При кровопотері вище 70% загальний об'єм трансфузій був на рівні 150% з застосуванням еритроцитарної маси, альбуміну або плазми, колоїдів і кристаллоїдів (0,5:0,1:0,2:0,2) [7, 8].

При цьому активне втручання в процес гемостазу з допомогою антикоагулянтів (гепарину) в період хірургічного втручання було нецелесообразним і навіть небезпечним.

При розвитку синдрому ДВС в післяопераційному періоді здійснювалася диференційована схема корекції гемокоагуляційних порушень. Виражена гіперкоагуляція, низький рівень вільного гепарину і позитивна реакція на фібриноген Б були показаннями для застосування малих доз гепарину (150-200 ед/кг/сут.) в поєднанні з нативною або свіжозамороженою плазмою (джерелом антитромбіна III) в течение 6-7 днів.

Активізація процесів згортання, зниження рівня гепарину і високі показники продуктів деградації фібрину/фібриногену) ПДФ визначали показання до застосування гепарину в дозі 300-350 ед/кг/сут., в поєднанні з природними інгібіторами протеаз (*Контрикал* – 1000 ед/кг, 2-3 рази в сутки).

При ДВС-синдромі з дефіцитом тромбоцитів, підвищенням рівня ПДФ і відсутності фібриногену Б здійснювалося призначення природних (*Контрикал* 1 тис. ЕД/кг 2-3 рази в сутки) і штучних інгібіторів протеаз (ϵ -амінокапронова кислота 5% 50-150 мл), глюкокортикоїдів, аскорбінової кислоти, *Викасола*, хлористого кальцію, нативною або замороженою плазмою з попереднім введенням захисної дози гепарину (75 ЕД/кг). При порушенні тромбоцитарно-судинного гемостазу додатково призначалися *Дицинон* або *Адроксон* 2-3 мл 3-4 рази в сутки. Відновлення дефіциту тромбоцитів здійснювалося тромбоцитарною взв'язкою, лейкоцитарною масою з розрахунок 10 мл/кг.

З а к л ю ч е н и е

Застосування запропонованої схеми обстеження пацієнтів і використання згаданої в цій статті класифікації для оцінки стану гіповолюмічного шоку при оперативних втручаннях у хворих з різними формами КСС, дозволяють створити оптимальні умови для адекватної хірургічної корекції КСС. Запропонована своєчасна адекватна інтенсивна терапія,

направленная на коррекцию волевических нарушений, осуществляемая как в систему верхней так и нижней полых вен, значительно улучшает исход лечения больных с массивной кровопотерей при КСС.

ОЦІНКА СТАНУ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ГЕМОМРАГІЧНОГО ШОКУ ЗА УМОВ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ КОМПРЕСІЙНОГО СИНДРОМУ МЕЖЕСТІННЯ

А.Г. Краснояружський

Реферат. В роботі приведені результати оцінки компенсаторних і патологічних реакцій, які виникають у відповідь на значну втрату крові за умов оперативних втручань у 278 хворих, які знаходилися в клініці Інституту з 1992 по 2007 р., з різноманітними формами компресійного синдрому межестіння (КСМ). Виділені основні принципи оцінки стану і інтенсивної терапії геморагічного шоку. Практичне застосування принципів сучасної трансфузіології в поєднанні з профілактикою і інтенсивною терапією геморагічного шоку, дозволило створити оптимальні умови для адекватної хірургічної корекції КСМ.

Ключові слова: компресійний синдром межестіння; геморагічний шок; оцінка стану; інтенсивна терапія.

ESTIMATION OF PATIENTS' STATE AND INTENSIVE THERAPY OF HEMORRHAGIC SHOCK AT OPERATIVE INTERVENTIONS AT PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF COMPRESSIVE MEDIASTINUM SYNDROME

A.G. Krasnojaruzhsky

Abstract. The paper gives the results of compensatory and pathologic reactions that arose in case of profuse bleeding during operative interventions in 278 patients who were treated at the Institute clinic from 1992 till 2007 with different forms of compressive

mediastinum syndrome. The main principles of their state estimation and intensive therapy of hemorrhagic shock were singled out. Practical application of the principles of modern transfusion in combination with prophylaxis and intensive therapy of hemorrhagic shock allowed us to create optimal conditions for an adequate surgical correction of CMS.

Keywords: compression mediastinum syndrome; hemorrhagic shock; status estimation; intensive therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутров А.В., Борисов А.Ю. Современные синтетические коллоидные плазмозамещающие растворы в интенсивной терапии острой кровопотери // Consilium Medicum. Хирургия. Том 7. – 2005. – № 6. – С. 22-28.
2. Даниленко М.В., Парагонимоз. – М.: Медицина, 1963. – 168 с.
3. Свиридова С.П., Нехаев И.В., Ломидзе С.В. Роль альбумина в инфузионной терапии при остром послеоперационном повреждении легких у больных раком пищевода // Вестник интенсивной терапии. – 2007. – № 1. – С. 60-65.
4. Свиридова С.П., Нехаев И.В., Ломидзе С.В. и др. Гидроксиэтилированные 10% крахмалы или альбумины? Выбор при инфузионной терапии раннего послеоперационного периода у онкологических больных // Приложение к журналу Consilium Medicum. Хирургия. – 2007. – № 1. – С. 20-26.
5. Серов В.Н., Н Афонин.И., Шаповаленко С.А. и др. Базовая инфузионно-трансфузионная профилактика и терапия кровотечений в акушерской и гинекологической практике на основе растворов гидроксиэтилированного крахмала // Вестник службы крови России. – 2000. – № 2. – С. 6-11.
6. Серов В.Н., Баранов И.И. Растворы гидроксиэтилированного крахмала в акушерско-гинекологической практике // РМЖ. Том 14. – 2006. – № 1. – С. 21-24.
7. Шанин Ю.Н., Дамир Е.А., Костюченко А.Л. Инфузионно-трансфузионная терапия в хирургической клинике. – М.: Медицина, 1971. – 46 с.
8. Шестопапов А.Е., Бакеев Р.Ф. Современные аспекты объемозамещающей терапии острой кровопотери у раненных // Актуальные вопросы интенсивной терапии. – 2001. – № 8-9. – С. 6-12.

УДК 616.36-006.311.03-072-089.84

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

А.Д. Шаталов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проведен анализ современных инструментальных методов диагностики у 36 больных с гемангиомами печени, лечившихся в клинике за последние 10 лет. Среди них было 23 (65%) женщин и 13 (35%) мужчин в возрасте 24 – 67 лет. Наиболее информативными методами диагностики явились ультразвуковое исследование в сочетании с магнитно-резонансной томографией. Максимальное значение общей диагностической точности ультразвуковых параметров составило 83,9-88,5%, чувствительности – 100%. Диагностическая точность МРТ-параметров составила 90,4%, а чувствительность – 100%. По поводу данной патологии в клинике выполнено 36 видеоэндоскопических хирургических операций: энуклеации – 11 (31%), резекции печени – 25 (69%). Осложнений, связанных с операцией, не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 4-6 дней.

Ключевые слова: гемангиома печени, диагностика, видеоэндоскопическое хирургическое лечение.

В настоящее время возможности раннего выявления больных с гемангиомами печени значительно расширились, что связано прежде всего с внедрением в хирургическую практику таких высокоинформативных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), МРТ с ангиографией, позитронно-эмиссионная томография, цифровая субтракционная ангиография, пункционная биопсия и др. Однако нельзя считать проблему диагностики и лечения гемангиом печени окончательно решенной. Нет единого взгляда на алгоритм диагностики данной патологии; не уточнены однозначные показания и противопоказания к оперативному лечению, объему резекции, под вопросом остаётся и целесообразность использования малоинвазивных оперативных методов лечения [3-5, 7].

Гемангиома печени составляет 2,3-3% среди всех доброкачественных очаговых образований печени (ДООП), а во время аутопсий – 0,7-7,3%, однако Завенян З.С. и соавторы [2] приводят данные, что на аутопсии данная патология встречается в 7-15% случаев. Некоторые авторы утверждают, что почти 2% населения имеют гемангиому печени, которая после рождения медленно увеличивается [3, 4, 6]. Частота встречаемости кавернозной гемангиомы печени составляет 2,2-3,0% сре-

ди всех ДООП, а по данным Лаврика Г.В. и соавт. – 5% [4].

У женщин гемангиомы печени наблюдаются чаще, чем у мужчин (соотношение 4-6:1), что связано, по-видимому, с родами, особенно многократными, приёмом оральных контрацептивов, интенсивностью гормональной функции, лечением эстрогенами [1, 3, 4].

Цель исследования – изучение возможностей различных методов диагностики гемангиом печени, улучшение результатов лечения этих больных путём оптимизации видеоэндоскопического хирургического лечения.

Материал и методы

За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 36 больных с гемангиомами печени. Среди них было 23 (65%) женщины и 13 (35%) мужчин в возрасте 24-67 лет. В 24 (62%) случаях гемангиома локализовалась в левой доле печени, в 12 (38%) – в правой. Диаметр сосудистой опухоли составлял от 3 до 15 см. В клинике выполнено 36 видеоэндоскопических хирургических вмешательств: энуклеаций – 11 (31%), резекций печени – 25 (69%).

Для диагностики применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ с ангиографией, лапароскопия, пункционная биопсия печени. Для УЗИ использовали ультразвуковой сканнер HDI-5000 с конвексным мультиспиральным датчиком C52 5-2 МГц (США), для КТ – мультиспиральный компьютерный томограф “Brilliance” 64 СТ (“Philips”), для МРТ – “Gyrosan Intera” 1,0 Т (“Philips”, Нидерланды). Для лапароскопии и вмешательств под её контролем применяли аппараты и инструменты фирм “Wolf” и “Karl Storz” (Германия). Диагностические пункции выполнялись иглами 18-22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна.

Обработка результатов исследования произведена с помощью персонального компьютера с использованием программы “Statistica for Windows 6.0”.

Результаты и обсуждение

24 (66%) больных с гемангиомами печени предъявляли жалобы на тупые постоянные

боли, чувство полноты или тяжести в правом подреберье или эпигастрии. У 5 (15%) пациентов были периодические боли в правом подреберье и правой поясничной области, у 16 (45%) отмечались диспепсические расстройства: плохой аппетит, тошнота, отрыжка, у 10 (27,7%) было периодическое вздутие живота и исхудание на 2-4 кг.

У 14 (40%) пациентов пальпировалась опухоль в правом подреберье: мягкая, легко сжимаемая – 10 (30%) и плотноэластическая – 4 (11,1%). Поверхность образований была гладкой. 9 (25%) пациентов испытывали при пальпации лёгкую болезненность. Уменьшения мягкой опухоли при сдавлении и “шума волчка” при аускультации мы не наблюдали.

Длительность заболевания у 24 (66,6%) больных составила от 1 года до 6 лет. У 12 (33,4%) пациентов гемангиому печени выявили случайно при УЗИ или КТ. Размеры сосудистой опухоли находились в пределах от 3 до 15 см.

Сочетанное применение современных методов исследования даёт достаточно большой объём информации для точного прижизненного распознавания гемангиомы печени. У 36 больных применены следующие специальные методы исследования: УЗИ – 36, лапароскопия – 36, КТ – 20 (55%), пункционная биопсия – 13 (35%), МРТ – 13 (35%), сцинтиграфия – 9 (25%). КТ и МРТ в 12 случаях сопровождались “усилением” контрастным веществом.

При УЗИ маленькие или капиллярные гемангиомы печени (менее 5 см) определялись в виде типичного экзогенного образования округлой формы с достаточно четкими контурами, хорошо дифференцировались на фоне неизменной паренхимы печени. Положительного доплеровского сигнала внутри гемангиомы на практике не наблюдали (рис. 1). Кавернозные гемангиомы, достигающие больших размеров, чаще выглядели как образования неоднородной структуры и экзогенности (рис. 2), которые лучше верифицировались с помощью КТ и МРТ. При гемангиоме печени максимальное значение общей диагностической точности УЗИ достигало 88,5% (комплексный жидкостный характер образования), а чувствительность – 100,0% (гиперэхогенная структура и наличие дистального псевдоусиления).

При КТ гемангиомы небольших размеров имели округлую форму, пониженную плотность (20-30 ед.Н), неровные, довольно четкие контуры и однородную структуру. Кавернозные гемангиомы имели неоднородную структуру с участками более низкой плотности в центре, обусловленными наличием централь-

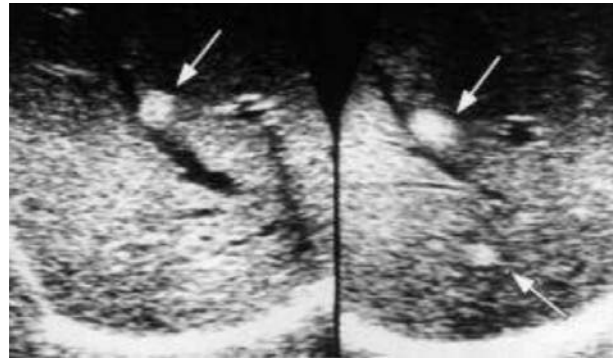


Рис. 1. Сонограмма печени больной С. Капиллярная гемангиома правой доли печени.

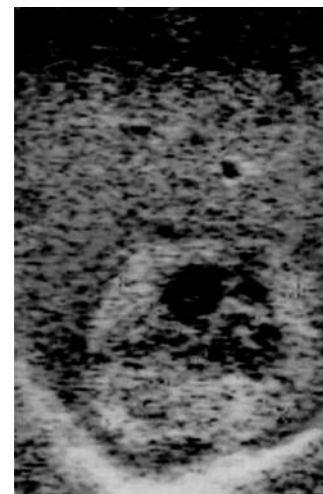


Рис. 2. Сонограмма печени больной Ф. Кавернозная гемангиома правой доли печени.

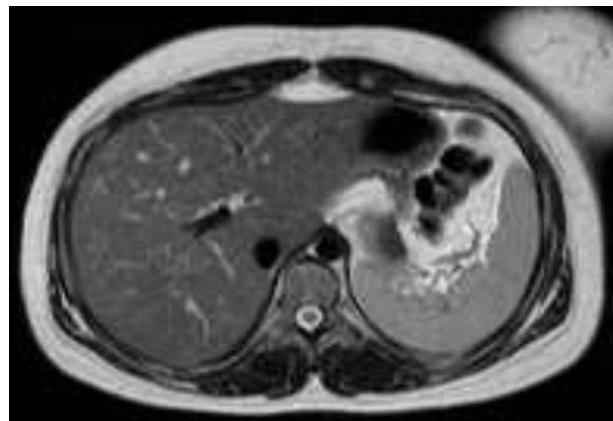


Рис. 3. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной Д. Кавернозная гемангиома левой доли печени.

ного рубца или гиалиновой щели, которые выполнены фиброзной и гиалиновой тканью (рис. 3). После внутривенного контрастирования в начальной фазе (1-5 мин.) отмечалось

краевое накопление контрастного вещества в виде отдельных пятен, которое в последующем (через 5-10 мин.) увеличивалось от периферии к центру и в более поздней фазе (10-15 мин.) достигало максимума вплоть до полного нивелирования образования на фоне нормальной ткани печени, за исключением гиалиновой щели, которая контрастное вещество не накапливала.

На МР-томограммах гемангиомы выглядели как образования с четкими неровными контурами без капсулы и признаков отека, однородной либо неоднородной структуры в зависимости от размеров, имели очень высокий МР-сигнал в Т2- и пониженный в Т1-взвешенных изображениях, напоминая кисту (рис. 4). При внутривенном усилении, которое проводилось в последовательности Т1, накопление контрастного вещества происходило от периферии к центру, аналогично накоплению при КТ, однако имелись некоторые особенности: МР-сигнал от гемангиомы становился выше, чем в окружающей паренхиме печени, что наблюдалось достаточно продол-

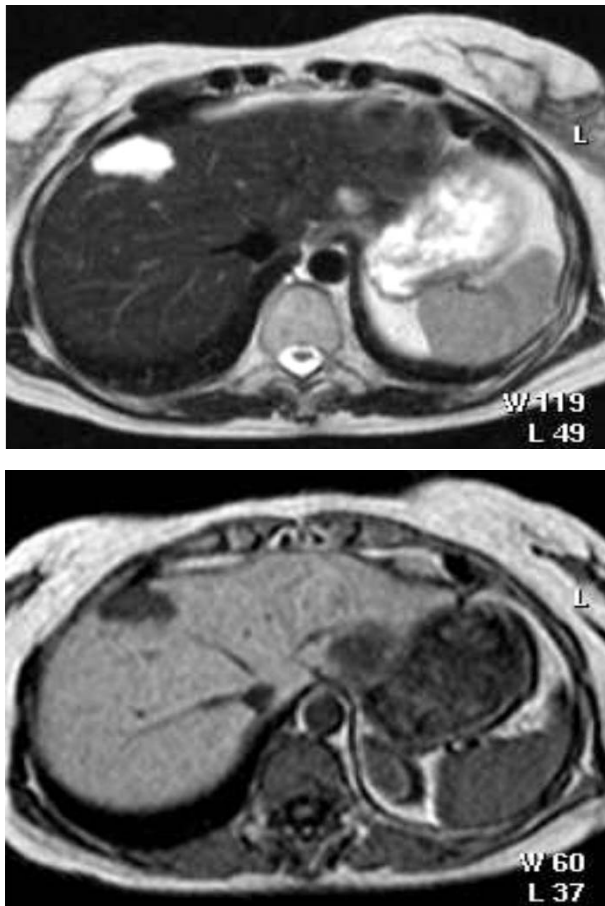


Рис. 4. МР-томограммы печени больной Г. Кавернозная гемангиома правой доли печени. Высокий сигнал в Т2, низкий сигнал в Т1.

жительное время, отсутствовал т.н. эффект «вымывания» контраста.

Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 79,6% (неправильная форма образования), а чувствительности – 100,0% (гиперденсный характер образования, нет накопления контрастного вещества «гиалиновой щелью»), МРТ-параметров – 97,3% и 100,0% соответственно.

Пункционную биопсию печени проводили в первую очередь для дифференциальной диагностики со злокачественными образованиями. Выполнены 13 (35%) исследований в диагностическом центре ДОКТМО под ультразвуковым контролем, под местной анестезией. Осложнений не наблюдали.

В клинике выполнено 36 видеоэндоскопических операций. Характер операций: энуклеация опухоли – 11 (31%), резекция печени – 25 (69%). Гемостаз осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля или электрокоагуляции. Осложнений, связанных с операцией, не было. Доступной локализацией гемангиом для этих операций считаем III–VII сегменты печени и размеры до 12 см в диаметре. У 8 пациентов успешно применён разработанный нами «Способ ликвидации остаточных полостей печени» (патент на полезную модель № 35718 от 10.10.2008 г.), с использованием тромбоцитарного концентрата. Кровотечения или подтекания желчи не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 4-6 дней.

З а к л ю ч е н и е

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 лапароскопической операции. Методами выбора являются энуклеация опухоли или резекция в пределах III-VII сегментов печени. Лапароскопические операции служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при гемангиомах печени. Применение ультразвукового скальпеля при данных операциях позволяет провести надежный гемостаз и, кроме того, сократить длительность и себестоимость операции. В перспективе уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений позволит применение аппарата для биологической сварки тканей и разработанного способа ликвидации остаточных полостей печени.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ

О.Д. Шаталов

Реферат. Проведений аналіз сучасних методів інструментальної діагностики у 36 хворих з гемангіомами печінки, що лікувалися в клініці за останні 10 років. Серед них було 23 (65%) жінок і 13 (35%) чоловіків у віці 24-67 років. Найбільш інформативними методами діагностики явилися УЗД у сполученні з МРТ. Максимальне значення загальної діагностичної точності УЗ параметрів склало 83,9-88,5%, чутливості – 100%. Діагностична точність МРТ- параметрів склала 90,4%, а чутливість – 100%. Із приводу даної патології в клініці виконано 36 відеоендоскопічних хірургічних операцій: енуклеацій – 11 (31%), резекцій печінки – 25 (69%). Ускладнень, пов'язаних з операцією, не було. Строк перебування хворих у стаціонарі склав 4-6 днів.

Ключові слова: гемангіома печінки, діагностика, відеоендоскопічне хірургічне лікування.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL VIDEO-ENDOSCOPE TREATMENT OF HEPATIC GEMANGIOMAS

A.D. Shatalov

Abstract. The analysis of modern methods of instrumental diagnostics is conducted at 36 patients with hepatic hemangiomas, who has been treated in a clinic for the last 10 years. Among them there were 23 (65%) women and 13 (35%) men aged between 24-67 years. The most informative methods of diagnostics were US in combination with MRI. A peak value of general diagnostic accuracy of US parameters was 83,9-88,5%, the sensitiveness – 100%. Diagnostic exactness of MRI parameters was 90,4%, and sensitiveness –

100%. Because of this pathology 36 surgical video endoscope operations were performed in the clinic: enucleations – 11, resections of liver – 25. The were not complications, concerned with the operation. The term of patients staying at the clinic was 4-6 days.

Key words: hepatic hemangioma, diagnostics, surgical videoendoscope treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов А.М. Диагностика и лечение гемангиом печени: взгляд на проблему на рубеже XXI века / А.М. Гранов, В.Н. Польшалов, П.Г. Тарзанов // *Анналы хир. гепатологии*. – 2002. – Т. 7, № 1. – С.252-253.
2. Завенян З.С. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению / З.С. Завенян, Н.П. Ратникова, Ю.Р. Камалов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2004. – № 5. – С. 14-20.
3. Колкин Я.Г. Доброкачественные очаговые образования печени (научный обзор) / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, К.И. Павлов, Е.И. Гоц // *Вестн. неотл. и восстанов. медицины*. – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 584-587.
4. Лаврик Г.В. Ангіографічні та ультразвукові аспекти діагностики та лікування гемангіом печінки / Г.В. Лаврик // *Львів мед. часопис*. – 2004. – Т. 10, № 2А. – С. 55-58.
5. Ничитайло М.Е. Лапароскопическое лечение кавернозных гемангиом печени / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, О.Н. Гулько // *Анналы хир.гепатологии*. – 2002. – Т.7, № 1. – С. 259-260.
6. Хацко В.В. Оптимизация алгоритма диагностики доброкачественных очаговых образований печени / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, А.М. Дудин, К.И. Павлов // *Акт. проблемы хир. гепатологии: тезисы докладов XVI межд. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, 16-18 сентября 2009 г.* – Екатеринбург (Россия), 2009. – С. 19.
7. Hanazaki K. Hepatic resection of giant cavernous hemangioma of the liver / K. Hanazaki, A. Matsushita, T. Monma // *J.Clin.Gastroenterol.* – 1999. – Vol. 29, № 3. – P. 257-260.

УДК 616.36-008,5-089:616.361-003,7-089;616,079

СОНОГРАФІЧНІ ТА ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ СТУПЕНІ ДИЛАТАЦІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ, ОБУМОВЛЕНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Ю.С. Семенюк, О.М. Вівсянник

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Реферат. Вивчено результати лікування 59 хворих на обтураційну жовтяницю обумовлену холедохолітазом. Вік хворих коливався від 40 до 78 років. Для розробки показань до виконання зовнішніх і внутрішніх дренуючих операцій на біліарній системі проводились інтраопераційні гістологічні експрес-дослідження біоптатів стінки загальної жовчної протоки під час виконання холедохотомії. I-III ступені морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки характеризуються збереженням скоротливих морфофункціональних елементів, що дозволяє зберегти автономність біліарної системи. Вибір способу завершення холедохотомії повинен враховувати ступінь дилатації холедоха і результати інтраопераційного гістологічного експрес-дослідження.

Ключові слова: холедохолітаз, механічна жовтяниця.

Методом вибору хірургічного лікування холедохолітазу ускладненого обтураційною жовтяницею являється холецистектомія доповнена різними втручаннями на жовчних протоках [1-3].

На даний час, в міру впровадження в клінічну практику сучасних медичних технологій, поряд із традиційними відкритими операціями, ведуче місце займають відеоендоскопічні біліарні декомпресійні мініінвазивні втручання, радикальні операції в поєднанні з лапароскопічними технологіями – лапароскопічна холецистектомія, з лапароскопічною холедохолітотомією, холедохоскопією, антеградною папілосфінктеротомією [4-7].

Однак, недостатньо розроблені показання до застосування мініінвазивних втручань, диференційованого вибору методу завершення холедохотомії з врахуванням ступенів дилатації загальної жовчної протоки в умовах обтураційної жовтяниці обумовленої холедохолітазом.

Матеріал та методи

Проаналізовано результати лікування 59 хворих на обтураційну жовтяницю обумовлену холедохолітазом. Жінок було 40, чоловіків – 19. Вік хворих коливався від 40 до 78 років. Тривалість жовтяниці до 1 тижня відмічено у 45%, до 2 тижнів у 36%, до 3 тижнів – у 10%, більше 3 тижнів – у 9% пацієнтів.

Легка ступінь тяжкості обтураційної жовтяниці була у 54%, середня – у 34%, тяж-

ка – у 12% хворих. Ультрасонографію гепатопанкреатобіліарної системи виконували на ультразвукових діагностичних апаратах фірми «Toshiba»–220A02. Для ендоскопічної ретроградної холецистопанкатографії (ЕРХПГ) використовували ендоскоп моделі JF-IT10 фірми «Olimpus» (Японія) з освітлювачем і пристроєм для обробки зображення та поліпроекційним рентгенівським апаратом фірми «Siemens» (Німеччина). Біохімічні дослідження включали визначення вмісту загального білірубину та його фракцій, активність лужної фосфатази, аланінамінотрансферази, аспартамінотрансферази, загального білка сироватки крові, сечовини, креатиніну, електролітів.

Проводили інтраопераційне вимірювання діаметру загальної жовчної протоки, а також інтраопераційне гістологічне експрес-дослідження біоптатів із стінки загальної жовчної протоки з забарвленням препарату гематоксилін-основним фуксин-пікриновим кислотним за Lee et al. (1977) в модифікації С.І. Хмельницького (1991).

Результати та обговорення

Ультрасонографічно діагноз обтураційної жовтяниці на ґрунті холедохолітазу стверджено у 83,7% (49) пацієнтів. Тільки у 10 пацієнтів для верифікації холедохолітазу була виконана ЕРХПГ. Виділено абсолютні сонографічні ознаки холедохолітазу: наявність в просвіті загальної жовчної протоки різного розміру гіперехогенних структур, які відтворюють ультразвукову тінь на фоні розширеного холедоха більше 7 мм (табл. 1).

Сонографічно діагностовано у 89,7% випадках конкременти в супрадуоденальному відділі холедоха, у 6,9% – в ретродуоденальному, у 2,5% – в панкреатичному, у 0,9% – інтрамуральному.

У всіх 59 хворих як сонографічно, так і під час операції, тобто інтраопераційно було виявлено розширення загальної жовчної протоки. При цьому, у 20 (33%) хворих діаметр загальної жовчної протоки був більше 20 мм, що суттєво змінювало тактику хірурга в виборі способу завершення холедохотомії.

Таблиця 1.

Ступені дилатації загальної жовчної протоки у хворих на обтураційну жовтяницю

Ступені дилатації холедоха	Розміри холедоха	%	Абсолютне число
I ступінь	7-11 мм	15%	9
II ступінь	12-19 мм	52%	30
III ступінь	20-25 мм	29%	17
IV ступінь	більше 25 мм	4%	3

Зменшення діаметру загальної жовчної протоки повинно розглядатися, як симптом, що вказує або на наявність жовчної гіпертензії, або на ураження його стінки. Проте розміри холедоха не завжди можуть бути критерієм для тактики хірурга.

Очевидно, що особливу актуальність набувають розуміння і знання патоморфологічних процесів стінки загальної жовчної протоки при виборі способу завершення холедохотомії.

Для розробки показань до виконання зовнішніх і внутрішніх дренажних операцій на біліарній системі нами проводились інтраопераційні гістологічні експрес-дослідження біоптатів стінки загальної жовчної протоки під час виконання холедохотомії. Тривалість виконання гістологічного експрес-дослідження не перевищувала 20 хвилин.

У хворих з I ступенем дилатації холедоха на зрізах відмічається набряк слизової оболонки з набуханням цитоплазми епітеліальних клітин. Поряд зі збільшенням кількості бакаловидних клітин слизової оболонки спостерігали збереження цілісності епітеліального пікрину. В сполучній тканині – дилатація судин і депонування крові. Гладком'язеві волокна стінок судин контуруються добре, хоча з'являється вогнищева інфільтрація судинної стінки лімфоцитами і поліморфноядерними лейкоцитами. В підслизовому шарі відмічається аналогічна інфільтрація, відмічається поширеність і проліферація покривного епітелію. Добре контуровані гладком'язеві волокна стінки протоки, а також добре виражені еластичні волокна. Останні зміни були характерні в випадках рецидивного перебігу клінічної картини без явищ жовчної гіпертензії.

При прогресуванні запалення створюються передумови для більш глибоких альтернативних процесів. Тобто на цій стадії гострого поверхневого запалення не відмічаються ознаки ушкодження основних скоротливих елементів протокової стінки – м'язового та еластичного. Скоротливі елементи стінки протоки у функціональному відношенні збережені. А

ступінь короточасного розширення стінки і збільшення діаметру загальної жовчної протоки являється симптомом, але при ліквідації жовчної гіпертензії носить зворотній характер, що диктує збереження анатомічної цілісності та автономності біліарної системи.

При II ступені дилатації холедоха морфологічно-епітеліальний покрив холедохіальної стінки десквамований. Власна пластинка слизової оболонки оголена, утворюються ерозії, що призводять до проникнення жовчі в стінку протоки і жовчної альтерації м'язевих і еластичних волокон. Збережені ділянки слизової оболонки набряклі. Виражена нейтрофільна інфільтрація між м'язовими і колагеновими волокнами. Зустрічається зона деструкції слизової оболонки. При даному ступені дилатації загальної жовчної протоки відмічається повне збереження м'язових і еластичних волокон частково на фоні помірної колагенізації стінки протоки та гострого запального процесу з постійною деструкцією основних скоротливих морфофункціональних її елементів.

При електронній мікроскопії в слизовій оболонці виявлялися ділянки деструкції у вигляді множинних кратероподібних дефектів – фенестр, різної стадії їх формування. Очевидно поява фенестр – це стадія проникнення жовчі в стінку проток. Кульмінацією являється транслокація через фенестри мікроорганізмів. В цій стадії запалення на мікропрепаратах можна спостерігати мікроабсцедування в стінці протоки по типу апостематозу. В результаті таких процесів стінка втрачає головні компоненти скоротливого апарату – м'язевий і еластичний, що призводить до дилатації протоки навіть при відсутності жовчної гіпертензії.

Феноменом таких процесів являється колагенізація, атрофія, склероз стінки протоки з повною втратою здатності до регуляції її тону.

Третя ступінь дилатації холедоха характеризується помірною інфільтрацією нейтрофілами стінки протоки, особливо його

підслизового шару з дрібновогнищевими крововиливами і периваскулярним набряком на фоні помірної її колагенізації. Слизова оболонка відрізняється багаторядністю будови з зменшенням кількості крипт. Значно зростає кількість бакаловидних клітин.

Отже, при III стадії дилатації патоморфологічні зміни в стінці загальної жовчної протоки характеризуються ознаками хронічного запалення з втратою, частковою, основних скоротливих морфофункціональних елементів стінкою холедоха, зменшення гладком'язевих волокон в стінці протоки, збільшення сполучно-тканинних структур з одночасним збереженням еластичних волокон.

При даній ситуації допустиме виконання любого типу відновної операції.

У хворих з IV типом дилатації холедоха слизова оболонка протоки атрофічна, місцями спостерігали десквамацію епітелію. Практично відсутні крипти слизової оболонки і залози підслизового шару. Відмічається виражені явища колагенізації, характерний склероз судинної стінки. Гладком'язеві волокна в протоковій стінці відсутні. Тобто, при IV стадії дилатації загальної жовчної протоки в його стінці наявні дегенеративно-атрофічні процеси з вираженою колагенізацією стінки протоки і практично повна втрата основних скорочуючих морфофункціональних елементів: відсутність гладком'язевих волокон в стінці протоки та їх заміщення на сполучно-тканинні волокна і зменшення вмісту еластичних волокон.

Наступає дезорганізація еластичного каркасу з фрагментацією його і заміщенням сполучною тканиною. Внаслідок чого, стінка загальної жовчної протоки втрачає головні компоненти скоротливого апарату, що призводить до дестабілізації стінки, зростання опори току жовчі, що усугубляють

явища холестазу. Відновлення тонуусу стінки протоки неможливо. Ліквідувати холестаз, можна шляхом виконання реконструктивної операції, що створює умови для пасивного відтоку жовчі в кишечник.

Нами було проведена порівняльна оцінка відповідності ступенів морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки до ступенів дилатації холедоха (табл. 2).

Як видно з таблиці I ступінь морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки була у 23 (38,9%), II ступінь – у 12 (20,3%), III ступінь – у 19 (32,2%), IV ступінь – лише у 5 (8,4%).

Із 9 хворих з I ступенем дилатації холедоха у 6 пацієнтів морфоструктурні зміни холедоха також відповідали I ступені. У інших 3 хворих морфологічні зміни відповідали II та III ступеням.

Дещо інша картина спостерігається у 30 хворих з II ступенем дилатації холедоха. З них, у 17 пацієнтів морфологічні зміни були характерні для I ступеня, у 9 – для II ступеня, у 4 хворих з II ступенем дилатації були виявлені морфоструктури стінки холедоха, що відповідали III ступеню.

При III ступені дилатації холедоха, тобто діаметр якого складав 20-25 мм, у 14 хворих із 17 розміри холедоха відповідали III ступеню морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки і у 2 – IV ступеню.

I, на кінець у 3 хворих з IV ступенем дилатації холедоха (більше 25 мм), у всіх морфологічні зміни стінки холедоха відповідали IV ступеню.

Беручи до уваги візуальні ступені дилатації загальної жовчної протоки інтраопераційними гістологічними експрес-дослідженнями стінок холедоха у 48 хворих зміни загальної жовчної протоки носила зворотній характер (I-III ступені морфозмін), що засвідчило про можливість відновлення такої функції після ліквідації перешкоди і дозволило збе-

Порівняльна оцінка відповідності ступенів морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки до ступенів дилатації холедоха

Таблиця 2.

Ступені дилатації	Ступені морфологічних змін стінки холедоха				Всього
	I	II	III	IV	
I	6	2	1	–	9
II	17	9	4	–	30
III	–	1	14	2	17
IV	–	–	–	3	3
Всього	23	12	19	5	59

Таблиця 3.

Види оперативних втручань при різних ступенях дилатації холедоха

Характер оперативних втручань	Ступені морфологічних змін стінки холедоха				Всього
	I	II	III	IV	
Холецистектомія, холедохолітотомія з холедохостомією за Піковським	23	11	14	–	48
Холецистектомія, холедоходуоденостомія	–	1	3	2	6
Холецистектомія, холедоходуоденостомія з холедохостомією за Піковським	–	–	2	3	5
Всього	23	12	19	5	59

регги як природній шлях жовчевідтоку, так і автономність біліарної системи.

У всіх 48 (81%) пацієнтів (табл. 3) після холецистектомії і холедохолітотомії через куксу міхурової протоки за О.О. Шалімовим операцію закінчували дрениванням холедоха за Піковським. У інших 11 (19%) пацієнтів були виконані операції внутрішнього дренивання: у 6 холедоходуоденостомія, у 5 – холедоходуоденостомія в поєднанні з зовнішнім дрениванням холедоха.

Висновки

1. I-III ступені морфологічних змін стінки загальної жовчної протоки характеризуються збереженням скоротливих морфофункціональних елементів, що дозволяє зберегти автономність біліарної системи.

2. Вибір способу завершення холедохотомії повинен враховувати ступінь дилатації холедоха і результати інтраопераційного гістологічного експрес-дослідження.

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ДИЛАТАЦИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Ю.С. Семенюк, О.М. Вивсянник

Резюме. Изучены результаты лечения 59 больных с обтурационной желтухой обусловленной холедохолитиазом. Возраст больных колебался от 40 до 78 лет. Для разработки показаний к выполнению внешних и внутренних дренирующих операций на билиарной системе проводились интраоперационные гистологические экспрес-исследования биоптатов стенки общего желчного протока при выполнении холедохотомии. I-III степени морфологических изменений стенки общего желчного протока характеризуются сохранением сократимости морфофункциональных элементов, что позволяет сохранить автономность билиарной системы. Выбор способа завершения холедохотомии должен учитывать степень дилатации холедоха и результаты интраоперационного гистологического экспрес-исследования.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха.

SONOGRAPHIC AND INTRAOPERATIVE CRITERIA FOR EVALUATION OF DEGREE OF COMMON BILE DUCT DILATION AT PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE CAUSED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Yu.S. Semenuk, O. M. Vivsiannyk

Abstract. Results of treatment of 59 patients with obstructive jaundice caused by choledocholithiasis were studied. Patients were 40-78 years old. Intraoperative histological express-analyses of common bile duct wall were performed to development of indications for external and internal drainage surgeries on biliar system. I-III degrees of morphological changes of bile duct are defined by saved contractile morphofunctional elements; this allows to save autonomy of biliar system. Choosing of method of completion of choledochotomy depends of degree of completion of choledocholithiasis and intraoperative histological express-analyses.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice

ЛІТЕРАТУРА

- Шалімов А.А., Лифшиц Ю.З., Крыжевский В.В. Прогнозирование обратимости измененной желчных протоков и выбор тактики хирургического лечения больных с холедохолитиазом // Клиническая хирургия. – 1990. – № 11. – С. 11-13.
- Torsoli A., Corazzari F., Nabib F.I et al. Pressure relationship within the human bile tract Normal and Abnormal physiology // Scand. J. Gastroenterology Suppl. – 1990. – v.25. – № 75. – P. 31.
- Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В. Экстренная хирургия желчных петель. – Донецк: ООО «Лебедь», 2005. – 434 с.
- Дзюбановський І.Я., Галей М.М. Лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю не пухлинного генезу // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 3. – С. 49-53.
- Ничитайло М.Ю., Захараш Ю.М., Огороднік П.В., Захараш М.П. Діагностично-лікувальна тактика з використанням мініінвазивних технологій при механічній жовтяниці, зумовленій холедохолітиазом // Хірургія України. – 2008. – № 2 (26). – С. 5-11.
- Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб. 7ЛСИ-СПб. – 2000. – 288 с.
- Грубник В.В., Ткаченко А.И., Калинин С.В. и др. Мининвазивные методы лечения холедохолитиаза // Клиническая хирургия. – 2001. – № 1. – С. 53-56.
- Ничитайло М.Ю., Огороднік П.В., Біляев В.В., Дейниченко А.Г. Лікування холедохолітиазу сучасними хірургічними методиками // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 12-14.

УДК 616.34-007.272-003.9-036.11:616.36-008

ПЕЧІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

С.М. Василюк, В.М. Галюк

Івано-Франківський національний медичний університет

Реферат. У 56 хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність у динаміці захворювання і комплексного хірургічного лікування вивчали спектр фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі. Встановлено порушення білковосинтезувальної функції печінки, що свідчить про зміни функціонального стану печінки, глибина цих змін залежить від термінів поступлення у стаціонар.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, гепатопцит, сироватковий білок.

Гостра кишкова непрохідність є актуальною проблемою невідкладної абдомінальної хірургії. Близько 40% всіх видів непрохідності складає спайкова кишкова непрохідність. Незважаючи на досягнення в лікуванні даної патології, залишається високим рівень летальності та кількості післяопераційних ускладнень [1]. Однією з головних причин летальності у даної категорії хворих є розвиток печінкової дисфункції. Даний стан зумовлений рядом чинників – в першу чергу, розвитком синдрому ентеральної недостатності, транслокацією бактеріальних і тканинних токсинів з травного каналу та черевної порожнини в кровоносне русло, а також збільшенням внутрішньочеревного тиску, що порушує спланхнічний кровотік [2, 3]. Найбільш репрезентативним показником функціонального стану печінки є її білковосинтезувальна функція [4].

Мета

Оцінити функціональний стан печінки у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність, шляхом аналізу змін спектру сироваткового білка.

Матеріал та методи

У 56 хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність у динаміці захворювання і комплексного хірургічного лікування вивчали спектр фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі. Метод дозволяє проаналізувати 25-27 фракцій сироваткового білка: α_1 -антитрипсин, α_1 -ліпопротеїн, α_1 -глікопротеїн, альбуміни, постальбуміни, церулоплазмін, трансферин, посттрансферин-1 та інші. Серед обстежених хворих було 18 (32,1%) чоловіків і 38 (67,9%)

жінок. Вік хворих коливався від 18 до 82 років, з них 22 (39,3%) – старшого і похилого віку. Середній вік хворих склав $45,6 \pm 3,7$ років.

Кров брали із ліктьової вени на час поступлення у стаціонар, на 3-5 післяопераційної доби і при одужанні. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Всі хворі були прооперовані. У 21 (37,5%) хворого гостру кишкову непрохідність не вдалося ліквідувати консервативними заходами, і вони були прооперовані в ургентному порядку. У 35 хворих (62,5%) гостра спайкова кишкова непрохідність була розрішена консервативно, а саме проведенням сифонної клізми, призначенням спазмолітичних препаратів, декомпресією шлунка тощо. Ці хворі були прооперовані в плановому порядку.

Результати та обговорення

Було встановлено, що диспротеїнемія фракцій сироваткового білка мала прямий зв'язок з тяжкістю клінічних проявів кишкової непрохідності та її тривалістю. Загальна кількість білка сироватки крові була зниженою як на час поступлення у стаціонар ($62,60 \pm 2,85$ г/л) в порівнянні з показниками контрольної групи ($80,0 \pm 2,60$ г/л), так і в динаміці комплексного хірургічного лікування і на момент виписки склала $63,50 \pm 2,85$ г/л.

Зростав вміст α_1 -антитрипсину, який знаходився підвищеним навіть на час виписки хворих з стаціонару ($2,25 \pm 0,32\%$) при контролі ($0,19 \pm 0,03\%$). Фракції α_1 -ліпопротеїну та α_1 -глікопротеїну були відсутніми в динаміці лікування.

Під час надходження до стаціонару вміст альбумінів у хворих основної групи був зниженим до $42,65 \pm 2,80\%$, тоді як у контрольній групі складав $52,50 \pm 2,05\%$. В динаміці лікування не відмічено нормалізації даного показника. Альбуміни володіють високою гідрофільністю, тому їх рівень в сироватці крові сприяє підтриманню колоїдно-осмотичного тиску крові, що забезпечує стабільне утримання об'єму циркулюючої крові та попередження накопичення рідини в третьому водному просторі. Виходячи з цього, зниження вмісту альбумінів у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність ми можемо пояснити пору-

шенням білоксинтезувальної функції печінки на фоні синдрому ентєральної недостатності, внаслідок розвитку патологічного процесу у просвіті кишківника і стінці кишки. Однак, недостатньо швидкий характер відновлення кількості альбумінів при клінічному одужанні хворих дозволяв нам стверджувати, що функціональне ураження гепатоцитів не розвинулося тільки внаслідок гострої кишкової непрохідності, а, ймовірно, ще й пов'язане з процесами хронічної ентєральної недостатності на фоні тривалого перебігу спайкової хвороби.

Поряд з цим, зниження вмісту альбуміну пов'язане не тільки з порушенням його синтезу та катаболізму, а й з іншою його важливою функцією – нейтралізацією бактеріальних та тканинних токсинів, які в великій кількості транслюкуються у кровоносне русло при гострій спайковій кишковій непрохідності.

Білки фракції 4 зростали в 1,7 рази у порівнянні з даними контрольної групи і продовжували знаходитись на високому рівні після операції і в динаміці комплексного консервативного лікування ($p < 0,05$). Спостерігалася диспротеїнемія інших фракцій постальбумінової зони.

В динаміці лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність спостерігалися кількісні зміни фракції 7 – церулоплазміну. На час поступлення хворих у стаціонар він складав $2,65 \pm 0,24\%$, що було достовірно ($p < 0,05$) вищим за показник контрольної групи ($1,42 \pm 0,16\%$). У динаміці лікування, на 3-4 післяопераційну добу він надалі продовжував підвищуватися ($3,48 \pm 0,22\%$) і залишався підвищеним навіть на час виписки хворих з

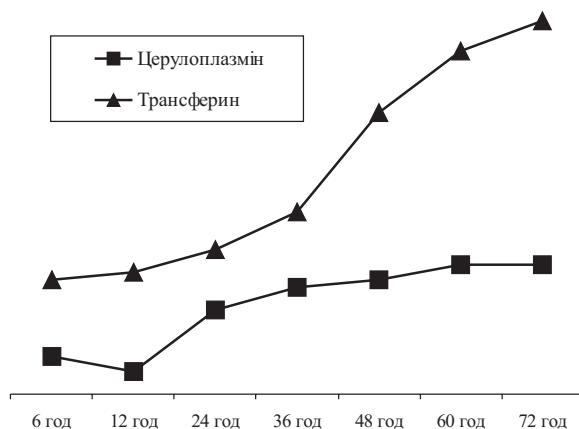


Рис. 1. Криві залежності кількісного рівня церулоплазміну та трансферину від термінів початку захворювання на гостру спайкову кишкову непрохідність.

стаціонару. Аналогічні зміни відмічали при аналізі фракції 8 (трансферину). На час поступлення хворих у стаціонар цей показник складав $13,72 \pm 0,22\%$, що перевищувало показник контрольної групи ($10,80 \pm 0,17\%$). У динаміці лікування він продовжував підвищуватися і наближався до нормальних величин тільки на час виписки стаціонару. Крім того, нами було встановлено, що підвищення рівня церулоплазміну та трансферину залежало від терміну розвитку гострої спайкової кишкової непрохідності (див. рис.).

Найвищі показники цих металоферментів зустрічалися у пацієнтів, які поступили у стаціонар більше, ніж через 48 годин від початку захворювання. Ймовірно це було пов'язано з наростанням інтоксикаційного синдрому, розвитком перитоніту, що викликало посилення процесів перекисного окислення ліпідів.

Фракція 9 (посттрансферин-1) не визначалася у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність. Тільки на час виписки зі стаціонару цей протеїн виявлявся на спектрпротеїнограмі, однак був майже втричі нижчим за показники контрольної групи.

Значним змінам піддавалися білки посттрансферинових фракцій. Так білки в фракціях 11, 12, 14, 17, 19, 22, 25 і 27 чітко диференціювалися і вміст їх підвищувався, особливо після проведеної операції. У фракціях 13, 18, 20 вміст білка не визначався, що дає підставу твердити про функціональні розлади гепатоцита. Після операції вміст білка в окремих фракціях мав тенденцію до нормалізації.

На час ушпиталення кількість фібриногену була підвищеною ($1,74 \pm 0,16\%$) проти показників контрольної групи ($1,16 \pm 0,10\%$). У динаміці лікування він підвищувався до $1,91 \pm 0,34\%$, а на час виписки з стаціонару знижувався до нормальних величин – $1,05 \pm 0,17\%$.

Відмічалися зміни у фракціях інгібіторів фібринолізу де локалізуються перед- α_2 -макроглобуліни та α_2 -макроглобуліни. На час поступлення хворих у стаціонар та впродовж перших післяопераційних днів перед- α_2 -макроглобуліни та α_2 -макроглобуліни були підвищеними відносно показників контрольної групи, однак на час виписки хворих з стаціонару знижувалися.

Висновки

1. Гостра спайкова кишкова непрохідність спричиняє розвиток функціональної недостатності гепатоцита, що підтверджується диспротеїнемією фракцій сироваткового білка, тяжкість якої залежить від термінів розвитку непрохідності.

2. Зміни білковосинтезувальної функції печінки зберігаються навіть при клінічному видужанні хворих, що, ймовірно, пов'язане з тривалою ентеральною недостатністю на фоні хвороби зрощень.

3. Перспективним для подальших досліджень є напрацювання методів корекції функціональної недостатності печінки при гострій спайковій кишковій непрохідності.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С.М. Васылюк, В.М. Галюк

Реферат. У 56 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью в динамике заболевания и комплексного хирургического лечения изучали спектр фракций сывороточного белка диск-электрофореграммы в полиакриламидном геле. Установлено нарушение белоксинтетической функции печени, что свидетельствует об изменениях функционального состояния печени, глубина этих изменений зависит от сроков госпитализации в стационар.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, гепатоцит, сывороточной белок.

HEPATIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

S.M. Vasylyuk, V.M. Galyuk

Abstract. The spectrum of fractions of serum protein of disk-electrophoregram in polyacrylamide gel was studied in 56 patients with acute adhesive intestinal obstruction during the course of the disease and complex surgical treatment. The disorder of protein-synthesizing function of the liver, that testifies the alterations of hepatic functional state, and the depth of these alterations depends on the terms of beginning the in-patient treatment, was determined.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, hepatocyte, serum protein.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. – СПб.: Питер., 1999.– 486 с.
2. Duron J.J., Hay J.M., Msika S. et al. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery: a retrospective multicenter study // Arch. Surg. – 2000. – Vol. 135, № 2. – P. 208-212.
3. Michael P. Diamond. About adhesions // NTERO Surgical. – 2001. –P. 231-239.
4. Васильюк М.Д., Біцька І.В. Пероксидне окиснення ліпідів, стан антиоксидантного захисту та активність деяких ферментів печінки в крові хворих на спайкову кишкову непрохідність // Буковинський медичний вісник. – 2004. – Т. 8, № 1. – С. 36-40.

УДК 617.557+617.581]-001.45-089:614.2

МОДЕРНИЗАЦІЯ І УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ТАЗА И ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

З.А. Салахов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат. Статья посвящена результатам лечения 321 огнестрельных ранений таза и тазовых органов в условиях военно-полевого хирургического госпиталя, что составило 4,9% всех огнестрельных ранений. В 32,09 %. (103) ранения были проникающими, они относились к тяжелым ранениям. При непроникающих ранениях в 98 случаях тяжесть состояния раненых объяснялась с обширностью ран (86 человек) и повреждениями внутренних органов (12). При оказании хирургической помощи и определении тактики лечения раненых соблюдались правила военно-медицинской доктрины. В конечном итоге при ранениях таза возвращение в строй составило 70,8% (192) раненых. 21,4% (58) уволены с военной службы. Общая летальность составила 7,7% (21). Однако все эти показатели оказались низкими. Начиная со второй половины 1993 года с целью улучшения качества оказанной медицинской помощи и ее результатов подготовлены лечебно-диагностические алгоритмы и применены в практике. Показатели в период 1992г и первой половины 1993г были гораздо ниже, чем во второй половине 1993 и 1994 г. в целом. Т.о. начиная со второй половины 1993 и 1994 гг. осложнения уменьшились с 58,1% до 56,9%; летальность с 9,5% до 5,7%. Восстановление боеспособности повысилось с 66,2% до 76,4%, а увольнения военнослужащих по состоянию здоровья уменьшились с 24,3% до 17,9%, что определяют значение лечебно-диагностических алгоритмов примененных в практике.

Ключевые слова: травма органов таза, лечение.

В условиях современных боевых действий неуклонно возрастает роль неядерных высокоточных видов вооружений, чьи поражающие способности сопоставимы с применением ядерного оружия. В связи с этим, среди общего числа раненных неуклонно возрастает удельный вес множественных и сочетанных повреждений. Среди них также возрастает частота ранений таза [1-8]. Для улучшения оказания адекватной условиям современного боя медицинской помощи и улучшения ее результатов требуется применение современных методов лечения путем модернизации и усовершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий. Во время военных конфликтов на территории Азербайджанской Республики в недавнем прошлом в передовом госпитале № 1 применены современные лечебно-диагностические алгоритмы

в системе лечебно-эвакуационных мероприятий. Это дало возможность улучшить результаты квалифицированной хирургической помощи раненым, уменьшить число осложнений и летальности.

Материал и методы

В годы вооруженных конфликтов на территории Азербайджанской Республики в военно-полевой хирургический госпиталь №1 с огнестрельными ранениями таза поступил 321 человек, что составило 4,9% всех ранений. В 47,0% случаев (151) ранения были пулевыми, а в 53,0% случаев (170) осколочными. В 32,1% случаев (103) ранения были проникающими, а в остальных 67,9% случаев (218) – непроникающими. Последние, в основном (120) относились к нетяжелым группам ранений. Однако в 98% случаев этих ранений тяжесть состояния объяснялась наличием обширных ран (86) и в 12% случаев при непроникающих ранениях наблюдались повреждения внутренних органов, у 8 из них повреждения сочетались с переломами костей таза. При огнестрельных ранениях таза повреждения внутренних органов наблюдались у 111 раненых, что составило 34,6%, у 51 раненого повреждения внутренних органов носили изолированный, а у 60 раненых сочетанный характер. У последних зарегистрировано 146 ранений органов, т.е. у 111 раненых наблюдалось всего 197 повреждений органов (табл. 1).

Результаты и обсуждение

Переломы костей таза наблюдались в 30,5% (98) в основном у тяжелых раненых. Повреждения внутренних органов у этих групп раненых в процентных соотношениях встречались чаще, чем при ранениях без повреждения костей, т.е. в 69,4% случаев (68) при огнестрельных переломах костей таза встречались повреждения внутренних органов, а при непроникающих ранениях в 19,3% случаев (43 ранения) (табл. 2).

Сочетание ранений органов с переломами костей таза объясняется кинетической энергией огнестрельного оружия; нередко костные оскол-

Таблиця 1.

Повреждения внутренних органов при огнестрельных ранениях в области таза

Характер повреждений	Повреждения органов													Всего
	предстательная железа	мочеточник	подвздошные сосуды	нисходящая ободочная кишка	восходящая ободочная кишка	мочевой пузырь	прямая кишка	сигмовидная кишка	уретра	слепая кишка	наружные половые органы	тонкая кишка	почки	
Изолированные	-	-	-	-	-	15	13	4	4	5	5	3	-	51
Сочетанные	2	3	5	4	1	34	44	13	11	7	2	14	6	146
Итого	2	3	5	4	1	49	57	17	15	12	7	19	6	197

ки носили функцию “вторичного снаряда”. Неслучайно, при всех осколчатых и раздробленных переломах костей таза наблюдались ранения внутренних органов. Однако при сравнительно меньших скоростях пули или осколков, как при рикошетных ранениях, костная ткань носила функцию сберегающего фактора.

При обычных переломах костей таза после первичной хирургической обработки раны в области поражения особая иммобилизация не применялась. Однако при переломах с нарушением тазового кольца, а также при переломах вертлужной впадины применялись скелетные вытяжения.

Оказание квалифицированной хирургической помощи при ранениях органов таза заключалось в следующем: при любых ранениях прямой кишки наложена сигмостома. При внутрибрюшинных ранениях прямой кишки рана ушита, брюшная полость промыта и дренирована. А при экстраперитонеальных

повреждениях дополнительно дренировано и параректальное пространство.

При ранениях мочевого пузыря и уретры наложены эпицистостомы. Раны мочевого пузыря ушиты общепринятым способом. При экстраперитонеальных повреждениях мочевого пузыря паравезикальное пространство дренировано по методу Буяльского-Мак Уортера. На этапе квалифицированной хирургической помощи мы отказались от проведения реконструктивных оперативных вмешательств на уретре при ее повреждениях, ограничиваясь только первичными хирургическими обработками ран. А при повреждениях наружных половых органов после хирургической обработки ран наложены редкие сближающие швы, чтобы орган не деформировался.

При ранениях других органов брюшной полости оказана помощь согласно указанию военно-медицинской доктрины, т.е. лапаротомии всегда производили срединным досту-

пом так, чтобы ревизия органов малого таза и брюшной полости не затруднялась. При множественных и обширных ранениях тонкой кишки последняя резецирована на грани здоровой ткани и наложен анастомоз конец в конец, желудочно-кишечный тракт интубирован. При отдельных обычных ранениях тонкой кишки раны ушиты.

При ранениях толстой кишки раны выведены наружу, т.е. наложена колостома. При обширных ранениях толстой кишки пораженный участок кишки резецирован, наложена двустольная колостома. При дистальном, ранении ректо-сигмоидального отдела, оперативное вмешательство заключалось в наложении одноствольной колостомы по Гартману, т.е. терминальный отдел кишечного тракта ушит наглухо.

При ревизии полых органов всегда обращали внимание на гематомные участки кишок и брыжейки. При необходимости особенно тщательно проверены отделы толстой кишки, где нет брыжейки (восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки), чтобы не упустить повреждения. В конце каждой операции брюшная полость тщательно промывалась антисептическими растворами и дренировалась.

В оказании квалифицированной хирургической помощи при огнестрельных ранени-

ях таза в 61 случаев наблюдались осложнения, что составило 19,0%. В том числе шок – в 26, кровотечения – в 5, инфицирования ран – в 30 случаев. В каждом случае проведены комплексные противошоковые мероприятия и остановка кровотечений наряду с инфузионно-трансфузионной терапией, использованы антибиотики широкого спектра действия, противостолбнячные антигангренозные сыворотки. У 44 раненых получен положительный результат, а в 17 случаев (5,3%) наступила смерть, причинами которой являлись необратимый шок в 9, кровотечения в 2 случаев. В 6 случаях смерть наступила от гнойно-септического процесса.

254 (79,1%) раненых эвакуированы в тыловую госпитальную базу, где они получали специализированную медицинскую помощь. Кроме обычных методов лечения, при необходимости, раненые получали гипербарическую оксигенацию, экстракорпоральную детоксикацию, лазерную терапию и т.п. У 192 раненых восстановлена боеспособность и они возвращены в часть. Это составило 59,8% всех ранений таза. 58 человек (22,8%) по состоянию здоровья уволены с военной службы: по поводу остеомиелита костей таза – в 24 случаях, наличия колостомы и после резекции кишки – в 34 случаях.

Таблица 2.

Частота повреждения костей таза и внутренних органов в зависимости от характера ранений

Характер ранения	Повреждения органов		Без повреждения органов		Всего
	с переломами	без переломов	с переломами	без переломов	
Проникающие	60	39	1	3	103 (32,1%)
Непроникающие	8	4	29	177	218 (67,9%)
Итого	68 21,2%	43 13,4%	30 9,3%	180 56,1%	321 (100%)
	111 (34,6%)		210 (65,4%)		

Таблица 3.

Результаты квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями таза путем модернизации и усовершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий

Периоды оказания помощи	Осложнения	Летальность	Восстановление боеспособности	Увольнение	Всего
1992 г.	86	14	98	36	148
первая ½ 1993 г.	58,1	9,5	66,2	24,3	
Вторая ½ 1993 г.	70	7	94	22	123
1994 г.	56,9	5,7	76,4	17,9	
Итого:	156 57,6	21 7,7	192 70,8	58 21,4	271

На етапі спеціалізованої хірургічної допомоги у 4 тяжелих ранених (1,58%) настигла смерть, причиною котрою в кожному випадку на фоні гнійно-септичного процесу являлась поліорганна недостаточність.

Таким образом, из 321 раненого с повреждениями таза у 192 восстановилась боеспособность, т.е. они возвращены в строй, что составило 70,8% всех раненого. 58 человек (21,4%) уволены с военной службы по состоянию здоровья. Осложнения наблюдались у 156 раненого (57,6%), у 21 раненого (7,7%) наступила смерть от различных осложнений.

Начиная со второй половины 1993 года с целью улучшения качества оказанной медицинской помощи и ее результатов подготовлены и применены в практике лечебно-диагностические алгоритмы. Сюда относятся модернизация и усовершенствование догоспитального периода медицинской помощи, реорганизация квалифицированной хирургической помощи путем максимального приближения квалифицированной хирургической помощи к линии фронта в зависимости от боевой обстановки, комплексного применения современных методов лечения на этапах медицинской эвакуации и применение современного усовершенствованного диагностического алгоритма в системе лечебно-эвакуационных мероприятий, широкого использования авиатранспорта при эвакуации раненого в специализированные лечебные учреждения.

Эти показатели в период 1992 г. и первой половины 1993 г. были гораздо ниже, чем во второй половине 1993 и 1994 г. в целом (табл. 3).

Начиная со второй половины 1993 и 1994 гг. осложнения уменьшились от 58,1% до 56,9%; летальность от 9,5% до 5,7%. Восстановление боеспособности повысилось от 66,2% до 76,4%, а увольнения военнослужащих по состоянию здоровья уменьшились от 24,3% до 17,9%, что определяет значение примененных в практике лечебно-диагностических алгоритмов.

З а к л ю ч е н и е

Результаты лечения огнестрельных ранений таза получены путем организации и улучшения догоспитального этапа медицинской помощи, максимального приближения квалифицированной хирургической помощи к линии фронта и широкого использования авиатранспорта при эвакуации раненого в специализированные лечебные учреждения и комплексного применения современных методов лечения и использование современного усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма в системе лечебно-эвакуационных мероприятий.

МОДЕРНІЗАЦІЯ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В НАДАННІ КВАЛІФІКОВАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ТАЗУ ТА ТАЗОВИХ ОРГАНІВ

З.А. Салахов

Реферат. Стаття присвячена результатам лікування 321 вогнепальних поранень тазу і тазових органів в умовах військово-польового хірургічного госпіталю, що склало 4,9% всіх вогнепальних поранень. У 32,09%. (103) поранення були проникаючими, вони ставилися до важких поранень. При непроникаючих пораненнях у 98 випадках тяжкість стану поранених пояснювалася розміром ран (86 осіб) та ушкодженнями внутрішніх органів (12). При наданні хірургічної допомоги та визначенні тактики лікування поранених дотримувалися правила військово-медичної доктрини. У кінцевому підсумку при пораненнях тазу повернення в стрій склало 70,8% (192) поранених. 21,4% (58) звільнені з військової служби. Загальна летальність склала 7,7% (21). Однак всі ці показники виявилися низькими. Починаючи з другої половини 1993 року з метою поліпшення якості наданої медичної допомоги та її результатів підготовлені лікувально-діагностичні алгоритми та застосовані в практиці. Показники в період 1992 та першої половини 1993 р були набагато нижчі, ніж у другій половині 1993 і 1994 р. в цілому. Т.ч. починаючи з другої половини 1993 та 1994 рр. ускладнення зменшилися з 58,1% до 56,9%; летальність з 9,5% до 5,7%. Відновлення боєздатності підвищилася з 66,2% до 76,4%, а звільнення військовослужбовців за станом здоров'я зменшилися з 24,3% до 17,9%, що визначають значення лікувально-діагностичних алгоритмів применених в практиці.

Ключові слова: травма тазових органів, лікування

RESULTS OF TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS OF PELVIS IN FIELD HOSPITAL

Z.A. Salahov

Abstract. The article is devoted to the results of treatment of 321 patients with pelvic damages who received a qualified aid in the military field surgical hospital that equaled 4.9% of all patients with gunshot wounds. In 32.09% (103) these wounds were penetrating and were considered to be severe. In 98 cases of non penetrating wounds the severity of the state was due to the large area of the wounds (986 patients) and in 12 persons it was due to the damage of the internal organs. Surgical tactics in , treatment of all patients was carried out according to the military unit doctrine. As a result 70,8% (192) patients with pelvic wounds returned to the ranks. 21.4% (58) were dismissed from the army membership. The general lethality made up 7.7% (21). However all these results appeared to be very low. Beginning with the second half of 1993 with the aim of improvement its quality and the results of the given aid, diagnostic algorithms were developed and put into practice. The indexes in the period between 1992 and the first half of 1993 were much lower than in the second half of 1993 and in 1994 on the whole. Thus, beginning with the second half of 1993 and 1994 the complications decreased from 58,1% to 56,9%; the lethality from 9,5% to 5,7%. Rehabilitation of fighting ability increased from 66,2% to 76,4% and the discharge of the patients for their health reasons reduced from 24,3% to 17,9% that speaks about the significance of diagnostic algorithms in general practice.

Key words: pelvic organ injuries, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Огнестрельные ранения крестца и прямой кишки // ВМЖ. – 1994. – № 9. – С. 50.
2. Гостев В.С. Закрытые повреждения таза и принципы их лечения на этапах медицинской эвакуации // ВМЖ. – 1972. – № 11. – С. 24-29.
3. Кухарчук В.П., Олейник Г.Г. Огнестрельное ранение органов малого таза // Клинич. хирургия. – 1990. – № 4. – С. 63.
4. Лоховицкий С.В., Сагинов Т.А., Никонов В.В. Ранения живота и таза с повреждениями магистральных сосудов // Вестник хирургии. – 1995. – № 3. – С. 65-67.
5. Оруджев Т.Г. Хирургическая тактика при осложнениях органов малого таза у пострадавших с огнестрельными ранениями // Тезисы докл. конференции, Баку. – 1994. – С. 53.
6. Ревской А.К., Люфинг А.А., Войновский Е.А., Клипак В.М. Огнестрельные ранения живота и таза. – М., 2000. – 74 с.
7. Салахов З.А. Тактика лечения при огнестрельных ранениях таза. Методические рекомендации. – Баку, 1997. – 28 с.
8. Салахов З.А. Случаи повреждения органов при не проникающих ранениях // Сагламлыг, Баку. – 1997. – № 2. – С. 93-96.
9. Султанов Г.А. Повреждения прямой кишки // Тезисы докл. конференции, Баку, 1994. – С. 61-62.
10. Montie J. Bladder injuries – Urol.Clin. North Am. – 1977. – № 4. – P. 59.
11. Sarrroll R.R., McAninch J.W. Bladder trauma: mechanisms of injury and unified method of diagnosis and repair // J.Urol. – 1984. – P. 132-254.
12. Tuggle D. et al. Management of rectal trauma // Am. J. Surg. – 1984. – V. 148. – P. 806-816.

УДК 616.37-002.4-036.11-08-092

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.А. Васильев

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Обследованы 114 больных с тяжелым острым панкреатитом и синдромом интраабдоминальной гипертензии (ИАГ). Все пациенты были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. В комплексе интенсивной терапии проводилась продленная эпидуральная анестезия (ПЭА). Мониторинг внутрибрюшного давления проводился измерением давления в мочевом пузыре. Продленная эпидуральная анестезия препятствует развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. Синдром ИАГ чаще наблюдается у больных с крупноочаговым некротическим панкреатитом. Синдром критической ИАГ при остром панкреатите в клинике с опытом лечения 6000 больных этой патологией ни разу не явился показанием к лапаротомии. Авторы рекомендуют ПЭА как обязательный метод обезболивания и профилактики синдрома ВАГ в комплексном лечении больных с тяжелым панкреатитом.

Ключевые слова: тяжелый острый панкреатит, внутрибрюшное давление, компартмент-синдром.

Лечение больных с тяжелым острым панкреатитом (ОП), на современном этапе развития хирургической науки требует проведения комплексной интенсивной терапии, обязательными компонентами которой являются: обезболивание, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, детоксикация, иммунокоррекция, поддержание адекватного газообмена и сердечной деятельности, нутритивная поддержка и др. Интенсивная терапия тяжелого ОП и сонографический мониторинг в конечном счете определяют хирургическую тактику лечения больных с ОП. В последние годы одним из показаний к ранней лапаротомии при ОП стали рассматривать синдром интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) в его критической стадии [1-5]. Если причиной критической ИАГ явился панкреонекроз, то какой объем вмешательства на поджелудочной железе можно рекомендовать при ранней лапаротомии? Одна только трансназальная интубация кишечника и открытая лапаростома несомненно приведут к раннему и нежелательному инфицированию панкреонекроза.

Цель исследования

Обосновать показания к продленной эпидуральной анестезии, как способа профилактики и лечения синдрома критической внутриабдоминальной гипертензии.

Материал и методы

В работе проанализированы результаты лечения 114 больных с тяжелым ОП, у которых одним из главных клинических проявлений ОП был выраженный парез кишечника и метеоризм. Пациенты находились на лечении в клинике хирургии в течение 2007-2009 г.г. Форму и распространенность ОП определяли с помощью сонографической диагностики. Оценка тяжести течения ОП осуществлялась в первые часы от госпитализации больных в клинику по шкалам Ranson и APACHE-II. Пациенты с тяжелым ОП (балл по Ranson $5 \pm 1,5$; балл по APACHE-II $12 \pm 3,5$) госпитализировались в отделение интенсивной терапии (ОИТ). Возраст больных от 16 до 78 лет. Для диагностики синдрома ИАГ, согласно рекомендаций международной конференции экспертов по интраабдоминальной гипертензии и абдоминальному компартмент-синдрому (НООСА, Квинсленд, Австралия, 2006), использовали метод измерения уровня давления в мочевом пузыре. «Нулевой точкой» считали уровень средней подмышечной линии. Этот метод считается золотым стандартом для мониторинга ВБД. Измерения выполняли 2-4 раза в сутки в зависимости от тяжести патологических изменений и динамики снижения внутрибрюшного давления. При 3-4 степени исходного ВБД показания регистрировали каждые два часа в течение суток. Помимо измерения ВБД, оценивали показатели сердечно-сосудистой деятельности, параметры дыхания, оксигенации крови, показатели гомеостаза, диуреза. У больных с тяжелым ОП основным методом обезболивания явилась продленная эпидуральная анестезия (ПЭА). ПЭА выполнялась в первые 2-14 часов с момента госпитализации больного в ОИТ. Постановку катетера в эпидуральное пространство проводили по стандартной бисекторальной методике 2% раствором лидокаина, или 0,5% раствором бупивакаина в сочетании с фентанилом. Уровень блокады определяли на уровне Th₆-Th₈. Катетеризацию эпидурального пространства осуществляли краниально на 2-3 см.

Результаты и обсуждение

Пролечены 114 пациентов с тяжелым ОП, которым в первые 2-14 часов от момента госпитализации выполнено дренирование эпидурального пространства (см. табл.). У всех 114 больных имелись признаки дисфункции пищеварительного тракта, проявившиеся вздутием живота, неукротимой рвотой. Противопоказанием к немедленной постановке катетера была выраженная гипотония (24,5% больных). Инфузионная многокомпонентная терапия в центральную вену с применением вазопрессоров позволяла стабилизировать гемодинамику в первые 8-14 часов и только затем прибегнуть к постановке эпидурального катетера. У 59 (41%) больных эпидуральная анестезия после начальной интенсивной терапии была использована для проведения лапароцентеза (или лапароскопии) и устранения ферментативного перитонита в первые часы от госпитализации. Аналгезирующий эффект ПЭА потенцировали нестероидными противовоспалительными препаратами, вводимыми внутривенно или внутримышечно. Положительными эффектами такой аналгезии явились минимальные дозы наркотических анальгетиков (только в первые часы интенсивной терапии) и ранняя и максимальная активизация больных (отсутствие седации и хороший анальгетический эффект), минимальное отрицательное воздействие на системную гемодинамику, регионарная блокада с хорошим кровотоком в зоне воспаления, стимуляция и раннее восстановление кишечной перистальтики. Мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД) у 59 больных с тяжелым некротическим панкреатитом (НП), осложненным ферментативным перитонитом (давность заболевания $29 \pm 4,4$ часа) показал снижение ВБД на 17-22% уже в первые 2-4 часа после применения ПЭА, еще до проведения лапароцентеза и до эвакуации ферментативной воспалительной абдоминальной жидкости. Оксигенация периферической крови улучшалась на 5-7% через 2 часа после выполнения ПЭА. У 52 больных

(давность заболевания $54,7 \pm 3,5$ часа) с парапанкреатическим инфильтратом (ППИ), ВБД снижалось на 22-24% через 8-14 часов от начала ПЭА. Оксигенация периферической крови у этих больных улучшалась на 5-7% через 8 часов. Перистальтика кишечника восстанавливалась уже через 2 суток, что позволяло проводить энтеральное питание и энтеросорбцию.

Длительность нахождения катетера в эпидуральном пространстве определялась интенсивностью болевого синдрома в промежутках между введениями анестетика, функциональным состоянием кишечника и колебалась от 3 до 10 суток. Длительность нахождения катетера в эпидуральном пространстве у больных с тяжелым ОП в конечном счете зависела от объема некротического поражения поджелудочной железы и степени выраженности местных осложнений панкреонекроза.

Согласно исследований, проведенных в последние годы, при панкреонекрозе, при 3 степени внутрибрюшной гипертензии синдром критической ИАГ может развиваться в 90-100% наблюдений и потребует неотложной лапаротомии. Два пациента оперированы нами в экстренном порядке через 26 и 48 часов от начала заболевания с предоперационным диагнозом: острая кишечная непроходимость. ВБД на операционном столе до лапаротомии у них соответствовало критическому значению ИАГ (35 и 37 cmH_2O). У этих двух больных неинфицированный панкреонекроз был распознан лишь при лапаротомии. Операции были проведены под продленной эпидуральной анестезией (возраст больных 56 и 68 лет; оба пациента с избыточным питанием, с сопутствующей кардиальной и легочной патологией). В обоих случаях причиной динамической непроходимости кишечника явился неинфицированный парапанкреатический геморрагический инфильтрат. Больным была выполнена трансназальная интубация кишечника с эвакуацией кишечного содержимого и дренирование брюшной полости. Брюшная

Таблица

Распределение больных с тяжелым ОП по начальной степени повышения ВБД

Степени ВБД	cmH_2O	mmHg	Число больных
1 степень	16-20,5	12-15	64
2 степень	20,6-27,5	16-20	36
3 степень	27,6-34	21-25	12
4 степень	≥ 35	> 25	2

стенка у больных была зашита. Сальниковая сумка не вскрывалась. ВБД сразу же после операции соответствовало 3 степени повышения ВАД. Проведение ПЭА, комплексной интенсивной терапии включавшей антибактериальное лечение карбапенемами и энтеросорбцию позволили восстановить функцию кишечника через 3 суток после вынужденной лапаротомии в каждом из наблюдений. 3 степень повышения ВБД на раннем этапе лечения тяжелого ОП мы наблюдали у 12 пациентов. Сонографически и в дальнейшем, при хирургическом лечении, у этих больных был подтвержден инфицированный НП с объемом поражения железы 10-40%. Все пациенты начинали лечение ОП в других лечебных учреждениях без интенсивной терапии в современном ее представлении. Период ухудшения общего состояния, пареза кишечника и высокого ВАД совпадал с периодом инфицирования некротических очагов. При переводе таких больных в клинику комплексное лечение начинали с проведения ПЭА. Ни в одном случае мы не наблюдали развития критической ИАГ и это патологическое состояние не явилось показанием к лапаротомии у наших больных при тяжелом ОП.

Выводы

1. Тяжесть острого панкреатита должна определяться при госпитализации больного. Лечение тяжелого острого панкреатита должно проводиться в отделении интенсивной терапии.

2. Больные тяжелым ОП нуждаются в мониторинговании внутрибрюшного давления.

3. Раннее (при госпитализации) применение продленной эпидуральной анестезии у больных с тяжелым ОП обладает обезболивающим, реологическим, энтеропротекторным действием. Противопоказанием к неотложной ПЭА при стартовой терапии тяжелого ОП является гипотония.

4. Своевременная продленная эпидуральная анестезия в комплексе интенсивной терапии у больных с ОП является эффективным мероприятием по профилактике синдрома критической внутриабдоминальной гипертензии.

ПРОЛОНГОВАНА ЕПІДУРАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТЯЖКИЙ ПАНКРЕАТИТ

О.О. Васильев

Реферат. Обстежено 114 хворих на важкий гострий панкреатит із синдромом інтраабдоминальної гіпертензії. Усі пацієнти були госпіталізовані

у відділення інтенсивної терапії. У комплексі інтенсивної терапії важкого панкреатиту проводилася пролонгована епідуральна анестезія (ПЕА). Моніторинг інтраабдоминального тиску проводили замірюванням тиску у сечовому міхурі. Пролонгована епідуральна анестезія запобігає синдрому інтраабдоминальної гіпертензії. Синдром ІАГ частіше відмічається у хворих на крупновогнищевий панкреонекроз. Синдром критичної ІАГ при гострому панкреатиті у клініці, яка має досвід лікування понад 6000 хворих на гострий панкреатит, жодного разу не був показанням до лапаротомії. Автори пропонують пролонговану епідуральну анестезію як обов'язковий метод знеболювання та профілактики синдрому ІАГ у комплексному лікуванні хворих на важкий гострий панкреатит.

Ключові слова: важкий гострий панкреатит, інтраабдоминальний тиск, компартмент-синдром.

PROLONGED EPIDURAL ANESTHESIA AS METHOD OF PREVENTIVE MEASURES OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

A.A. Vasiliev

Abstract. 114 patients with acute pancreatitis and intraabdominal pressure syndrome are surveyed. All patients were admission in branch of intensive therapy. In a complex of intensive therapy of severe acute pancreatitis was carried out prolonged epidural anesthesia (PEA). The monitoring of intraabdominal pressure was carried out by measurement of pressure in urinary bladder. PEA interferes with development of intraabdominal hypertension syndrome. Intraabdominal hypertension syndrome more often is observed at the patients with large-focal necrotizing pancreatitis. Abdominal compartment syndrome at acute pancreatitis in clinic with experience of treatment 6000 patients by this pathology never was by the indication to laparotomy. The authors recommend PEA as an obligatory method of anesthesia and preventive maintenance abdominal compartment syndrome in complex treatment of the patients with severe acute pancreatitis.

Key words: severe acute pancreatitis, intraabdominal pressure, abdominal compartment syndrome.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Смоляр А.Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике (обзор литературы) // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 66-72.
2. Дюжева Т.Г., Шеффер А.В. Роль повышения внутрибрюшного давления в развитии полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Том 14, № 1. – С. 34-38.
3. Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С., Михопулос Т.А. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии у больных с деструктивными формами панкреатита // Хирургия. – 2007. – № 1. – С. 29-32.
4. Свиридов С.В., Овечкин А.М., Федоровский Н.М., Буткевич А.Ц. Значение продленной анальгезии местными анестетиками в комплексной терапии тяжелого острого панкреатита и панкреонекроза // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – № 1. – С. 48-51.
5. Freise H, Lauer S, Konietzny E, et al. Hepatic effects of thoracic epidural analgesia in experimental severe acute pancreatitis // Anesthesiology. – 2009. – № 111 (6). – P. 1249-1256.

УДК 616.381-002-07-037

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАНГЕЙМСЬКОГО ІНДЕКСУ ПЕРИТОНІТУ В СУЧАСНІЙ НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

О.Б. Матвійчук, Д.М. Бешлей, Л.Я. Клецко, А.В. Гоцуленко,
В.П. Болбот, Р.В. Тригуба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Реферат. Перитоніт є одним із найважчих ускладнень гострих захворювань органів черевної порожнини та залишається основною причиною смерті у 57-80% оперованих. Сучасний підхід до лікування хворих із перитонітом передбачає прогнозування перебігу післяопераційного періоду, зокрема імовірності виникнення ускладнень та летальності. Поширені прогностичні схеми включають специфічні лабораторні показники та параметри оцінки важкості стану пацієнта, проте не враховують сучасних особливостей хірургічної інфекції. Мета: оцінити прогностичне значення Мангеймського індексу перитоніту в сучасних умовах невідкладної абдомінальної хірургії. Дослідженням охоплено 917 стаціонарних хворих, оперованих у клініці в 2006-2008 р.р. з приводу гострих хірургічних захворювань тонкої та товстої кишок. В основу оцінки прогностичного значення Мангеймського індексу перитоніту покладено порівняння прогнозованої та фактичної летальності хворих із гострими захворюваннями органів черевної порожнини, ускладненими перитонітом. Порівняльний аналіз виявив, що летальність у хворих із I ступенем важкості склала 5,3%, що перевищує відповідний прогностичний показник. У групі хворих із II ступенем важкості летальність також перевищила верхню межу прогнозованої на 7,4%. У 29,2% випадків було зниження ступеня важкості за Мангеймським індексом перитоніту. Отримані дані виявили ряд недоліків Мангеймського індексу перитоніту, а саме суб'єктивність трактування окремих параметрів лікарем та пацієнтом, одноразовий її підрахунок, неврахування об'єктивних параметрів важкості хірургічної інфекції, неконкретизованість органної недостатності.

Ключові слова: гострі хірургічні захворювання тонкої та товстої кишок, післяопераційний період, Мангеймський індекс перитоніту.

Перитоніт є одним із найважчих ускладнень гострих захворювань органів черевної порожнини та залишається основною причиною смерті у 57-80% оперованих [4, 10, 11]. Сучасний підхід до лікування хворих із перитонітом, крім адекватного операційного втручання та комплексної фармакотерапії, передбачає прогнозування перебігу післяопераційного періоду, зокрема імовірності виникнення ускладнень та летальності [1, 8]. Поширені прогностичні схеми (APACHE II, SAPS, SOFA та ін.) включають специфічні лабораторні показники [5, 15] та параметри оцінки важкості стану пацієнта [6, 9], проте не враховують сучасних особливостей хірургічної інфекції.

Мангеймський індекс перитоніту (МІП) залишається найбільш вживаним способом стратифікації результату захворювання за низкою факторів [13]. З часу його впровадження (1987 р.) в клінічну практику істотно змінились спектр та характер хірургічної, зокрема госпітальної, інфекції, підходи до її хірургічного та фармакотерапевтичного лікування, введено поняття «третинного перитоніту» [2, 14] та «абдомінального сепсису» [7, 8]. У зв'язку з цим, доцільність застосування МІП у хірургічній клініці потребує критичної оцінки.

Мета: оцінити прогностичне значення МІП у сучасних умовах невідкладної абдомінальної хірургії.

Матеріал та методи

Дослідженням охоплено 917 стаціонарних хворих, оперованих у клініці в 2006-2008 р.р. з приводу гострих хірургічних захворювань тонкої та товстої кишок. Вік пацієнтів перебував у діапазоні 18-94 років (середній – $42,2 \pm 15,2$). Переважали чоловіки – 60,2%. Супутню патологію діагностовано в 36,7% пацієнтів. При скеруванні у лікарню діагноз «гострий живіт» встановлено у 14,1%. При огляді хірургами в клініці, наявність перитоніту стверджено у 34,5% пацієнтів, що вкотре підкреслює стертість його клініки перед операцією, в особливості в осіб старших вікових груп. Антибіотикопрофілактику (здебільшого цефалоспорином I покоління або фторхінолоном II покоління в поєднанні з нітроїмідазолом) застосовано у 742 (77,2%) хворих. Наявність перитоніту визначила необхідність застосування антибіотикотерапії у 316 (34,5%) випадках (найчастіше – фторхінолоном II-III покоління в поєднанні з нітроїмідазолом). Усі хірургічні втручання виконано в межах 4-20 годин від госпіталізації. З приводу гострого апендициту прооперовано 59,2% пацієнтів, гострої непрохідності кишок – 13,7%, ускладненого раку товстої кишки – 7,8%, перфораційної виразки дванадцятипалої кишки – 5,8%, травми живота – 4,8%, гострого тромбозу мезентерійних судин – 4,8%, перфораційного дивертикуліту

товстої кишки – 3,9% хворих. Операція полягала в усуненні причини перитоніту, лаважі та дренажу черевної порожнини.

Наявність перитоніту інтраопераційно верифіковано у 316 пацієнтів (37,8%). Дифузний характер запалення очеревини встановлено в 46,5% випадків. Місцевий невідмежований та відмежований перитоніт стверджено, відповідно, у 66,9% та 33,1% випадків. Місцевий відмежований перитоніт найчастіше (87,3%) ускладнював гострий деструкційний апендицит. Мікробний пейзаж перитонеального ексудату був представлений переважно грам-негативною (*E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Klebs. pneumoniae*, *Acinetobacter*), рідше – грам-позитивною (*Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*, *Enterococcus faecalis*) флорою.

Ускладнення в післяопераційному періоді виникли у 146 (15,9%) випадках, гнійно-септичні – у 11,2%. Серед пацієнтів із перитонітом нагнійні процеси розвинулись у 66,1% оперованих: нагноєння рани (39,4%), тромбофлебіт (19,9%), флегмони передньої черевної стінки (12,1%), третинний перитоніт (11,5%), кишкові нориці (7,8%), пневмонія (5,6%), неспроможність швів анастомозу (3,7%). У 47 (5,1%) хворих післяопераційний перитоніт мав ознаки третинного, беручи до уваги верифіковану мікрофлору, характерну для госпітальної інфекції (*Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*), та розвинувся у пацієнтів, які знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології більше 5 діб. Вимушені релапаротомії виконано у 58 (6,3%) пацієнтів із приводу неспроможності швів анастомозу та перфорації гострої виразки тонкої кишки. Програмовані лапаротомії проведено з санаційною метою у 41 (4,5%) хворого. Сепсис діагностовано у 277 (30,2%) хворих, важкий сепсис – у 171 (18,7%), септичний шок – у 54 (5,9%) випадках. Післяопераційна летальність при перитоніті склала 25,7%, при сепсисі – 48,9%, при важкому сепсисі – 62,6%, при септичному шоку – 79,6%. Основною при-

чиною смерті оперованих була поліорганна недостатність (ПОН), найчастіше – печінково-ниркова та гостра серцево-судинна.

В основу оцінки прогностичного значення МП покладено порівняння прогнозованої та фактичної летальностей хворих із гострими захворюваннями органів черевної порожнини, ускладненими перитонітом.

Результати та обговорення

Порівняння прогнозованої за МП та фактичної летальності виявило деякі розходження (див. табл.).

Летальність у хворих із I ступенем важкості склала 5,3%, що перевищує відповідний прогностичний показник. Післяопераційну летальність 66,7% при I ступені важкості МП відзначили й інші клініцисти [3]. У групі хворих із II ступенем важкості летальність також перевищила верхню межу прогнозованої – на 7,4%.

Обчислено значення МП усіх клінічних випадків перитоніту. При порівнянні фактичних результатів із прогнозованими, у 29,2% випадків було зниження ступеня важкості за МП. Таку ж тенденцію підтвердили й інші клініцисти, наголошуючи, що шкала МП розрахована на популяційну, а не на індивідуальну оцінку стану хворого з перитонітом [3].

Отримані дані виявили ряд недоліків прогностичної схеми МП. У ній не уточнено такі вагомні фактори, як характер та ступінь органної недостатності, тип домінуючої мікрофлори ексудату, вторинність чи третинність перитоніту. На точність результату МП як у бік сприятливого, так і несприятливого прогнозу, впливає й суб'єктивність трактування окремих параметрів лікарем (характер ексудату) та самим пацієнтом (тривалість захворювання) [1]. Згідно даних інших клініцистів чутливість цієї прогностичної шкали склала лише 53-70%, незважаючи на достатньо високу (90%) специфічність [12]. У шкалі МП не конкретизовано про яку саме недостатність йдеться – моно- чи поліорганну. Додатковим недоліком даної схеми можна

Таблиця

Прогностичне значення МП

Ступінь важкості за МП	Післяопераційна летальність, %	
	прогнозована	фактична
I	0	5,3
II	0,1-29	36,4
III	29,1-100	54,1

вважати і одноразовий її підрахунок, який не дає можливості правильно оцінити прогноз у динаміці та, відповідно, вжити відповідних заходів для корекції стану хворого.

Проведене дослідження виявило необхідність подальшого пошуку шляхів створення нових, більш точних та чутливих методів прогнозування перебігу післяопераційного періоду хворих із перитонітом не тільки щодо прогнозування летальності, але й імовірності розвитку ускладнень.

Висновки

1. Перитоніт – важке та життєвозагрозливе ускладнення невідкладної хірургії тонкої та товстої кишок.

2. Похибки прогнозу МІП значною мірою зумовлені суб'єктивною оцінкою її показників.

3. Провідною причиною неточності результатів оцінки за МІП є неврахування об'єктивних параметрів важкості хірургічної інфекції та відсутність динамічної оцінки інших факторів впливу на перебіг післяопераційного періоду.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАНГЕЙМСКОГО ИНДЕКСА ПЕРИТОНИТА В СОВРЕМЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

О.Б. Матвийчук, Д.М. Бешлей, Л.Я. Клецко, А.В. Гоцуленко, В.П. Болбот, Р.В. Тригуба

Реферат. Перитонит является одним из самых тяжёлых осложнений острых заболеваний органов брюшной полости и остаётся основной причиной смерти у 57-80% оперированных. Современный подход к лечению больных с перитонитом предполагает прогнозирование течения послеоперационного периода, в частности возможности возникновения осложнений и летальности. Распространённые прогностические схемы включают специфические лабораторные показатели и параметры оценки тяжести состояния пациента, однако не учитывают современных особенностей хирургической инфекции. Цель: оценить прогностическое значение Мангеймского индекса перитонита в современных условиях неотложной абдоминальной хирургии. В исследовании вошли 917 стационарных больных, оперированных в клинике в 2006-2008 г.г. по поводу острых хирургических заболеваний тонкой и толстой кишок. В основание оценки прогностического значения Мангеймского индекса перитонита положено сравнение прогнозируемой и фактической летальностей больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, осложнёнными перитонитом. Сравнительный анализ выявил, что летальность у больных с I степенью тяжести составила 5,3%, что превышает соответственный прогностический показатель. В группе больных с II степенью тяжести летальность тоже превзошла верхнюю границу прогнозируемой на 7,4%. В 29,2% случаев было понижение степени тяжести по Мангеймскому индексу перитонита. Полученные данные выявили ряд недостатков Мангеймского индекса перитонита, а именно: субъективность трактовки отдельных параметров хирургом и пациентом, одноразовый её подсчёт, отсутствие учета объективных параметров тяже-

сти хирургической инфекции, неконкретный критерий органной недостаточности.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания тонкой и толстой кишок, послеоперационный период, Мангеймский индекс перитонита.

PROGNOSTIC VALUE OF MANNHEIM PERITONITIS INDEX IN CONTEMPORARY EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

O.B. Matviychuk, D.M. Beshley, L.Ya. Kletsko, A.V. Hoculenko, V.P. Bolbot, R.V. Tryhuba

Abstract. Peritonitis is one of the most serious complications of acute diseases of abdominal organs and remains the main cause of death of 57-80% surgical patients. Contemporary approach to the treatment of peritonitis includes the prognosis of postoperative period course, particularly the probability of complications and mortality. Widespread prognostic scales use specific laboratory indices and evaluation parameters of patient's condition, though they don't take into account the present peculiarities of surgical infection. Aim: to estimate the prognostic value of Mannheim peritonitis index (MPI) in current emergency abdominal surgery. The investigation enrolled 917 patients, who underwent surgery in 2006-2008 for acute diseases of small and large bowel. The essence of estimation of the prognostic value of Mannheim peritonitis index was to compare the prognosticated and actual mortality of patients with peritonitis. Comparative analysis had shown that actual mortality of patients with I severity grade of MPI was 5,3%, exceeding the prognosticated. In patients with II severity grade of MPI, mortality had also outmatched the upper prognosticated point for 7,4%. In 29,2% of the cases, the severity grade of MPI was understated. The investigation data reveal certain imperfections of MPI, namely subjectivity of interpretation of separate parameters both by the surgeon and the patients, single-time calculation, unaccounting of objective parameters of surgical infection's severity, as well as inconcretization of organ dysfunction.

Key words: acute surgical diseases of small and large bowel, postoperative period, Mannheim peritonitis index.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов Д.Б., Недашковский Э.В. Оценка тяжести и интенсивная терапия распространенного перитонита // Вестн. интенс. терапии. – 2005. – № 1. – С. 5-10.
2. Гостищев В.К., Станоевич У.С., Алешкин В.А. Третичный перитонит: возможности его профилактики // Хирургия. – 2007. – № 9. – С. 15-18.
3. Гридчик И.Е., Закиров Д.Б., Пар В.И. К прогнозу течения абдоминального сепсиса // Вестн. интенс. терапии. – 2004. – № 1. – С. 32-36.
4. Лаберко Л.А., Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. Индивидуальный прогноз тяжести течения послеоперационного периода и исхода распространенного перитонита // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 29-33.
5. Плоткин Л.Л. Релапаротомии у пациентов с разлитым гнойным перитонитом, аспекты агрессииологии // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. – № 3. – С. 11-14.
6. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Найштетик В.Я. Очерки хирургии перитонита. – Киев, 2000. – 139 с.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Гельфанд Е.Б. Абдоминальный сепсис у хирургических больных: клиническая характеристика и прогноз // Анналы Хирургии. – 2000. – № 6. – С. 11-18.
8. Сипливый В.А., Гринченко С.В., Береснев А.В., Евтушенко Д.В., Шаповалов Е.А. Хирургический сепсис: современные подходы к оценке тяжести // Украинский Журнал Хирургії. – 2009. – № 1. – С. 121-124.
9. Сипливый В.А., Гринченко С.В., Береснев А.В., Евтушенко Д.В., Шаповалов Е.А. Шкала оценки тя-

- жести состояния больных с перитонитом // Клінічна Хірургія. – 2005. – № 3. – С. 46-49.
10. Стручков Ю.В., Горбачева И.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 12-15.
11. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Савенкова Н.Н. Перитонит: качество жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. – 2004. – № 12. – С. 56-60.
12. Цыганенко А.Я. Гнойный перитонит: патофизиология и лечение. – Харків, Контраст. – 2002. – 280 с.
13. Linder M.M., Wacha H., Feldmann U. Der Mannheimer peritonitis-index. Ein instrument zur intraoperativen prognose der peritonitis // Chirurg. – 1987. – № 58 (2). – P. 84-92.
14. Nathens A.B., Rotstein O.D., Marshal J.C. Tertiary peritonitis: clinical features of a complex nosocomial infection // World Jour. Surg. – 1998. – № 22. – P. 158-163.
15. Sendt W., Amberg R., Hassan A., Specht B.U., Schoeffel U. Secondary peritonitis: severity of disease and activation of peritoneal cells // Eur. J. Surg. – 2001. – № 167. – P. 426-432.

УДК 618.1-089:615.832.74

БИОЛОГИЧЕСКАЯ СВАРКА ТКАНЕЙ АППАРАТОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

*А.В. Чурилов¹, С.В. Кушнир², Н.В. Куприенко²,
Е.А. Ковальчук², Д.В. Подоляка¹*

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины»

Реферат. В статье представлен опыт применения при хирургическом лечении гинекологических больных биологической сварки тканей аппаратом высокочастотной электрокоагуляции. Одной из важнейших задач современной оперативной гинекологии является разработка и внедрение в клиническую практику новых способов соединения тканей, простых в исполнении для хирурга и щадящих для больного. Установлено, что применение биологической сварки тканей высокочастотным электрокоагулятором в оперативной гинекологии позволяет не только значительно сократить длительность операции и объем кровопотери, но и открывает новые перспективы по усовершенствованию, упрощению и повышению качества выполняемого хирургического лечения.

Ключевые слова: биологическая сварка тканей, оперативная гинекология

Одной из важнейших задач современной оперативной гинекологии является разработка и внедрение в клиническую практику новых способов соединения тканей, простых в исполнении для хирурга и щадящих для больного [8]. Применяемые традиционные способы соединения тканей с использованием шовного материала, сшивающих аппаратов, клеевых композиций и других средств не совершенны [1, 4-6]. Основным недостатком шовных материалов является опасность нарушения кровообращения в зоне наложения швов, миграции микроорганизмов по шовным нитям, что в ряде случаев приводит к развитию гнойных осложнений, перитонита и сепсиса [2, 3, 7]. Возросла роль развития аллергических реакций организма на инородное тело. Именно поэтому все большее количество исследований в оперативной гинекологии посвящено поиску новых способов соединения тканей.

Одним из выдающихся достижений отечественных ученых является разработка новых технологических процессов соединения и разъединения биологических тканей живых существ, включая человека.

Проведенные в Институте хирургии и травматологии АМН Украины (ИХиТ) экспериментальные исследования сварки тканей животных позволили перейти к поэтапному

клиническому применению разработанного способа на человеке в Центральном клиническом госпитале ВМУ СБУ и в ИХиТ, Донецком противоопухолевом центре.

Операции с применением высокочастотного электрокоагулятора ЕК-300М1 с 2009 года нашли широкое применение в отделе восстановления репродуктивной функции (ОВРФ) ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМНУ». Результаты проводимых экспериментальных исследований получаемого сварочного соединения и клинических наблюдений за гинекологическими больными в послеоперационном периоде составили один из разделов НИР ОВРФ «Тубооваріальна запальна хвороба: високотехнологічні методи діагностики та лікування» на 2009-2011 год, номер госрегистрации 0108U000563, шифр теми АМН 32.

Цель работы

Оценить эффективность применения биологической сварки тканей аппаратом высокочастотной электрокоагуляции ЕК-300М1 в сравнении с традиционным шовным соединением.

Материал и методы

В исследование вошло 204 больных с фибромиомой матки и кистами яичников находившихся на лечении в ОВРФ ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака АМНУ» с 2002 по 2010 год. Возраст больных составил от 40 до 50 лет, в среднем 42,4 года. Все больные входящие в исследование прошли хирургическое лечение в плановом порядке. Критерием разделения больных на две группы послужило использование во время операции биологической сварки тканей (БСТ) аппаратом высокочастотной электрокоагуляции. В I группу вошло 92 больных у которых применялась БСТ, во II группу (сравнения) 112 пациенток с применением традиционного шовного соединения тканей. Различий в объеме предоперационной подготовки, интраоперационном медикаментозном обеспечении и послеоперационном ведении отмечено не было. Объем хирургических вмешательств представлен в таблице 1.

Таблиця 1.

Объем хирургических вмешательств исследуемых больных

Объем операции	I группа		II группа		t
	Абс.	%	Абс.	%	
Простая экстирпация матки с придатками	20	21,74	28	25,00	0,558149
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	32	34,78	42	37,50	0,407
Тубоовариозэктомия	21	22,83	19	16,96	1,0595
Консервативная миомэктомия	14	15,22	16	14,29	0,190099
Экстирпация культи шейки матки	5	5,43	7	6,25	0,25285
ВСЕГО	92	100	112	100	

t – коэффициент достоверности; tst – табличный критерий Стьюдента, $tst = 1,96$ для данной степени свободы при $p = 0,05$

Как видно из представленной таблицы $t < tst$, что свидетельствует об отсутствии достоверных различий в частоте объемов хирургических вмешательств между исследуемыми группами.

У всех пациенток проанализированные затраты времени на ход всей операции, включая обработку маточного сосудистого пучка и объем интраоперационной кровопотери.

Статистическая обработка данных проводилась параметрическим (критерий Стьюдента) методом с использованием программы «STADIA». Критическая величина уровня значимости принята равной 0,05.

Результаты и обсуждение

Нами было проанализирована длительность операции и объем кровопотери (табл.2, табл.3).

Средняя длительность простой экстирпации матки с придатками при использовании биологической сварки тканей в 1,68 раз меньше чем при использовании традиционного шовного материала, соответственно уменьшается время пребывания пациентки под наркозом, который может отрицательно влиять на ход послеоперационного периода.

Сравнительный анализ всех типов операций наглядно показывает достоверное ($p < 0,05$) уменьшение длительности при использовании высокочастотного коагулятора. Наиболее выражены эти показатели в группе больных, которым выполнялась биологическая сварка тканей во время простой экстирпации матки с придатками и надвлагалищной ампутации матки с придатками. Это связано с относительно большим объемом наблюдений.

Таблиця 2.

Продолжительность операции в зависимости от ее объема

Объем операции	Продолжительность операции в минутах				tst	t
	I группа		II группа			
	M1	m1	M2	m2		
Простая экстирпация матки с придатками	72,3	16,17	121,3	22,92	2,02	3,02
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	60,4	10,68	110,2	17,00	1,98	3,76
Тубоовариозэктомия	32,3	7,05	52,1	11,95	2,04	2,05
Консервативная миомэктомия	28,4	7,59	61,2	15,30	2,04	2,47
Экстирпация культи шейки матки	34,6	15,47	98,4	37,19	2,18	2,32*

M1 и M2 – средние величины; m1 и m2 – ошибки соответствующих средних величин, t – коэффициент достоверности; tst – табличный критерий Стьюдента

* – показатель рассчитан с помощью критерия Фишера

Таблиця 3.

Кровопотеря во время операции в зависимости от объема хирургического лечения

Объем операции	Кровопотеря во время операции в мл				tst	t
	I группа		II группа			
	M1	m1	M2	m2		
Простая экстирпация матки с придатками	210,4	47,05	387,5	73,23	2,02	3,16
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	200,7	35,48	365,4	56,38	1,98	3,76
Тубоовариоэктомия	110,1	24,03	180,6	41,43	2,04	2,09
Консервативная миомэктомия	105,7	28,25	198,9	49,73	2,04	2,28
Экстирпация культи шейки матки	145,8	65,20	280,9	106,17	2,18	2,61*

M1 и M2 – средние величины; m1 и m2 – ошибки соответствующих средних величин, t – коэффициент достоверности; tst – табличный критерий Стьюдента

* – показатель рассчитан с помощью критерия Фишера

В то же время, несмотря на малую выборку при экстирпации культи шейки матки при оценке достоверности различий нами был использован критерий Фишера, что позволило подтвердить достоверность ($p < 0,05$) полученных результатов.

Данные о кровопотери во время хирургического лечения в зависимости от объема хирургического лечения представлены в таблице 3.

Во II группе кровопотеря заметно большая в сравнении с I группой, в среднем в 1,8 раза. Это связано с тем, что использование высокочастотной электрокоагуляции позволяет останавливать даже капиллярные кровотечения, которым хирург, когда работает с шовным материалом, чаще всего не придает особого значения, а, в конечном итоге, кровопотеря оказывается значительной. Это положение особенно относится к кровопотере из сосудов подкожно-жировой клетчатки, паравезикальной клетчатки и т.п.

З а к л ю ч е н и е

Применение биологической сварки тканей высокочастотным электрокоагулятором в оперативной гинекологии позволяет не только значительно сократить длительность операции и объем кровопотери, но и открывает новые перспективы по усовершенствованию, упрощению и повышению качества выполняемого хирургического лечения.

БИОЛОГІЧНЕ ЗВАРЮВАННЯ ТКАНИН АПАРАТОМ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ЕЛЕКТРОКОАГУЛЯЦІЇ В ОПЕРАТИВНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

А.В. Чурілов, С.В. Кушнір М.В. Купрієнко, О.А. Ковальчук, Д.В. Подоляка

Реферат. У статті наданий досвід застосування при хірургічному лікуванні гінекологічних хворих біологічної зварки тканин апаратом високочастотної електрокоагуляції. Однією з найважливіших задач сучасної оперативної гінекології є розробка і втілення у клінічну практику нових способів з'єднання тканин, простих у виконанні для хірурга і шадячи для хворого. Встановлено, що застосування біологічного зварювання тканин високочастотним електрокоагулятором в оперативній гінекології дозволяє не тільки значно скоротити тривалість операції і об'єм крововтрати, але і відкриває нові перспективи щодо удосконалення, спрощення і підвищення якості виконаного хірургічного лікування.

Ключові слова: біологічне зварювання тканин, оперативна гінекологія

BIOLOGICAL WELDING OF TISSUES BY THE DEVICE OF HIGH-FREQUENCY ELECTROCOAGULATION IN OPERATIVE GYNECOLOGY

A.V. Churilov, S.V. Kushnir, N.V. Kuprienko, E.A. Kovalchuk, D.V. Podolyaka

Abstract. In clause the experience of application is submitted at surgical treatment of the gynecological patients of biological welding of tissues by the device of high-frequency electrocoagulation. One of major tasks of modern operative gynecology is the development and introduction in clinical practice of new ways of connection of tissues, simple in execution for the surgeon and sparing for the patient. Is established, that the application of biological welding of tissues by high-frequency electrocoagulation in operative gynecology allows not only considerably to reduce duration of operation and volume of hemorrhage, but also opens new prospects on improvement, simplification and increase of quality of carried out surgical treatment.

Key words: biological welding of tissues, operative gynecology

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондар Г.В., Купрієнко М.В., Панієв С.Ю. Спосіб лікування раку шийки матки. Патент UA 46609A, МКИ А61В17/00; Заявлено 18.05.2001; Опубл. 15.05.2002, Бюл. № 5.
2. Ковальчук Е.А., Куприенко Н.В. Электрохирургические способы гемостаза и соединения тканей при лечении опухолей гениталий у женщин // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – Т. 6, № 3. – С. 537-541.
3. Ковальчук О.А., Купрієнко М.В. Застосування височастотного електрохірургічного зварювального лігування тканин (за методом Б.Є.Патона) при гістеректомії у хворих на рак шийки матки // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2006. – Вип. 10, Т. 1. – С. 192-197.
4. Патон Б. Є. та ін. Спосіб з'єднання м'яких блочних тканин і пристой на його здійснення Патент № 44805 С2 Україна, МКИ 7А61В17/00; Опубл. 16.09.02, Бюл. № 9.
5. Патон Б.Б. та ін.. Спосіб зварювання м'яких тканин людини. Патент № 200206556 Україна; Опубл. 15.01.04, Бюл. № 1.
6. Патон Б.Е. Электрическая сварка мягких тканей в хирургии // Автоматическая сварка. – 2004. – № 9 (617). – С. 7-11.
7. Фурманов Ю.О., Ничитайло М.Ю., Литвиненко О.М. и др. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепатологии // Клінічна хірургія. – 2004. – № 8. – С. 57-59.
8. Юшкин А.С., Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Физические способы диссекции и коагуляции в хирургии // Хирургия. – 2003. – № 1. – С. 48-53.

УДК 616.716.4-018.46-002.3-008.87-036.11-085+615.84

INFLUENCE OF NARROWLY SPECTRAL INFRARED RAYS ON MICROFLORA OF PURULENT WOUND IN COMPLEX THERAPY FOR ACUTE ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS OF MANDIBLE IN CHILDREN

*A.I. Khasanov**Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

Abstract. There investigated influence of narrowly spectral infrared rays on microflora of purulent wound in complex therapy for acute odontogenic osteomyelitis of mandible in children. It has been established that when used narrowly spectral infrared rays in complex therapy of suppurative wound of acute odontogenic osteomyelitis of mandible in children on 7-8 day of treatment pathogen and conditionally pathogen bacteria totally eliminated from wound, common condition of patient improves and local clinical signs of acute process are reduced.

Key words: odontogenic osteomyelitis, microflora, narrowly spectral infrared rays.

Background

Problem of treatment of sick children with inflammatory diseases of maxillo-facial area becomes the more significant that occupies one of the first paces in inflammatory maxillofacial surgery (3,9,10,11). In recent years character of inflammatory diseases of maxillofacial area course in children has been changed. Reasons of qualitative changes of clinical course of odontogenic inflammatory diseases are constantly changed ecological factors and social life conditions. The increase of resistant to antibiotics forms of microorganisms, irrational use of medications as well as inhibition of immunological body responsiveness determine a lot the character of inflammatory diseases and its outcome [3, 9, 10].

Tendency of spread of inflammatory processes of maxillofacial area is clear by the appearance of antibiotic-resistant microorganisms. Therefore, the methods of inflammatory diseases treatment requires further improvement. Principle of pathogenetic treatment of wound provides obligatory verification of infection causative agent and use of antibacterial medications subject to susceptibility of microorganisms to them. Study of qualitative and quantitative microflora characteristics is able to predict objectively the development of wound process and value efficacy of that or other method of treatment. In recent decades character of micro-flora, its virulence and adaptability has been changed significantly [1, 2, 4, 8, 11].

Based on previous conducted investigations, appropriateness of narrowly spectral infrared rays after suppurative focus opening in complex therapy of acute odontogenic osteomyelitis has

been substantiated that differs from other physical factors effect on pathological body processes at molecular level [5-7].

In this connection we aimed to: study influence of narrowly spectral infrared rays on microflora of suppurative wound in dynamics of complex therapy for acute odontogenic osteomyelitis of mandible in children.

Material and methods

To determine aimed purpose we examined 150 children over 2006-2008 yy. aged from 4 to 8 years old with acute odontogenic osteomyelitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissue (submaxillary, pteromaxillary and parotid-masticatory spaces) admitted to clinic on 7-10 day after the onset of disease. On the same day all patients were extracted causal teeth under a narcosis under indications, opened suppurative focus, made bathing of a wound by antiseptics and drained. Investigated sick children were divided on 2 groups: I group – (75 children) received traditional treatment within a week included antibacterial, symptomatic, desintoxicated, desensitized, general health-improving therapy and on 2 day locally administrated infrared rays within 10 days. II group – (75 children) along traditional treatment patients irradiated by narrowly spectral infrared rays of series RC, GI, ZB, KL и KB by Rakhimov on 2 day within 10 days [5-7]. Material were taken of children: on 1, 5, 8 day after operation. All patients were made qualitative and quantitative microflora analysis of suppurative wounds by common microbiological techniques [4, 8]. The obtained results are statistically processed by a method of variation statistics with use of a package of applied programs for IBM PC AT.

Results

Study results showed that in admission to clinic the more character clinical signs were pain, face asymmetry due to inflammatory swelling, hyperemia of cutaneous covering, presence of infiltrate and fluctuation. By 8-9 day of treatment with traditional therapy in children: weakness, appetite disorder, pulse beating increase, discharge of pus from wound, swelling and increase of regional lymph nodes has partially remained. The use

of narrowly spectral infrared rays in the complex therapy for odontogenic osteomyelitis of mandible in children diminishes discharging of wound, edema of soft tissues and disappearance of pains by 7-8 day.

Studied patients with acute odontogenic osteomyelitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissues in pus were secreted gram- positive, gram-negative bacteria and Candida fungi. General statistical data by bacteriological investigations results were shown in table 1.

As the obtained data of microflora wound show in acute odontogenic osteomyelitis of mandible in children was different and includes itself as pathogenic, opportunistic and saprophytic microorganisms.

In 150 The role of all these microorganisms is not single in suppurative wound in pathogenesis. For example, St.epidermidis, Candida, E.coli are specimen of normal skin microflora and mucous membranes. When analyzed bacteriological plating results, it has been established that bacteria of one type (monoinfection) and associations of several microorganisms revealed from pus. St. aureus, Str. epidermidis, St.pyogenes, E coli, St. hemolyticus are found fairly often in monoinfection (52%). Gram- positive, gram-negative bacteria and saprophytes were more frequently in associations (48%). Before discharging from clinic examination specimens of normal microflora excreted from separable in wound.

In patients with acute odontogenic osteomy-

elitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissues Staphylococci and Streptococci were more often plated in pus (table 2).

Studying of quantitative parameters of microorganisms in these patients show that from anaerobe flora the most past has made Peptostreptococi the number of which being $7,85 \pm 0,24$ Lg KOE/ml. suppurating. The amount of facultative flora also was considerable and among them a great bulk made Staphylococci $6,64 \pm 0,45$ Lg KOE/ml, Streptococci $5,10 \pm 0,28$ Lg KOE/ml the lowest parameters in microbes concerning genus of olm. Against traditional treatment by 7-8 day of microbe excreting from wound on ratio to basic line decreased as follows: bacteroids in 46,9%, peptostreptococi in 58%, blue pus bacillus in 40,2%, staphylococcus gold in 50,4%, staphylococcus epidermis in 40,4%, streptococcus piogenic in 46,3%, streptococcus hemolytic in 44,2%, enterococcus coli in 39,8% и olm in 32,7%. But the amount of Candida fungi does not diminish; and on the contrary tends to grows to 7-8 day. We obtained most interesting data when used narrowly spectral infrared rays in the complex therapy of patients with odontogenic osteomyelitis of mandible. There was positive dynamics towards decrease in number of microorganisms.

After 4th session of narrowly spectral infrared rays the number of all microorganisms sharply decreased – gram-negative enterobacteria and gram-positive cocci ($p < 0,05$). Candida fungi reduced to minimum titers (1,00 Lg KOE/мл) and

Table 1. Spectrum of microorganisms secreted pus of phlegmons in odontogenic osteomyelitis of mandible in children

№	Name of microorganisms	Phlegmons (n=150)	
	Total number of anaerobes	n=45	100%
1.	Bacteroids	17	37,8
2.	Peptostreptococci	16	35,6
3.	Blue pus bacillus	12	26,6
	Total number of aerobes	n=105	100%
1.	Staphylococcus gold	20	19,3
2.	Staphylococcus epidermis	14	13,3
3.	Streptococcus piogenic	12	11,4
4.	Streptococcus hemolitic	18	17,1
5.	Enterococcus coli	15	14,2
6.	Candida fungi	14	13,3
7.	Olm	12	11,4

Table 2.

Quantitative characteristics of changes of microflora pus in children with acute odontogenic osteomyelitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissues in different ways of treatment

№	Groups of microbes	Amount of microbes per 1ml pus in patients				
		1 day (n=150) Basic line	In traditional treatment (n=75)		In proposed treatment (n=75)	
Total amount of anaerobes			5-day	8-day	5-day	8-day
1.	Bacteroids	7,72±0,63	6,24±0,44	4,10±0,31*	2,54±0,52*	–
2.	Peptostreptococci	7,85±0,24	6,47±0,51	3,30±0,21*	1,47±0,12*	–
3.	Blue pus bacillus	7,25±0,37	6,30±0,41	4,34±0,65*	2,75±0,42*	–
Total amount of aerobes						
1.	Staphylococcus gold	6,64±0,45	5,40±0,38	3,30±0,12*	1,22±0,24*	–
2.	Staphylococcus epidermis	5,82±0,42	4,15±0,27	3,47±0,14*	1,87±0,21*	0,25±0,1
3.	Streptococcus piogenic	5,10±0,28	4,34±0,18	2,74±0,21*	1,34±0,28*	–
4.	Streptococcus hemolytic	4,80±0,43	3,53±0,45	2,68±0,16*	1,15±0,26*	–
5.	Enterococcus coli	3,32±0,20	2,90±0,12	2,0±0,21*	1,68±0,34*	–
6.	Candida fungi	3,15±0,32	3,67±0,32	4,10±0,29*	1,76±0,25*	–
7.	Olm	2,82±0,18	2,45±0,23	1,90±0,14*	1,64±0,18*	–

n – number of examined children; * – P < 0,05. reliability on ratio to control

completely eliminated before discharging (to 8 day), except St epidermidis which as a specimen of normal skin flora was plated at lower critical level.

Discussions

Thus, the use of narrowly spectral infrared rays in the complex therapy of suppurative wound in odontogenic osteomyelitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissues in children sharply reduces the amount of microorganisms lower critical bacterial threshold. By 7-8 day pathogen and opportunistic pathogenic bacteria have eliminated from wound. Positive grampositive flora does not suffer with this and occupies pathological focus that stimulates to quicker wound clearing. It was shown clinically that on 5-8 day of treatment common and local clinical signs of acute odontogenic osteomyelitis as edema of soft tissues decreased, pains disappeared, exudation from wound considerably diminished, intoxication reduced, pulse, body temperature, sleep and appetite was normalized (on 4-5 day), dyspeptic occurrence disappeared (on 4-5 day).

Conclusions

1. The use of narrowly spectral infrared rays in the complex therapy of acute odontogenic osteomyelitis of mandible in children stimulates ear-

ly disappearance of intoxication signs (normalization of body temperature, sleeping, appetite, blood indices), local signs of suppurative process (pain disappearance, edema of soft tissues, reducing of exuding from wound and its earlier clearing).

2. Inclusion in the complex therapy of acute odontogenic osteomyelitis of mandible complicated by diffuse phlegmons of surrounded jaw tissues narrowly spectral infrared rays influences both qualitative and quantitative structure of microflora that was shown in considerable decrease (in 2 times) of plating of facultative flora on 5 day.

ВЛИЯНИЕ УЗКОСПЕКТРАЛЬНЫХ ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧЕЙ НА МИКРОФЛОРУ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

А.Л. Хасанов

Реферат. Исследовано влияние узкоспектральных инфракрасных лучей на микрофлору гнойной раны при комплексной терапии острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей. Установлено, что при применении узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении гнойной раны острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти

у детей к 7-8 дню лечения из раны полностью элиминируются патогенные и условно-патогенные бактерии, улучшается общее состояние больного и уменьшаются местные клинические признаки острого процесса.

Ключевые слова: одонтогенный остеомиелит, микрофлора, узкоспектральный инфракрасный луч.

ВПЛИВ ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНИХ ІНФРАЧЕРВОНИХ ПРОМІНІВ НА МІКРОФЛОРУ ГНІЙНОЇ РАНИ ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ

А.Л. Хасанов

Реферат. Досліджено вплив вузькоспектральних інфрачервоних промінів на мікрофлору гнійної рани при комплексній терапії гострого одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи у дітей. Встановлено, що при використанні вузько спектральних променів у комплексному лікуванні гнійної рани гострого одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи у дітей к 7-8 дню лікування з рани повністю елімінуються патогенні та умовно патогенні бактерії, поліпшується загальний стан хворого та зменшуються місцеві клінічні ознаки гострого процесу.

Ключевые слова: одонтогенный остеомиелит, микрофлора, одонтогенный остеомиелит, микрофлора, вузькоспектральний інфрачервоний промінь.

REFERENCES

1. Azimov M.I., Mukhamedov I.M., Inoyatov A.Sh. Pus microflora condition in children with abscesses and phlegmons of maxillofacial area in dynamics of treatment // Stomatologiya. – 2004/ – № 1-2. – P. 79-83.
2. Azimov M.I., Kutirkina N.Yu. Influence of treatment of suppurative wounds of maxillofacial area in children of low-frequency ultrasound on lipid peroxidation processes and antioxidant protection // New in stomatology. – 2001. – № 5. – P. 85-87.
3. Karandashov V.I. Pathogenesis, clinic, and treatment of odontogenic various pyoinflammatory diseases of face and neck: M.D. of s. Thes. – Moskow, 1998. – 39 p.
4. Mukhamedov I.M., Negmatov A.S., Rakhmonov Kh.Sh. Microecology of major human being biopics. – Tashkent, 2007. – 450 p.
5. Rakhimov R. H. Infra-red radiation – soft approach to treatment of diseases. – Tashkent, 2002. – 84 p.
6. Rakhimov R. H, Tikhonov N.N. Resonant therapy. – Tashkent, 2000. – 185 p.
7. Rakhimov R. H, Tikhonov N.N. Introduction in infra-R therapy. – Fergana, 2005. – 220 p.
8. Pozdeev O.K., Medical microbiology / under V.I. Pokrovskiy 2-edit. – M.: GEOTAR-MED, 2004. – 768 p.
9. Roginsky V.V. Inflammatory diseases in maxillofacial area in children. – M.: Detstomizdat, 1998. – 140 p.
10. Supiev T.K. Pyoinflammatory diseases of maxillofacial area. – M.: Medpress, 2001. – 160 p.
11. Shargorodskiy A.G. Clinic, diagnostics, treatment and prevention of face and neck inflammatory diseases. – Moskow, 2000. – 520 p.

УДК 617+616.94:616.155.34-037-092

АПОПТОЗ ЦИРКУЛІРУЮЩИХ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

А.Н. Нестеренко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. С целью изучения патогенетического значения апоптоза циркулирующих нейтрофилов при хирургическом сепсисе и возможности использования суправитального определения уровня апоптоза циркулирующих нейтрофилов как диагностического и прогностического критерия тяжести течения сепсиса проведено нерандомизированное ретроспективное когортное аналитическое обсервационное клиническое исследование 35 пациентов с хирургическим сепсисом. Посредством световой микроскопии окрашенных мазков из кондиционированной венозной крови определяли уровень апоптотических и некротически измененных нейтрофилов. Путем клинико-патоморфологических исследований уточнена роль задержки апоптоза нейтрофилов в патогенезе хирургического сепсиса, полиорганной дисфункции/несостоятельности, в танатогенезе сепсиса. Установлено, что задержка апоптоза нейтрофилов при хирургическом сепсисе способствует повреждению эндотелия и развитию митохондриально-микроциркуляторного дистресса, что приводит к трансформации сепсиса в тяжелый сепсис – сепсис с органной дисфункцией. Разработан способ прогнозирования тяжести течения сепсиса путем суправитального определения в венозной крови соотношения некротически измененных нейтрофилов к апоптотическим (Патент UA 15271).

Ключевые слова: патогенез и танатогенез хирургического сепсиса, апоптоз циркулирующих нейтрофилов, полиорганная дисфункция/несостоятельность, прогнозирование тяжести течения сепсиса.

В начале XXI столетия сепсис по-прежнему остаётся одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту заболеваемости и стабильно высокой летальности. Сепсис входит в десятку ведущих причин смерти в цивилизованном мире. В структуре всех разновидностей сепсиса доминирует хирургический сепсис (ХС) [18-22].

С 2004 года во всем мире широко обсуждается новая парадигма, уточняющая приоритеты в патогенезе и интенсивной терапии (ИТ) сепсиса, базирующаяся на теориях «микроциркуляторно-митохондриального дистресс-синдрома» и «DAMP – Danger-associated molecular patterns» [7, 20, 21]. Патологические механизмы развития сепсиса в значительной степени являются результатом ответа врожденного иммунитета пациента, под влиянием генетических факторов. Решающую роль в этом сложном каскаде со-

бытий играют нейтрофилы (Нф). Микробы и их токсины (pathogen-associated molecular patterns) распознаются нейтрофилами посредством толл-подобных рецепторов, подвергаются деструкции, поглощаются, перевариваются мигрирующими в очаг инфекции Нф и моноцитами. Происходит избыточная метаболическая активация Нф – «респираторный взрыв» с гиперпродукцией митохондриями Нф микробицидных «активных форм кислорода» (АФК) – синглетного кислорода 1O_2 , гипохлорита ClO^- , перекиси водорода H_2O_2 – и азота, которые повреждают не только микробы, но и митохондрии эндотелиоцитов. Активация других Нф, моноцитов, эндотелиоцитов, провоцирует «цитокиновую бурю», активацию комплемента, вызывают митохондриальную дисфункцию, неуправляемый воспалительно-коагуляционный каскад с критическим нарушением микроциркуляции, повреждением тканей и развитием синдрома полиорганных нарушений (СПОН). Гиперпродукция Нф лизосомальных ферментов вызывает деструкцию не только микробов, но и клеток тканей «хозяина», которые необратимо гибнут путем некроза. В условиях лавинообразно нарастающей интоксикации и митохондриального дистресса активируется апоптоз – заложенная природой в каждой клетке млекопитающих программа самоуничтожения – обратимый до определенного момента процесс, позволяющий биологически целесообразно контролировать количество и качество клеток различных тканей – нейтрофилов, лимфо-, эндотелио-, гепато-, энтеро-, миокардиоцитов и т.д., даже безъядерных эритроцитов [14]. Изучение процессов апоптоза при сепсисе позволит оптимизировать диагностическую и лечебную тактику [1-8, 10-14, 16, 17, 20-26].

Цель работы – изучить патогенетическое значение апоптоза циркулирующих нейтрофилов при хирургическом сепсисе и возможность использования суправитального определения уровня апоптоза циркулирующих нейтрофилов как диагностического и прогностического критерия тяжести течения ХС.

Матеріал і методи

Проведено нерандомизированное ретроспективное когортное аналитическое обсервационное клиническое исследование 35 пациентов (возраст – 18-76 лет, женщины – 17, мужчины – 18), находившихся на лечении во хирургических отделениях № 2 и № 3 и реанимационном отделении Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения с января 2003 по декабрь 2004 по поводу хирургического сепсиса (ХС) вследствие перитонита (12), гнойников брюшной полости (6), забрюшинной флегмоны (4), гнилостного парапроктита (3), флегмоны мягких тканей (4), диабетической флегмоны/гангрены нижних конечностей (4), инфекции мочевых путей (2) с развитием органических дисфункций у всех, а септического шока – у 17 из 35 пациентов. Диагностика сепсиса – по рекомендациям SCCM/ ESICM/ ACCP/ ATC/ SIS ISDC [15]. Прогнозирование исхода проводили по шкале APACHE II, динамику органной

дисфункции – по SOFA. После хирургической санации очага инфекции проводили антибактериальную, инфузионно-трансфузионную терапию; респираторную, инотропную, нутритивную, эфферентную, иммуностропную поддержку – комплекс ИТ до внедрения в практику принципов экстренной целенаправленной органопротективной терапии – модифицированного протокола MUST [2, 3, 22]. На этапах лечения проводили: мониторинг витальных функций; исследование клинических, биохимических, иммунологических показателей, микробиологический контроль гемокультур, отделяемого дренажей. Вычисляли интегральные гематологические индексы, определяли относительное количество лимфоцитов (Лфц) в венозной крови, в т.ч. Лфц, экспрессирующих CD95 – рецепторы индукции апоптоза, CD25 – рецепторы к интерлейкину-2 (IL-2); уровень в крови метаболитов оксида азота (mNO), цитокинов – TNF- α и хемокина IL-8; хемилюминесценции лейкоцитов (ХЛ) –

Таблица 1.

Некоторые характеристики [Me \pm m (QI - QIII)] обследованных пациентов, распределенных на группы/когорты (A, B, C) в зависимости от выраженности апоптоза нейтрофилов венозной крови в сравнении со здоровыми донорами (D).

Показатели, единицы измерения	D: Здоровые доноры (n = 12)	Сепсис+СПОН		Сепсис без СПОН	
		A: апоптоз↓D (n = 16)	B: апоптоз↓D (n = 9)	C: апоптоз↑↑D (n = 10)	
Апоптоз нейтрофилов*, %	12,3 \pm 0,46 (11,6-12,9)	4,34 \pm 0,44 (3,75-5,2)	10,3 \pm 1,07 (8,6-13,3)	18,3 \pm 1,402 (16,7-21,9)	
Некроз нейтрофилов*, %	50,3 \pm 1,83 (38,2-51,1)	62,92 \pm 3,194 (57,9-66,3)	56,4 \pm 6,99 (36,3-65,5)	62,95 \pm 5,42 (61,5-82,2)	
Некроз/апоптоз нейтрофилов*	3,99 \pm 0,15 (3,09-4,29)	16,34 \pm 1,75 (11,29-18,95)	4,20 \pm 0,70 (3,78-5,77)	3,66 \pm 0,29 (2,99-3,99)	
Возраст, лет	43,0 \pm 3,55 (34,0-53,0)	62,0 \pm 4,44 (39,0-72,0)	61,0 \pm 7,35 (35,0-76,0)	63,0 \pm 5,18 (41,5-66,0)	
Мужчин/женщин, %	41,67/58,33	56,2/43,8	44,44/55,56	50,0/50,0	
APACHE II*, баллы	–	22,0 \pm 0,83 ▼ (20,0-26,0)	21,0 \pm 1,07 ▼ (19,0-22,0)	20,5 \pm 1,26 ▼ (18,0-22,0)	
SOFA**, баллы	–	9,0 \pm 0,92 (7,0-9,0)	5,5 \pm 0,503 (4,0-7,0)	5,0 \pm 0,28 (4,0-5,0)	
Потребность в искусственной вентиляции легких, у человек		7	4	5	
Прогнозируемая летальность по APACHE II*		до 30 %	до 30 %	до 30 %	
Прогнозируемая летальность по SOFA**		до 69 %	более 30%	более 22%	
Умерло***, человек (% в группе)		7 (43,75%)	1 (5,26%)		
Выжило***, человек		9	18		

*В первые сутки после установления диагноза сепсис/тяжелый сепсис. **Максимальный балл за 28-дневный период наблюдения. *** В течение 28 дней наблюдения. ▼Различия между группами статистически не достоверны.

Таблиця 2.

Корреляційна зв'язь (непараметричні критерії) деяких клініко-лабораторних показателів до ступеню тяжкості стану по формалізованим шкалам APACHE II і SOFA в групі А пацієнтів з тяжелим сепсисом (+СПОН) і низьким рівнем апоптозу циркулюючих Нф.

Коефіцієнти кореляції	Коефіцієнт парної кореляції Кендалла		Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена	
	APACHE II	SOFA	APACHE II	SOFA
Показатели / шкалы				
Соотношение некроз/ апоптоз нейтрофилов	0,494*	0,624**	0,67*	0,796**
Апоптоз нейтрофилов	-0,357	-0,496*	-0,503	-0,633*
Реактивный ответ нейтрофилов	0,536**	0,497*	0,678**	0,658**
Спонтанная миграция лейкоцитов	0,450	0,554*	0,565	0,665*
Нейтрофилы /Лимфоциты	0,424*	0,337	0,603*	0,458
Лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс	-0,424*	-0,337	-0,603*	-0,458
Индекс системной внутрисосудистой альтерации	0,328	0,426*	0,469	0,560*
Антиоксиданты сыворотки крови (по ХЛ сыворотки)	-0,483*	-0,464	-0,634*	-0,594
Антиоксиданты плазмы (по ХЛ плазмы)	-0,517*	-0,554*	-0,648*	-0,684*
Ядерный индекс сдвига нейтрофилов Г.А.Даштаянца	0,328	0,426*	0,469	0,560*
Гематологический показатель интоксикации С.В.Васильева	0,540**	0,460*	0,655**	0,594*

** – корреляція значима на рівні 0,01 (2-стороння); * – корреляція значима на рівні 0,05 (2-стороння)

маркера «респіраторного взрива» лейкоцитів – концентрації АФК; рівень в крові продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіда (МДА), стан антиоксидантної системи (АОС) – по концентрації в крові α -токоферолу, активності каталази (Кат), супероксиддисмутазу (СОД) з визначенням коефіцієнта ПОЛ/АОС.

Визначення комітітованих до апоптозу (Апо) і некротически змінених Нф проводили шляхом світлової мікроскопії в тонких мазках венозної крові, окрашених по Романовському-Гімзе після попереднього кондиціонування венозної крові по методикі, розробленій А.В.Седих [1, 4, 6]. На збільшенні $\times 1000$ просматривали тисячу кліток і учитували (в %) змінені Нф, котрі диференціювали по характерним морфологічним ознакам: апоптотичні – по зменшенню розмірів, по конденсованій цитоплазмі, по ущільненню безструктурно хроматину, часто розділений на декілько округлих телець (рис. 1); некротическі – по розриву цитоплазматическої і внутрікліточеских мембран, по розрушенню органелл,

по виходу зсодержимого цитоплазми в міжкліточесне простір [1, 4, 6]. Исследования проводили в первые сутки после установления диагноза сепсис, но не ранее 24 ч после хирургического устранения очага. Вычисляли отношение некротически измененных циркулирующих Нф к апоптотичным.

Виконані патоморфологіческіе исследования внутрішніх органів 8 умерших пацієнтів.

Статистическая обработка проводилась при помощи программных пакетов MedStat (v.4.), Microsoft Excel, SPSS for Windows (v.13.). Применяли тест Шапиро-Уилка; t-критерий Стьюдента; W- и T-критерии Вилкоксона; критерий χ^2 ; множественные сравнения с использованием критериев Шефе, Даннета, Данна и рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса; корреляционный анализ с использованием непараметрических коэффициентов: парной (Кендалла) и ранговой (Спірмена) корреляції. Група здоровых – доноры-добровольцы. В сравниваемых группах оценивали шансы и риски летального исхода.

Результаты и обсуждение

Ретроспективно 35 пацієнтів були вначале разделены на 3 группы/когорты в зависимости

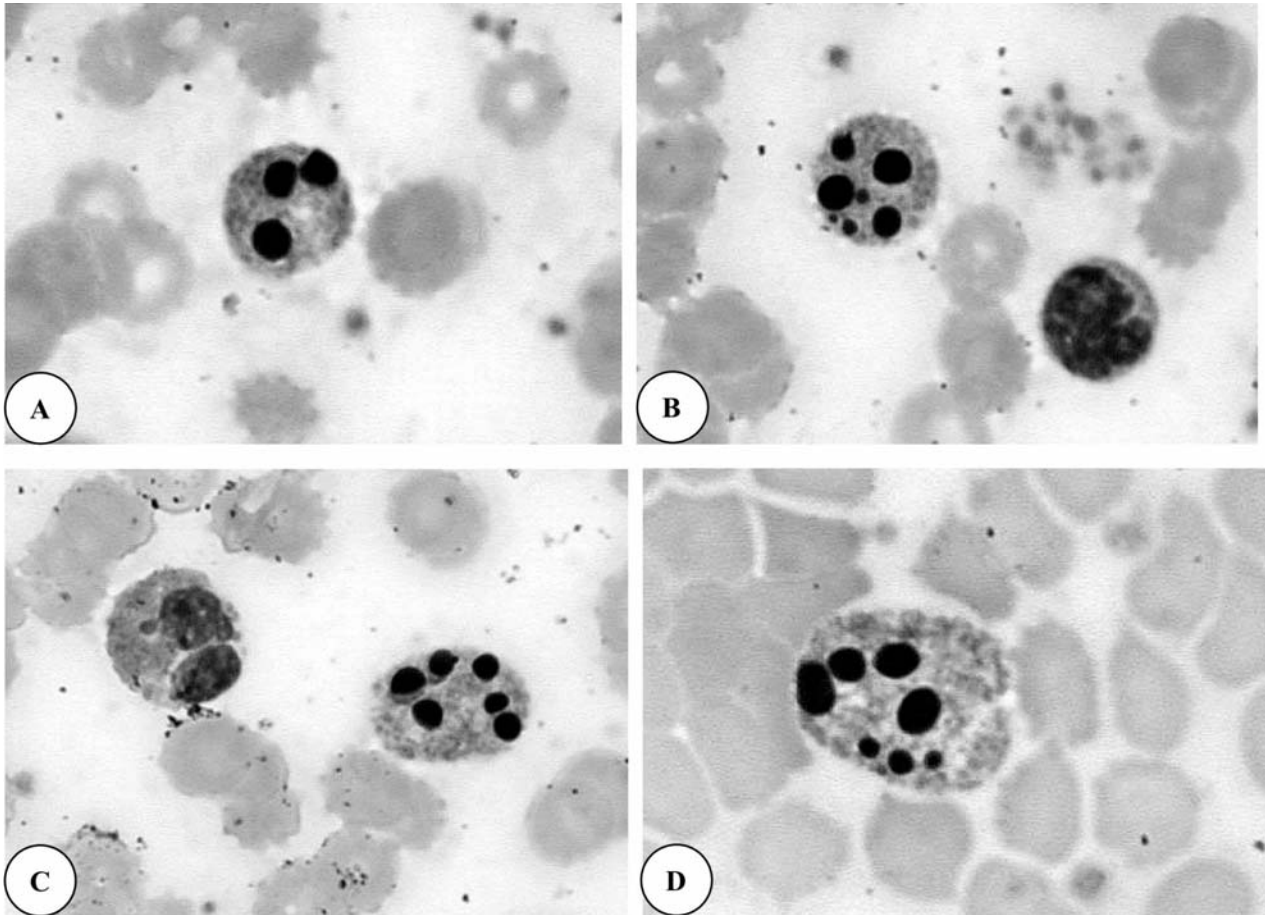


Рис. 1. Апоптоз циркулирующих нейтрофильных гранулоцитов: клетки несколько уменьшены в размерах, цитоплазма их уплотнена, хроматин конденсирован; фрагментоз, маргинация ядра (А-D). Мазки венозной крови. Световая микроскопия, $\times 400$. Окраска по Романовскому-Гимзе.

сти от выраженности апоптоза нейтрофилов венозной крови (табл. 1, рис. 2). Так, у 16 пациентов (гр. А) этот показатель был в 2,8 раза ($p < 0,01$) снижен, у 9 (гр. В) – в 1,2 раза ($p < 0,05$) снижен – и у 10 (гр. С) – в 1,5 раза ($p < 0,05$) повышен в сравнении со здоровыми (гр. D). При вычислении соотношения некротически измененных Нф к апоптотическим выявлено, что в группе А этот показатель превышал: норму (D) в 4,1 раза ($p < 0,01$), группу В – в 3,9 раза ($p < 0,05$) и группу С – в 4,1 раза ($p < 0,01$). Недостоверными ($p > 0,05$) оказались различия по этому показателю в группах D, В и С (рис. 2 В.). При анализе течения ХС выяснено, что в группах В и С органная дисфункция не трансформировалась в развернутый СПОН, что позволило объединить пациентов этих групп в одну группу/когорту В+С (табл. 1).

Корреляционный анализ выявил достоверно высокую и среднюю степень связи между степенью тяжести состояния пациентов с такими показателями как отношение некро-

тически измененных к апоптотическим Нф, АпоНф, способность лейкоцитов к спонтанной миграции в очаг инфекции, антиоксидантная активность сыворотки и плазмы, а также с интегральными гематологическими индексами: индексом системной внутрисосудистой альтерации (ИСВА), индексом Нф/Лфц, ядерным индексом сдвига Нф, реактивным ответом Нф и гематологическим показателем интоксикации (табл. 2).

Уже в первые сутки после постановки диагноза ХС в гр. А отмечено повышение уровней в венозной крови mNO, TNF- α , IL-8; ХЛ как в сравнении со здоровыми ($p < 0,01$), так и с группами В и С (рис. 2 С-F.), что свидетельствовало о более высоком уровне провоспалительных цитокинов, АФК и азота у пациентов с низким Апо Нф. ИСВА в гр. А был достоверно выше как в сравнении со здоровыми, так и с группами В и С (рис. 3 А.), что указывало на более выраженную степень эндотелиальной дисфункции у пациентов с низким Апо Нф. Суррогатный маркер митохондриальной

дисфункции ПОЛ/АОС был также выше у пациентов с низким Апо Нф (рис. 3 В.). Достоверно более выраженными были относительные лимфопения и нейтрофилез у пациентов с низким Апо Нф (рис. 3 С-Д.). Повышение в

сравнении со здоровыми концентрации циркулирующих Лфц-CD95 и понижение концентрации циркулирующих Лфц-CD25 отмечено во всех группах (А, В, С), но более выраженное у пациентов с низким Апо Нф (рис.

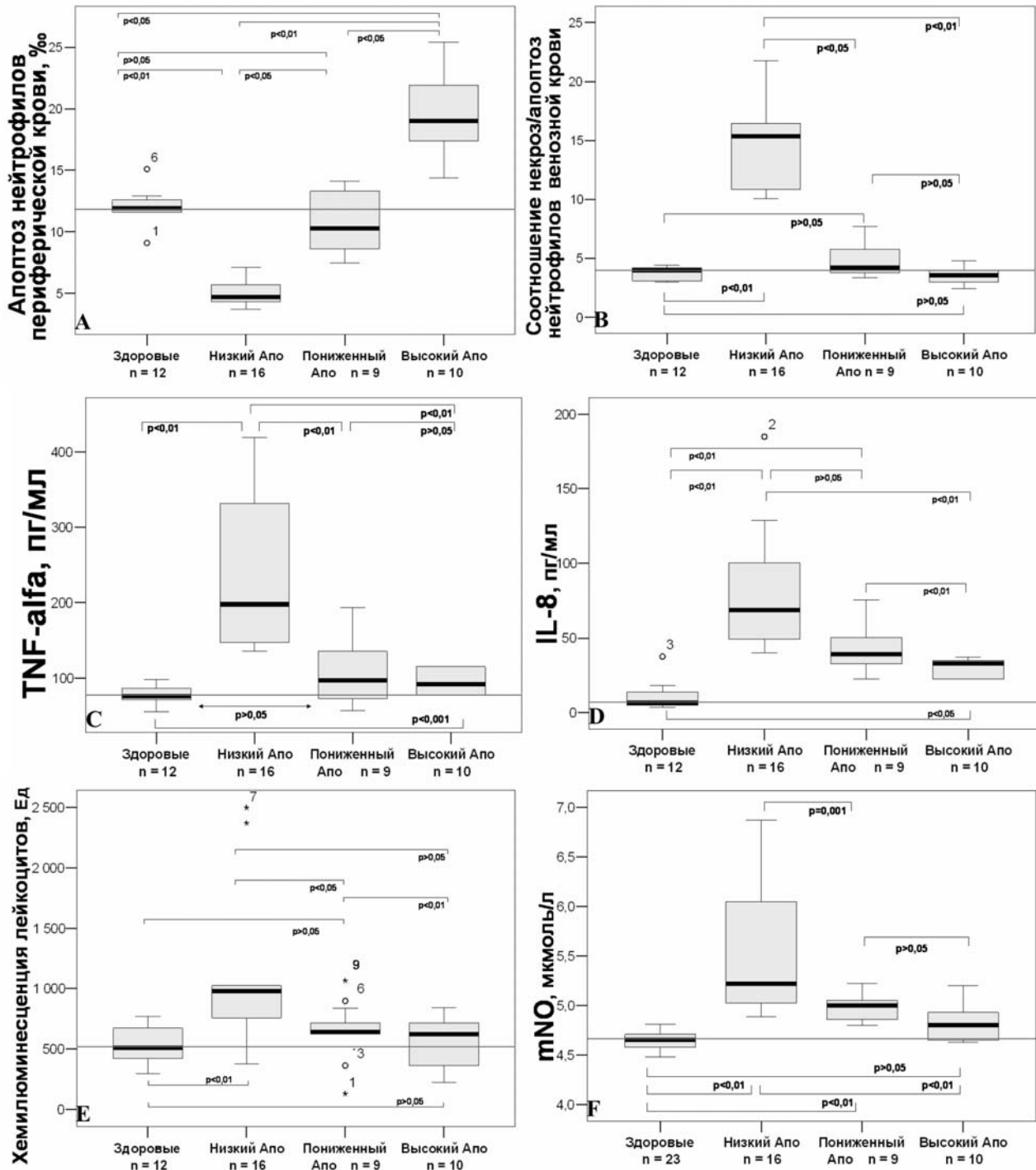


Рис. 2. Уровни [Me \pm m (QI - QIII)] в венозной крови: апоптоза циркулирующих нейтрофилов (А); соотношения некротически/ апоптотически измененных нейтрофилов (В); цитокина TNF- α (С), хемокина IL-8 (D); хемилюминесценции лейкоцитов (Е), метаболитов оксида азота – mNO (F) в первые сутки от момента постановки диагноза сепсис/ тяжелый сепсис у хирургических пациентов, ретроспективно разделенных на 3 группы/когорты в зависимости от выраженности апоптоза циркулирующих нейтрофилов: низкий – пониженный – высокий (в сравнении со здоровыми донорами).

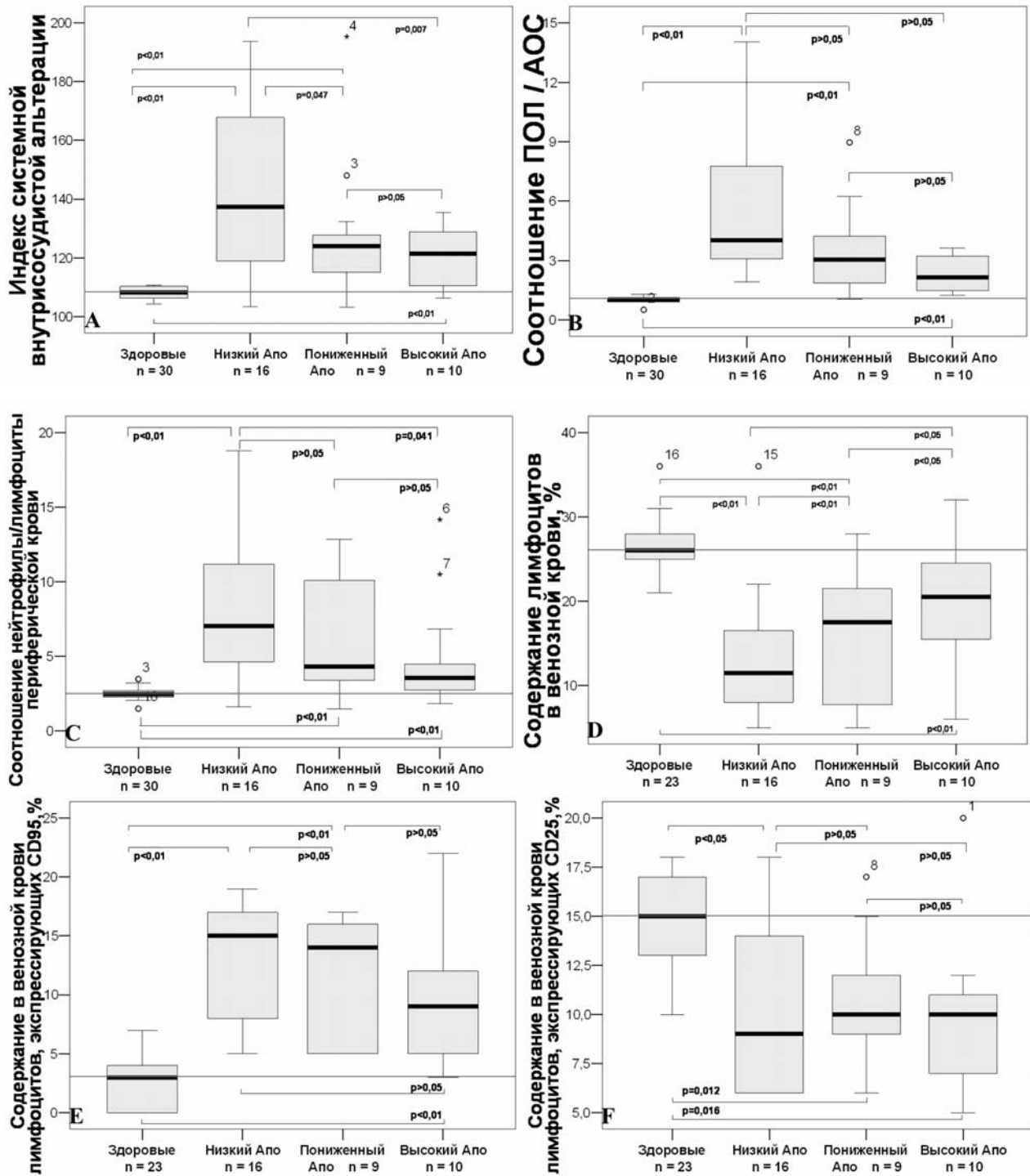


Рис. 3. Уровни [Me ± m (QI - QIII)]: индекса системной внутрисосудистой альтерации (А); соотношения ПОЛ/АОС (В); соотношения нейтрофилов и лимфоцитов венозной крови (С), лимфоцитов венозной крови (D), в том числе экспрессирующих молекулы CD95 (Е), CD25 (F) в первые 24 часа от момента постановки диагноза сепсис/тяжелый сепсис у хирургических пациентов, ретроспективно разделенных на 3 группы/когорты в зависимости от выраженности апоптоза нейтрофилов периферической крови: низкий – пониженный – высокий (в сравнении со здоровыми донорами).

3 Е-Ф.), что свидетельствовало об иммунном дистрессе при ХС – повышении уровня апоптоза Лфц и снижении чувствительности Лфц к воздействиям цитокина IL-2, регулирующего ответ иммунной системы на антиген. По дан-

ном Oberholzer С. с соавт. (2001) апоптоз Лфц при сепсисе могут индуцировать как отсутствие в циркуляции IL-2, так и гиперпродукция TNF-α.

Проведен клинико-морфологический ана-

лиз танатогенеза 8 пациентов. В сосудах микроциркуляции у 6 умерших наблюдались набухание, десквамация и очаговая пролиферация эндотелиоцитов. У 5 – нарушения гемомикроциркуляции в виде стазов, сладжей эритроцитов, фибриновых тромбов, лейкостазов. Наиболее часто эти изменения определялись в сосудах мозга, легких, реже – миокарда, печени, почек (рис. 4 А-Ф.).

Легкие, как единственный орган, получающий 100% сердечного выброса (венозной крови, отекающей из очагов инфекции), были первой мишенью в «каскаде» ПОН при ХС. Морфологическим эквивалентом клинически сепсис-индуцированного острого легочного повреждения были гистологические изменения в легких – полнокровие, отек, очаги эмфиземы и дис-ателектазов. В ряде случаев – мелкоочаговые кровоизлияния, сегментарная инфильтрация, пневмонические фокусы, утолщение и инфильтрация межальвеолярных перегородок нейтрофилами и макрофагами (рис. 4 С.).

Ведущим клиническим признаком у всех пациентов с ХС был инфекционно-воспалительный эндотоксикоз (ЭТ). Массивность токсической микробной нагрузки при абдоминальном ХС проявлялась развитием дисфункции печени и почек. Морфологическим эквивалентом эндотоксикоза, манифестирующего ПОН, были гистологические изменения органов детоксикации (рис. 4 Е-Ф.).

Одним из самых ранних критериев диагностики ХС были нервно-психические нарушения. Морфологическим эквивалентом проявлений токсико-гипоксической, дисциркуля-

торной энцефалопатии при ХС были гистологические изменения головного мозга – периваскулярный и перицеллюлярный отек, венозное полнокровие, периваскулярные скопления лейкоцитов, выраженные дистрофические изменения нейронов; лейкостазы, набухание и десквамация эндотелия в сосудах микроциркуляторного русла мозга (рис. 4 А-В.). Отек головного мозга считали одним из наиболее танатогенетически значимых осложнений ХС.

Танатогенетическое значение при ХС имели нарушения трофики миокарда, что гистологически проявлялось у всех умерших полнокровием, выраженными дистрофическими изменениями миокардиоцитов (преимущественно вакуольная дистрофия) в миокарде, в половине случаев – с фрагментацией кардиомиоцитов, пролиферацией и десквамацией эндотелия капилляров в миокарде (рис. 4 D.).

Непосредственной причиной смерти одного пациента из группы В+С было массивное кровотечение из острых эрозий и стрессорных язв желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, при изначально сопоставимой тяжести состояния и одинаковом уровне прогнозируемой летальности во всех исследуемых группах, но при стартовом достоверно более низком уровне апоптоза циркулирующих Нф (табл. 1) пациенты группы А продемонстрировали достоверно более высокие шансы и риски летального исхода в связи с развитием и прогрессированием органной дисфункции и СПОН, чем пациенты группы В+С (табл. 3). Можно предположить, что в патогенезе СПОН при ХС существен-

Таблица 3.

Шансы и риски развития летального исхода у исследованных пациентов в зависимости от степени тяжести состояния и выраженности апоптоза нейтрофилов венозной крови

Анализируемые характеристики в сравниваемых группах пациентов	А: апоптоз↓↓D (n = 16)	В: апоптоз↓D (n = 9)	С: апоптоз↑↑D (n = 10)
	Сепсис+СПОН		
Сепсис без СПОН (n=19)			
Умерло*, человек. Летальность (%)	7 (43,75%)	1 (5,26%)	
Выжило*, человек	9 (56,25%)	18 (94,74%)	
Отношение шансов (ОШ) летального исхода в группе А по сравнению с группой В+С, доверительный интервал (ДИ) – 95%.	Шансы умереть в группах А и В+С статистически значимо различаются, $p = 0,022$; ОШ = 14,0; (ДИ: 1,49-131,89; $p=0,05$); $\chi^2 = 5,28 >$ критического ($\chi^2_{крит.} = 3,84$).		
Отношение рисков (ОР) умереть в группе А к группе В+С. **	Риски умереть в группах А и В+С статистически значимо различаются, $p=0,023$. ОР = 8,31; (ДИ: 1,14≤ОР≤60,60; $p=0,05$.)		
Снижение абсолютного риска (САР) летального исхода в группе ВС в сравнении с группой А. **	Риски умереть в группах А и В+С статистически значимо различаются, $p = 0,023$. САР = 38,5%; (ДИ: 10,2%≤САР≤62,0%, $p=0,05$)		

* – в течение 28 дней лечения/ наблюдения; ** – двусторонняя критическая область.

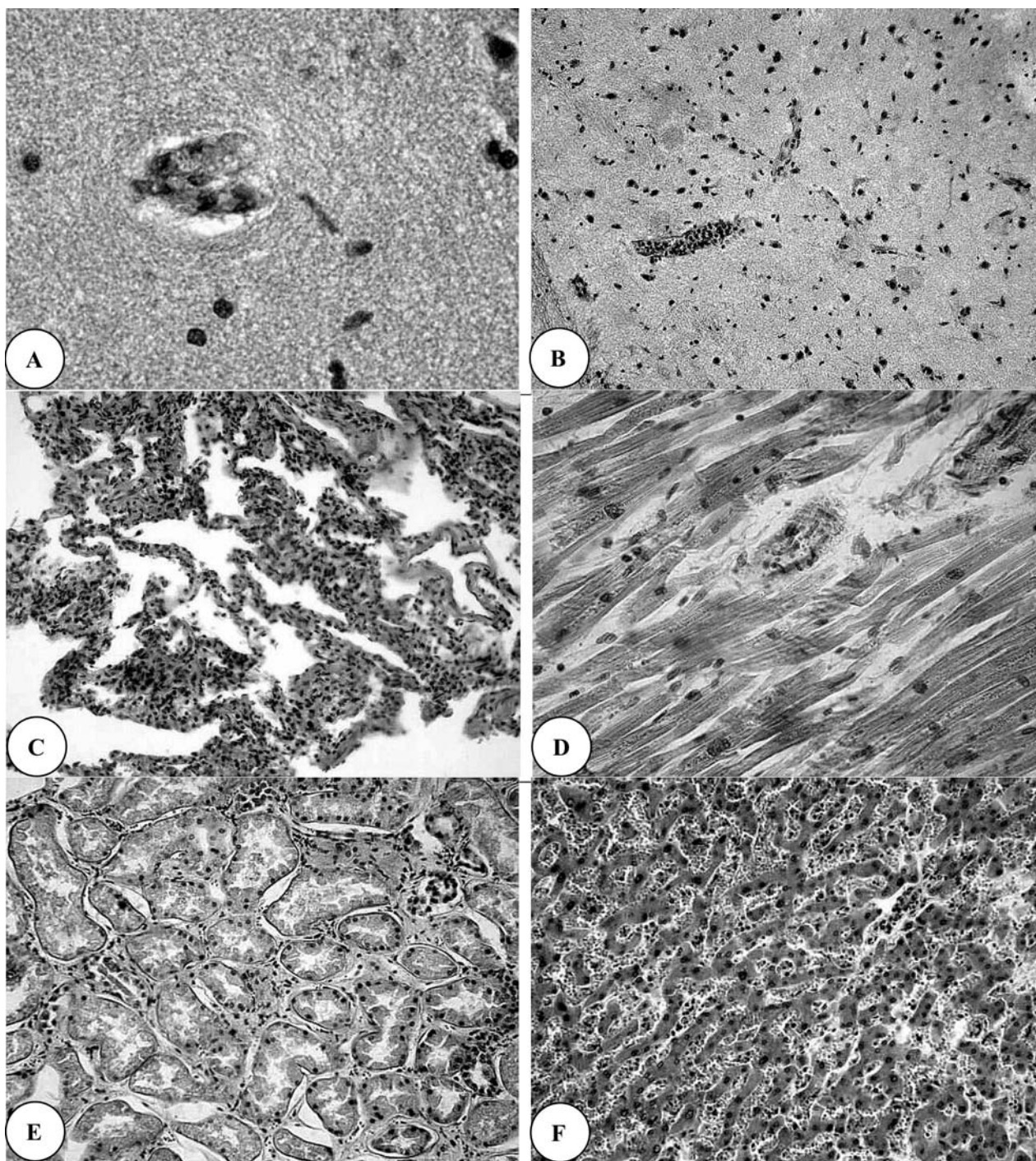


Рис. 4. Патоморфологические изменения внутренних органов у умерших пациентов с тяжелым хирургическим сепсисом: А – набухание и десквамация эндотелия в сосудах головного мозга; В – лейкостаз в сосудах микроциркуляторного русла головного мозга; С – утолщение и инфильтрация межальвеолярных перегородок нейтрофилами и макрофагами; D – пролиферация и десквамация эндотелия капилляров в миокарде; E – дистрофия эпителия канальцев почки; F – лейкостаз в синусоидах печени. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение: А $\times 1000$; D $\times 400$; B, C, E, F $\times 200$.

ную роль сыграла пролонгация жизни циркулирующих полиморфноядерных нейтрофилов вследствие стартовом достоверно более низкого уровня апоптоза циркулирующих Нф в группе А (рис. 2 А.). Не устраняемые путем

апоптоза активированные Нф покидая сосудистое русло и устремляясь в ткани органов (рис. 4 В-С, E-F.) продолжали гиперпродукцию мощных протеаз, NO, АФК (рис. 2 С-F.), которые не только повреждали микроорга-

низми, но и вызывали универсальное повреждение эндотелиоцитов (рис. 4 А, D.), микроциркуляторно-митохондриальный дистресс, что приводило к развитию так называемой ранней, цитокин-обусловленной органной дисфункции-недостаточности с трансформацией в танатогенетически значимую полиорганную несостоятельность.

Выводы

1. Полиморфноядерные нейтрофилы как клетки первой линии неспецифической иммунной защиты организма от микробной агрессии играют ключевую роль в патогенезе сепсиса и полиорганной недостаточности.

2. Задержка апоптоза нейтрофилов при хирургическом сепсисе способствует повреждению эндотелия и развитию митохондриально-микроциркуляторного дистресса, что приводит к трансформации сепсиса в тяжелый сепсис – сепсис с органной дисфункцией.

3. Для прогнозирования тяжести течения хирургического сепсиса может быть использовано суправитальное определение уровня апоптотических и некротически измененных циркулирующих нейтрофилов с вычислением отношения некротически измененных нейтрофилов к апоптотическим, причем за значения нормы принимают значения отношения от 3,1 до 4,3 и при значениях этого отношения более 4,50, но менее 10, прогнозируют осложненное течение хирургического сепсиса без развития полиорганной недостаточности, а при значениях этого отношения 10 и более прогнозируют осложненное течение хирургического сепсиса с развитием полиорганной недостаточности [4], что требует проведения экстренной целенаправленной органопротективной терапии – модифицированного протокола MUST.

АПОПТОЗ ЦИРКУЛЮЮЩИХ НЕЙТРОФИЛІВ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ СЕПСИСІ: ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ І ПРОГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ

О.М. Нестеренко

Реферат. З метою вивчення патогенетичного значення апоптозу циркулюючих нейтрофілів при хірургічному сепсисі і можливості використання суправітального визначення рівня апоптозу циркулюючих нейтрофілів як діагностичного і прогностичного критерію тяжкості перебігу сепсису проведено нерандомізоване ретроспективне когортне аналітичне обсерваційне клінічне дослідження 35 пацієнтів з хірургічним сепсисом. За допомогою світлової мікроскопії забарвлених мазків з кондиціонованої венозної крові визначали рівень апоптотичних і некротично змінених нейтрофілів. Шляхом клініко-патоморфологічних досліджень уточнена роль затримки апоптозу нейтрофілів в патогенезі хірургічного сепсису, поліорганної дисфункції/ неспроможності, в танатогенезі сепсису.

Встановлено, что задержка апоптоза нейтрофилов при хирургическом сепсисе способствует повреждению эндотелия и развитию митохондриально-микроциркуляторного дистресса, что приводит до трансформации сепсиса в тяжелый сепсис – сепсис с органной дисфункцией. Разработанный способ прогнозирования тяжести перебігу сепсису шляхом суправітального визначення у венозній крові співвідношення некротично змінених нейтрофілів до апоптотичних (Патент UA 15271).

Ключові слова: патогенез і танатогенез хірургічного сепсису, апоптоз циркулюючих нейтрофілів, поліорганна дисфункція/ неспроможність, прогнозування тяжкості перебігу сепсису.

APOPTOSIS OF CIRCULATING NEUTROPHILS IN SURGICAL SEPSIS: PATHOGENETIC SIGNIFICANCE AND PROGNOSTIC POSSIBILITIES

A.N. Nesterenko

Abstract. With the purpose of researching of significance of apoptosis of circulating neutrophils in pathogenesis of surgical sepsis and possibility of the use of supravital determination of level of apoptosis of circulating neutrophils as the diagnostic and prognostic criterion of severity of sepsis course a nonrandomized retrospective cohort analytical observational clinical study in 35 patients with a surgical sepsis was conducted. Neutrophil apoptosis and necrosis in conditioned venous blood was assessed by light microscopy analysis of stained blood smear. The role of delay of apoptosis of neutrophils in pathogenesis of surgical sepsis, of multiorgan dysfunction/incompetence, of thanatogenesis of sepsis was specified by clinical and pathomorphological investigations. It was established that the delay of neutrophil apoptosis in surgical sepsis contributes to damage endothelium and development of mitochondrial-microcirculatory distress that leads to the transformation of sepsis in severe sepsis - sepsis with organ dysfunction. The method of predicting of severity of sepsis course by supravital determination of level of apoptotic and necrotic changed neutrophils in venous blood with the subsequent calculation of necrotic/ apoptotic changed neutrophils ratio was developed (Patent UA 15271).

Keywords: pathogenesis and thanatogenesis of surgical sepsis, apoptosis of circulating neutrophils, multiorgan dysfunction/ failure, prediction of severity of sepsis course.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеренко А.Н. Апоптоз нейтрофилов как прогностический критерий течения хирургического сепсиса // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2007. – № 3 (д). – С. 109-110.
2. Нестеренко А.Н. Ксилат в инфузионной терапии клинических синдромов тяжелого хирургического сепсиса // Укр. хіміотер. журнал. – 2008. – № 1-2 (22). – С. 254-258.
3. Нестеренко А.Н. Выбор антибактериальной терапии хирургического сепсиса с учетом региональных особенностей роста резистентности его основных возбудителей // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 101-109.
4. Пат. UA 15271, Україна, МПК6 G 01 N 33/48. Спосіб прогнозування перебігу хірургічного сепсису / Нестеренко О.М.; заявник і патентовласник Донецький держ. мед. університет ім. М.Горького. – № у 2006 00063; заявл. 03.01.06; опубл. 15.05.2006. Бюл. № 6.
5. Стариков Ю.В. Роль молекул оксида азота в программированной гибели нейтрофилов при окислительном стрессе: автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 03.00.04 «Биохимия» и 14.00.16

- «Патологическая физиология» / Ю.В.Стариков. – Новосибирск, 2008. – 22 с.
6. Черний В.И., Нестеренко А.Н. Нарушения иммунитета при критических состояниях: особенности диагностики // Внутренняя медицина. – № 3, 2007. – С. 25-39.
 7. Castellheim A., Brekke O. – L., Espevik. T., et al. Innate Immune Responses to Danger Signals in Systemic Inflammatory Response Syndrome and Sepsis // Scandinavian Journal of Immunology. – 2009. – vol. 69. – P. 479-491.
 8. Chakravarti A, Allaey I, Poubelle PE. Neutrophils and immunity: is it innate or acquired ? // Med Sci (Paris). – 2007. – vol. 23. – № 10. – P. 862-867.
 9. Dellinger R.P., Levy M.M., Carlet J.M. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 // Intensive Care Med. – 2008. – Vol. 34, № 1. – P. 17-60.
 10. Fialkow L, Filho LF, Bozzetti MC., et al. Neutrophil apoptosis: a marker of disease severity in sepsis and sepsis-induced acute respiratory distress syndrome // Crit Care. – 2006. – № 6. – R155 (doi:10.1186/cc5090). Available online <http://ccforum.com/content/10/6/R155>.
 11. Hotchkiss RS, Osmon SB, Chang KC, et al. Accelerated Lymphocyte Death in Sepsis Occurs by both the Death Receptor and Mitochondrial Pathways // J Immunol. – 2005. – vol. 174. – P. 5110-5118.
 12. Huet O, Obata R, Aubron C, et al. Plasma-induced endothelial oxidative stress is related to the severity of septic shock // Crit Care Med. – 2007. – vol. 35. – P. 821-826.
 13. Kantari C, Pederzoli – Ribeil M, Witko – Sarsat V. The role of neutrophils and monocytes in innate immunity // Contrib Microbiol. – 2008. – vol. 15. – P. 118-146.
 14. Kempe DS, Akel A, Lang PA, et al. Suicidal erythrocyte death in sepsis // J Mol Med. – 2007. – vol. 85. – № 3. – P. 269-277.
 15. Levy M.M., Marshall J.C., Fink M.P. et al. 2001 SCCM/ESICM/ ACCP/ ATC/ SIS International Sepsis Definitions Conference // Crit. Care Med. – 2003. – vol. 31. – № 4. – P. 1250-1256.
 16. Maianski N.A., Maianski A.N., Kuijpers T.W., Roos D. Apoptosis of Neutrophils // Acta Haematol. – 2004. – vol. 111. – P. 56-66.
 17. Maianski NA, Geissler J, Srinivasula SM, et al. Functional characterization of mitochondria in neutrophils: a role restricted to apoptosis // Cell Death and Differentiation. – 2004. – vol. 11. – P. 143-153.
 18. Martins PS, Kallas EG, Neto MC, et al. Upregulation Of Reactive Oxygen Species Generation And Phagocytosis, And Increased Apoptosis In Human Neutrophils During Severe Sepsis And Septic Shock // SHOCK. – 2003. – vol. 20. – № 3. – P. 208-212.
 19. Moerer O., Quintel M. Definition, Epidemiologie und konomische Aspekte der Sepsis bei Erwachsenen (Sepsis in adult patients – definitions, epidemiology and economic aspects) // Der Internist. – 2009. – DOI 10.1007/s00108 – 008 – 2285 – 7.
 20. Picard K.M., O'Donoghue S.C., Young-Kershaw D.A., Russell K.J. Development and Implementation of a Multidisciplinary Sepsis Protocol // Critical Care Nurse. – 2006. – Vol 26. – № 3. – P. 43-54.
 21. Remick D.G. Pathophysiology of Sepsis // Am J Pathology. – 2007. – vol. 170. – № 5. – P. 435-1444.
 22. Shapiro NI, Howell M, Talmor D, et al. Implementation and Outcomes of the Multiple Urgent Sepsis Therapies (MUST) Protocol // Crit Care Med. – 2006. – vol. 34. – № 4. – P. 1025-1032.
 23. Shimaoka M., Park E.J. Advances in understanding sepsis // Eur J Anaesthesiol Suppl. – 2008. – vol. 42. – P. 146-153.
 24. Unsinger J, McDonough JS, Shultz LD, et al. Sepsis-induced human lymphocyte apoptosis and cytokine production in “humanized” mice // J Leukoc Biol. – 2009. – vol. 86. – Uncorrected Version. Published on April 15, 2009 as DOI:10.1189/jlb.1008615. www.jleukbio.org
 25. Wesche-Soldato DE, Lomas – Neira JL, Perl M, et al. The role and regulation of apoptosis in sepsis // Journal of Endotoxin Research. – 2005. – Vol. 11, № 6. – P. 375-382.
 26. Wesche D.E., Lomas – Neira J.L., Perl, M. et al. Leukocyte apoptosis and its significance in sepsis and shock // Journal of Leukocyte Biology. – 2005. – vol. 78. – P. 325-337.

УДК 616-007.43:617.55:617-089.843:616-07

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Э.Р. Кондратюк

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Реферат. С использованием анкет изучены отдаленные результаты хирургического лечения у 226 больных с осложненными формами послеоперационных вентральных грыж. Для изучения качества жизни у больных использован опросник SF-36. Хорошие отдаленные результаты отмечены после герниопластики с предбрюшинным и подпапневротическим расположением протеза. Использование синтетических эксплантатов повышает качество жизни оперированных больных.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, качество жизни, опросник SF-36.

Современная абдоминальная хирургия не может пренебрегать таким значимым аспектом лечения, как его социально-экономическая эффективность. Особенно это касается осложненных форм послеоперационных вентральных грыж (ПВГ), частота возникновения которых по данным литературы, составляет примерно 2-15% от всех лапаротомий и неуклонно возрастает, сопровождается как летальными исходами [5, 6], так и большими трудопотерями, связанными с инвалидизацией человека. Существующие традиционные способы герниопластики не обеспечивают эффективного и безрецидивного результата лечения, при этом число рецидивов варьирует от 4,3% до 64% [1, 3, 4, 9, 10]. Значительную часть (около 60%) больных с ПВГ составляют лица трудоспособного возраста [2, 7].

В настоящее время невозможно в полной мере оценить преимущества или недостатки какого-либо лечебного метода, включая оперативное вмешательство, не изучив их влияния на качество жизни (КЖ). В тех случаях, когда новые операции разрабатываются для повышения КЖ, они должны сопоставляться с классическими хирургическими подходами, так как оценка КЖ после операции является основным критерием её эффективности. В этой связи КЖ приобретает значение одного из основных критериев успешного лечения.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами ПВГ.

Материал и методы

С использованием анкет опрошены 226 человек (41 мужчина и 185 женщин в возрасте

от 31 до 82 лет) перенесших операции по поводу осложненных форм ПВГ за период с 2004 по 2008 годы. Все респонденты были разделены на 4 группы.

Контрольную группу составили 38 больных с осложненными формами ПВГ, которым выполнялась герниопластика традиционными способами. В первую основную группу вошли 72 больных с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «on lay».

Во вторую основную группу вошли 83 человека с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «sub lay».

В третью основную группу вошли 33 больных с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «in lay».

Получены и обработаны 226 анкет. Предложенная нами анкета включает опросник SF-36, отвечающий десяти необходимым условиям, удовлетворяющим методики оценки КЖ: простота (краткость, ясность для понимания); широта охвата аспектов КЖ; соответствие содержания методик реальным общественным условиям и определение его эмпирически на основании обследования больных, опроса врачей и других работников здравоохранения; количественная оценка показателей КЖ, отражение КЖ больных с одинаковой эффективностью независимо от их возраста, пола, профессии и вида заболевания; тщательное установление валидности (точности); одинаковое удобство использования методики для больных и для исследователей; высокая чувствительность методики; различия получаемых данных о КЖ при исследовании различных групп больных; коррекция результатов оценки КЖ с результатами других методов обследования больных [8]. Это многоцелевой короткий опросник из 36 вопросов, имеющий 8 шкал оценки физического и ментального здоровья. Многочисленные клинические испытания опросника в более чем 40 странах показали его эффективность в оценке полезных эффектов различных лечебных методов и режимов как в терапевтических, так и хирургических клиниках.

Также в анкету входили вопросы, касаю-

щиеся жалоб в отдаленном послеоперационном периоде, ношение бандажа, ограничение физической нагрузки и рецидива болезни.

Полученные данные обрабатывали с использованием специальных компьютерных программ MAP-R 1.0 for Windows и SAS Base 8.0/FSP for Windows XP. Показатель оценивали в ранние (до 3 месяцев) и отдалённые (1-5 лет) сроки после оперативного лечения для выявления специфики влияния последствий использованного оперативного метода.

Результаты и обсуждение

Для сравнительной оценки отдаленных результатов герниопластики мы использовали 2 показателя: частоту рецидивов заболевания и частоту хороших результатов в отдаленном периоде. Частота рецидивов заболевания в отдаленном периоде после различных видов герниопластики представлена в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы, после герниопластики ПВГ традиционными способами рецидив заболевания наступал в 34,2% случаев. Этот показатель достоверно отличался от всех исследуемых групп ($p < 0,05$). Достоверно отличался этот показатель при сравнении I и III групп.

В свою очередь основное количество рецидивов наблюдалось в I основной группе – 9 (11%), во II основной группе – 4 (4,8%), в III – 2 (5%).

Все рецидивы грыжи возникали в период 1-3 года у респондентов контрольной, I и III групп, а во II основной группе рецидивы возникли в периоды 4-5 лет после операции. Анализируя полученные данные мы считаем методом выбора пластику с предбрюшинным и подапоневротическим расположением протеза.

Несмотря на различные сроки прошедшие после герниопластики, проведение сравнения отдаленных результатов, по нашему мнению, допустимо, так как подавляющее большинство рецидивов грыж до 37% наблюдается в сроки от 1-5 лет и в течение первого года после пластики встречаются до 34%.

Из таблицы 2 видно, что больше половины респондентов III группы (66,6%), контрольной группы (55,3%) и около половины респондентов II группы (47%) в отдаленном послеоперационном периоде чувствуют себя хорошо и жалоб никаких не предъявляют. Больше всего жалоб предъявляют респонденты I группы (65,3%).

Около половины респондентов III группы (48,5%) носит бандаж постоянно, возможно, поэтому именно в этой группе отмечено меньшее число рецидивов (5%) по сравнению с контрольной (34,2%) и I группой (11%).

Только половина респондентов III группы (48,5%) считают, что после операции они

Таблица 1.

Частота рецидивов заболевания после герниопластик разными способами

Виды герниопластики	Сроки наблюдения	Рецидив заболевания	%	P
контрольная группа	От 6 месяцев до 5 лет	13	34,2	P<0,05
I группа		9	11	P<0,05
II группа		4	4,8	P<0,05
III группа		2	5	P<0,05

Таблица 2.

Жалобы в отдаленном послеоперационном периоде

Жалобы	Контрольная группа	I группа	II группа	III группа
Периодические боли в области послеоперационного рубца	5 (13,2%)	21 (29,2%)	22 (26,5%)	4 (12,2%)
Постоянные боли в области послеоперационного рубца	2 (5,3%)	6 (8,3%)	3 (3,6%)	–
Хронические запоры	5 (13,2%)	16 (22,2%)	10 (12,1%)	7 (21,2%)
Все выше перечисленные жалобы	3 (7,7%)	–	6 (7,2%)	–
Другие жалобы	2 (5,3%)	4 (5,6%)	3 (3,6%)	–
Ничего не беспокоит	21 (55,3%)	25 (34,7%)	39 (47%)	22 (66,6%)

Таблиця 3.

Оценка отдаленных результатов у контрольной, I, II и III групп

Группы	Результаты лечения		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Контрольная группа	10 (26,3%)	13 (34,2%)	15 (39,5%)
I группа	43 (59,7%)	17 (23,6%)	12 (16,7%)
II группа	63 (75,9%)	14 (16,9%)	6 (7,2%)
III группа	25 (75,8%)	5 (15,1%)	3 (9,1%)

не ограничивают физическую активность. Больше половины опрошенных контрольной (63,2%), I (69,5%) и II (69,9%) групп ограничивают физическую активность.

Хорошим считали результат лечения при отсутствии рецидива грыжи и каких-либо жалоб со стороны области оперативного вмешательства при сохранении возможности продолжения прежней профессиональной деятельности и выполнении обычных домашних работ для лиц пенсионного возраста (табл. 3).

Удовлетворительным считали результат лечения при отсутствии рецидива грыжи, но при наличии ряда расстройств, нарушающих состояние комфорта, связанных с перенесенной операцией грыжесечения.

Плохим считали результат лечения при рецидиве грыжи, при не возможности сохранения прежней профессиональной деятельности и выполнении домашних работ, а также наличия жалоб со стороны оперативного вмешательства.

Как видно из таблицы 3, при использова-

нии эксплантатов при хирургическом лечении ПВГ у больше половины респондентов основных групп отмечены хорошие отдаленные результаты операций ($p < 0,05$).

Показатели КЖ в различные сроки (от 6 месяцев до 5 лет) изучены у 38 пациента контрольной группы, у 72 – I группы, у 83 – II группы и 33 – III группы. Обоснованием для проведения исследования в эти сроки было изучение отдаленных результатов.

Первый год все показатели КЖ у больных контрольной группы были достоверно ниже, чем у здоровых (табл. 4, рис. 1). Через 3 года отмечается рост всех показателей, кроме показателя SF (социальное функционирование), который остаётся на прежнем уровне. Однако достоверно повышается только два показателя RP (роле-физическое функционирование) и GH (общее здоровье), отражая восстановление работоспособности, адаптацию к ролевому функционированию (работа, будничная деятельность), улучшение самочувствия. В этот период показатель физической

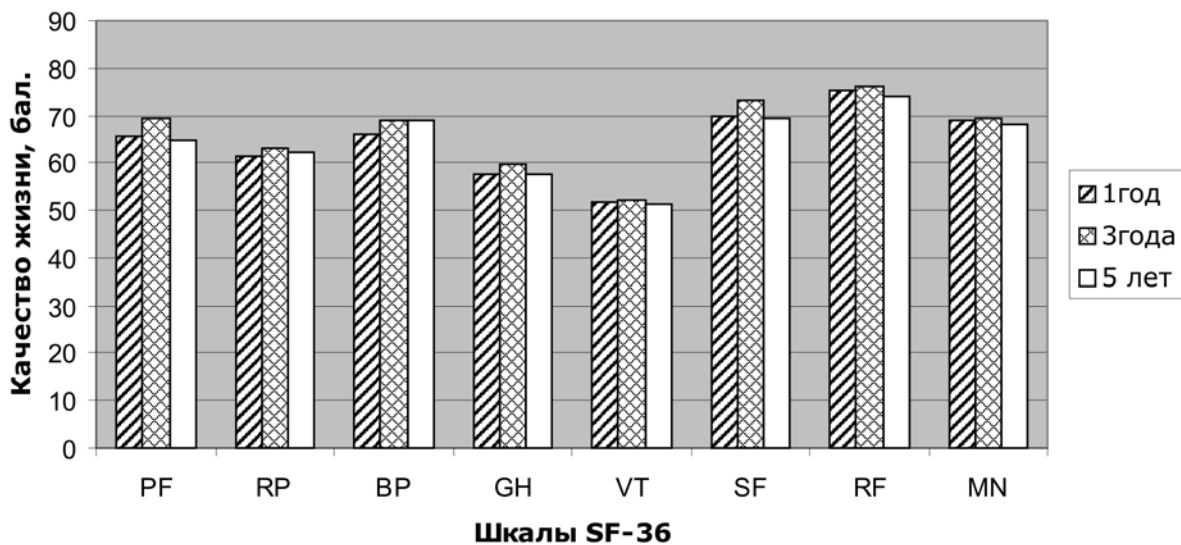


Рис. 1. График показателей КЖ у больных контрольной группы

Таблиця 4.

Основные характеристики опросника SF-36 ($M \pm m$)

Определение шкалы	Показатель здоровых (n=35)	Значимость для оценки здоровья	
		Физического	Психологического
PF (ФА) – физическое функционирование (10 вопросов) Степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, подъём по лестнице, переноска тяжести, переносимость значительных физических нагрузок). Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить	73,8±5,1	100	0
RP (РФ) – роле-физическая (4 вопроса) Влияние физического состояния на ролевое функционирование (выполнение будничной деятельности). Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность	68,2±5,2	100	0
BP (Б) – болевая (2 вопроса) Интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевых ощущений он испытывал	72,6±3,3	100	0
GH (ОЗ) – общее здоровье (5 вопросов) Общее состояние здоровья – оценка респондентом общего состояния здоровья на момент опроса. Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше, по мнению респондента, состояние его здоровья	67,7±5,2	50	50
VT (ЖС) – жизнеспособность (4 вопроса) Жизнеспособность (прилив жизненных сил) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени респондент ощущал себя бодрым и полным сил	55,2±3,0	50	50
SF (СФ) – социальная активность – социальное функционирование (2 вопроса) Социальное функционирование, определяемое степенью, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше, по мнению респондента, была его социальная активность	78,4±2,6	25	75
RF (РЭ) – роле-эмоциональная (3 вопроса) Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение её качества. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, эмоциональное состояние ограничивало его повседневную деятельность	79,2±3,1	0	100
MN (ПЗ) – психологическое здоровье (5 вопросов) Характеристика психологического здоровья: наличие депрессии, тревоги, обилие положительных эмоций. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени, по мнению респондента, он чувствовал себя спокойным и умиротворённым	70,4±4,0	0	100

способности (VT) достоверно не отличается от значений здоровых. Показатели технического здоровья (SF, RE, MN) достоверно ниже нормы, следовательно, больные испытывают определённые ограничения социальной активности, отрицательные эмоции и депрессию, обусловленные сопутствующим нервно-психическим синдромом.

У больных I, II и III группы (рис. 2-4) в первый год все показатели КЖ достоверно выше

чем у контрольной группы и находятся в нижних значениях нормы от показателей здоровых, но достоверно данные значения выше во II группе. Через 3 года отмечается рост всех показателей включая и SF (социальное функционирование). Показатель физической способности (VT) достоверно больше растёт в III группе чем в I и II. В этот период никто не сменил работу на более легкую и не снизил уровень физической активности. Наиболее вы-

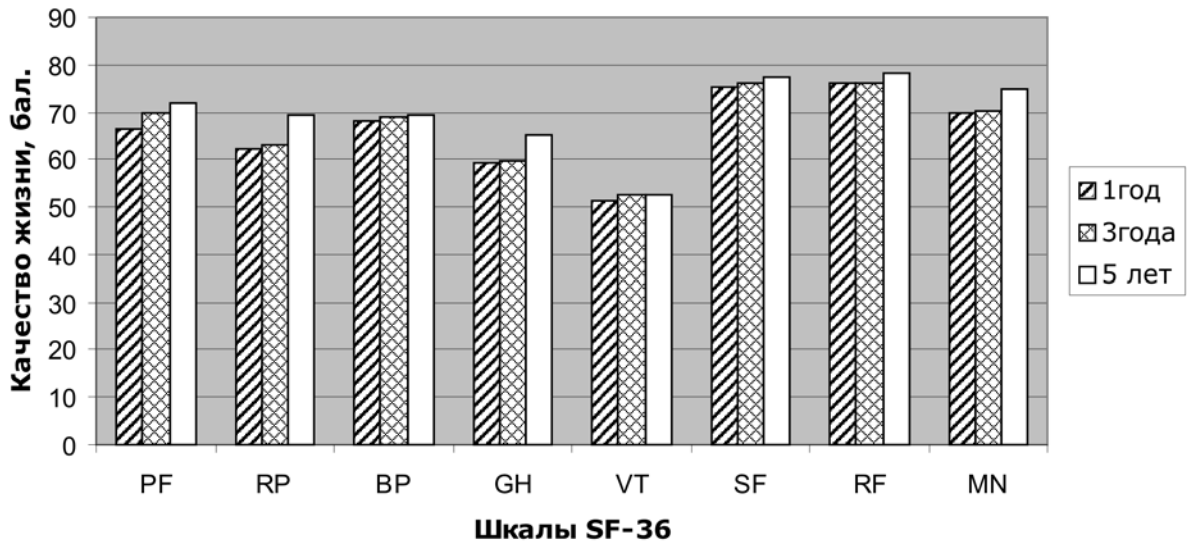


Рис. 2. График показателей КЖ у больных I группы

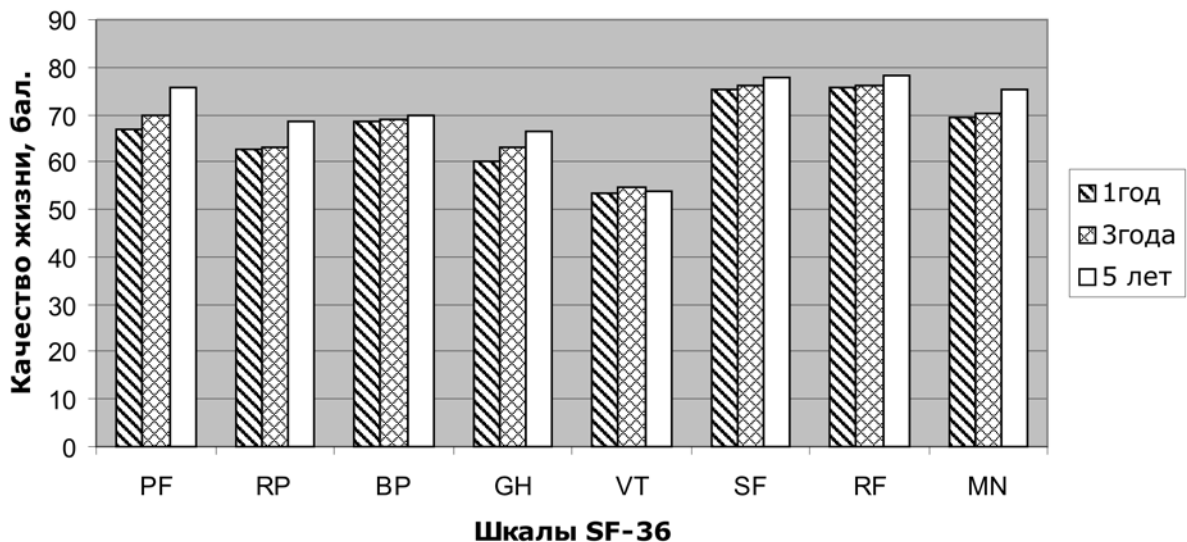


Рис. 3. График показателей КЖ у больных II группы

сокий темп роста показателя общего здоровья (GH) среди других показателей отражает определенную переоценку своих физических сил, отрицание болезни и необходимых ограничений. Положительным фактом является отсутствие различий со здоровыми по показателям, характеризующим полноту сил, отсутствие депрессии (VT и MN), не становится фоном для развития неудовлетворенности внешним видом живота.

Следующий временной период (5 лет) сопровождается повышением показателей КЖ у больных I, II и III группы и падением таковых в контрольной группе. Особенно это видно по показателю физического функционирования PF.

Выводы

1. Хорошие отдаленные результаты отмечены после герниопластики с предбрюшинным и подпапоневротическим расположением протеза.

2. Сравнительная оценка результатов герниопластик местными тканями и с использованием синтетических эксплантатов свидетельствует о повышении КЖ больных с послеоперационными вентральными и рецидивными грыжами.

3. Различия становятся более отчетливыми по мере увеличения времени, прошедшего с момента операции. Показатели КЖ с помощью опросника SF-36 могут быть использованы для оценки отдаленных результатов различных видов оперативного лечения ПВГ.

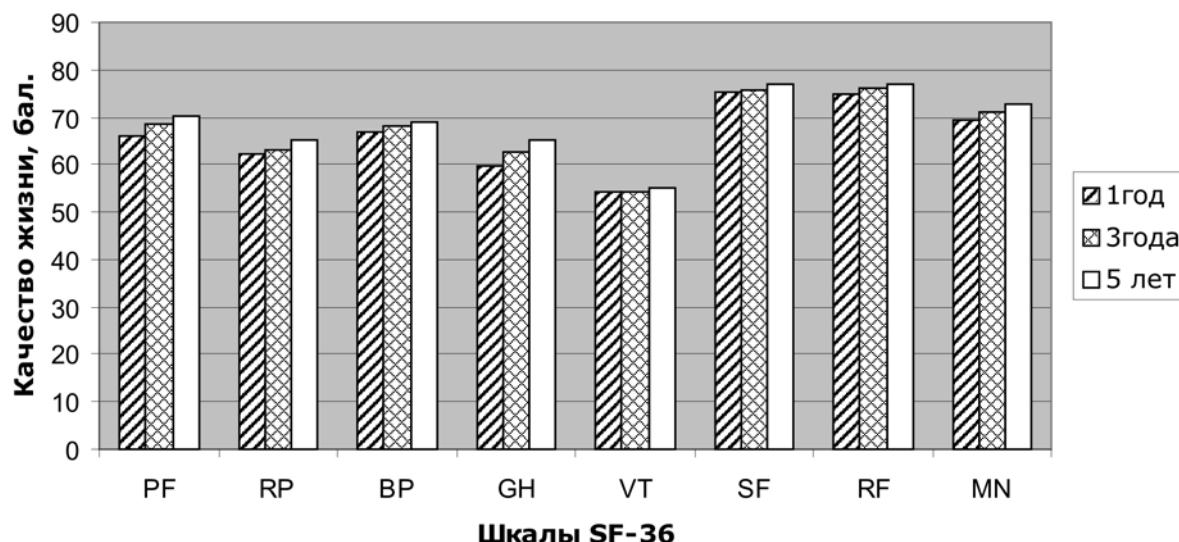


Рис. 4. Графік показателів КЖ у больних III групи

МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Е.Р. Кондратюк

Реферат. З використанням анкет вивчені віддалені результати хірургічного лікування в 226 хворих з ускладненими формами післяопераційних вентральних гриж. Для вивчення якості життя у хворих використаний опитувальник Sf-36. Добрі віддалені результати відмічені після герніопластики з предбрюшинним і подапоневротичним розташуванням протеза. Використання синтетичних експлантатів підвищує якість життя оперованих хворих.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, якість життя, опитувальник Sf-36.

METHODICAL APPROACH TO STUDYING OF REMOTE RESULTS AND QUALITIES OF LIFE AT PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS POSTOPERATIVE HERNIAS

Е.Р. Kondratyuk

Abstract. With use of questionnaires the remote results of surgical treatment at 226 patients with the complicated forms postoperative hernias are studied. For studying of quality of a life at patients questionnaire SF-36 is used. The good remote results are noted after «in lay» and «sub lay» plastic. Use synthetic prosthesis raises quality of a life of the operated patients.

Key words: postoperative hernia, quality of a life, questionnaire SF-36.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Вавилов В.А. и др. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 42-47.
2. Белянский Л.С., Лаврик А.С., Манойло Н.В., Казаков И.В. Дифференцированный подход к лечению гигантской грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия. – 2007. – № 5-6. – С. 66.
3. Гюльмамедов Ф.И., Бондаренко А.В., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Гюльмамедов В.А. Лечение осложненных послеоперационных вентральных грыж больших размеров // Украинський Журнал Хірургії. – 2009. – № 4. – С. 44-47.
4. Деметрашвили З.М., Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В. Лечение послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 44-46.
5. Жебровский В.В., Косенко А.В., Чемоданов Е.Б. и др. Основные принципы лечения гигантских грыж // Хирургия України. – 2008. – № 2. – С. 30-33.
6. Лубянский В.Г., Хабаров А.С., Оношкин В.В. и др. Причины местных осложнений при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Пробл. клин. Медицины. – 2008. – № 1 (13). – С. 28-31.
7. Милица К.Н., Милица Н.Н., Торопов Ю.Д. Дифференцированный подход к применению полипропиленовых имплантатов в хирургии малых и средних грыж // Украинський Журнал Хірургії. – 2009. – № 3. – С. 103-105.
8. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.
9. Langer C., Schaper A., Liersch T. et al. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience // Hernia. – 2005. – Vol. 9, № 1. – P. 16-21.
10. Moore M., Bax T., MacFarlane M. et al. Outcomes of the fascial component separation technique with synthetic mesh reinforcement for repair of complex ventral incisional hernias in the morbidly obese // Am. J. Surg. – 2008. – Vol. 207, № 5. – P. 663-669.

УДК 616-089:616.366-003.7

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНОГО ПООДИНОКОГО ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗУ

Б.Ф. Шевченко, О.М. Бабій, Д.В. Алейник

ДУ «Інститут гастроентерології АМН України», м. Дніпропетровськ

Реферат. З 141 обстеженого хворого на неускладнений поодинокий холецистолітаз у 83 (58,8%) визначені необхідні умови та показання для виконання холецистолітотомії. Ці хворі були поділені на дві групи. В І (основній) групі 40 (48,20%) хворим була виконана холецистолітотомія, в ІІ групі (група порівняння) 43 (51,80%) хворим – лапароскопічна холецистектомія. Оцінку результатів проводили через 2-2,5 роки після операції у 68 (81,9%) пацієнтів: у 33 (48,5%) після холецистолітотомії та у 35 (51,5%) після лапароскопічної холецистектомії. Застосування холецистолітотомії в порівнянні з лапароскопічною холецистектомією дозволяє скоротити післяопераційний ліжко-день на 2,4 доби, знизити частоту ускладнень на 2,1% та в 20,0% випадків попередити розвиток функціональних порушень органів травлення, які зустрічаються після видалення жовчного міхура. Аналіз якості життя показав, що у пацієнтів після холецистолітотомії за суб'єктивними оцінками опитувальників SF-36 та GSRS і об'єктивною оцінкою хірургічного лікування неускладненого поодинокого холецистолітазу за Visik відмічаються достовірно кращі результати ($p > 0,05$), ніж після лапароскопічної холецистектомії.

Ключові слова: поодинокий холецистолітаз, холецистолітотомія, холецистектомія, ускладнення, якість життя.

Проблема оптимізації лікувальної тактики у хворих на холецистолітаз (ХЛ) є однією з актуальних в хірургії [1, 2]. Результати хірургічного лікування ХЛ часто не задовольняють пацієнтів та лікарів, не дивлячись на впровадження за останні 20 років лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ), яка стала «золотим стандартом» хірургічного лікування ХЛ [2, 3]. Особливу занепокоєність викликають травматичні пошкодження загальної жовчної протоки під час ЛХЕ, які досягають 0,3-3% [4]. Жовчовитікання, яке спостерігається в 0,3-8% [5] після ЛХЕ, пов'язують не тільки з ятрогенними пошкодженнями, але й з додатковими жовчними ходами [5, 6]. Однак, впровадження лапароскопічної технології зменшує вдвічі-втричі загальні строки лікування, та забезпечує добрий косметичний та економічний ефекти [7]. У зв'язку з втратою функціонуючого жовчного міхура (ЖМ) в 15-40% випадках зустрічаються стійкі функціональні розлади травлення, які об'єднують в клінічний симптомокомплекс під назвою постхолецистектомічний синдром [8].

Спроби до виконання «ідеальної» холецистолітотомії (ХЛТ) робилися досить часто, неодноразово підлягали критиці і відхилялися у зв'язку з рецидивом каменеутворення від 20 до 40% [9-12].

Дані літератури відносно частоти ускладнень [4-6, 9-11], а також якості життя (ЯЖ) хворих після операцій на ЖМ суперечливі [13, 14]. У вітчизняній та зарубіжній літературі представлений широкий спектр робіт різних аспектів оцінки якості життя хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) після операції холецистектомії. Однак робіт, присвячених вивченню повноцінної суб'єктивної та об'єктивної оцінки якості життя після органозберегаючої операції ХЛТ немає.

Мета дослідження

Оцінити результати та якість життя хворих після застосування ХЛТ і ЛХЕ в хірургічному лікуванні поодинокого холецистолітазу.

Матеріал та методи

З 141 обстеженого хворого на неускладнений ПХЛ у 83 (58,8%) визначені необхідні умови та показання для виконання ХЛТ. Ці хворі були поділені на дві групи. В І (основній) групі 40 (48,20%) хворим була виконана ХЛТ, в ІІ (група порівняння) – 43 (51,80%) хворим виконана ЛХЕ. Вік та давність захворювання хворих між групами вірогідно не різнились та були від 21 до 60 років (у середньому $44,33 \pm 11,53$ р.). Оцінку результатів хірургічного лікування проводили у 68 хворих через 2-2,5 роки після операції. З них у 33 (48,5%) хворих була виконана ХЛТ, у решті 35 (51,5%) – ЛХЕ.

Для оцінки ЯЖ хворих на ПХЛ після операції проводили опитування за допомогою загального (форма Medical Outcomes Study Short Form – MOS SF-36) та спеціального (форма Gastrointestinal Symptom Rating Scale – GSRS) опитувальників. Застосовували російські версії опитувальників SF-36 та GSRS (МЦИКЖ, м. Санкт-Петербург) [15, 16].

Для вивчення результатів оперативного лікування в післяопераційному періоді використовували об'єктивну клініко-функціональну шкалу Visik (в модифікації) [17, 18]. Групу контролю склали 20 умовно здорових осіб віком від 20 до 50 років.

Результати та обговорення

Встановлено, що при виконанні ХЛТ в I групі хворих інтраопераційних ускладнень не було. Натомість, у II групі пацієнтів, де виконана ЛХЕ, інтраопераційні ускладнення визначались у двох пацієнтів у вигляді паренхіматозної кровотечі з ложа ЖМ. В одному випадку кровотечу зупинили додатковою електрокоагуляцією, у другому – застосуванням гемостатичної тканини.

Середня тривалість ХЛТ складала $56,28 \pm 3,16$ хв. в порівнянні з ЛХЕ – $46,83 \pm 4,03$ хв. Достовірної різниці за тривалістю ХЛТ та ЛХЕ не визначалось ($p > 0,05$).

Ранні післяопераційні ускладнення (жовчовитікання) відмічались в одному (2,5%) випадку в I групі, та у двох (4,6%) випадках в II, що складало на 2,1% менше в I групі, ніж в II. В I групі жовчовитікання було пов'язано із технічною недосконалістю при накладанні інтракорпорального шва, однак, не потребувало повторної операції. В II групі у одного хворого ускладнення потребувало релaparоскопії та кліпування додаткової жовчної протоки у ложі ЖМ.

На відміну від хворих I групи, в II визначався більш тяжкий клінічний перебіг раннього післяопераційного періоду. Так, больовий синдром визначався на 2,3 доби довше після ЛХЕ, ніж після ХЛТ. Майже в 2,5 рази частіше у хворих II групи діагностувалися диспепсичні симптоми на фоні більш тривало-

го післяопераційного функціонального порезу кишечника – у 12,5% в II групі, проти 4,7% після ХЛТ ($p > 0,05$).

Обстеження хворих на неускладнений ПХЛ в доопераційному періоді ($4,1 \pm 0,6$ доби в I групі та $3,2 \pm 0,7$ доби в II), згідно завдання дослідження, збільшувало термін лікування до операції, тому показовим був аналіз лише післяопераційного ліжко-дня як показника якості хірургічного лікування. Так, середній післяопераційний ліжко-день в II групі ($7,6 \pm 0,6$ доби) на 31,5% (2,4 доби) був вірогідно довшим, ніж у пацієнтів I групи ($5,2 \pm 0,5$ доби) ($p > 0,05$). Достовірної різниці загального ліжко-дня в обстежених групах не відмічалось ($9,4 \pm 0,5$ доби в I групі та $10,7 \pm 0,5$ доби в II), незважаючи на більш тривалий термін доопераційного обстеження в I групі пацієнтів.

Летальних випадків в обох групах хворих не визначалося. Усі хворі виписані в задовільному стані.

За даними опитування з використанням загального опитувальника SF-36, ЯЖ хворих на неускладнений ПХЛ до та після операції через 2-2,5 роки в порівнянні з контрольною групою була достовірно знижена по всій шкалі ($p > 0,05$), окрім показників больових відчуттів (BP) та емоційних проблем (RE) в I групі і RE у хворих до операції, величини яких теж були знижені, але недостовірно ($p > 0,05$). Інтегральний показник ЯЖ у хво-

Таблиця 1.

Якість життя пацієнтів за даними загального опитувальника SF-36

Шкала	Контрольна група (n=20)	До операції (n=83)	Через 2-2,5 р.	
			I група (n=33)	II група (n=35)
	M±m	M±m	M±m	M±m
1. PF	98,5±1,1	72,8±2,8 [#]	87,4±3,9*	66,2±6,5***, [#]
2. RP	86,3±2,3	40,2±6,1 [#]	69,7±8,8*	30,8±9,5***, [#]
3. BP	86,4±7,3	59,1±3,8 [#]	78,2±5,3*	55,4±5,3***, [#]
4. GH	75,4±5,9	15,2±1,2 [#]	17,1±1,5 [#]	12,1±3,4 [#]
5. VT	69,3±5,0	21,1±1,8 [#]	22,6±3,1 [#]	15,0±2,1***
6. SF	80,0±8,6	21,7±2,4 [#]	27,6±2,1*, [#]	18,4±2,8***, [#]
7. RE	81,7±4,8	68,1±5,1	81,2±3,5*	37,3±9,4**,***, [#]
8. MH	70,2±6,3	15,5±1,5 [#]	20,0±2,1 [#]	12,5±2,5***, [#]

Примітка:

* – достовірність різниці між хворими до операції та I групою, $p < 0,05$ ** – достовірність різниці між хворими до операції та II групою, $p < 0,05$ *** – достовірність різниці між хворими I та II груп, $p < 0,05$ # – достовірність різниці між хворими до та після операції з контрольною групою, $p < 0,05$

Таблиця 2.

Якість життя пацієнтів за даними спеціального опитувальника GSRS

Шкала	Контрольна група (n=20)	До операції (n=83)	Через 2 - 2,5 р.	
			I група (n=33)	II група (n=35)
	M±m	M±m	M±m	M±m
1. АБС	8,7±2,9	16,6±1,7 [#]	9,1±3,2*	19,6±2,5***
2. РС	4,5±1,2	14,9±1,4 [#]	5,4±2,0**	8,1±2,3**
3. ДС	4,5±1,5	7,8±1,3	5,3±2,4	8,2±2,6
4. ДПС	7,2±1,4	19,6±1,2 [#]	14,7±2,6 [#]	16,7±3,4 [#]
5. ОС	4,5±2,1	15,8±2,3 [#]	5,6±3,2**	6,8±2,1**
6. СВ	6,6±1,2	14,6±1,6 [#]	8,0±2,7*	12,2±2,5 [#]

Примітка:

* – достовірність різниці між хворими до операції та I групою, $p < 0,05$ ** – достовірність різниці між хворими до та після операції, $p < 0,05$ *** – достовірність різниці між хворими I та II груп, $p < 0,05$ # – достовірність різниці між хворими до та після операції з контрольною групою, $p < 0,05$

рих до операції ($39,2 \pm 3,1$) був в 2,1 рази достовірно менше ($p > 0,001$) в порівнянні з контрольною групою ($80,9 \pm 5,2$), але настільки достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$) від II групи ($30,9 \pm 5,0$), щоб стати перешкодою для об'єктивної порівняльної оцінки динаміки ЯЖ оперованих хворих (табл. 1).

У пацієнтів I групи через 2-2,5 роки після ХЛТ ЯЖ стала достовірно краще, ніж до операції. Різниця показників (PF, RP, BP, RE та SF), в порівнянні з доопераційними, була достовірно більшою ($p > 0,05$), а різниця показників BP та RE навіть достовірно не відрізнялась від групи контролю ($p > 0,05$), що свідчило за значне покращення ЯЖ по даним критеріям. Показники (GH, VT, MH) були з тенденцією до покращення, але недостовірною ($p > 0,05$).

Щодо пацієнтів II групи, то через 2-2,5 роки усі показники ЯЖ, окрім GH, були достовірно гірші в порівнянні з I групою та по показнику RE до операції ($p > 0,05$).

Різниця між величинами інтегрального показника ЯЖ через 2-2,5 роки в I групі ($50,5 \pm 3,8$) з'явилась суттєво більшою ($p > 0,01$), ніж в II групі ($30,9 \pm 5,0$).

Отже, за отриманими даними ЯЖ у пацієнтів, яким проводилась органозберігаюча операція з послідуною реабілітацією (ЕМС + УДХК), значно покращується. Після ХЛТ показники PF, RP, BP (компоненти фізичного здоров'я) і VT, SF, RE, MH (компоненти психологічного здоров'я), а також інтегральний показник ЯЖ достовірно досягали більш високого рівня в порівнянні з пацієнтами, яким була виконана

ЛХЕ.

Суб'єктивний стан хворих до та після операції також оцінювали і за спеціальним опитувальником GSRS (табл. 2).

За результатами спеціального опитувальника GSRS показники ЯЖ пацієнтів з ПХЛ до та після операції майже по всій шкалі були достовірно збільшеними в порівнянні з контрольною групою ($p > 0,05$).

У пацієнтів через 2-2,5 роки після ХЛТ ЯЖ за даною шкалою стала достовірно краще, ніж до операції. Різниця показників (АБС, РС та ОС) в порівнянні з доопераційними була достовірно меншою ($p > 0,05$) але достовірно не відрізнялась від групи контролю ($p > 0,05$), що свідчило про значне покращення ЯЖ по даним критеріям. У пацієнтів після ЛХЕ відмічалась тенденція до покращення ЯЖ за показниками РС та ОС, які достовірно зменшились в порівнянні з доопераційними ($p > 0,05$). Однак, зберігався достовірно збільшеним показник АБС в порівнянні з пацієнтами після ХЛТ ($p > 0,05$). Показник ДПС зберігався достовірно збільшеним як до так і після операції в I і II групах ($p > 0,05$).

За показником сумарного вимірювання (СВ) отриманих балів відмічалось його достовірне збільшення в порівнянні з контрольною групою у хворих до операції та пацієнтів після ЛХЕ в 2,2 і 1,8 рази відповідно ($p > 0,05$). У пацієнтів після ХЛТ спостерігалось достовірне зменшення показника СВ в 1,8 рази в порівнянні з хворими до операції та тенденція до зменшення в порівнянні з пацієнтами після ЛХЕ ($p > 0,05$).

Результати опитувальника за Visik після хірургічного лікування ПХЛ наведені в таблиці 3.

Відмінні та добрі результати відмічались у 41 (60,3%) обстежених хворих. Позитивні результати частіше відмічались в групі після ХЛТ (відповідно 81,8% проти 40,0%). Питома вага задовільних результатів була вище в групі після ЛХЕ (40,0% проти 15,2%). Незадовільних результатів також спостерігалось більше в групі після ЛХЕ (20,0% проти 3,0% відповідно). При задовільних результатах хірургічного лікування ПХЛ, суб'єктивно визначених у 5 хворих I групи та у 14 – II групи, визначались періодичні болі в правому підребер'ї, що в першій групі могло бути проявом біліарної дисфункції, тоді, як в другій – функціональних порушень органів травлення. У хворих із задовільними результатами ЛХЕ найчастіше визначались біль (у 50,0%), при цьому він періодично посилювався, нудота і почуття важкості в животі після їжі (у 40,0%). Останні пацієнти пов'язували із недотриманням дієти та вживанням жирної та молочної їжі.

В I групі, де виконана ХЛТ, хворі не обмежували себе, як в частоті, так і в якості харчування, тому скарги відносились більше до диспепсичних розладів. Так, періодичний метеоризм та погану переносність молочної їжі визначали у 21,4%, при цьому вони погано її переносили ще до операції.

Отже, ЛХЕ в хірургічному лікуванні ПХЛ супроводжується більш високою частотою больового та диспепсичного синдромів у віддаленому післяопераційному періоді, ніж після ХЛТ, яка супроводжується лише диспепсичними проявами.

Незадовільні результати хірургічного лікування ПХЛ визначені у 7 з 35 (20,0%) обстежених пацієнтів II групи і саме ці хворі пов'язували їх з функціональними порушеннями органів травлення: в 5 випадках – прогресування хронічного панкреатиту, в одному – холангіту в сполученні із стеатозом печінки

і в одному – хронічного коліту з періодично прогресуючим перебігом. Тоді, як в I групі хворих незадовільні результати були пов'язані лише з рецидивом каменеутворення – у однієї (3,0%) хворої.

Таким чином, у пацієнтів після ХЛТ об'єктивно визначались більш кращі результати оперативного лікування неускладненого ПХЛ, чим після ЛХЕ.

Рецидив численного ХЛ, на нашу думку, був пов'язаний з тим, що під час літекстракції відбулась інтраміхурово фрагментація конкременту, не всі фрагменти якого були візуалізовані при ревізії порожнини ЖМ після її промивання. Через 27 місяців після ХЛТ, у зв'язку з появою приступоподібного болю, хворій було виконано ЛХЕ. Інтраопераційна ревізія ЖМ показала відсутність будь-яких змін в ділянці стінки його дна від раніше накладеного шва, тобто, ознак гострого запалення, деформацій, перипроцесу, лігатур, рубцевих стриктур не спостерігалось. При гістологічному дослідженні ЖМ виявлено хронічний холецистит з атрофією слизової оболонки, склерозом судин в м'язовій оболонці та власній пластинці слизової оболонки в ділянці дна.

Отже, через 27 місяців після раніше накладеного шва макроскопічне дослідження показало відсутність будь-яких змін в ділянці його дна, а отримані дані при гістологічному дослідженні підтверджують досконалість застосування поліфіламентного шовного матеріалу, який розсмоктується (в даному випадку – «Vicryl 4/0»).

Висновки

1. Застосування мініінвазивної ХЛТ в порівнянні з ЛХЕ дозволяє скоротити післяопераційний ліжко-день на 2,4 доби, знизити частоту ускладнень на 2,1% та в 20,0% випадків попередити розвиток функціональних порушень органів травлення, які зустрічаються після видалення жовчного міхура.

Таблиця 3.

Результати об'єктивної оцінки хірургічного лікування неускладненого поодинокого холецистолітазу за Visik через 2-2,5 роки

Групи хворих	Оцінка віддалених результатів хірургічного лікування								Всього
	Відмінний		Добрий		Задовільний		Незадовільний		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
I група	12	36,4*	15	45,4*	5	15,2	1	3,0	33
II група	4	11,4	10	28,6	14	40,0*	7	20,0*	35
Всього	16	23,5	25	36,8	19	27,9	8	11,8	68

2. Аналіз ЯЖ показав, що у пацієнтів після ХЛТ за суб'єктивними оцінками опитувальників SF-36 та GSRС і об'єктивною оцінкою хірургічного лікування неускладненого ПХЛ за Visik відмічаються достовірно кращі результати ($p < 0,05$), ніж після ЛХЕ.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОДИНОЧНОГО ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА

Б.Ф. Шевченко, А.М. Бабий, Д.В. Алейник

Реферат. Из 141 обследованного больного с неосложненным одиночным холецистолитиазом у 83 (58,8%) определены необходимые условия и показания для выполнения холецистолитомии. Эти больные были разделены на две группы. В I (основной) группе 40 (48,20%) больным была выполнена холецистолитомия, во II группе (группа сравнения) 43 (51,80%) больным – лапароскопическая холецистэктомия. Оценку результатов проводили через 2-2,5 года после операции у 68 (81,9%) пациентов: у 33 (48,5%) – после холецистолитомии и у 35 (51,5%) – после лапароскопической холецистэктомии. Применение холецистолитомии в сравнении с лапароскопической холецистэктомией позволяет сократить послеоперационный койко-день на 2,4 суток, снизить частоту осложнений на 2,1% и в 20,0% случаев предотвратить развитие функциональных нарушений органов пищеварения, которые встречаются после удаления желчного пузыря. Анализ качества жизни показал, что у пациентов после холецистолитомии по субъективным оценкам опросников SF-36 та GSRС и объективной оценке хирургического лечения неосложненного одиночного холецистолитиаза по Visik отмечаются достоверно лучшие результаты ($p > 0,05$), чем после лапароскопической холецистэктомии.

Ключевые слова: одиночный холецистолитиаз, холецистолитомия, холецистэктомия, осложнения, качество жизни.

EVALUATION OF RESULTS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER OPERATIVE TREATMENT OF NON-COMPLICATED SINGLE CHOLECYSTOLITHIASIS

B.F. Shevchenko, A.M. Babiy, D.V. Aleynik

Abstract. From 141 examined patients with non-complicated single cholecystolithiasis (SCL) in 83 (58,8%) there were determined conditions and indications for cholecystolithotomy (CLT). These patients were divided into two groups. In 1-st (basic) group 40 (48,20%) patients CLT was performed. In 2-nd (comparative) group 43 (51,80%) patients laparoscopic cholecystectomy (LCE) was performed. In 2-2,5 years after operation there were examined remote results in 68 (81,9%) patients: in 33 (48,5%) - after CLT and in 35 (51,5%) - after LCE. Using CLT comparing with LCE allows to shorten postoperative bed-day on 2,4 days, to decrease complications frequency on 2,1% and to prevent development of functional digestive disorders in 20% which occurs after cholecystectomy. Analysis of quality of life showed that in patients after CLT there are evidently better results ($p > 0,05$), of subjective evaluation with SF-36 and GSRС as well objective evaluation of surgical treatment of non-complicated SLT by Visik.

Key words: single cholecystolithiasis, cholecystolithotomy, cholecystectomy, complications, quality of life

ЛІТЕРАТУРА

- Marschall H.U. Gallstone disease / H.U. Marschall, C. Einarsson // J. Intern. Med. – 2007. – Vol. 261 (6). – P. 529-542.
- Фёдоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Фёдоров, Е.И., Сигал, Л.Е. Славин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544 с.
- Генюк В.Я. Эндоскопические технологии – метод профилактики осложнений / В.Я. Генюк // Эндоск. хирургия. – 2008. – № 3. – С. 13-15.
- Ганков В.А. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Пути их снижения и комплексная профилактика (обзор литературы) / В.А. Ганков, А.В. Маньков // Эндоск. хирургия. – 2009. – № 4. – С. 40-46.
- Малов А.А. Ятрогенная при традиционной холецистэктомии / А.А. Малов, А.Г. Захаров, С.В. Акуленко, Н.В. Парахоняк, К.Г. Холоденин // Нижегородский мед. журн. – 2008. – № 6. – С. 96-98.
- Ничитайло М.Е. Повреждение желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. – К.: МАККОМ. – 2006. – 344 с.
- Маньков М.А. Экономическая эффективность эндо-видеолапароскопической холецистэктомии в условиях центральной районной больницы / М.А. Маньков, М.И. Беккер, А.В. Маньков // Материалы I международного науч.-практ. конф. «Передовые научные разработки 2006 года». – Днепр-вск, 2006. – №7. – С. 11-12.
- Быстровская Е.В. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома / Е.В. Быстровская, А.А. Ильченко // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2009. – № 3. – С. 69-80.
- Отдаленные результаты лапароскопической холецистолитомии у больных желчнокаменной болезнью / И.Д. Прудков, Т.Г. Ренева, В.В. Хоодаков, Т.К. Луговкина // Физиология и патология гепатобилиарной системы: Тез., докл., всесоюз. симпозиума. – Томск, 1980. – С. 134-135.
- Калужских В. В. Отдаленные результаты органосохраняющей операции при хроническом калькулезном холецистите / В.В. Калужских // Хирургия. – 1994. – № 1. – С. 18-20.
- Gallstone recurrence after successful percutaneous cholecystolithotomy: a 10-year follow-up of 439 cases / Y.P. Zou, J.D. Du, W.M. Li [et al.] // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. – 2007. – Vol. 6 (2). – P. 199-203.
- [Cholecystolithotomy: first middle-long term result of our series] / J.L. Roques, R.R. Prunedo, J. Sanchez [et al.] // Cir. Pediatr. – 2009. – Vol. 22 (3). – P. 153-156.
- Terlecka J. An investigation of the quality of life of female patients operated by laparoscopic or open way for uncomplicated cholecystolithiasis / J. Terlecka, W.D. Majewski // Ann. Acad. Med. Stetin. – 2007. – Vol. 53 (1). – P. 43-52.
- Орлов С.В. Сравнительный анализ качества жизни у больных калькулезным холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим методами: автореф. дисс. на соиск. науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / С.В. Орлов. – Саратов, 2008. – 24 с.
- Руководство по исследованию качества жизни в медицине / [А.А. Новик, Т.И. Ионова]. – М.: Олма-Медиа групп, 2007. – 320 с.
- Котов М. С. Оценка качества жизни пациентов, связанного со здоровьем / М.С. Котов, В.И. Подолужный // Медицина в Кузбассе. – 2007. – №3. – С. 15-18.
- Медико-економічна оцінка якості життя хворих із жовчнокам'яною хворобою, які перенесли лапароскопічну холецистектомію / Ю.Ю. Переста, В.П. Мікловда, Р.І. Шніцер [та ін.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 11 (1). – С. 15-20.
- Postcholecystectomy complaints one year after laparoscopic cholecystectomy / R. Peterly, L. Merki, J.P. Schuppisser [et al.] // Chirurg. – 1998. – Vol. 69 (1). – P. 55-60.

3 ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 618.344-007.64-005.1-053.2

УДВОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА ДЕВЯТИ МЕСЯЦЕВ, ОСЛОЖНИВШЕЕСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*В.Н. Грона¹, В.К. Литовка², А.Ю. Гунькин²**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького**²Областная детская клиническая больница, г. Донецк*

Удвоение (дубликатура) пищеварительного тракта у детей встречается сравнительно редко. Судить о частоте этого порока развития пищеварительной системы очень сложно, так как в литературе данный порок определяется различными названиями: энтерогенная киста, желудочная киста, дубликатура пищевода, эмбриональная киста, гигантский дивертикул, грудная дистопия желудка и др. [2, 4]. Большое количество синонимов связано, во-первых, с индивидуальными особенностями различных форм удвоения, во-вторых, малым числом наблюдений у детей с подобного рода заболеванием. Удвоение может возникать на любом уровне пищеварительного тракта, от корня языка до прямой кишки. Формируется удвоение, как порок развития в период органогенеза на 6-8 неделе эмбрионального периода в результате нарушения вакуолизации и реканализации первичной кишки [1]. Различают неполное и полное удвоение. По форме выделяют несколько видов удвоения: кистозное, дивертикулярное, тубулярное и изолированное [3, 5, 6].

В клинике за 25 лет оперировано 20 детей в возрасте от 5 суток до 14 лет с различными формами удвоения пищеварительной системы. В зависимости от уровня пищеварительного тракта мы наблюдали следующие удвоения: удвоение пищевода – 1 случай, желудка – 6, тонкой кишки – 5, слепой и ободочной кишки – 7, прямая кишка – 1. Кистозные формы удвоения наблюдались наиболее часто и составили 80% случаев. Клинические проявления заболевания зависят от анатомического расположения, размеров удвоения, темпов роста и возникших различных осложнений, связанных с данным пороком. Удвоение пищеварительного тракта в брюшной полости в своей симптоматике широко варьировало. Наиболее часто отмечались рецидивирующие боли в животе, тошнота, рвота, запоры. Кли-

ника кишечной непроходимости наблюдалась в 3 случаях, симптом пальпируемого опухолевидного образования – в 6 случаях. В одном случае удвоение толстой кишки проявилось рецидивирующим профузным кишечным кровотечением в результате возникновения язв и эрозий гетеротопической слизистой желудка выстилающей полость кистозного удвоения, которое сообщалось с просветом толстой кишки. Учитывая возникшие трудности в диагностике причины кишечного кровотечения у ребенка на ранних этапах лечения, мы приводим в качестве примера это наблюдение.

Ребенок С., 9 месяцев (история болезни № 6872) поступил в клинику из г. Мариуполя 19.06.2009 г. в тяжелом состоянии по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Анамнез заболевания: со слов матери ребенок заболел остро 09.06.2009 г. когда появился стул черного цвета, общая слабость. Был осмотрен педиатром, заподозрена пищевая токсикоинфекция, назначено амбулаторное лечение. Еще ранее в марте месяце отмечались аналогичные жалобы и ребенок с 08.03.2009 г. по 23.03.2009 г. лечился в инфекционном стационаре по поводу острой кишечной инфекции, геморрагического энтероколита. Отмечалась анемия тяжелой степени. Анализ крови от 10.03.2009 г.: Нб – 69 г/л; эритроциты – 1,8 Т/л; лейкоциты – 9,7 Г/л; п – 6%, с – 58%, л – 36%, СОЭ – 10 мм/ч. Посев кала на кишечную группу: высеяна только К1. pneumonia. Посев из зева и носа отрицательный. Проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная и гемостатическая терапия, гемотрансфузии. Стул нормализовался, однако и при выписке из стационара анемия сохранялась. Анализ крови от 20.03.2009 г.: Нб – 88 г/л; эритроциты – 2,7 Т/л; лейкоциты – 6,7 Г/л; п – 6%, с – 23%, л – 64%, СОЭ – 5 мм/ч. Произведено УЗИ органов брюшной полости в больнице по месту жительства – патологии не выявлено. Для

уточнення характеру анемії рекомендована консультація гематолога. В момент очередного кишечного кровотечення і безуспешного лікування пищевої токсикоінфекції в амбулаторних умовах 14.06.2009 г. дитина була госпіталізована в важкому стані в відділення реанімації в г. Маріуполі. Остра кишечна інфекція була виключена. Після консультації хірурга дитина була переведена в місцевий дитячий хірургічний стаціонар з діагнозом: жодочно-кишечне кровотечення неясної етіології. Проводима гемостатическа терапія, трансфузії еритроцитарної маси успіху не приносили, кровотечення не зупинялося, наростала постгеморрагіческа анемія, і дитина реанімована була доставлена в клініку дитячої хірургії.

Анамнез життя: дитина від 3 нормально протікавшої вагітності, вага при народженні 4320 гр. В період новонародженості знаходилася в відділенні інтенсивної терапії по приводу геморрагіческої хвороби новонароджених, анемії, проводились гемотрансфузії.

При поступленні в клініку стан дитини дуже важкий, безсонний, крик слабкий, шкірні покриви різко бліді, підшкірно-жировий шар истончений. Пульс на периферических сосудах слабого наповнення, 140 в хвилину. В легких везикулярне дихання, тони серця ритмічні, приглушені, систоліческий шум на верхівці, тахікардія. Живіт симетричний, правильної форми, помірно надутий, бере участь в диханні. При пальпації м'який, перитонеальних знаків немає. Печінка +2 см, нирки не пальпуються. При глибокій пальпації в правому подребер'ї визначається опухлоподібне утворення, опускаючесья в правий фланк. Аналіз крові в момент поступлення: Нб – 60 г/л; еритроцити – 1,7 Т/л; Нт – 23%; АД – 70/30 mmHg. Одночасно з проведенням противошокової і гемостатическої терапії в відділенні реанімації дитині проведені спеціальні методи обстеження. Сонографія від 19.06.2009 г.: в правому фланку починаючи від правої долі печінки локалізується рідинне утворення неправильної форми з вираженою стінкою до 7,5 мм, розмір порожнини утворення 80×40 мм, утворення аперистальтичне. Висновок – энтерокиста?.

Фіброзофагогастродуоденоскопія від 19.06.2009 г. – даних за кровотечення з верхніх відділів жодочно-кишечного тракту немає, слизова жодка і дванадцятиперстої кишки різко бліді, без патології. Беручи до уваги анамнез, дані клініки і спеціальних методів обстеження встановлено діагноз:

удвоєння кишечника?, ускладнене кишечним кровотеченням, і дитині після стабілізації гемодинаміки виставлено показання до операції.

19.06.2009 г. операція (в ургентному порядку) – срединна лапаротомія, резекція ілеоцекального кута з кистозним удвоєнням, накладення ілеоасцендоанастомоза (хірург – проф. В.Н. Грона).

При ревизії органів брюшної порожнини встановлено, що товста кишка на всьому протяженні щільно заповнена гемолізованою кров'ю. З правої частини вилучено в рану кистозне утворення розміром 14×8 см, верхній полюс якого досягає печеночного вигибу ободочної кишки і до середньої третини має свою брыжейку. Нижня третина кистозного утворення щільно зрощена в області переходу сліпої кишки в восходячий відділ ободочної кишки. Нижній полюс утворення огинає сліпу кишку і пролабірує через брыжейку термінального відділу підвздошної кишки (рис. 1).

При пальпації кистозне утворення з щільними стінками, м'яко-еластическої консистенції. При його пальцевої компресії гідродинаміческа хвиля передається в просвіт товстої кишки, що свідчить про його зв'язок з просвітом кишки. Верхня частина кистозного утворення мобілізована від власної брыжейки до рівня нижньої третини восходячої кишки. Произведена резекція ілеоцекального відділу разом з дуплікатурою. Накладено інвагинаційний ілеоасцендоанастомоз в нашій модифікації. Останній зв'язаний і проходим.

Макропрепарат. Ілеоцекальний відділ

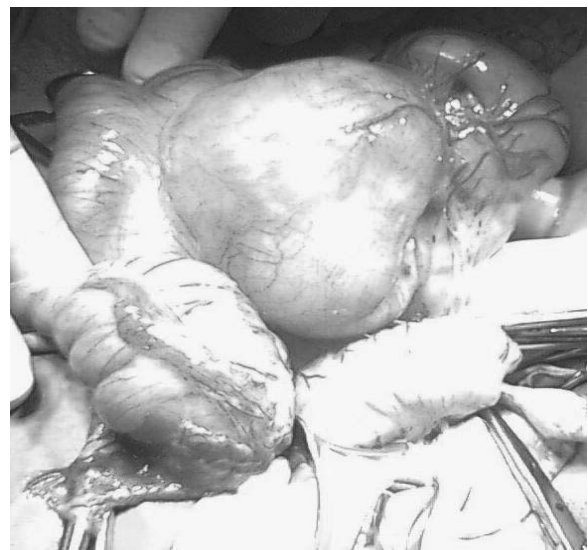


Рис. 1. Общий вид кистозного образования во время операции

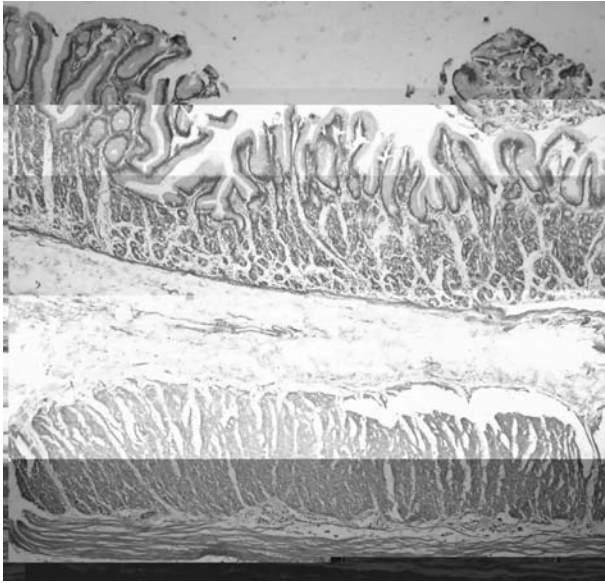


Рис. 2. Микрофотография. Стенка кистозного удвоения. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 40$.

с кистозным образованием. Последнее располагается по переднелатеральной поверхности слепой и восходящей кишки, размером 14×8 см, мягко-эластической консистенции покрытое брюшиной. При вскрытии кистозного образования установлено, что оно сообщается с просветом толстой кишки отверстием диаметром до 2 см. Стенка образования толщиной до 7 мм, слоистая серовато-розовая. Слизистая с глубокой складчатостью и множеством дефектов неправильной формы, размером от 2×5 мм до 5×10 мм различной глубины, имеющих неровные, изъеденные края.

Микропрепарат. Образование имеет слизистую оболочку, по строению копирующую слизистую тела желудка с гиперплазией покровно-ямочного эпителия, с эрозиями, язвами, очагами воспаления, отеком и склерозом подслизистой основы; мышечная оболочка имеет два слоя, местами – пучки мышечных волокон располагаются хаотично без формирования сплошного слоя (рис. 2).

Диагноз: Удвоение толстой кишки, кишечное кровотечение, постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-е сутки 01.07.2009 г. ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Осмотрен через 3 месяца. Жалоб нет, вскармливается по возрасту, набрал 1,5 кг массы тела,

стул 2 раза в сутки, оформленный. Анализ крови при контрольном осмотре: Нв – 120 г/л; эритроциты – $3,8$ Т/л; лейкоциты – 8 Г/л; э – 3%, п – 2%, с – 34%, л – 52%, СОЭ – 7 мм/ч.

Мы полагаем, что возникшее затруднение в установлении истинной природы кишечного кровотечения врачами местных стационаров объясняется с одной стороны дефицитом информации в отечественной литературе о данном пороке, с другой – редкостью патологии, которая может проявиться столь грозным осложнением.

Дифференцировать кровотечение из пептических язв дупликатур следует с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, инвагинацией кишечника, язвой дивертикула Меккеля, воспалительными заболеваниями толстой кишки (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит). Диагноз удвоения желудочно-кишечного тракта устанавливается с помощью ультразвукового исследования, фиброгастродуоденоскопии, фиброколоноскопии, компьютерной томографии. Следует так же помнить, что в отдельных случаях слизистая полости удвоения может быть представлена слизистой желудка, поэтому данный порок можно выявить методом радиоизотопного сканирования с помощью ^{99m}Tc .

Удвоение пищеварительного тракта во всех случаях подлежит оперативному лечению. Выбор оперативного пособия и его объем зависит от размеров, расположения удвоения по отношению к органу, наличия или отсутствия сообщения с просветом пищеварительной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Хардфорд, 1996. – 384 с.
2. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Удвоение желудка у детей // Здоровье ребенка. – 2009. – № 1. – С. 106-109.
3. Журило И.П., Литовка В.К., Цыбровская Т.Е., Латышов К.В. Кистозное удвоение прямой кишки у новорожденного // Детская хирургия. – 2004. – № 6. – С. 53-54.
4. Кривченя Д.Ю., Даньшин Т.І., Сорока В.П. та ін. Подвоєння травного тракту у дітей // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя. – 2005. – Т. 2. – С. 124-126.
5. Литовка В.К., Веселый С.В., Шварц А.В., Сопов Г.А. Кистозное удвоение тощей кишки у ребенка симулировавшее опухоль // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – № 4. – С. 688-689.
6. Okamoto T., Takamizawa S., Yokoi et al. Completely isolated alimentary tract duplication in neonate // Pediatr. Surg. – 2008. – Vol. 24, № 10. – P. 1145-1147.

УДК 616.329-007.64-07-07

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА*Ф.А. Греджев., А.М. Дудин., О.Н. Ступаченко., А.Е. Кузьменко**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Реферат. Приведен анализ результатов лечения 97 больных с дивертикулами пищевода в возрасте 39-65 лет, из них 54 (56%) мужчины и 43 (44%) женщины. При дивертикулах пищевода больше 2 см в диаметре и выраженной клинической картине целесообразна дивертикулэктомия. При наличии дивертикулита показана антибактериальная, противовоспалительная терапия, как предоперационная подготовка. Несостоятельность швов пищевода после операции наблюдали у 2 больных.

Ключевые слова: дивертикул пищевода, диагностика, лечение.

Больше двух столетий прошло с момента первого описания дивертикула пищевода Лудлоу в 1769 г., тем не менее проблема диагностики и лечения данной патологии остается актуальной. Хирургическое лечение больных с дивертикулами пищевода относится к сложным и актуальным вопросам торакальной хирургии и требует дальнейшей разработки [3]. По мнению многих авторов, это связано с особенностями анатомического строения, топографией пищевода, его кровоснабжением, отсутствием патогномичной клинической картины [4].

Данные о распространенности дивертикулов противоречивые. Это заболевание выявляется приблизительно у 0,8-1% больных, которым проводится рентгенологическое исследование пищевода и желудка [1, 4]. Среди дивертикулов верхних отделов пищеварительного тракта чаще всего встречаются дивертикулы пищевода [1, 2].

Материал и методы

С 1998 до 2000 гг. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна лечились 97 больных в возрасте от 39 до 65 лет с дивертикулами пищевода, из них 54 (56%) мужчины и 43 (44%) женщины. Все больные госпитализированы в плановом порядке.

По локализации дивертикулы разделились соединяющим образом: фарингоэзофагеальные – 35 (36%), бифуркационные – 37 (38%), эпифренальные – 24 (26%).

Клиническая картина определялась локализацией дивертикула. Ведущим синдромом у больных с фарингоэзофагеальными дивер-

тикулами была дисфагия, степень выраженности которой зависела от размеров дивертикула. Характерным признаком было нарастание дисфагии вплоть до полной непроходимости по мере заполнения дивертикула пищевыми массами. Болевой синдром зависел от размеров дивертикула, диаметра шейки дивертикула, выраженности дивертикулита. Боли при этом локализовались в области шеи и левого грудинно-ключичного сочленения с иррадиацией в левую подчелюстную и левую окологрудную область. У 45 больных отмечена усиленная саливация, особенно в ночное время, у 25 больных – отрыжка содержимым дивертикула. Неприятный запах изо рта наблюдали у 28 больных. Наиболее выраженная клиническая картина была у пациентов с фарингоэзофагеальными дивертикулами.

У больных с бифуркационными дивертикулами клиническая картина была менее выражена. 18 больных беспокоили боли разной локализации (за грудиной, в межлопаточной области), которые возникали во время и после еды. Умеренно выраженную дисфагию отмечали 12 больных, неприятный запах изо рта – 21.

В клинической картине больных с эпифренальными дивертикулами на первый план выступают умеренно выраженные боли в проекции нижней трети грудины и эпигастральной области с иррадиацией в спину. У 13 больных были функциональные нарушения сердечной деятельности: тахикардия, экстрасистолия. У 1 больного выявлен фарингоэзофагеальный и бифуркационный дивертикул размером 5×7 см и 1,5×1,5 см соответственно. Клиническая картина определялась фарингоэзофагеальным дивертикулитом. Из осложнений дивертикулов пищевода мы наблюдали дивертикулит у 29 больных.

Ведущим исследовательским приемом у пациентов с дивертикулами пищевода является контрастное рентгенологическое исследование пищевода в прямой и боковой проекциях, с использованием сульфата бария и водорастворимых контрастных веществ. У всех боль-

ных применялась фиброэзофагогастродуоденоскопия, при которой оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, локализация и размеры шейки и тела дивертикула.

Результаты и обсуждение

У 35 больных фарингоэзофагеальные дивертикулы имели диаметр от 3 до 5 см. У одного больного размеры дивертикула составляли 5×7 см, симптомы дивертикулита отмечены у 3 человек. У 2 больных с бифуркационными дивертикулами диаметр дивертикула не превышал 2 см, у 5 – от 3 до 4 см, у 3 – от 5 до 7,5 см, у 2 пациентов выявлен дивертикулит. Размеры дивертикулов эпифренальной локализации: у 2 больных – до 2 см, у 4 – от 2 до 3 см, у 2 – от 4 до 5,5 см в диаметре. У двух пациентов отмечены симптомы дивертикулита. Из 27 больных оперированы 23 (85,2%).

Противопоказаниями к операции у 2 больных с бифуркационными дивертикулами размеры были меньше 2 см и отсутствие клинических проявлений. Двое больных с эпифренальным и бифуркационным дивертикулом более 2 см в диаметре не оперированы в связи с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией.

Всем оперированным больным выполнена дивертикулэктомия под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. При фарингоэзофагеальных дивертикулах использован хирургический доступ по медиальному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы слева. При бифуркационных дивертикулах целесообразна переднебоковая торакотомия справа в 4-5 межреберье, при эпифренальных – переднебоковая торакотомия справа в 6-7 межреберье. Особое внимание уделяли мобилизации дивертикула, выделению, обработке и укрытию культи шейки дивертикула. Волокна мышечной стенки пищевода разъединялись тупо. Шейка дивертикула прошивалась аппаратом УО-40, после отсечения дивертикула культи шейки инвагинировалась узловыми швами в мышечную стенку пищевода. После удаления бифуркационных и эпифренальных дивертикулов швы на пищеводе дополнительно прикрывались листком медиастинальной плевры. После удаления фарингоэзофагеальных дивертикулов к линии швов подводился резиновый выпускник. При операциях по поводу бифуркационных и эпифренальных дивертикулов к линии швов подводилась мягкая

силиконовая трубка, в обязательном порядке дренировалась плевральная полость. В 5 случаях при фарингоэзофагеальных и в 3 случаях при бифуркационных дивертикулах для герметизации линии швов после дивертикулэктомии использовали пластины Тахокомб®, размером 4,8×4,8×0,5 см. Фиксация препарата проводилась прижатием тупфером по всей площади пластины. Применение этого средства позволило получить надежную герметизацию линии швов. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений.

В послеоперационном периоде всем больным проводилось зондовое и парентеральное питание, назначалась антибактериальная терапия.

У 2 больных, оперированных по поводу фарингоэзофагеальных дивертикулов, послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов пищевода. Свищи, которые образовались, закрылись после консервативного лечения.

Заключение

Таким образом, при дивертикулах пищевода больше 2 см в диаметре и выраженной клинической картине показана дивертикулэктомия. При наличии дивертикулита показана предоперационная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Определяющее значение в профилактике несостоятельности швов имеет оперативная техника. Применение Тахокомба® позволяет получить надежную герметизацию линии швов.

НАШ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛІВ СТРАВОХОДУ

Ф.А. Греджев, О.М. Дудін, О.М. Ступаченко, О.Є. Кузьменко

Реферат. Приведен аналіз результатів лікування 97 хворих з дивертикулами стравоходу у віці 39-65 років, з їх 54 (56%) чоловіка і 43 (44%) жінки. При дивертикулах стравоходу більш 2 см у діаметрі, вираженій клінічній картині доцільна дивертикулектомія. При наявності дивертикуліта показана антибактеріальна, протизапальна терапія як предопераційна підготовка. Неспроможність швів стравоходу після операції спостерігали в 2 хворих, нориці закрилися самостійно.

Ключові слова: дивертикул стравоходу, діагностика, лікування.

OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

F.A. Gredjev, A.M. Dudin, O.N. Stupachenko, A.E. Kuzmenko

Abstract. The results of treatment of 97 patients with esophageal diverticulums between the ages of 39-65, 54 (56%) men and 43 (44%) woman have been analysed. At esophageal diverticulum more than 2 cm in a diameter, that is an expressed clinical pattern, an expedient diverticulectomy is considered to be reasonable. Contraindications to the operation at 2 patients with bifurcating diverticulum were: the dimensions less than 2 cm, absence of clinical manifestations. Antibacterial, antiinflammatory therapy as preoperative preparation is shown in case of diverticulum. An incompetence of sutures of an esophagus after the operation was observed in 2 patients.

Key words: diverticulum of an esophagus, diagnostics, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян З.Н. Ошибки и опасности в хирургии дивертикулів пищевода / З.Н. Ванцян, А.Н. Корчак, М.М. Кебедов, М.Н. Вабичев // Хирургия. – 1986. – № 4. – С. 103-107.
2. Войтенко Н.К. Диагностика и лечение дивертикулів пищевода / Н.К. Войтенко, А.А. Хартоник // Вестн. хир. – 1988. – Ч. 2. – С. 15-20.
3. Ротенберг М.И. К этиологии дивертикулів пищевода (к 225-летию первого сообщения в дивертикулах пищевода) / М.И. Ротенберг // Вестн. рентгенол. – 1995. – Ч. 1. – С. 31-34.
4. Тамулевичюте Д.И. Болезни пищевода и кардии / Д.И. Тамулевичюте, А.М. Витенас // М.: Медицина, 1975. – 268 с.

УДК 616.34-007.59-036.65-053.4-089

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЗАВОРОТ НА ПОЧВЕ ОБРАТНОГО ВРАЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

И.П. Журило¹, В.К. Литовка², К.В. Латышов¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

²Областная клиническая детская больница, г. Донецк

Обратное вращение кишечника – крайне редко встречающаяся врожденная аномалия. Как известно, при нормально протекающем процессе эмбрионального развития поворот кишечника происходит против часовой стрелки на 270°. При изменении направления вращения в противоположную сторону, кишечник поворачивается на 180° по ходу часовой стрелки (рис. 1).

В результате поперечная ободочная кишка будет расположена позади двенадцатиперстной и над верхней брыжеечной артерией. Как только брыжейка фиксируется, поперечная ободочная оказывается в своего рода туннеле. Слепая кишка и восходящий отдел обычно фиксируются не полностью, вследствие чего свободная половина толстого кишечника может завернуться и перекрыть просвета поперечной ободочной кишки [1, 2].

Это одна из самых редких аномалий вращения кишечника. McIntosh и Donovan наблюдали всего одного больного с данной патологией и собрали в литературе описания только 16 подобных случаев [1]. Touloukian и Smith [2] указывают, что в результате обратного вращения кишечника его окончательное расположение создает благоприятную почву для рецидивирующего заворота и хронической кишечной непроходимости. Авторы также отмечают, что данная патология редко диагностируется в детском возрасте и наблюдается, в основном, у взрослых пациентов [2].

Учитывая крайне редкую встречаемость обратного вращения кишечника, мы сочли необходимым поделиться собственным наблюдением ребенка с этой врожденной аномалией. Приводим описание случая.

Ребенок Т., 6 лет (история болезни № 3684) поступил в 3 соматическое отделение ОДКБ г. Донецка 01.04.2009 г. с жалобами на периодические боли в животе и рвоту. Из анамнеза известно, что ребенок болеет с рождения, когда периодически отмечались эпизоды рвоты, возникающей чаще после еды и сопровождающиеся болевыми приступами. В октябре 2008 ситуация усугубилась. Эпизоды болей в животе участились до 1-2 раз в месяц. Ребе-

нок несколько раз госпитализировался в хирургический стационар с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости, однако последняя была исключена. В декабре 2008 года мальчик был обследован в ОДКБ. При фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) был выявлен хронический гиперацидный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выявило умеренное увеличение печени без структурных изменений. Маркеры вирусного гепатита отрицательные. При ирригографии (11.02.2009 г.) установлено, что толстый кишечник имеет необычное расположение, дистальные его отделы удлинены, образуют дополнительные петли. После опорожнения контраст задерживается в поперечной ободочной кишке, рельеф слизистой сглажен (рис. 2). Назначенное лечение гастродуоденита не оказало желаемого эффекта.

С января 2009 года болевые приступы и эпизоды рвоты участились до 3-4 раз в месяц, усилилась их интенсивность. В феврале 2008 г. повторно об-

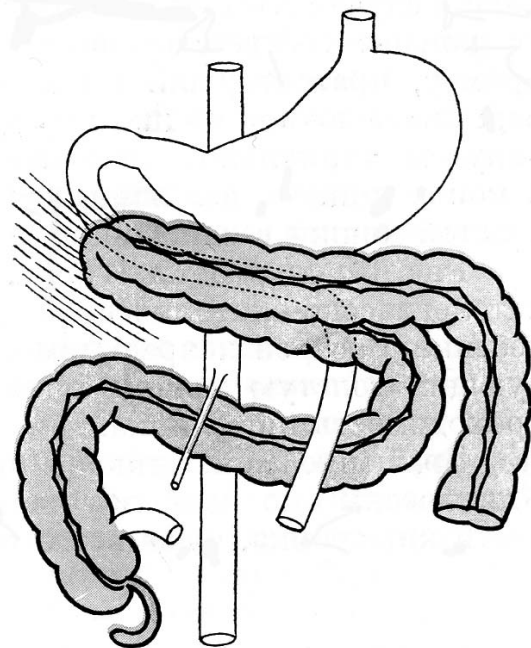


Рис. 1. Схема взаиморасположения органов брюшной полости при обратном вращении кишечника.



Рис. 2. Ирригограмма больного Т. (в состоянии наполнения).

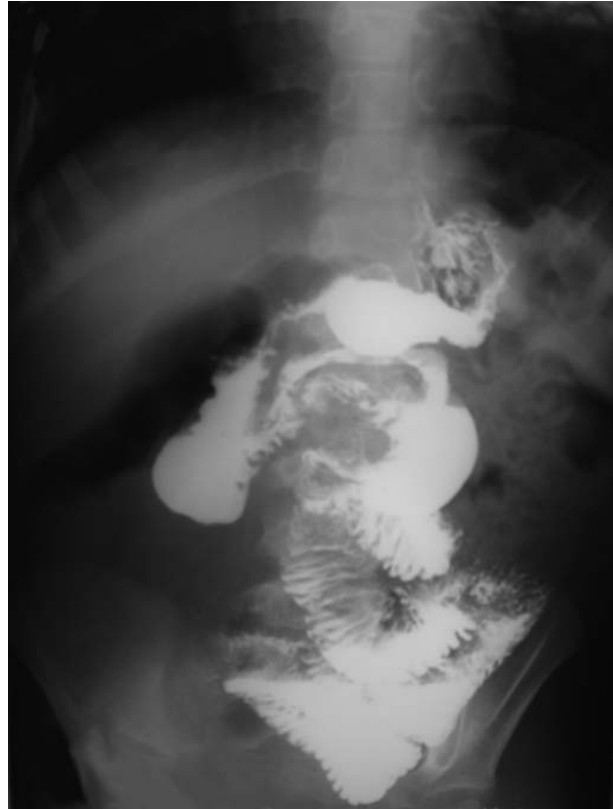


Рис. 3. Контрастное исследование ЖКТ больного Т. (спустя 1 час после дачи контраста).

следован в соматическом отделении № 3 ОДКБ. Был подтвержден хронический гиперацидный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс. Прием спазмолитических препаратов не купировал болевой синдром. Для уточнения диагноза и продолжения обследования больной госпитализирован в клинику 01.04.2009 г.

Общий анализ крови: от 02.04.2009 г. Нв – 128 г/л, эритроциты – 4,0 Т/л, ЦП – 0,9; лейкоциты – 6,3 Г/л, СОЭ – 5 мм/ч, э-1, п-1, с-48, л-45, м-4, пл. кл.-1; от 08.04.2009 г. Нв – 136 г/л, эритроциты – 4,2 Т/л, ЦП – 0,9; лейкоциты – 4 Г/л, СОЭ – 3 мм/ч, э-4, п-1, с-33, л-55, м-7, тромбоциты – 273 Г/л (65:1000). Свертываемость крови по Сухареву – 4-4,5 мин. Длительность кровотечения по Дьюку – 2,5 мин.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; цвет – светло-желтый, прозрачность – слегка мутная, рН – 6,0; удельный вес – 1014; белок и сахар не обнаружены. Микроскопия: лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – неизмененные изредка в поле зрения; соли мочевой кислоты в небольшом количестве.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, протромбиновое время – 22 сек., фибриноген – 3,3 г/л, общий белок – 34,2 г/л, билирубин – 23,2 мкмоль/л за счет непрямой фракции, АсАТ – 0,18 мкмоль/л, АлАТ – 0,23 мкмоль/л, мочевины – 5,4 ммоль/л, креатинин – 0,084 ммоль/л.

ЭКГ: полувертикальная электрическая позиция сердца.

Пассаж бария по ЖКТ (01.04.2009 г.): через час после дачи контраста 1/5 часть его в желудке, остальные порции – в петлях тонкой кишки, которые эктазированы, атоничны (рис. 3). Через 3 часа желудок свободен от контраста, имеются его порции в тонкой кишке, расположенной в полости малого таза. Барием выполнены проксимальные отделы толстого кишечника. Через 7 и 10 часов контраст также располагается в толстом кишечнике, отрезки которого расширены и атоничны. Рамка толстой кишки не соблюдена.

При повторных УЗИ органов брюшной полости (06.04.2009 г. и 09.04.2009 г.): эхо-признаки увеличенных лимфоузлов брыжейки кишечника, убедительных сонографических данных в пользу синдрома Ледда (заворота кишечника) в момент проведения исследования нет.

Предварительный клинический диагноз: рецидивирующий заворот кишечника на почве врожденной аномалии вращения.

09.04.2009 г. произведено оперативное вмешательство (хирург – проф. Журило И.П.). Интраоперационные данные: верхнесрединная лапаротомия длиной до 12 см; по вскрытии брюшной полости выпота нет; при ревизии установлено, что имеет место аномалия расположения кишечника вслед-

ствие обратного его вращения на 180°; двенадцатиперстная кишка располагается кпереди от поперечной ободочной кишки, а последняя расположена над верхней брыжеечной артерией; брыжейка зафиксирована таким образом, что поперечная ободочная кишка находится в своего рода туннеле, а центральная ее часть подтянута к связке Трейца и сдавливает нижнюю горизонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки; слепая и восходящий отдел толстой кишки фиксированы не полностью; имеет место общая брыжейка; свободная половина толстой кишки легко поворачивается вокруг своей оси, что создает условия для рецидивов заворота, странгуляции просвета поперечной ободочной кишки и эпизодов непроходимости.

Произведена тотальная скелетизация двенадцатиперстной кишки. Поэтапно разъединены имеющиеся спайки, деформирующие ободочную кишку. Лишь после этого удалось придать кишечнику нормальное анатомическое расположение и ликвидировать аномалию. Отмечается равномерное заполнение петель кишечника, которые без признаков расстройства кровообращения. Операционная рана послойно ушита наглухо.

Диагноз после операции: рецидивирующий заворот кишечника на почве аномалии его расположения вследствие обратного вращения.

Послеоперационный период протекал гладко, признаки кишечной непроходимости и болевой синдром регрессировали. Швы сняты на 8 сутки, рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции пациент выписан домой.

Осмотрен через 1,5 месяца. В послеоперационном периоде болевых приступов не наблюдалось. Здоров.

Обсуждение клинического наблюдения

Весьма показательным в приведенном описании является редкость врожденной аномалии вращения, что обусловило значительные сложности в диагностике заболевания и пролонгацию предоперационного периода. Вместе с тем, ретроспективный анализ имеющихся клинических данных и результатов обследования показывает, что в процессе наблюдения за пациентом было сделано достаточно большое количество диагностических ошибок, которые стали причиной ложных выводов и неправильных тактических действий.

На наш взгляд анализ этих недочетов является весьма важным в плане создания рационального клинического алгоритма.

Как указывалось выше, в подавляющем большинстве случаев постановка правильного диагноза у больных с обратным вращением кишечника казуистически редко осуществля-

ется в детском возрасте. Одним из важнейших факторов, способствующих ранней диагностике заболевания у нашего пациента, являются яркие анамнестические данные. Так, еще в периоде новорожденности у ребенка отмечались необъяснимые эпизоды рвоты, сопровождавшиеся приступами резкого беспокойства. Следует отметить, что, несмотря на множество подобных эпизодов, ребенку до 6 летнего возраста не было выполнено углубленное клиническое обследование и, лишь резкое учащение приступов стало поводом для его проведения.

Анализируя клинические проявления заболевания, необходимо подчеркнуть, что при возникающем завороте поперечной ободочной кишки рвота носит рефлекторный характер и, как правило, прекращается после опорожнения желудка. Со слов матери болевые приступы у мальчика возникали в основном после приема пищи, особенно если ребенок переел. По всей видимости, при переднем расположении двенадцатиперстной кишки, переполнение желудка провоцирует перекрут аномально расположенной поперечной ободочной кишки. Особое внимание хотелось бы обратить на интенсивность приступов, во время которых боли были настолько сильными, что ребенок занимал вынужденное положение с приведенными к животу ногами, истерически кричал и катался по полу. У врачей, присутствовавших при одном из таких эпизодов, возникли мысли о психиатрическом генезе заболевания.

Следует также предостеречь специалистов об опасности ложных выводов и неправильных тактических шагов на различных этапах обследования больного. Так, за 4 месяца до предпринятого оперативного вмешательства, после выполнения ФЭГДС, ребенку был выставлен диагноз хронического гиперацидного гастрита и дуодено-гастрального рефлюкса. Мы не ставим под сомнение подлинность выявленных изменений, однако специалисты должны были подумать о том, что обострение гастрита не могло вызывать вышеописанную клиническую симптоматику. Естественно, что проводимое лечение оказалось неэффективным.

Весьма существенным этапом обследования явилось выполнение ирригографии. Ретроспективная оценка свидетельствует о том, что именно правильная трактовка результатов данного исследования могла стать отправной точкой в установлении диагноза. Однако, полученные данные были расценены неверно. Врачи посчитали, что правая половина тол-

стого кишечника не заповнена і проведенне дослідження малоінформативно. При уважному вивченні знімка, представленого на рисунку 2, чітко видно, що всі відділи товстого кишечника виконані контрастною масою, відзначається ділянка звуження поперечної ободочної кишки, висока фіксація сліпої кишки в епігастральній області і наявність товсто-тонкокишкового рефлюкса. Правильна інтерпретація цих даних дозволила б запідозрити наявність вродженої аномалії обертання кишечника і в більш короткі терміни встановити остаточний діагноз. Завершальним і найбільш інформативним етапом клінічного дослідження пацієнта стало проведення проходження контрастної речовини по шлунково-кишковому тракту. Незважаючи на відсутність затримки просування контрастної маси по шлунково-кишковому каналу відзначається деформація дванадцяти-

перстої кишки, ентоптоз, ектазія і атонія петель тонкої кишки. При проходженні контраста через товстий кишечник отримана картина, аналогічна даним ірригографії. Все це – результат аномалії обертання і фіксації кишечника. Відсутність затримки проходження дослідження заворот ободочної кишки відсутній.

Таким чином, проведений аналіз дозволив вивчити особливості симптоматичного рідкого аномалії обертання кишечника і уточнити раціональну тактику дослідження пацієнта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тошовський В. Острії процеси шлункової порожнини у дітей. – Прага: Авіценум, 1987. – С. 127-128.
2. Touloukian R.J., Smith E.I. Disorders of Rotation and Fixation / In book: Pediatric Surgery. – St.Louis; Baltimore; Boston ... : Mosby, 1998. – P. 1199-1214.

УДК 616.33/342-002.44-005.1-036.65-037-02:31

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

П.Г. Кондратенко, Е.Е. Раденко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением за период 1998-2007 г.г. Цель исследования – выявление параметров, влияющих на развитие рецидива кровотечения. В базе данных было 4432 пациента. Оценка производилась по 233 факторным признакам. На основании многофакторного анализа выделен набор наиболее информативных признаков, который был положен в основу построения компьютерной модели прогнозирования рецидива кровотечения по каждой нозологической форме. Определены 3 группы больных с различной степенью риска рецидива кровотечения.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, рецидив кровотечения, прогнозирование повторного кровотечения

Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДК), морфологическим субстратом которых является хроническая язвенная болезнь желудка (ЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), в структуре кровотечений, занимают ведущее место (40,1-50,9%) [1, 4]. Это неоспоримый факт, несмотря на то, что в последние годы участились публикации о росте числа неязвенных кровотечений [6, 7]. Для ургентной хирургической службы эти болезни всегда были проблемным контингентом, поскольку сложный комплекс органических нарушений и сопутствующая патология, требующие проведения многокомпонентной интенсивной терапии и многообразия эндоскопической картины постоянно возвращают нас к нерешенным вопросам тактики ведения больных. Внедрение в лечебную практику миниинвазивных технологий значительно снизило актуальность диагностического аспекта кровотечений, добавив при этом много дополнительных факторов, которые необходимо учитывать при выработке тактики лечения. Основной тактической задачей является правильная интерпретация имеющихся в распоряжении врача клинических и эндоскопических данных, а основная цель лечения – предупреждение рецидива кровотечения (РК), являющегося, по существу, главной причиной выполнения экстренной операции или фатального исхода лечения [3].

Материал и методы

С целью выявления наиболее значимых

факторов, определяющих течение патологического процесса, и оптимизации тактики лечения проведен ретроспективный анализ медицинской документации 4432 пациентов с кровотечением язвенной этиологии, которые находились под нашим наблюдением за период с 1998 по 2007 г.г. Из них: язва желудка (ЯЖ) – у 1147 (25,9%) больных, язва двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) – у 3285 (74,1%) больных.

Для оптимизации проведения статистического анализа была создана электронная база данных. В ней нашли свое отражение клинико-эндоскопические и лабораторные данные, полученные в процессе мониторинга, медикаментозная терапия, объем выполненных эндоскопических манипуляций, а также исход заболевания. Всего 233 параметра. Обработка результатов исследования проводилась в среде пакетов анализа Statistica 5.5 (StatSoft Inc., 1999), Medstat [64], построение и анализ нейросетевых моделей – в пакете Statistica Neural Networks 4.0C (StatSoft Inc., 1999).

Основным критерием, по которому проводилась оценка параметров, было наличие рецидивов кровотечения.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ, в большинстве случаев определяются несколько однонаправленных неблагоприятных клинико-эндоскопических факторов, приводящих к РК, что, в значительной степени, усложняет их систематизацию. Основные параметры приведены в таблице.

При анализе первичных эндоскопических данных выявлено, что в желудке чаще рецидивировать кровотечения из язв, расположенных по передней стенке (35,0±3,8%), большой кривизне (34,8±9,9%) и в зоне «ахиллесовой пяты» желудка (35,1±3,3%). У больных с ЯБДК наиболее часто РК возник при локализации дефекта в латеральной стенке – 21,0±3,5%, в выходном отделе – 20,9±2,3% и при локализации дефектов в пограничной зоне – своеобразная «ахиллесова пята двенадцатиперстной кишки» – 21,6±2,5%.

Среди признаков ненадежного гемостаза у больных с хроническими язвами достоверно чаще ($p < 0,001$) РК возникают при наличии

Таблиця

Прогностическая значимость факторных признаков

Факторный признак	Статистически значимая зависимость
Возраст	Зависимость не выявлена ($p=0,79$ по критерию χ^2)
Длительность кровотечения	Статистически значимо при давности заболевания до 12 часов. ЯБЖ – $33,3\pm 3,2\%$ ($p=0,008$), ЯБДК – $24,4\pm 2,0\%$ ($p<0,001$). В обеих группах выявлен отрицательный тренд. После 72 часов – «вторая волна» РК.
Тяжесть кровопотери	При ЯБЖ зависимость не выявлена ($p=0,33$ по критерию χ^2); При ЯБДК – положительный тренд ($p<0,001$)
Размеры дефекта	При ЯБЖ – зависимость не выявлена ($p=0,09$ по критерию χ^2) При ЯБДК – статистически значимо при язвах 2,0 и более см ($p=0,02$ по критерию χ^2).
Глубина дефекта	Статистически значимо (ЯБЖ – $p=0,005$; ЯБДК – $p=0,002$ по критерию χ^2).
Продолжающееся кровотечение	Статистически значимо ($p<0,001$ по критерию χ^2) Интенсивность кровотечения принципиального значения не имела. Наиболее высокий процент РК отмечен у больных с ЯБЖ – $61,1\pm 8,1\%$ ($p<0,001$)
Стабильный гемостаз	Зависимость не выявлена ($p=0,96$ по критерию χ^2). РК возникают одинаково часто во всех нозологических формах

рыхлых сгустков и крупных сосудов в дне язвы. В желудке наиболее неблагоприятными являются рыхлые сгустки по сравнению с фиксированными темными ($p<0,001$), а в двенадцатиперстной кишке эта тенденция не выражена ($p=0,24$).

Проведенный анализ позволил выявить определенные клинические и эндоскопические факторы, негативно влияющие на развитие ранних РК у больных с ОГДК. Однако, как показал дальнейший анализ, для РК не характерна прямо пропорциональная зависимость от простого сочетания негативных факторных признаков. Более того, разный набор этих признаков давал при анализе разную степень риска рецидива кровотечения (РРК). Поэтому для выявления наиболее «неудачного» сочетания факторов, в наибольшей степени определяющих РРК, был использован «генетический алгоритм» отбора [2, 5]. Все прогностически значимые признаки определены с помощью однофакторного корреляционного анализа. Отобранные признаки были использованы для построения многофакторных моделей прогнозирования РРК. В качестве результирующего признака прогнозировалось развитие повторного кровотечения. В конечном итоге для каждой нозологической формы были определены значения коэффициента вероятности развития РК (Y_{crit}), который определяется с помощью разработанных компьютерных моделей прогнозирования РК.

Для удобства практического использования модели были реализованы в среде табличного процессора Microsoft Excel. **Базовые** прогностические модели построены на полном наборе отобранных факторных признаков (для больных ЯБДК – 27, для больных ЯБЖ – 26). Однако, поскольку не все признаки можно получить на начальных этапах, методом построения логистической регрессионной модели были выявлены наиболее значимые факторные признаки для создания **первичной** модели, позволяющей провести предварительную оценку РРК. При сравнении чувствительности и специфичности базовой и первичной моделей, построенных на полном и сокращенном наборе признаков, статистически значимых отличий не выявлено ($p > 0,8$, при сравнении по критерию χ^2 во всех случаях), что указывает на значимость отобранных переменных для прогнозирования риска развития повторного кровотечения. Интерфейс базовой модели (для примера у больных ЯБДК) на основании полного набора признаков представлен на рисунке. Создание двух моделей прогнозирования тактически вполне оправдано. Первичная модель позволяет уже на начальном этапе, при минимуме времени и обследований, получить первичный прогноз вероятности возникновения РК. Проведение эндоскопической профилактики рецидива кровотечения (ЭПРК) и медикаментозной терапии приводит к изменению эндоскопической картины, что требует

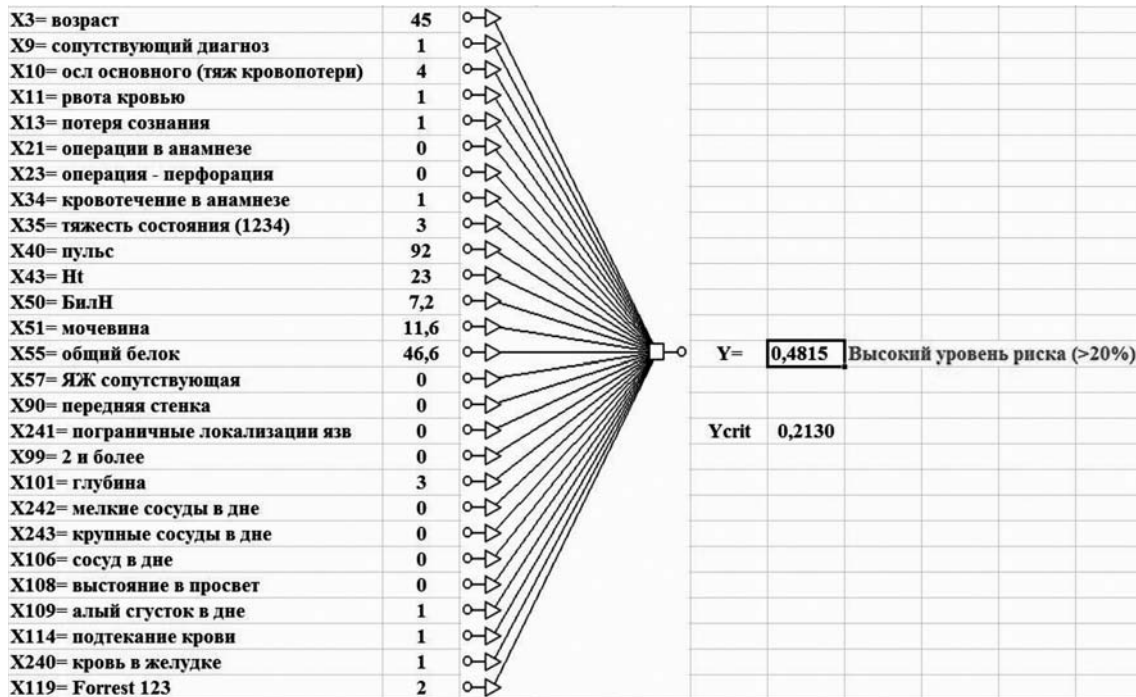


Рис. Интерфейс базовой модели прогнозирования РК на примере ЯБДК.

прогнозирования в динамике, на основе более полных данных. На этом этапе используется базовая модель.

Чувствительность (вероятность положительного результата диагностического теста при наличии болезни или доля пациентов с точно диагностированным заболеванием) базовой модели – 69,7% (ЯБДК) и 70,1% (ЯБЖ).

Учитывая жесткую статистическую оценку степени вероятности рецидива кровотечения (да – нет), для которой не существует определения «возможно, да» или «возможно, нет», вполне реальной является вероятность получения ложного прогноза, тем более что чувствительность модели, основанной на ограниченном наборе признаков несколько ниже чувствительности базовой модели. Для повышения чувствительности первичной и базовой моделей прогнозирования у больных с хронической язвенной болезнью разработаны пороговые интервалы различной вероятности развития рецидива кровотечения. Они определялись с помощью стандартной ROC-процедуры, выравнивающей долю ложноположительных и ложноотрицательных прогнозов. С учетом полученных данных, сформировано 3 группы больных с различной степенью риска рецидива кровотечения: группа больных с благоприятным прогнозом (РПК ≤ 10%), с угрозой развития РК (РПК ≤ 20%) и высоким риском РК (РПК > 20%).

Разработанные модели прогнозирования прошли апробирование в 2008-2009 годах. За этот период в клинике пролечено 545 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них ЯБЖ выявлена у 129 больных, ЯБДК – у 416 больных. По результатам первичного компьютерного прогнозирования РК должен был развиваться у 36 пациентов с ЯБЖ и 57 больных с ЯБДК. На практике оказалось, что РК отмечен у 22 больных с ЯБЖ и 35 больных с ЯБДК, что в процентном отношении было ниже номинальных значений чувствительности моделей. Высокая степень риска рецидива кровотечения, определенная в модели, привела к необходимости активизации лечебного процесса, что, в конечном итоге привела к снижению риска РК.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, разработанные модели явились солидным подспорьем для хирурга при выборе хирургической тактики. Доступное и быстрое определение РПК, возможность прогнозирования РК в процессе эндоскопического мониторинга, позволяет правильно оценить состояние гемостаза у больного, вовремя изменить подходы к лечению, улучшив, тем самым, результаты лечения больных.

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ

П.Г. Кондратенко, Є.С. Раденко

Реферат. Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування хворих на гостру виразкову гастродуоденальну кровотечу за період 1998-2007 р.р. Мета дослідження – виявлення параметрів, що сприяють розвитку рецидиву кровотечі. В базі даних було 4432 пацієнта. Оцінка виконувалась по 233 факторним ознакам. На підставі багатофакторного аналізу виділені найбільш інформативні параметри, що взяті за основу створення комп'ютерної моделі прогнозування рецидиву кровотечі по кожній нозологічній формі. Визначені 3 групи хворих з різним ступенем ризику рецидиву кровотечі.

Ключові слова: виразкова гастродуоденальна кровотеча, рецидив кровотечі, прогнозування повторної кровотечі.

OPPORTUNITIES OF FORECASTING OF RECURRENT GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

P.G. Kondratenko, E.E. Radenko

Abstract. The retrospective analysis of results of treatment of the patients with bleeding chronic ulcers was carried out. The patients have acted in clinic for the period 1998-2007. The purpose of research is to reveal attributes, which influence on development of a repeated bleeding. There were 4432 patients in database. 232 attributes of a database were estimated. The correlation analysis is carried out. The most important attributes were allocated, on that basis the computer model of forecasting of a relapse of a bleeding was constructed. There were 3 groups of the patients with a various degree of risk of a relapse of a bleeding determined.

Key words: bleeding chronic ulcer, recurrent bleeding, forecasting of recurrent bleeding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев С.Г. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / С.Г. Григорьев, В.К. Корытцев // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 20-22.
2. Казаков В.Н. Теоретические и практические аспекты автоматизированной информационной системы «Депрессии» / В.Н. Казаков, Ю.Е. Лях, И.И. Кутько, О.А. Панченко, А.М. Мануйлова, В.Г. Гурьянов / Серия «Очерки биологической и медицинской информатики». – Донецк: ДонГМУ. – 2001. – 160 с.
3. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала. Практическое руководство / Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. – Донецк. – 2006. – 420 с
4. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева) / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, Э.Н. Праздников. – Москва: «Медиа медика». – 2003. – С. 258-261.
5. Лях Ю.Е. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. – Донецк: Папакица Е.К. – 2006. – 214 с.
6. Панцырев Ю.М. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров, Е.А. Кузеев // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 21-25.
7. Скрыбин О.Н. Роль эндоскопии в определении показаний к оперативному лечению синдрома Меллори-Вейсса, кровоточащих острых гастродуоденальных язв / О.Н.Скрыбин, А.А. Коробченко, С.М. Лобач, И.Н. Мусинов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1997. – № 2. – С. 35-37.

ОГЛЯДИ

УДК 616.37-006.6

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕОПЕРАБЕЛЬНИЙ
РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.Є. Каніковський, Д.І. Гребенюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Реферат. Рак підшлункової залози посідає одне з перших місць в структурі летальності від злоякісної патології. Через відсутність патогномічних симптомів і пов'язану з цим складність ранньої діагностики, переважній більшості хворих проводиться лише симптоматичне лікування. У статті розглянуто найбільш поширені ускладнення раку підшлункової залози, проведено огляд сучасних методів їх хірургічної корекції.

Ключові слова: рак, підшлункова залоза, симптоматичне лікування, хірургічна корекція.

Рак підшлункової залози (РПЗ) посідає одне з перших місць в структурі летальності від злоякісної патології. Кожного року від РПЗ помирає близько 40 тис. хворих в європейських країнах, 30 тис. в США, 17 тис. в Японії, 5 тис. в Великій Британії та більше 4 тис. в Україні. Захворюваність на дану патологію складає 10-12 випадків на 100 тис. населення в країнах Європи та Північної Америки, 12,4-12,6 на 100 тис. в Японії, 9,1 на 100 тис. в Росії і 10,3 на 100 тис. в Україні (для чоловіків – 12,2 і для жінок – 8,6). Слід також звернути увагу на той факт, що захворюваність на РПЗ різко зростає в багатьох країнах по мірі того, як спосіб життя населення наближається до західного. Не дивлячись на те, що в останні десятиріччя медицина зробила значний крок вперед в розумінні молекулярних та генетичних механізмів розвитку, а також у створенні нових сучасних методів лікування онкологічних захворювань, проте загальна виживаємість серед всіх хворих на РПЗ не перевищує 4%. В зв'язку з цим, у веденні таких хворих далеко не останнє місце посідає паліативне лікування, яке дає можливість не лише певною мірою покращити якість життя пацієнтів, а й, по-можливості, дещо продовжити його тривалість. Не маючи патогномічних симптомів, РПЗ є складною патологією в плані діагностики. В залежності від локалізації процесу по відношенню до анатомічних ділянок підшлункової залози (ПЗ), прояви його можуть тривалий час не звертати на себе уваги. Крім того, слід враховувати і, так званий, феномен «міграції»

стадії захворювання, коли дані поглибленого патоморфологічного дослідження свідчать про значно більшу розповсюдженість процесу, ніж це визначалося за даними доопераційного обстеження. Цим пояснюються високі цифри (по різним даним більше 85%) пацієнтів, яким на момент встановлення діагнозу не можливо виконати радикальне оперативне втручання. Все вище зазначене, на думку провідних вчених, дає підстави розглядати РПЗ, як модель для вивчення нових підходів до паліативного лікування в онкології [1-5].

Враховуючи той факт, що в більшості випадків лікування хворих на РПЗ проводиться не в профільних закладах, а в стаціонарах хірургічного або терапевтичного профілю, знання клінічних проявів даного захворювання і методів їх корекції є важливим для будь-якого лікаря.

Серед усіх клінічних варіантів перебігу РПЗ, паліативні хірургічні втручання, як правило, виконуються лише при трьох найбільш важких ускладненнях захворювання:

- жовтяниці;
- дуоденальній непрохідності;
- нестерпних (некупіруємих) болях.

Механічна жовтяниця

Механічна жовтяниця (МЖ), як наслідок біліарного стазу є одним з найчастіших проявів РПЗ, з приводу якого хворі звертаються до медичних установ. При локалізації пухлини в головці ПЗ розвиток вказаного симптомокомплексу коливається від 68 до 87%; при локалізації в тілі та хвості – у 16-38% хворих [5].

Розвиток біліарного стазу пов'язується з механічним здавленням або проростанням пухлини в інтрапанкреатичну частину загальної жовчної протоки (ЗЖП). Не являючись раннім проявом захворювання, тобто таким, що відповідає ранній стадії РПЗ, розвиток МЖ непрямо вказує на близькість первинної пухлини до позапечінкових жовчних шляхів [6-9].

До ознак МЖ відносять: жовтяничність шкіри, склерта слизових оболонок, потемніння сечі («колір темного пива»), знебарвлений кал, а також свербіж, що часто передує жовтяниці і важко переноситься хворими, створюючи сильний дискомфорт.

Як правило, МЖ при РПЗ спонтанно не купірується і постійно наростає. Вважається, що у хворих на РПЗ, при здавленні пухлинною жовчної протоки, рівень білірубину в крові щоденно збільшується на 3, а при тотальній її обструкції – на 12-16 мкмоль/л щоденно [10]. При тривалій (більше 1 місяця) жовтяниці в 80% випадків розвивається виражена печінкова недостатність [11], яка є безпосередньою причиною смерті хворих. Ремітуючий характер жовтяниці відмічається дуже рідко і обумовлюється, скоріш за все, здавленням інтрапанкреатичної частини ЗЖП перифокальним набряком тканин, який в свою чергу може зменшуватися спонтанно або в результаті медикаментозного лікування.

Для пухлинного враження головки ПЗ в дожовтяничному та ранньому жовтяничному періоді нехарактерні нападоподібні інтенсивні болі, що супроводжують МЖ при жовчокам'яній хворобі або гострому панкреатиті. Хоча «безбольовою» жовтяницю пухлинного генезу називати також неможна, так як біль у більшості пацієнтів з РПЗ присутній задовго до жовтяниці, а з появою останньої лише набуває дещо більшої інтенсивності.

Симптом Courvoisier виявляється лише в 17-50%, що не відповідає дійсній частоті його наявності. До причин, що ускладнюють виявлення даної ознаки слід віднести: внутрішньопечінкове розташування жовчного міхура (ЖМ), гепатомегалія, склеротично змінений ЖМ внаслідок тривалого запального процесу.

У частини хворих на фоні біліарного стазу відбувається активація ендогенної інфекції з розвитком холангіту, що клінічно проявляється ремітуючою лихоманкою, ознобами, пітливістю, спрагою та сухістю в роті.

До клініко-лабораторних ознак механічної жовтяниці відносяться: гіпербілірубінемія переважно за рахунок фракції прямого (зв'язаного) білірубину, підвищення активності лужної фосфатази за рахунок печінкової фракції, підвищення рівня гаммаглутамілтранспептидази, аланінамінотрансферази і, в меншій мірі, аспартатамінотрансферази. Також відмічається зміна показників коагулограми в бік гіпокоагуляції.

До методів хірургічної корекції біліарного стазу відносяться [12]:

1. Черезшкірне черезпечінкове дренування жовчовивідної системи.

2. Ендоскопічне транспапільярне дренування жовчовивідної системи.

3. Хірургічне та ендохірургічне формування білідигестивних анастомозів.

Черезшкірне черезпечінкове дренування жовчовивідної системи – інтервенційно-радіологічна операція, що виконується в стаціонарі. Її слід виконувати в умовах адекватної аналгезії та керованої седації хворого. Існує дві методики виконання даної маніпуляції: «класична» або «двоглова», коли одна пункційна голка використовується для контрастування жовчних шляхів, а друга – для пунктування вибраної жовчної протоки, і «одноголова», коли для пункції і контрастування жовчного дерева використовують лише одну пункційну голку.

При виконанні черезшкірного черезпечінкового дренування жовчовивідної системи, перевагу слід надавати зовнішньому дренуванню, особливо в перші 7-10 діб біліарної декомпресії, що згодом (при необхідності) замінюється на внутрішнє дренування (так зване відстрочене внутрішнє дренування), шляхом проведення катетера в дванадцятипалу кишку. Виділення жовчі назовні дозволяє враховувати кількість жовчі (оцінювати жовчоутворюючу функцію печінки), судити по її прозорості і наявності домішок про запалення жовчних шляхів, регулювати тиск жовчі в протоках. Проводити одномоментне внутрішнє дренування небажано, так як в цьому випадку застійна та інфікована жовч безконтрольно поступає в дванадцятипалу кишку, що викликає синдром кишкової диспепсії і збільшує інтоксикацію. Відстрочене внутрішнє дренування дозволяє швидше нормалізувати клініко-біохімічні показники (протягом 3-4 тижнів), полегшити проведення корекції волемічного і метаболічного стану хворого, а також супроводжується меншим числом ускладнень і рівнем летальності. При проведенні як зовнішнього, так і внутрішнього дренування, можлива швидка декомпресія біліарного тракту, що супроводжується глибокими змінами внутрішньопечінкової гемодинаміки.

Всі ускладнення, пов'язані з черезшкірними черезпечінковими рентгеноендобіліарними втручаннями, умовно розділяють на дві групи: важкі ускладнення (ті, що призводять до значного погіршення стану хворого і потребують екстреного хірургічного втручання) – кровотеча, жовчотеча в черевну порожнину, сепсис;

менш важкі ускладнення – гемобілія, холангіт, порушення прохідності катетера (дислокація, перегин, оклюзія).

Зовнішньовнутрішнє розташування черезшкірної черезпечінкової холангіостоми дозволяє виконати балонну дилатацію жовчних шляхів, ендопротезування жовчних протоків, сформувані білідигестивний компресійний анастомоз, провести внутріпротокову променевою терапію.

Балонна дилатація ЗЖП частіше за все застосовується перед протезуванням протоку і, як самостійна маніпуляція, особливого лікувального значення не має.

Ендопротезування (встановлення стенту) виконується у випадку важких супутніх неонкологічних захворювань, які виключають хірургічне лікування. Для цього використовуються металеві і пластмасові стенти. При однаковому терміні функціонування, перевагами металевих стентів над пластмасовими є: змінний діаметр, що зменшує травмування печінки при проведенні стенту по холангіостомічному каналу; можливість додаткового збільшення просвіту стенту за допомогою балонного катетера; менша частота міграції та оклюзії металевих стентів. В той же час вартість пластмасового ендопротеза менша, ніж металевого.

Рентгенендоскопічний компресійний магнітний білідигестивний анастомоз оснований на імплантації через холангіостому у позапечінкові жовчні шляхи проксимальніше місця пухлинної обструкції та ендоскопічно перорально в дванадцятипалу кишку (шлунок, порожню кишку) дистальніше місця пухлинної обструкції магнітних елементів. До завершення утворення співустя (8-9 доба після імплантації) жовчовідведення здійснюється назовні по черезшкірній гепатикохолангіостомі.

Ендоскопічному транспілярному дренажу жовчовивідної системи передують ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Після цього може бути виконане назобілярне дренажування тонким катетером, ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з наступним назобілярним дренажуванням, ЕПСТ з ендопротезуванням позапечінкових жовчних протоків, ендопротезуванням позапечінкових жовчних протоків без ЕПСТ.

Хірургічне та ендохірургічне формування білідигестивних анастомозів має ряд переваг перед першими двома групами методів жовчовідведення. Тривалість функціонування таких анастомозів вища в порівнянні з будь-якими видами ендопротезів. Технічно грамотно сформований анастомоз

володіє арефлюксними властивостями, що забезпечує профілактику холангіту. Нарешті, повноцінний лапаротомний доступ дає більше можливостей для діагностики і оцінки розповсюдження пухлини головки ПЗ.

На даний час, для купірування МЖ пухлинного генезу найбільш часто застосовуються холецистоєюноанстомоз з міжкишковим співустям, холедоходуєноанстомоз, холедохоєюно- і гепатикоєюноанстомоз з міжкишковим співустям. Враховуючи, ризик розвитку пухлинного стенозу устя міхурового протоку (12-20%), часту необхідність додаткового формування обхідного гастроєюноанстомозу (близько 20%), особливості кровопостачання загального жовчного і загального печінкового протоків, найбільш доцільним є формування попередуючого гепатикоєюноанстомозу на виключеній за Roux петлі тонкої кишки.

Для повноцінного і тривалого функціонування білідигестивного анастомозу при його формуванні слід дотримуватися наступних правил (Лапкин К.В., 1995):

1. Атрауматичне розсічення стінок жовчних протоків і кишки.

2. Суворий підбір шовного матеріалу. На даний момент максимально всім вимогам відповідає максон (максимально гладка поверхня, незначна реакція тканин, розсмоктування з 60-ої доби, практично повна відсутність літогенних властивостей, вигідні маніпуляційні властивості такі, як менша жорсткість і більша міцність), в дещо меншій мірі – пролен.

3. Ретельне співставлення слизових оболонок і шарів зшиваємих органів.

4. Зовнішнє розташування вузлів шовного матеріалу.

5. Забезпечення герметичності білідигестивних анастомозів, збереження кровопостачання і виключення їх деформації.

6. Повне виключення натяжіння лінії шва як при накладанні безперервного, так і вузлових швів, а також ниток при їх зятягненні.

Больовий синдром

На момент встановлення діагнозу у 40-80% хворих на РПЗ наявний больовий синдром, який часто являється єдиною скаргою [13]. В ході захворювання від болю в животі страждають практично всі хворі, причому 44% пацієнтів відмічають високу інтенсивність болю [14]. Виникаючи спочатку, як відчуття розпирання в животі, больовий синдром поступово наростає, набуває ниючого характеру, локалізується в епігастрії, не маючи чітких меж, іррадіює в спину. Крім того, враховуючи синтопію підшлункової залози, біль

може набувати якостей, характерних для топографічно близьких до неї органів (біль в правому підреб'ї з іррадіацією в праву лопатку та надпліччя, характерні для враження печінки та ін.).

Етіопатогенез болю при РПЗ остаточно не з'ясований, проте у більшості пацієнтів з даною патологією, больовий синдром виникає як результат інфільтрації черевного та верхнього брижжового нервових сплетень, гілок блукаючих нервів, враження черевного та верхнього брижжового нервових гангліїв. Іррадіація болю в спину свідчить про значне місцеве розповсюдження пухлини, ретропанкреатичну пухлинну інвазію [15].

Серед усіх проявів РПЗ, больовий синдром найкраще піддається лікуванню. Проте біль є суб'єктивним відчуттям, що важко піддається об'єктивній оцінці, а, отже, при оцінці больового синдрому лікар повинен покладатися на скарги пацієнта, використовуючи при цьому спеціальні шкали такі, як п'ятизначна загальна шкала, словесна кількісна шкала, візуально-аналогова шкала та ін. [16-17].

Як альтернативою, так і доповненням до медикаментозної терапії може бути нейролітична блокада черевного сплетення. Суть даної маніпуляції полягає у введенні фенолу або етанолу шляхом черезшкірної ін'єкції у черевне сплетення – основний шлях передачі імпульсів ноціцептивної чутливості з верхнього поверху черевної порожнини до центральної нервової системи. Знеболюючий ефект триває від 3 до 6 місяців, після чого відмічаються часті рецидиви больового синдрому сильної інтенсивності. Серед ускладнень даної процедури слід виділити ортостатичну гіпотензію (виникає у 1-3% пацієнтів, триває до 5 днів), діарею (у 38% пацієнтів), гангрену кишківника, пневмоторакс, параплегію, кровотечу з черевного відділу аорти.

На відміну від нейролітичної блокади черевного сплетення, торакальна спланхнкетомія не може розглядатися, як стандартне лікування больового синдрому при РПЗ. Після виконання торакальної спланхнкетомії зниження інтенсивності больового синдрому відмічається у 50% пацієнтів, а тривалість збереження ефекту складає близько 4 місяців [18].

Гастро- і дуоденостаз

Стеноз шлунку або дванадцятипалої кишки (ДПК) є одним із найбільш частих і найбільш важких ускладнень у хворих на РПЗ. На момент постановки діагнозу, лише у 7-50% хворих має місце гастродуоденальна непрохідність, що обумовлена ростом пухлини, причому 30-50% із них потребують ендоскопічного

чи хірургічного втручання [19]. Необхідно диференціювати моторну дисфункцію шлунку чи ДПК, обумовлену інфільтрацією черевного сплетення, яка потребує фармакологічного лікування, з механічною непрохідністю, внаслідок компресії чи інвазії пухлини.

Лікування слід розпочинати з назогастральної або назоінтестинальної інкубації, що можуть зменшувати неприємні відчуття в животі і полегшують загальний стан.

Традиційно, паліативне лікування гастро- або дуоденостазу, викликаного компресією чи інвазією пухлини, потребує формування обхідного гастроєюноанастомозу з лапаротомного доступу. Його формування разом з біліодигестивним анастомозом не збільшує ризику первинного хірургічного втручання. Якщо анастомози формуються окремо на момент розвитку у хворого симптомів гастродуоденального стенозу, кількість післяопераційних ускладнень вторинного оперативного втручання значно вища і знаходиться в межах 22% [20, 21]. При одночасному формуванні біліодигестивного анастомозу та профілактичного гастроєюноанастомозу, в подальшому стеноз виникає лише у 5,5% випадків, в той час як у 41,4% хворих без подвійного анастомозу дане ускладнення мало місце [22-24].

Лапароскопічне формування обхідного гастроєюноанастомозу та ендоскопічне встановлення саморозширюючого дуоденального стенту є менш інвазивними альтернативами стандартному лікуванню. На даний момент немає рандомізованих досліджень, які б підтвердили переваги даних методів лікування. Крім того, остаточно визначитися з відповіддю на питання про резектабельність пухлини можна лише після ретельної ревізії черевної порожнини, чого не можливо добитися при лапароскопічному оперативному втручанні. Дуоденальне стентування є новою, а тому ще мало дослідженою методикою. Проте, враховуючи той факт, що вся маніпуляція займає 30-60 хвилин і є малоінвазивною, її слід рекомендувати як альтернативу у значно ослаблених хворих [25].

МЕТОДИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Е. Каниковский, Д.И. Гребенюк

Реферат. Рак поджелудочной железы занимает одно из первых мест в структуре летальности от злокачественной патологии. Из-за отсутствия патогномических симптомов и связанную с этим сложность ранней диагностики, преимущественному большинству больных проводится исключительно

симптоматическое лечение. В статье рассмотрено наиболее распространённые осложнения рака поджелудочной железы, проведен обзор современных методов их хирургической коррекции.

Ключевые слова: рак, поджелудочная железа, симптоматическое лечение, хирургическая коррекция.

THE METHODS OF SURGICAL CORRECTION IN PATIENTS WITH INOPERATING PANCREATIS CANCER

O.E. Kanikovskiy, D.I. Grebenyuk

Abstract. Pancreatic cancer is one of the leading cause of cancer death. The main part of patients undergoes only symptomatic treatment due to absence of pathognomonic symptoms and difficult early diagnostics. The article is devoted to most common complications of pancreatic cancer, the modern methods of their treatment are reviewed.

Key words: cancer, pancreas, symptomatic treatment, surgical correction.

ЛІТЕРАТУРА

- Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T. et al. Cancer Statistics 2001 // *CA Cancer J Clin.* – 2001. – № 51. – С. 15-36.
- Ries L.A.G., Eisner M.P., Kosary C.A.L. et al. // *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997.* – Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2002. – 230 p.
- Beger H.G., Rau B., Gansauge F. et al. Treatment of pancreatic cancer: challenge of the facts // *World J Surg.* – 2003. – № 27. – С. 1075-1084.
- Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л., та співавт. Рак в Україні, 2002-2003. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // *Бюл. Національного канцер-реєстру України.* – 2004. – № 5. – 90 с.
- Артемьева Н.Н., Игнашов А.М., Коханенко М.Ю. и соавт. Результаты хирургического и комплексного лечения рака поджелудочной железы // *Анн. хирургической гепатологии.* – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 34-39.
- Шелагуров А.А. Болезни поджелудочной железы // *В главе IX: Опухоли поджелудочной железы.* – М.: Медицина, 1970. – 260 с.
- Yeo Cj. Pancreatic cancer: 1998 update // *J Am Coll Surg.* – 1998. – № 187. – С. 429-442.
- Tan H.P., Smith J., Garberoglio C.A. Pancreatic adenocarcinoma: an update // *J Am Coll Surg.* – 1997. – № 183. – С. 164-184.
- Abracham N.S., Barkun J.S., Barkun A.N. Palliation of malignant biliary obstruction: a prospective trial examining impact on quality of life // *Gastrointest Endosc.* – 2002. – № 56. – P. 835-841.
- Гарин А., Базин И. Рак поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1999. – 180 с.
- Коханенко Н. Клиника, диагностика, хирургическое и комплексное лечение рака поджелудочной железы: Автореф. дис. д.м.н. – СПб, 2001. – 44 с.
- Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – С. 149-177.
- Kuhlmann K.F. et al. Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma; actual survival and prognostic factors in 343 patients // *Eur J Cancer.* – 2004. – № 40. – P. 549-558.
- Brescia F.J., Portenoy R.K., Ryan M. et al. Pain, opioid use, and survival in hospitalized patients with advanced cancer // *J Clin Oncol.* – 1992. – № 10. – P. 149-155.
- Caraceni A., Portenoy R.K. Pain management in patients with pancreatic carcinoma // *Cancer.* – 1996. – № 78. – P. 639-653.
- Levin D.N., Cleeland C.S., Dar R. Public attitudes toward cancer pain // *Cancer.* – 1985. – № 56. – P. 2337-2339.
- Morrison L.J., Morrison R.S. Palliative Care and Pain Management // *Med Clin North Am.* – 2006. – № 90. – P. 983-1004.
- Ihse I., Zoucas E., Gyllstedt E. et al. Bilateral thoracoscopic splanchnicectomy: effects on pancreatic pain and function // *Ann Surg.* – 1999. – № 230. – P. 785-790.
- Lillemo K.D. Palliative therapy for pancreatic cancer // *Surg Oncol Clin N Am.* – 1998. – № 7. – P. 199-216.
- Sarr M.G., Cameron J.L. Surgical palliation of unresectable carcinoma of the pancreas // *World J Surg.* – 1984. – № 8. – P. 906-918.
- Watanapa P., Williamson R.C. Surgical palliation of pancreatic cancer: developments during the past two decades // *Br J Surg.* – 1992. – № 79. – P. 8-20.
- Van Heek N.T. et al. The need for a prophylactic gastrojejunostomy for unresectable periampullary cancer: a prospective randomized multicenter trial with special focus on quality of life // *Ann Surg.* – 2003. – № 238. – P. 894-902.
- Heinicke J.M., Buchler M.W., Laffer U.T. Bilio-digestive double bypass for nonresectable pancreatic cancer // *Dig Surg.* – 2002. – № 19. – P. 165-167.
- Wagner M. et al. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma // *Br J Surg.* – № 91. – P. 586-594.
- Holt A.P., Patel M., Ahmed M.M. Palliation of patients with malignant gastroduodenal obstruction with self-expanding metallic stents: the treatment of choice? // *Gastrointest Endosc.* – 2004. – № 60. – P. 1010-1017.

ЮВІЛЕЇ

УДК 614.211:617(09)

75 ЛЕТ КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА К.Т. ОВНАТАНЯНА

*Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Г. Высоцкий, А.М. Дудин,
С.В. Межаков, Ф.А. Греджев, А.Е. Кузьменко*

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького



В развитии кафедры хирургии им. К.Т. Овнатаняна можно выделить 2 периода – исторический и современный. Кафедра по-разному называлась в разные годы: и кафедра хирургии лечебного факультета № 1, и кафедра факультетской хирургии, и кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна, но суть от этого не менялась, ибо этот коллектив был всегда прежде всего ориентирован на лечение острой хирургической патологии, её профилактику и профилактику осложнений.

Исторический период кафедры факультетской хирургии Сталинского медицинского института им. М.Горького начинается в 1934 году. Её организатором и первым руководителем был ученик выдающегося С.И. Спасокукоцкого профессор Владимир Матвеевич Богославский. Позже ему было поручено организовать кафедру госпитальной хирургии, в которой он работал до марта 1953 года.

С 1934 по 1941 гг. кафедру возглавлял профессор Николай Иосифович Романцев.

С 1944 г. до сентября 1952 года кафедрой успешно руководил ректор Сталинского медицинского института профессор Леонид Николаевич Кузьменко. В связи с переводом его на работу в г. Львов, в сентябре 1952 года, ректором медицинского института и руководи-

телем кафедры факультетской хирургии был назначен ученик Михаила Александровича Кимбаровского – профессор Андрей Михайлович Ганичкин.

В 1953 г. заведующим кафедрой факультетской хирургии был избран профессор К.Т. Овнатанян. С первых дней работы определились его замечательные качества врача-хирурга, педагога-воспитателя и организаторский талант ученого. Особое значение Каро Томасович придавал лечебной работе. Отлично владеющий искусством руководителя, хирурга и учёного, он особенно любил и успешно развивал хирургию желчных путей, почек, селезёнки, диафрагмы, а позже – торакальную хирургию.

Каро Томасович постоянно, вместе с коллективом кафедры и клиники, непрерывно совершенствовал хирургическую технику выполняемых операций и овладевал новыми разделами хирургии в соответствии с современными требованиями практической и научной медицины. Непокколебимым в его научно-практической деятельности был принцип «от эксперимента – к клинике». На протяжении многих лет прочно вошли в жизнь коллектива «понедельники», предназначенные для работы в виварии. Там, шаг за шагом, изучалась наиболее актуальная и сложная проблема современной медицины – сердечно-сосудистая и легочная хирургия – от операции Фиески до трансвентрикулярной комиссуротомии и резекции лёгкого, различные варианты оперативных пособий на диафрагме, органах средостения, ставших затем повседневными оперативными вмешательствами в хирургической деятельности клиники.

Каро Томасович умело создавал коллектив сотрудников клиники, делая ставку на перспективных хирургов. В клинику пришли его ученики, будущие профессора В.С. Карпенко, Л.Г. Завгородний, Р.И. Новикова, В.В. Сулов, А.М. Гранов, П.С. Серняк, А.Ф. Греджев, И.В. Мухин и др. Вместе с ними и доцентами

Ф.И. Осиповым, П.П. Раевским, В.М. Кравцом и Н.К. Поповым, Каро Томасович создал дружный и работоспособный коллектив.

Разрабатывая новые разделы хирургии, Каро Томасович требовал от диссертантов учиться и перенимать опыт лучших коллективов и ведущих центров медицинской науки Киева, Москвы, Санкт-Петербурга и др. регионов.

В клинике, впервые в СССР, успешно выполнено хирургическое вмешательство – удаление тромба из лёгочной артерии, а также операция по поводу ущемлённой диафрагмальной грыжи у новорожденной девочки, спустя 14 часов после её рождения.

Особенно ценным было постоянное стремление Каро Томасовича внедрять в практику здравоохранения каждый, вновь завоёванный раздел хирургии, путём обучения врачей и повседневного участия ведущих сотрудников кафедры в хирургической работе городских и районных больниц области. Одним из его крылатых выражений было: «...Мне представляется куда более важным рост всего коллектива клиники хотя бы на один сантиметр в день, чем «флюсообразный» рост отдельного сотрудника на целый метр...». Это была глубокая философия житейски умудрённого руководителя.

Именно таким путём, тогда, в условиях отсутствия компьютерной томографии, ПЭТ, МРТ и других диагностических методов, была внедрена в повседневную практику контрастная холангиография на операционном столе, верхняя и нижняя каваграфия, лимфография и др.

В урологической практике им были предложены и внедрены «Надлобковый дугообразный внебрюшинный разрез при камнях тазового отдела мочеточника», «Одномоментное удаление аденомы простаты с глухим швом мочевого пузыря» и т.д.

Наряду с этим, Каро Томасович, в содружестве с сотрудниками кафедры, разработал ряд изобретений и рационализаторских предложений: «ложку-зажим» для удаления папиллярных опухолей мочевого пузыря, Т-образные клеммы для фиксации почки в операционной ране; наконечник-аспиратор для операции на желчных путях; стернорасширитель; сердечный шпатель; клеммы для холецистэктомии; клеммы для спленэктомии; кардиодиллятор; диллятор Фатерова сосочка; пневмостернотом и др.

Каро Томасович Овнатанян понимал значение «местного обезболивания», но тем не менее считал, что культ новокаиновой анестезии по А.В. Вишневскому тормозил развитие большой хирургии в СССР. Он всячески

способствовал тому, чтобы быстрее внедрить в повседневную практику современные виды общего обезболивания, в которых видел залог бурного развития как брюшной, так и грудной хирургии.

В 1967 году в Донецке по инициативе К.Т. Овнатаняна состоялся Первый пленум правления анестезиологов Украины и Первый съезд анестезиологов Донбасса.

В 1968 г. на базе кафедры факультетской хирургии был организован курс анестезиологии и реаниматологии. Было создано, одно из первых в стране, общество анестезиологов и реаниматологов, первым председателем которого стал проф. К.Т. Овнатанян.

Благодаря внедрению современного обезболивания в клинику, с 1958 года быстро и успешно стали развиваться урология (П.С. Серняк), лёгочная хирургия (В.М. Кравец), хирургия диафрагмы (Л.Г. Завгородний), хирургия сердца и крупных сосудов (В.С. Карпенко).

Научная мировая общественность неоднократно была свидетелем высоких достижений клиники. Доклады Каро Томасовича на тему: «Хирургическая патология диафрагмы», сделанные на международных конгрессах в Риме и Вене на немецком языке, которым он владел в совершенстве, были встречены овациями делегатов. Выступления на различных форумах Москвы, Санкт-Петербурга, Киева и многих других городов были вполне обычным делом.

Перу Каро Томасовича принадлежат 310 печатных работ. Им подготовлены и выпущены в свет 6 монографий, из которых монография «Аскаридоз печени и желчных путей» удостоена Всесоюзной премии им. академика С.И. Спасокукоцкого за 1952 г. За время заведования кафедрой в Донецком мединституте, под научным руководством Каро Томасовича сотрудниками клиники выполнено 30 кандидатских и 9 докторских диссертаций.

Со смертью Каро Томасовича огромная клиника, включавшая 240 коек, распалась. Среди прочих не осуществилась и его мечта о создании института грудной хирургии.

Но память этого замечательного человека была увековечена. Решением Совета министров и Президиума Верховного Совета Украинской республики клинике было присвоено имя Заслуженного деятеля науки и техники Украины профессора К.Т. Овнатаняна, а также названа улица его именем в г. Донецке.

Приемником Каро Томасовича на посту заведующего кафедрой факультетской хирургии стал Заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор А.Ф.Греджев, кото-

рый продолжил традиции клиники в развитии гепатологии и других разделов хирургии (реконструктивные и восстановительные операции на желчных протоках, желудке и кишечнике, совершенствование лечебной помощи при тяжелой травме груди, опухолях и кистах средостения).

С 1991 по 1994 годы клинику возглавлял член-корреспондент АМН Украины профессор Владимир Николаевич Вечерко, а с 1995 по 2002 г.г. – Заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор Александр Григорьевич Гринцов, которые всячески способствовали дальнейшему развитию лечебной, педагогической и научной работы клиники. В настоящем клиникой руководит доктор медицинских наук профессор Я.Г. Колкин.

Приходят и уходят люди, меняются обстоятельства и условия деятельности, но остаются традиции, которые коллектив клиники стремится не только сохранить, но развивать дальше.

Учебно-методическая работа

Сегодня кафедра располагает квалифицированными кадрами для обучения хирургии студентов IV курса всех факультетов ДонНМУ им. М. Горького и интернов факультета последипломного обучения по курсу торакальной хирургии. Клиника хорошо компьютеризирована и имеет возможность выхода в Интернет – пространство.

Ежегодно через кафедру проходит более 500 студентов и врачей. Обучение включает пакет обязательных теоретических знаний и практических навыков согласно программы МЗ Украины.

В настоящее время кафедра включена в процесс перестройки высшего медицинского образования в связи с вхождением Украины в Европейское образовательное пространство, предусмотренное Болонской конвенцией.

В сфере *научной деятельности*, за последние 5 лет сотрудниками клиники защищено 7 диссертаций, опубликованы 5 монографий, 530 работ в отечественных и зарубежных журналах, разработаны и внедрены в практику 28 изобретений. Результаты проведенных исследований доложены на различных съездах и конференциях как в Украине, так и за ее пределами, в частности, в Москве, Санкт-Петербурге, Праге, Варшаве, Фрайбурге, Цюрихе, Берлине, Вене, Осло, Стокгольме, Риме, Гонконге, Дели, Дублине, Кимамото и др.

Лечебная работа

В настоящее время в состав клиники входят 3 отделения: абдоминальное и 2 торакальных (всего около 140 коек). Клиника располагает 7 операционными, из которых 2 предназначены

для видеоабдоминальных, а одна – для видеоторакальных вмешательств.

Экстренная хирургия абдоминального отделения отражает всю палитру срочных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, включая абдоминальную травму.

Плановая хирургия – это хирургия желудка, кишечника, гепатобилиарной зоны, поджелудочной железы, которые включают различные по объему и характеру вмешательства – от простых до самых сложных, таких как гастрэктомия, панкреатодуоденальная резекция, резекция печени и др.

С каждым годом здесь увеличивается количество малоинвазивных вмешательств, растет их удельный вес в хирургии органов брюшной полости (37,5%). Управлением здравоохранения абдоминальное отделение регламентировано базой областного гепатологического центра.

Лечебная работа службы торакальной хирургии складывается из экстренной и плановой операционной деятельности, причём экстренная помощь пациентам Донецка и области осуществляется круглосуточно, а также по линии санитарной авиации.

Согласно приказа Областного управления здравоохранения, торакальная служба исполняет функции двух областных центров – тяжёлой травмы груди и центра хирургической пульмонологии, фактически являясь межобластным подразделением.

Одним из крупных контингентов больных, который проходит через клинику (более 300-350 в год) – это лица с тяжёлой травмой груди.

Онкопатология – значительная по численности группа пациентов с новообразованиями легких и средостения (около 400-450 больных в год), 300-350 операций, среди которых не единичны случаи расширенных хирургических вмешательств – с резекцией магистральных сосудов или прилежащих органов.

Следует отметить увеличение удельного веса органосохраняющих операций при внутригрудном зобе, буллезной эмфиземе, опухолях и посттравматических стенозах трахеобронхиального дерева, а также рост реконструктивно-пластических операций, в связи с тяжелыми осложненными формами хирургической патологии диафрагмы.

Наконец, на протяжении последних лет в повседневную работу клиники всё больше внедряется видеоторакальная хирургия. В Украине эти операции мы начали первыми. За последние 5 лет сотрудниками клиники выполнено более 500 видеоторакальных вмешательств с нулевой летальностью.

Бесспорно, что сегодня в лечебной работе существует масса нерешённых проблем и трудностей, которые, конечно, есть и у нас. Вместе с тем, оказалась успешной практическая реализация ряда таких инновационных проектов, как временная окклюзия свищесущего бронха при острой деструкции лёгких, панельная фиксация отломков костного каркаса груди при тяжёлой закрытой травме, разработанная в клинике методика реконструкции пищеводного отверстия диафрагмы, при осложнённых желудочных пролапсах в средостение, ГРВ-биоэлектрография и др., которые получили признание в Украине и за её пределами.

Совершенно очевидно, что достигнутые кафедрой успехи были бы невозможны без щедрой, всесторонней поддержки ректората и, прежде всего, ректора университета – Героя Украины, Заслуженного деятеля науки и техники, Академика Украины Валерия Николаевича Казакова, который всегда способствовал созданию научно-технической базы и высокого творческого потенциала кафедры.

Хочется отметить и огромный вклад в оснащении базовых отделений клиники админи-

страции ДОКТМО во главе с Генеральным директором, Народным депутатом Украины, доктором медицинских наук Татьяной Дмитриевной Бахтеевой, чью помощь и поддержку мы постоянно ощущаем.

Ежегодно через клинику проходят более 3000 пациентов, производится более 2500 оперативных вмешательств. Летальность среди абдоминальной группы больных не превышает 0,9-1,2%, среди торакальных – 1,2-1,3%. И это – хорошие показатели, к которым клиника, конечно, пришла не сразу.

С каждым годом увеличивается плановая госпитализация пациентов из других областей Украины и стран СНГ. По экстренным показаниям были госпитализированы больные из России, Испании, Чехии, США, Ближнего Востока и других стран.

Какими же будут дальнейшие этапы развития клиники? По крайней мере, каждый виток истории развития кафедры свидетельствует о ее динамичности, творческой насыщенности, результативности. Поэтому свое 75-летие коллектив встречает с оптимизмом и надеждой на будущее.

Редакция «Украинского Журнала Хирургии» поздравляет коллектив кафедры и клиники хирургии им. проф. К.Т. Овнатяна со знаменательной датой. Желаем выдающихся профессиональных достижений и творческого долголетия. Пусть божественная искра никогда не угасает в Ваших сердцах, даря людям счастье исцеления!

ДО УВАГИ АВТОРІВ

Шановні колеги!

До опублікування в “Українському Журналі Хірургії” приймаються статті українською, російською або англійською мовами.

У всіх оригінальних дослідженнях необхідно виділити такі розділи:

Вступ,

Мета роботи,

Матеріал та методи,

Результати та обговорення,

Висновки або Заключення.

Інші статті (клінічні спостереження, лекції, огляди, статті з історії медицини тощо) можуть оформлятися інакше.

Якщо стаття містить опис експериментів над людьми, зазначте, чи відповідала методика їхнього проведення Гельсінській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року. Повідомте, чи методи знеболення та позбавлення життя тварин, якщо таке мало місце у ваших дослідженнях, узгоджуються з “Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин”, затвердженими наказом МОЗ України.

Окрім тексту статті, **автори обов’язково подають:**

– список процитованої літератури (**Література**), який оформляють з урахуванням вимог ГОСТ 7.1-84; список літератури складають за алфавітом або за посиланням у тексті: спочатку праці українською та російською мовами (кирилицею), а потім іншими іноземними мовами (латиницею);

– **три реферати** (українською, російською та англійською мовами) з повним заголовком статті, прізвищами та ініціалами авторів; **реферати повинні мати ту ж структуру, що й стаття, і містити такі ж розділи**; в кінці кожного реферату наводяться 3-7 ключових слів; обсяг реферату – до 300 слів;

– відомості про авторів (поштова адреса, контактний телефон, e-mail).

Увага! У назві статті та в рефераті не можна використовувати скорочення (аббревіатури). Усі буквені позначення та аббревіатури повинні бути роз’яснені лише в тексті статті. Перед першим використанням скорочення обов’язково вказується повний термін замість якого вводиться скорочення.

Текст роботи повинен бути набраний в текстовому редакторі Microsoft Word (95-2003).

Форматування:

аркуш – 210×297 мм (формат А4), орієнтація книжкова,

поля з усіх боків по 20 мм;

шрифт – гарнітура «Times New Roman», 14 пт;

інтервал між рядками – півтора.

У заголовку роботи необхідно навести наступні дані: шифр УДК, нижче – назву роботи, нижче – ініціали та прізвища авторів, нижче – найменування установи, де виконана робота.

Рукописи друкуються в двох примірниках, на одній сторінці аркушів білого паперу формату А4. *Стаття надсилається з офіційним направленням від закладу, в якому виконана робота, та з актом експертизи. Підпис керівника повинен бути затверджений печаткою установи.*

Авторський оригінал подається обов’язково у двох формах – роздрукований на папері та на дискеті 3,5» чи CD (DVD) R/RW диску. Електронна та друкована версії мають бути аналогічними. Графічні об’єкти слід зберігати в форматі «TIF» з розрешенням 300 пікселів на дюйм у 256 градаціях сірого для фотографій та 600 пікселів на дюйм для рисунків (2 кольори).

Рисунки /таблиці/ нумерують послідовно у прядку їх першого згадування в тексті – (рис. 1.) /таб. 1./). Якщо рисунок /таблиця/ один, то його не нумерують та в тексті роблять посилання – (див. рис.) / (див. таб.)/).

Посилання на літературні джерела необхідно подавати у тексті з номерами в квадратних дужках відповідно до списку цитованої літератури.

Наукові праці, оформлені без урахування значених вимог до друку не приймаються та авторам не повертаються.

До статті можуть бути внесені редакційні правки без погодження з автором (авторами).

Наукові праці, оформлені з урахуванням значених вимог, надсилаються

на поштову адресу:

a/c 2236, м. Донецьк, 83047;

або на електронну адресу:

ujs@dsmu.edu.ua

Редакція листується виключно через електронну пошту