

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М.І.ПИРОГОВА REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Заснований: 17 жовтня 1994 року
Засновники: Вінницький державний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Переєстрований: 18 вересня 2003
Засновник: Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Founded: October 17, 1994
Founder: Vinnytsia State N.I.Pyrogov Memorial Medical University
Refounded: September, 2003
Founder: Vinnytsia National N.I.Pyrogov Memorial Medical University

Головний редактор

Мороз В.М.

Перший заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

Технічний секретар

Лісовий М.І.

Редакційна колегія

Григоренко П.П.
Гунас І.В.
Палій Г.К.
Погорілий В.В.
Процек О.Г.
Пшук Н.Г.
Серкова В.К.
Степанюк Г.І.
Хаїмзон І.І.
Шувалов С.М.

Редакційна рада

Булат Л.М., Гайструк А.Н., Годлевський А.І., Денисюк В.І., Дудник В.М., Кириленко В.А., Кіщук В.В., Кукуруза Ю.П., Мазорчук Б.Ф., Маленький В.П., Мороз Л.В., Мостовий Ю.М., Пухлик Б.М., Пушкар М.С., Салдан І.Р., Сергета І.В., Чорнобровий В.М., Фіщенко В.О., Яковлева О.О.

Editor-in-Chief

Moroz V.M.

First Editor Assistant

Petrushenko V.V.

Editor Assistant

Guminsky Yu.I.

Secretary-in-Chief

Klimas L.A.

Technical secretary

Lisovyi M.I.

Editorial Board

Grygorenko P.P.
Gunas I.V.
Paliy G.K.
Pogorilyi V.V.
Protsek O.G.
Pshuk N.G.
Serkova V.K.
Stepanyuk G.I.
Khaimzon I.I.
Shuvalov S.M.

Editorial Council

Bulat L.M., Chornobrovyy V.M., Denisyuk V.I., Dudnyk V.M., Fishchenko V.O., Gaystruk A.N., Godlevs'kiy A.I., Kischuk V.V., Kukurusa Yu.P., Kyrylenko V.A., Malenky V.P., Mazortchuk B.F., Moroz L.V., Mostovy Yu.M., Pukhlyk B.M., Pushkar M.S., Saldan I.P., Serheta I.V., Yakovleva O.O.

Журнал видрукований в типографії
Вінницького національного медичного
університету ім.М.І.Пирогова

Періодичність видання 2 рази на рік

Адреса редакції
21018, Україна, м.Вінниця,
вул. Пирогова, 56
Тел.: (043-2) 43-94-11
Факс.: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

Printed by printing-house of the
Vinnytsia National Pyrogov
Memorial Medical University

Appears twice a year

Address
Pyrogov Str. 56,
Ukraine - 21018, Vinnytsia,
Tel.: (043-2) 43-94-11
Fax: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Антипина О.Ю.

УДК: 616-092:616.71-018.46-002.616.728.2:616-053.31

ПАТОГЕНЕЗ ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Антипина О.Ю.**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018);
*Винницкая областная детская клиническая больница (ул. Хмельницкое шоссе, 108, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. Анализ исследований экспериментального остеомиелита костей тазобедренного сустава у 82 крольчат и острого гематогенного остеомиелита у 195 новорожденных показал, что развитие кокситов, разрушение тазобедренных суставов обусловлены распространением воспалительного процесса из шейки бедренной кости и тела подвздошной кости. Этому способствует нарушение кровоснабжения головки бедренной кости, наиболее выраженному при переломах шейки, эпифизиолизе головки под действием контрактуры мышц. Степень повреждения сустава имеет различную выраженность: от реактивного коксита, который часто осложняется дистензионным вывихом, до полного разрушения сустава. Тяжесть течения и инвалидизирующих последствий заболевания в значительной степени зависит от своевременности и адекватности оперативного вмешательства на околосуставном очаге остеомиелита.

Ключевые слова: острый остеомиелит, коксит, патогенез, новорожденные.

Введение

Острый гематогенный остеомиелит у новорождённых наиболее часто поражает кости, образующие тазобедренный сустав, и характеризуется особой тяжестью септических форм, трудностями диагностики и лечения. Наличие коксита с развитием дистензионного и деструктивного вывиха бедра обуславливает высокую летальность и частоту инвалидизирующих последствий [Венгеровский, 1964; Державин, 1965; Гайко, 1984; Акжигитов, Юдин, 1998; Якименко, 2004; Кулик, 2009]. Практически постоянное поражение суставов при остеомиелите у детей раннего возраста, трудности установления первичного очага воспаления при разрушении эпифиза и метафиза обусловили мнение о первичности поражения эпифиза и выделение особой формы ОГО у маленьких детей - "эпифизарного остеомиелита". Концепция о первичности остеомиелитического очага в эпифизе широко распространена среди отечественных хирургов и воспринимается ими как обоснование первоочередного вмешательства на суставе. Околосуставные очаги остеомиелита нередко остаются без своевременного и необходимого лечения [Кулик, 2009]. Научные исследования возрастных особенностей кровоснабжения проксимального отдела бедра [Wilensky, 1934; Trueta, 1959], объясняющие быстрый переход воспалительного процесса с шейки на головку бедра по сосудистым коллатералям, не получили надлежащего внимания. И хотя в последние годы детские хирурги трактуют остеомиелит как "метаэпифизарный", при лечении отдается предпочтение пункционному вмешательству на суставе. Такая тактика оправдывает себя при септических кокситах, наблюдаемых весьма редко - в 1,2-13,7% всех кокситов детей раннего возраста [Акжигитов, Юдин, 1998; Абаев и др., 2008].

Целью исследования было изучение особенностей патогенеза остеомиелитического коксита у новорождённых.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач нами проведены экспериментальные исследования на 154 крольчатах 4-10 недельного возраста. От моделей В.М.Держанова [1937], Ю.Стецулы с соав. [1966], В.В.Григоровского [1977] пришлось отказаться из-за низкой эффективности. Наиболее высокая частота выхода модели наблюдалась при методике С.Н.Праведникова [1962]; и Y.Sugiyma [1970]. Остеомиелит проксимального отдела бедра возник у 45 крольчат, подвздошной кости - у 27, что подтверждено данными клинического, рентгенологического, секционного, гистологического исследований. Полученные данные позволяли выявить следующие особенности: скорость и интенсивность перехода воспалительного процесса на сустав определяется близостью активного остеомиелитического очага от сустава; интенсивность деструктивных изменений в шейке и головке бедренной кости зависит от нарушения их кровоснабжения, особенно выраженных при патологическом переломе шейки и эпифизиолизе головки, возникающих в результате мышечной контрактуры. Являясь инфицированным инородным телом, такая головка поддерживает воспалительный процесс и образование гнойного экссудата в суставе, обуславливает его деструкцию. В опытах мы наблюдали все виды осложнений остеомиелита проксимального отдела бедра и подвздошной кости: параоссальную флегмону, реактивный и гнойный кокситы, патологический дистензионный и деструктивный вывихи, переломы шейки, эпифизиолиз головки бед-



Рис. 1. Остеомиелит проксимального отдела и шейки правого бедра. 20-й день эксперимента.



Рис. 3. Лизис головки бедренной кости, множественны очаги деструкции проксимального отдела бедра.



Рис. 2. Деструкция проксимального отдела бедра. Патологический компрессионный перелом шейки. 30-й день эксперимента.

речной кости (рис. 1-3).

С 1960 г. по 2003 г. в клиниках детской хирургии Киевского и Винницкого медицинских университетов находилось на лечении 195 новорождённых с ОГО проксимального отдела бедра и костей таза. Более детальной разработке подвергнуты истории болезни последних 136 больных: 153 остеомиелитических очага в бедренных костях (при двустороннем процессе у 25 детей) и 8 - в костях таза. Локальная форма заболевания диагностирована у 17 больных, септикопиемическая - у 110, септикотоксическая - у 9. 11 кокситов первой группы (5 реактивных и 6 гнойных) осложнились

патологическими вывихами. У всех новорождённых с септикопиемической формой диагностированы 19 реактивных и 119 гнойных кокситов. Двусторонний процесс определен у 28 больных. Кокситы обусловили развитие параоссальных флегмон в 23 случаях и патологических вывихов в 63. У самых тяжелых пациентов - новорождённых с токсической формой обнаружено 12 гнойных кокситов, 7 параоссальных флегмон и 11 патологических вывихов. Преобладание септических форм заболевания, осложненных септической пневмонией в 39,9%, свидетельствуют об особой тяжести исследуемого контингента больных. Диагноз верифицирован с учётом данных клинических проявлений заболевания, лабораторных, УЗИ, рентгенографии, пункции сустава и околоуставных участков костей. Реже использовались КТ, МРТ. Детей лечили в реанимационном отделении для новорождённых, а после выведения из тяжелого состояния - в отделении патологии новорождённых.

Интенсивная посиндромная терапия дополнялась лейкопластырным вытяжением с постепенным разведением ног для профилактики и вправления вывихов [Якименко, 2004]. В ряде случаев использованы другие виды иммобилизации. В исследуемой группе летальность составила 1,7% (2 детей). Из 85 вывихов, выявленных при поступлении или возникших в процессе лечения, вправлено 48. В дальнейшем дети с патологическим вывихом получали ортопедическое лечение.

Результаты. Обсуждение

Отсутствие коксита при остеомиелите у 51 экспериментального животного объясняется ранним (5-9 сутки с момента моделирования) самопроизвольным или

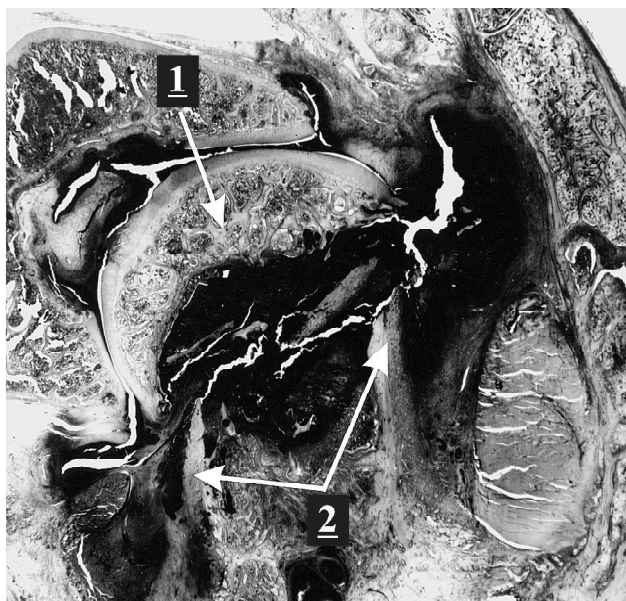


Рис. 4. Экспериментальный остеомиелит проксимального отдела бедренной кости, гнойный деструктивный коксит, остеэпифизиолиз головки бедренной кости (1), перелом шейки бедра (2). Гематоксилин-эозин. х7.

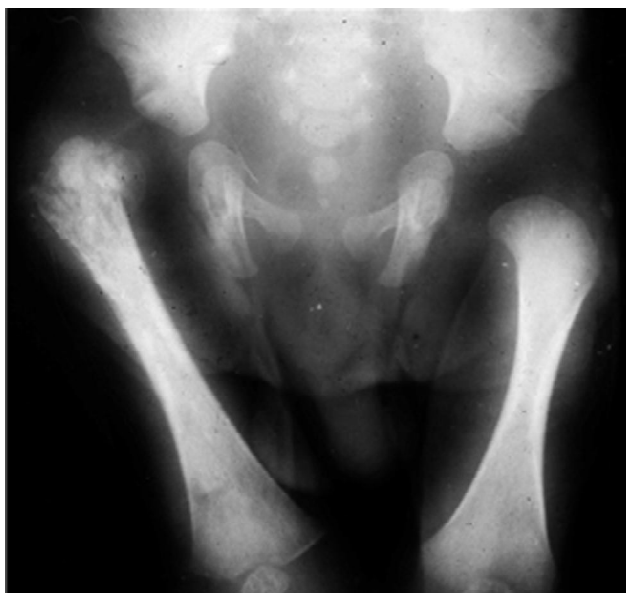


Рис. 5. Новорожденный Н., 1 месяц. Острый гематогенный остеомиелит. Патологический перелом, вывих правого бедра.

оперативным вскрытием параоссальной флегмоны, у 31 - ранним летальным исходом вследствие септических форм патологического процесса. При рентгенологическом исследовании интенсивность распространения патологического процесса на шейку и головку бедренной кости, крышу вертлюжной впадины (рис. 1) обусловлена активностью воспалительного процесса костной ткани, а также степенью нарушения кровоснабжения шейки и головки бедренной кости. О нарушении кровоснабжения свидетельствует "металлический" вид головки при наличии компрессионного перелома

шейки бедренной кости (рис. 2). Отсутствие кровоснабжения головки в условиях гнойного коксита заканчивается ее расплавлением и развитием деструктивного вывиха бедра (рис. 3). На гистотопограмме (рис. 4) определяется остеэпифизиолиз головки бедренной кости, патологический перелом шейки, полость сустава заполнена гноем.

Данные экспериментальных исследований позволяют выделить основные звенья развития остеомиелитического коксита. Возникновение остеомиелитического очага вблизи тазобедренного сустава обуславливает развитие циркуляторных нарушений кровообращения, возникновение реактивного коксита, осложняющегося дистензионным вывихом головки бедренной кости под действием контрактуры мышц и внутрисуставного давления. Прогрессирование деструктивных изменений в кости усугубляет нарушение кровообращения, снижает ее прочность, что способствует возникновению патологического перелома шейки, эпифизиолизу головки бедренной кости, прекращению ее кровоснабжения, обильному поступлению гноя в сустав. Лишенная кровоснабжения головка бедренной кости является инфицированным инородным телом, что приводит к развитию деструктивного патологического вывиха.

Особый интерес для суждения о патогенезе коксита представляют материалы аутопсии новорожденного Н. (возраст 1 месяц), у которого диагностированы множественные очаги острого гематогенного остеомиелита и деструктивная септическая пневмония. Констатирована сгибательно-приводящая контрактура в правом тазобедренном суставе, умеренный отек и инфильтрация мягких тканей области сустава. Рентгенография тазобедренных суставов показала обычную для остеомиелита бедренной кости у новорожденных картину: смещение проксимального метафиза правой бедренной кости вверх и латерально, размытость замыкательной пластинки метафиза (рис. 5).

При патолого-анатомическом исследовании (длительность заболевания составила 21 день) тазобедренный сустав не содержал ни выпота, ни гноя; угол между головкой и шейкой бедренной кости меньше 90°. На гистотопограмме проксимального отдела бедренной кости (рис. 6) определяется обширный остеомиелитический очаг, который захватывает метафиз, шейку (1), с разрушением ростковой зоны (2) и распространением деструкции на прилегающую часть головки бедренной кости. Воспалительный процесс в основной части хрящевой головки выражен минимально. Обращает внимание выраженное обеднение элементами крови, уменьшение угла между головкой и шейкой при сохранении узкой полоски их соединения (патологический перелом). Выраженность воспалительно-деструктивного процесса в метафизе и шейке бедренной кости значительно больше, чем в головке, что свидетельствует о первичности процесса в кости и вторичном переходе через ростковую зону на головку.

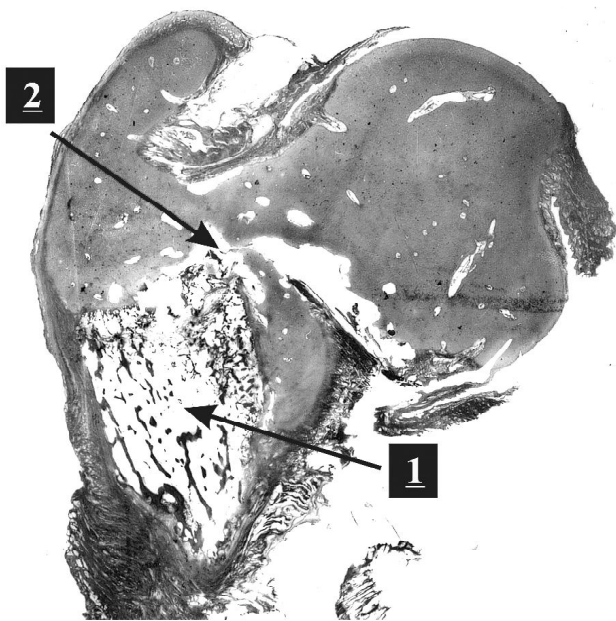


Рис. 6. Новорожденный Н., 1 месяц. Гистотопографический срез проксимального отдела правого бедра. внутрикостная полость, заполненная гноем (1), которая захватывает шейку и головку (2). Патологический перелом шейки, головки бедренной кости. Обеднение головки элементами крови. Ван-Гизон. хб.

Возможность сохранения тазобедренного сустава у новорожденных с "эпифизарным" остеомиелитом проксимального отдела бедренной кости трудно представить если предположить, что заболевание начинается с хрящевой головки бедра. Однако, при раннем адекватном лечении возможность сохранения головки бедренной кости достигается все чаще [Якименко, 2004; Кулик 2009]. Укоренившееся терминологическое несоответствие не только искажает суть патогенеза, но и обосновывает ошибочную диагностическую и лечебную тактику, придавая решающее значение исследованию сустава, а не околоуставных очагов воспаления.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Данные экспериментальных и клинических исследова-

ований дают основание утверждать, что у новорожденных, как и у старших детей, развитие "эпифизарного" остеомиелита обусловлено возникновением воспалительного очага в кости вблизи сустава. Быстрота перехода воспалительно-деструктивных изменений на сустав определяется возрастными анатомическими особенностями тканей, широкими сосудистыми связями метафиза и эпифиза.

2. Острый гематогенный остеомиелит околоуставной локализации у новорожденных сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции, развитием отека тканей и реактивного коксита, часто осложняющегося патологическим дистензионным вывихом головки бедренной кости. Возникновение гнойного коксита связано с продолжительным инфицированием сустава из остеомиелитического очага в субэпифизарной зоне в результате разрушения коркового слоя кости, прорыва ростковой зоны, перехода воспаления по сосудистым каналам.

3. Интенсивность разрушения головки бедренной кости определяется степенью нарушения ее кровоснабжения вследствие патологического перелома шейки, эпифизиолиза головки, тромбоза сосудов, циркуляторных нарушений.

4. Возникновение патологического перелома шейки, эпифизиолиза головки, деструктивного патологического вывиха бедра при ОГО околоуставных локализаций и коксите у новорожденных обусловлено в значительной степени воздействием мышечной контрактуры, постоянно наблюдаемой у таких больных.

5. Диагноз "эпифизарный остеомиелит" не соответствует сути и динамике воспалительно-деструктивных изменений при ОГО у новорожденных и не должен применяться, т.к. обосновывает необходимость уделять основное внимание суставу, оставляя без вмешательства околоуставные очаги воспаления.

Исследование экспериментального остеомиелита костей тазобедренного сустава и острого гематогенного остеомиелита у новорожденных даст возможность в перспективе своевременно предупреждать развитие реактивного коксита и последующего дистензионного вывиха, ведущих к полному разрушению сустава.

Литература

- Абаев Ю.К. Особенности артритов у недоношенных детей: сб.: Акт. вопр. детской хирургии /Ю.К.Абаев, В.А.-Кепеть, Н.И.Телятицкий. - Витебск, 2008. - С. 3-5.
- Акжигитов Г.Н. Гематогенный остеомиелит /Г.Н.Акжигитов, Я.Б.Юдин. - М.: Медицина, 1998. - 288 с.
- Венгеровский И.С. Остеомиелит у детей /Венгеровский И.С. - М.: Медицина, 1964. - 271 с.
- Гайко Г.В. Ортопедические осложнения и последствия гематогенного метаэпифизарного остеомиелита у детей и подростков: автореф. дис. ... доктора мед. наук /Гайко Г.В. - Киев, 1984. - 41 с.
- Григоровский В.В. Модель гнойного остеомиелита у кроликов /В.В.Григоровский //Ортопедия, травматол. и протез. - 1977. - №11. - С. 69-70.
- Державин В.М. Эпифизарный остеомиелит у детей /Державин В.М. - М.: Медицина, 1965. - 676 с.
- Держанов С.М. Патологическая анатомия и патогенез остеомиелита /Держанов С.М. - Смоленск, 1940. - 49 с.
- Кулик О.М. Патогенетичне обґрунтування попередження та комплексного лікування гнійного кокситу у дітей раннього віку: автореф. дис. ... доктора мед. н. /Кулик О.М. - Киев, 2009. - 39 с.
- Праведников С.Н. Лечение послеоперационных остеомиелитических полостей имплантированной измельченной мышцей: дис. ... доктора мед. наук /Праведников С.Н. - Винница, 1962. - 328 с.
- Стецула Ю. Новый метод получения экспериментального остеомиелита /Ю.Стецула, В.И.Штин, В.П.Трутнева //Эксперим. хирургия и анестезиол. - 1962. - №3. - С. 55-58.
- Якименко О.Г. Особливості гострого гематогенного остеомиеліту кульшового

- суглоба у новонароджених /О.Г.Якименко //Хірургія дитячого віку. - 2004. - №1. - С. 43-50.
- Sugiyama Y. An experimental study on pyrogenic osteomyelitis /Y.Sugiyama //J. Jap. orthop. Ass. - 1970. - Vol.44, №4. - P. 268-269.
- Trueta J. The three types of acute haematogenous osteomyelitis /J.Trueta //J. Bone joint Surg. - 1959. - Vol.41B, №4. - P. 671-680.
- Wilensky A. Osteomyelitis. Its pathogenesis, symptomatology and treatment /Wilensky A. - New-york: Mac.Millan Co, 1934. - XXXII. - 454 p.

ПАТОГЕНЕЗ ЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ КІСТОК КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НОВОНАРОДЖЕНИХ
Кукуруза Ю.П., Погорілий В.В., Якименко О. Г., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Антіпіна О.Ю.

Резюме. Аналіз досліджень експериментального остеомієліту кісток кульшового суглоба у 82 кроленят і гострого гематогенного остеомієліту у 195 новонароджених показав, що розвиток кокситів, руйнування кульшових суглобів обумовлено поширенням запального процесу з шийки стегнової кістки та тіла клубової кістки. Цьому сприяє порушення кровопостачання головки стегнової кістки, найбільш виражене при переломах шийки, епіфізіолізі голівки під дією контрактури м'язів. Ступінь пошкодження суглоба має різну вираженість: від реактивного коксита, який часто ускладнюється дистензійним вивихом, до повного руйнування суглоба. Важкість перебігу та інвалідизуючих наслідків захворювання в значній мірі залежить від своєчасності та адекватності оперативного втручання на навколосуглобовому вогнищі остеомієліту.

Ключові слова: гострий остеомієліт, коксит, патогенез, новонароджені

THE PATHOGENESIS OF EPIPHYSEAL OSTEOMYELITIS OF BONES OF HIP JOINT IN NEWBORNS
Kukuruza Y.P., Pogoreliy V.V., Yakimenko O.G., Konoplikiy V.S., Soleiko D.S., Antipina O. Y.

Summary. The analysis of researches of an experimental osteomyelitis of bones which form the hip joint, of 82 young rabbits and acute hematogenous osteomyelitis of 195 newborns testifies that the development of hip-disease, destruction of hip joints are caused by spread of inflammatory process from a femur neck and body of iliac bone. It is promoted by infringement of blood supply of a head of the femur, which is most pronounced for fractures of the femur neck and epifisiolisis of the femur neck under influence of muscular contracture. The extent of damage of joint has various expressiveness: from reactive hip-disease which often is complicated by pathological dislocation, to full destruction of a joint. Weight and complications of disease (complications can make the patients with disabilities) depends largely of timeliness and adequacy of operation on juxta-articular osteomyelitis nidus.

Key words: acute osteomyelitis, hip-disease, pathogenesis, newborns.

© Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

УДК: 616.25-002+616.433.664-02

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СХЕМ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

Головний військово-медичний клінічний орден Червоної Зірки центр "ГВКГ" (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01113)

Резюме. У статті проводиться фармакоекономічний аналіз схем антибактеріальної терапії нозокоміальної пневмонії у хворих, які знаходяться на штучній вентиляції легень. Автори доводять, що використання схеми, де поєднуються карбапенем з аміноглікозидами є більш економічне, ніж схеми монотерапії карбапенемом.

Ключові слова: вентилятор-асоційована пневмонія, фармакоекономічний аналіз, карбапенем, аміноглікозид, штучна вентиляція легень.

Вступ

Найбільш серйозною проблемою в практиці роботи відділень реанімації та інтенсивної терапії є нозокоміальна пневмонія, яка розвинулась під час проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).

Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) - пневмонія, яка виникла через 24-48 годин від початку проведення ШВЛ за відсутності ознак легеневої інфекції на момент інтубації. Нозокоміальна пневмонія (НП) займає третє місце за рівнем поширеності в структурі усіх госпітальних інфекційних ускладнень, поступаючись інфекціям м'яких тканин і сечовивідних шляхів, і складає 15-18% [Метод. рек., 2004]. У середньому частота нозокоміальної інфекції у ВРІТ хірургічного профілю складає 25% [Гельфанди др., 1998], і безпосередньо пов'язана з тривалістю перебування хворих [Rello et al., 1991].

При аналізі вартості медикаментозної терапії необх-

ідно враховувати не тільки вартість разової дози препарату, але і вартість добової і курсової дози, а також вартість введення ліків. Тому при аналізі вартості лікування лікарським препаратом слід виділяти прямі витрати (закупівельна вартість ліків), непрямі витрати, пов'язані з введенням (шприци, голки, інфузійні системи, рукавички, праця медсестри та ін.), а також побічні витрати. Останні включають вартість перебування хворого в стаціонарі, обстеження, консультацій фахівців, додаткового лікування при неефективності.

Аналіз вартості антибактеріальної терапії ще складніший, оскільки він повинен враховувати проблему резистентності мікроорганізмів. Показано, що вартість лікування інфекцій істотно збільшується при появі в стаціонарі мультирезистентних штамів бактерій. А це відбувається в першу чергу в результаті неадекватного ви-

- суглоба у новонароджених /О.Г.Якименко //Хірургія дитячого віку. - 2004. - №1. - С. 43-50.
- Sugiyama Y. An experimental study on pyrogenic osteomyelitis /Y.Sugiyama //J. Jap. orthop. Ass. - 1970. - Vol.44, №4. - P. 268-269.
- Trueta J. The three types of acute haematogenous osteomyelitis /J.Trueta //J. Bone joint Surg. - 1959. - Vol.41B, №4. - P. 671-680.
- Wilensky A. Osteomyelitis. Its pathogenesis, symptomatology and treatment /Wilensky A. - New-york: Mac.Millan Co, 1934. - XXXII. - 454 p.

ПАТОГЕНЕЗ ЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ КІСТОК КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НОВОНАРОДЖЕНИХ
Кукуруза Ю.П., Погорілий В.В., Якименко О. Г., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Антіпіна О.Ю.

Резюме. Аналіз досліджень експериментального остеомієліту кісток кульшового суглоба у 82 кроленят і гострого гематогенного остеомієліту у 195 новонароджених показав, що розвиток кокситів, руйнування кульшових суглобів обумовлено поширенням запального процесу з шийки стегнової кістки та тіла клубової кістки. Цьому сприяє порушення кровопостачання головки стегнової кістки, найбільш виражене при переломах шийки, епіфізіолізі голівки під дією контрактури м'язів. Ступінь пошкодження суглоба має різну вираженість: від реактивного коксита, який часто ускладнюється дистензійним вивихом, до повного руйнування суглоба. Важкість перебігу та інвалідизуючих наслідків захворювання в значній мірі залежить від своєчасності та адекватності оперативного втручання на навколосуглобовому вогнищі остеомієліту.

Ключові слова: гострий остеомієліт, коксит, патогенез, новонароджені

THE PATHOGENESIS OF EPIPHYSEAL OSTEOMYELITIS OF BONES OF HIP JOINT IN NEWBORNS
Kukuruza Y.P., Pogoreliy V.V., Yakimenko O.G., Konoplikiy V.S., Soleiko D.S., Antipina O. Y.

Summary. The analysis of researches of an experimental osteomyelitis of bones which form the hip joint, of 82 young rabbits and acute hematogenous osteomyelitis of 195 newborns testifies that the development of hip-disease, destruction of hip joints are caused by spread of inflammatory process from a femur neck and body of iliac bone. It is promoted by infringement of blood supply of a head of the femur, which is most pronounced for fractures of the femur neck and epifisiolisis of the femur neck under influence of muscular contracture. The extent of damage of joint has various expressiveness: from reactive hip-disease which often is complicated by pathological dislocation, to full destruction of a joint. Weight and complications of disease (complications can make the patients with disabilities) depends largely of timeliness and adequacy of operation on juxta-articular osteomyelitis nidus.

Key words: acute osteomyelitis, hip-disease, pathogenesis, newborns.

© Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

УДК: 616.25-002+616.433.664-02

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СХЕМ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

Головний військово-медичний клінічний орден Червоної Зірки центр "ГВКГ" (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01113)

Резюме. У статті проводиться фармакоекономічний аналіз схем антибактеріальної терапії нозокоміальної пневмонії у хворих, які знаходяться на штучній вентиляції легень. Автори доводять, що використання схеми, де поєднуються карбапенем з аміноглікозидами є більш економічне, ніж схеми монотерапії карбапенемом.

Ключові слова: вентилятор-асоційована пневмонія, фармакоекономічний аналіз, карбапенем, аміноглікозид, штучна вентиляція легень.

Вступ

Найбільш серйозною проблемою в практиці роботи відділень реанімації та інтенсивної терапії є нозокоміальна пневмонія, яка розвинулась під час проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).

Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) - пневмонія, яка виникла через 24-48 годин від початку проведення ШВЛ за відсутності ознак легеневої інфекції на момент інтубації. Нозокоміальна пневмонія (НП) займає третє місце за рівнем поширеності в структурі усіх госпітальних інфекційних ускладнень, поступаючись інфекціям м'яких тканин і сечовивідних шляхів, і складає 15-18% [Метод. рек., 2004]. У середньому частота нозокоміальної інфекції у ВРІТ хірургічного профілю складає 25% [Гельфанди др., 1998], і безпосередньо пов'язана з тривалістю перебування хворих [Rello et al., 1991].

При аналізі вартості медикаментозної терапії необх-

ідно враховувати не тільки вартість разової дози препарату, але і вартість добової і курсової дози, а також вартість введення ліків. Тому при аналізі вартості лікування лікарським препаратом слід виділяти прямі витрати (закупівельна вартість ліків), непрямі витрати, пов'язані з введенням (шприци, голки, інфузійні системи, рукавички, праця медсестри та ін.), а також побічні витрати. Останні включають вартість перебування хворого в стаціонарі, обстеження, консультацій фахівців, додаткового лікування при неефективності.

Аналіз вартості антибактеріальної терапії ще складніший, оскільки він повинен враховувати проблему резистентності мікроорганізмів. Показано, що вартість лікування інфекцій істотно збільшується при появі в стаціонарі мультирезистентних штамів бактерій. А це відбувається в першу чергу в результаті неадекватного ви-

користання антибіотиків [Rouby et al., 1994]. Приводиться повідомлення, що розвиток резистентності у *P. aeruginosa* супроводжується збільшенням стаціонарного лікування в 1,7 разів [Schaberg, Lode, 1997].

Фармакоекономічний аналіз ускладнюється при лікуванні хворих у ВРІТ, що знаходяться в критичному стані, оскільки результатом неефективної терапії в даному випадку може бути не збільшення вартості лікування, а смерть пацієнта, що важко оцінити у вартісному вираженні. Таким чином, при аналізі витрат на антибактеріальну терапію необхідно враховувати не тільки вартість і ефективність різних режимів терапії, але і можливість розвитку резистентності мікроорганізмів, а у важких хворих і можливість летального результату.

У літературі приводиться фармакоекономічне дослідження, в якому показано, що карбапенеми (тієнам, меронем) за співвідношенням вартість/ефективність при лікуванні пневмонії перевершує такі антибактеріальні препарати, як цефтриаксон і ципрофлоксацин [Scheld, Mandell, 1991]. На підставі власних даних і критичного аналізу літератури інші автори вважають, що при життєнебезпечних інфекціях карбапенеми повинні бути засобами 1-го ряду саме з позицій зниження витрат на лікування [Sing, Marino, 1992].

Матеріали та методи

У ВРІТ (для хірургічних хворих) Головного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" проспективно нами було обстежено та проведено аналіз лікування в рандомізованих групах 36 хворих на нозокоміальну пневмонію, яким проводилась штучна вентиляція легень.

Для проведення антимікробної хіміотерапії ВАП хворим першої групи була запропонована монотерапія імipенемом (IM). IM (Тієнам, виробництва MSD, США) призначали згідно кліренсу креатиніну внутрішньовенно по 0,5-1,0г 3 рази на день.

Хворим другої групи була запропонована комбінована терапія амікацином (AM) в поєднанні з меропенемом (ME). AM (АМІКАЦІН-КМП, виробництва компанії "Київмедпрепарат", Україна) призначали згідно кліренсу креатиніну по 0,5-1,0г в/в крапельно 1 раз на добу. ME (Меронем, виробництва компанії "Astra Zeneca", Велика Британія) призначали по 1,0г в/в крапельно 3 рази на добу.

Результати. Обговорення

За результатами лікування ми оцінили клінічну ефективність режимів антибактеріальної терапії нозокоміальної пневмонії у хворих, які перебувають на ШВЛ, та дані навели в табл. 1.

Ми провели фармакоекономічне вивчення цих схем лікування нозокоміальної пневмонії у хворих на ШВЛ. При розрахунку вартості лікування НП за пропонуваними нами схемами антибактеріальної терапії ми враховували прямі витрати, які склалися з вартості препаратів та тривалості лікування певними антибіо-

Таблиця 1. Клінічна ефективність режимів антибактеріальної терапії нозокоміальної пневмонії у хворих, які перебувають на ШВЛ.

Група	Препарати	n	Одужання та покращення, %		Неефективність терапії, %	
I	Імipенем	22	10	45,5	12	54,5
II	Амікацин + Меропенем	14	10	71,4	4	28,6

Таблиця 2. Вартість антибіотиків для лікування нозокоміальної пневмонії.

Назва препарату	Дозування	Виробник	Ціна, грн.
Тієнам	Фл.0,5 г	Merk Sharp&Dohme	183,22
Меронем	Фл. 1,0 г	AstraZeneca	401,5
Амікацин	Фл. 0,5г	Київський завод мед. препаратів	13,41

Таблиця 3. Тривалість антибактеріального лікування НП.

Показник	Курс	Тієнам	Меронем + Амікацин
	Тривалість лікування, дб ($\mu\pm\sigma$)		9,4 \pm 3,3
Тривалість лікування хворого з позитивним ефектом, дб ($\mu\pm\sigma$)		10,6 \pm 3,5	10 \pm 3,6

Таблиця 4. Вартість курсу лікування одного хворого на НП.

Показник	Курс	Тієнам	курс	
			Меронем	Амікацин
Тривалість лікування, дб ($\mu\pm\sigma$)		9,4 \pm 3,3	8,4 \pm 3,4	
Режим дозування		1,0г 3 рази на день в/в	1,0г 3 рази на добу, в/в	1,0г 1 раз на добу, в/в
Вартість курсу лікування, грн.		14046,6	13661,1	
Ефективність лікування		0,455	0,714	
Вартість/ефективність, грн.		30871,65	19133,05	
Різниця вартості лікування, грн.		385,5		
Різниця у співвідношенні вартість/ефективність, грн.		11738,6		

тиками. Беручи до уваги той факт, що всі хворі перебували на лікуванні у одному відділенні, а метод введення препаратів (внутрішньовенно крапельно або струминно) не мав значення, тому що всім хворим проводилась постійна інфузійна терапія - непрямі витрати (шприци, голки, інфузійні системи, рукавички, праця медсестри та ін.) і побічні витрати, які включають симптоматичну терапію побічних ефектів при лікуванні (всі хворі отримували протинудотні, протиблювотні та дезінтоксикаційні препарати) ми прийняли за однакові при різних схемах лікування та підраховували як вартість перебування у ВРІТ (для хірургічних хворих) згідно з прейскурантом цін у ГВМКЦ "ГВКГ".

Дані про вартість препаратів на фармацевтичному ринку України представлені в таблиці 2. Аналізувалися відомості, які були надані виробниками лікарських

засобів, дистриб'юторами, які за дорученням виробників займаються продажем препаратів на території України, Компендіуму лікарських засобів 2008р. та реєстру цін на лікарські засоби тендерної закупівлі ГВКГ МО України. Ціна препаратів, які розглядаються в проведеному аналізі, розраховувалась як середня, від оптових цін пропозицій фірм - дистриб'юторів.

Ми визначили тривалість кожного курсу лікування НП за різними схемами для всіх хворих, які були розподілені у групи, а також тривалість курсу ефективного лікування (лікування з позитивним ефектом - одужання та покращення). Дані наведені у таблиці 3.

З наведених у таблиці даних видно, що середній термін лікування НП у вигляді монотерапії Тіенамом на добу триваліший ніж лікування за схемою Меронем + Амікацин (9,4 діб - Тіенам та 8,4 діб - Меронем + Амікацин). Середня тривалість курсу лікування хворих з позитивним ефектом приблизно однакова в обох групах та складає 10 діб.

Всі хворі, які були рандомізовані в групи спостереження, знаходились на лікуванні у ВРІТ (для хірургічних хворих) ГВМКЦ "ГВКГ" МО України. Вартість 1 ліжкодня у ВРІТ, згідно наказу начальника ГВМКЦ "ГВКГ" коштує 395 грн.

Розрахунок вартості курсу лікування одного хворого на нозокоміальну пневмонію під час ШВЛ наведено в таблиці 4.

Співвідношення "вартість/ефективність" визначає витрати, необхідні на одиницю ефективності та дає нам

зможу визначити вартість лікування одного хворого, якого вилікували від НП. Зазначене співвідношення розраховується за формулою:

$$CEA = \frac{(DC + IC)}{Ef}$$

де: CEA - співвідношення "вартість/ефективність"; DC - прямі витрати; IC - непрямі витрати; Ef - ефективність лікування (відносна кількість хворих, які вилікувались).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. З наведених даних у таблиці видно, що курс лікування НП Тіенамом дорожче ніж комбінована терапія Меронемом та Амікацином на 385,5грн., а вартість лікування одного хворого, якого вилікували від нозокоміальної пневмонії на 11738,6 грн. дешевше при використанні схеми, яка включає поєднання Меронему та Амікацину.

На основі проведеного фармакоекономічного аналізу схем антибактеріальної терапії нами було зроблено висновок про більшу економічність курсу лікування нозокоміальної пневмонії у хворих, які знаходяться на ШВЛ за схемою, яка поєднує карбапенеми та аміноглікозиди у порівнянні з витратами при монотерапії карбапенемом. Також у цієї схеми лікування кращий показник співвідношення "вартість/ефективність".

Література

- Гельфанд Б.Р. Лечение нозокомиальной пневмонии у хирургических больных /Б.Р.Гельфанд, Б.З.Белоцерковский, Е.А.Алексеева [и др.] //VI Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов: тез. докл. - М., 1998. - С. 89.
- Нозокоміальна пневмонія у дорослих: діагностика, лікування, профілактика: метод. рекомендації /Інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України. - Київ, 2004. - 32 с.
- Rello J. Incidence, etiology, and outcome of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients / J.Rello, E.Quintana, V.Ausin [et al.] //Chest. - 1991. - №100. - С. 439-4.
- Rouby J.J. Risk factors and clinical prevalence of nosocomial maxillary sinusitis in the critical ill /J.J.Rouby, P.Laurent, H.Gosnach [et al.] //Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1994. - №150. - С. 776-783.
- Schaberg T. Diagnostik der nosocomialen Pneumonie //T.Schaberg, H.Lode // Med. Wochenschr. - 1997. - №122(3). - С. 61-64.
- Scheld W.M. Nosocomial pneumonia: pathogenesis and recent advances in diagnosis and therapy //W.M.Scheld, G.L. Mandell //Rev. Infect. Dis. - 1991. - №13 (Suppl. 9). - С. 743-5.
- Sing R.F. A new perspective on stress ulcer prophylaxis //R.F.Sing, R.L.Marino // J. Am. Osteopath. Assoc. - 1992. - №92(8). - С. 1026-1027.

ФАРМАКОЕКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СХЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лурин И.А., Симонов С.С., Мельник В.М., Ложкин В.В.

Резюме. В статье проводится фармакоэкономический анализ схем антибактериальной терапии нозокомиальной пневмонии у больных, которым проводится искусственная вентиляция легких. Авторы доказывают, что использование схемы, где комбинируются карбапенемы и аминогликозиды есть более экономичным, чем схемы монотерапии карбапенемом.

Ключевые слова: вентилятор-ассоциированная пневмония, фармакоэкономический анализ, карбапенем, аминогликозид, искусственная вентиляция легких.

A PHARMACOLOGY ECONOMIC ANALYSIS OF PLANS OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF A VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA FOR SURGICAL PATIENTS

Lurin I.A., Simonov S.S., Melnik V.M., Lozhkin V.V.

Summary. In the article the pharmacology economic analysis of plans of antibacterial therapy of pneumonia is conducted for patients who are on artificial ventilation of lungs. The authors prove that the using the plans where combined the carbapenems and aminoglycoside are more cheaper than the plans of carbapenems monotherapy.

Key words: ventilator-associated pneumonia, pharmacology economic analysis carbapenem, aminoglycoside, artificial ventilation of lungs.

© Малеев Ю.В., Черных А.В., Шмакова Н.М.

УДК: 611.831.917-089-06

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ, ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА В АСПЕКТЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Малеев Ю.В., Черных А.В., Шмакова Н.М.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко (ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, Россия, 394000)

Резюме. Статья посвящена проблеме изучения индивидуальной изменчивости парашитовидных желез, возвратного гортанного нерва. На основании топографо-анатомических исследований (426 лиц обоего пола) изучены особенности хирургической анатомии парашитовидных желез, возвратного гортанного нерва как факторы риска возникновения диагностических ошибок и развития операционных осложнений. Обсуждаются новые подходы к классификации парашитовидных желез, методикам визуализации возвратного гортанного нерва и парашитовидных желез при оперативных вмешательствах на органах шеи.

Ключевые слова: индивидуальная изменчивость, парашитовидная железа, возвратный гортанный нерв, интраоперационные повреждения.

Введение

Изучение индивидуальной анатомической изменчивости органов и систем человека исторически является одной из ведущих проблем морфологии [Шевкуненко, 1935; Валькер, 1946; Максименков, 1957; Лаврова, 1969; Михайлов, 1972; Маргорин, 1975; Клиорин, Чтецов, 1979; Беков и др., 1988; Беков, 1991]. Учение о типовых особенностях человека явилось основой для изучения конституциональной предрасположенности к заболеваниям, послужило стимулом к усовершенствованию целого ряда оперативных приемов в лечении больных. Многие отечественные и зарубежные авторы посвящали свои работы решению проблем вариантной анатомии парашитовидных желез (ПЩЖ), возвратного гортанного нерва (ВГН), однако хирургическая анатомия данных анатомических образований крайне вариабельна и до настоящего времени не систематизирована. В литературе имеются противоречивые сведения, касающиеся описания различных форм ПЩЖ, отсутствует единая классификация, которую могли бы использовать врачи в практической деятельности. Частота послеоперационного гипопаратиреоза при удалении ЩЖ варьирует от 3,5% до 34,2% [Савенок, Огнерубов, 1995; Wang, 1976; Mansberger, Wei, 1993; Rice, 1996]. Хорошее знание топографической анатомии ПЩЖ может помочь хирургу быстро найти их в ходе операции и удалить или наоборот - избежать случайного удаления [Wang, 1976]. Определение цвета, размеров, формы, массы и консистенции ПЩЖ является обязательным при дифференциальной диагностике заболеваний ПЩЖ [Rice, 1996]. Не изучены и варианты количества, формы, размеров и топографии ПЩЖ. Визуальный контроль ВГН на всем протяжении шеи является единственной возможностью избежать его повреждений [Lahey, 1938], частота которых варьирует от 0,3% до 15% [Романчишен, 2006]. Постоянная и последовательная идентификация ВГН, ПЩЖ при хорошем знании их вариантной анатомии не занимает у врача много времени, а главный принцип хирургии - всегда луч-

ше видеть то, что ты делаешь [Lennquist, 1991]. Предложены различные способы интраоперационного поиска ПЩЖ и ВГН, однако, универсальной тактики их идентификации в настоящее время, к сожалению, не существует [Савенок, Огнерубов, 1995; Alveryd, 1968; Wang, 1976; Mansberger, 1993; Rice, 1996].

Целью исследования явилось выявление закономерностей индивидуальной анатомической изменчивости ПЩЖ и ВГН, создание на их основе новых методов прогнозирования и предупреждения операционных осложнений.

Материалы и методы

Объектом исследования послужили 426 трупов лиц, умерших скоропостижно от заболеваний, не связанных с патологией органов шеи: 290 лиц мужского пола, скончавшихся в возрасте 15-83 лет, и 136 - женского, умерших в возрасте 17-90 лет. На аутопсии извлекался органокомплекс, включавший подъязычную кость, подъязычные мышцы, гортань, шейную часть пищевода и трахеи, ЩЖ, ПЩЖ с окружающими их сосудисто-нервными образованиями. Далее проводилось препарирование органокомплекса по общепринятой методике и последующая морфометрия с использованием специально разработанных устройств, дающих возможность производить измерения анатомических образований без нарушения топографии органов передней области шеи.

Результаты. Обсуждение

При выявлении закономерностей, характеризующих количество, форму, размеры и топографию ПЩЖ, проводилось канюлирование верхних и нижних щитовидных артерий с последующим введением в них 1% водного раствора синьки Эванса, после чего органокомплекс в течение двух суток подвергался фиксации в 5% растворе формалина. В результате ПЩЖ окрашивались в бледный сине-зеленоватый цвет, лимфатические

узлы - в темно-синий цвет, а ткань ЩЖ - в ярко-синий цвет [Малеев, Огнерубов, 1998]. Всего изучено 1049 ПЩЖ. Общее число желез в исследованных органо-комплексах колебалось от 0 до 12 (0,9% и 0,5% препаратов соответственно). В 92,7% наблюдений обнаружено от 2 до 7 желез. Наиболее часто встречалось 5 или 4 железы (соответственно, в 23,2% и 20,9% всех наблюдений). В 16,4% случаев отмечены 3 ПЩЖ и в 15,9% наблюдений - 6. Размеры желез варьировали в следующих пределах: длина - 3,3-7,5 мм, ширина - 1,6-8,1 мм и толщина - 0,9-4,0 мм, что дополняет данные предыдущих исследователей. Нами обнаружены следующие варианты формы ПЩЖ: продолговатая (веретенообразная, продолговато-овальная, продолговато-округлая) (43,3%), округлая (22,8%), дисковидная (11,8%), полулунная (8,9%), каплеобразная (7,3%), плоская (2,8%), овальная (1,4%), асимметричная (1,7%). ПЩЖ округлой формы чаще обнаруживались у нижнего полюса ЩЖ и ниже его. С целью выявления особенностей взаимного расположения ПЩЖ и ЩЖ нами применялась общепринятая схема по Alverdy A. в собственной модификации. По отношению к ЩЖ выделялись следующие зоны расположения центра ПЩЖ как справа, так и слева от срединной линии: зона 1 - выше ткани ЩЖ; зона 2 - на уровне верхней трети боковой доли ЩЖ; зона 3 - на уровне средней трети; зона 4 - на уровне нижней трети; зона 5 - ниже ЩЖ. В случае расположения ПЩЖ на границе двух соседних зон использовали дополнительные уточненные зоны: зона 1-2; зона 2-3; зона 3-4; зона 4-5. Вследствие широкого распространения в последнее время таких операций на ЩЖ, как гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция, топография правых и левых ПЩЖ рассматривалась отдельно. Справа в зонах 1, 1-2, 2, 2-3, 3, 3-4, 4 и 5 у мужчин располагались, соответственно, 2,1%, 0,5%, 4%, 4%, 17,6%, 14,4%, 28,3% и 28,3% ПЩЖ, а у женщин - 0%, 1,2%, 3,6%, 3,6%, 14,9%, 20,3%, 26% и 29,8% ПЩЖ. Аналогичная ситуация наблюдалась и слева, где в этих же зонах у мужчин находилось, соответственно, 0,6%, 0%, 4%, 11,3%, 16,1%, 11,6%, 24%, 31,5% желез, а у женщин - 1,3%, 0%, 7,7%, 15,4%, 11,5%, 12,8%, 25,6%, 24,4% ПЩЖ. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что число ПЩЖ увеличивалось в направлении от верхнего полюса ЩЖ к нижнему. Данная закономерность отмечена у лиц обоего пола как справа, так и слева. При изучении типовых особенностей топографии ПЩЖ обнаружено, что с увеличением длины шеи наблюдалось их смещение кверху: чаще они встречались в 3 зоне. Установлено, что нижняя щитовидная артерия имеет большее значение в кровоснабжении ПЩЖ (75,5% от общего количества случаев), чем верхняя щитовидная артерия (18,4%) и артерии гортани, трахеи или пищевода (6,1%). Чем дальше от ЩЖ находилась ПЩЖ, тем длиннее был сосуд, кровоснабжающий ПЩЖ, и вероятность его интраоперационной травматизации была больше.

Возрастание количества больных с периферическими парезами и параличами гортани в настоящее время обусловлено увеличением числа оперативных вмешательств на органах шеи. Одной из основных причин повреждения ВГН является вариабельность его расположения [Романчишен, 2006]. Поэтому целью данной части исследования явилось изучение индивидуальных анатомических особенностей ВГН в аспекте оптимизации выбора ориентиров для его интраоперационной визуализации.

Настоящее исследование было направлено на изучение анатомических особенностей ВГН в плане взаимоотношений с окружающими структурами на уровне нижнего полюса боковой доли ЩЖ и ниже. Установлено, что особенности расположения ВГН относительно трахеопищеводной борозды (ТПБ) определяются одновременно двумя показателями, введенными впервые: расстоянием между ВГН и ТПБ на уровне нижнего полюса боковой доли ЩЖ и углом отклонения ВГН от ТПБ, который обозначен нами как угол α - угол между ВГН и ТПБ, открытый книзу, вершиной которого служит место пересечения нерва с ТПБ. В зависимости от различного сочетания значений описанных показателей, выделены 3 варианта расположения ВГН по отношению к ТПБ. **Первый вариант** - нерв находится непосредственно в ТПБ. При этом, естественно, угол отклонения и расстояние между нервом и ТПБ равны нулю. **Второй вариант** - нерв лежит на боковой поверхности трахеи вне и параллельно ТПБ. При этом угол α равен 0° , а расстояние между ВГН и ТПБ составляет у мужчин справа $0,7 \pm 0,03$ см ($0,3-1,85$ см), слева - $0,44 \pm 0,02$ см ($0,2-1,0$ см), а у женщин, соответственно, $0,65 \pm 0,04$ см ($0,2-1,1$ см) и $0,28 \pm 0,02$ см ($0,2 - 0,65$ см). Очевидно, что у лиц обоего пола удаление ВГН от ТПБ справа больше, чем слева. **Третий вариант** - нерв расположен под углом к ТПБ. В этом случае угол α имеет значение больше 0° , а расстояние между ВГН и ТПБ на уровне нижнего полюса боковой доли ЩЖ может составлять 0 см или иметь определенное числовое значение. Величина угла α варьировала у мужчин справа от 10° до 60° ($32^\circ \pm 0,7^\circ$), слева - от 10° до 40° ($17,7^\circ \pm 1^\circ$), а у женщин справа - от 10° до 45° ($28,5^\circ \pm 1^\circ$), слева - от 5° до 30° ($15,6^\circ \pm 2^\circ$). Таким образом, средние значения угла α у лиц обоего пола справа больше, чем слева в 2 раза, что свидетельствует о большей вариабельности топографии правого ВГН. Распространение указанных вариантов расположения ВГН относительно ТПБ не имеет существенных половых отличий, но при этом зависит от стороны тела. У лиц обоего пола первый вариант взаимоотношения ВГН с ТПБ характерен преимущественно для левого нерва (у мужчин - в 58% случаев, у женщин - в 65%), а третий вариант - для правого (в 66% и 68,9%, соответственно).

На основании выявленных закономерностей можно обозначить зону возможного расположения ВГН, которая определяется минимальным и максимальным

значением расстояния между ВГН и ТПБ, а также величиной описанного угла α . Необходимо помнить, что чем больше значения данных показателей, тем ВГН располагается ближе к ткани боковой доли ЩЖ и дальше от ТПБ. Это может повысить риск повреждения ВГН при мобилизации нижнего полюса боковой доли ЩЖ и затруднить визуализацию ВГН при использовании ТПБ в качестве ориентира во время операции.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Получены новые данные по индивидуальной ана-

томической изменчивости ПЩЖ и ВГН, представляющие собой важную информацию для хирургов эндокринологических отделений и врачей ультразвуковой диагностики для предотвращения ошибок при выполнении диагностических и лечебных манипуляций.

Предполагается получить новые данные о хирургической анатомии ПЩЖ (паращитовидных желез) и ВГН (возвратного гортанного нерва) при доброкачественных и злокачественных новообразованиях ЩЖ (щитовидной железы) и ПЩЖ (паращитовидных желез) с целью оптимизации алгоритма интраоперационного поиска ПЩЖ и ВГН в условиях зубной патологии.

Литература

- Беков Д.Б. Изучение индивидуальной анатомической изменчивости - одна из задач современной морфологии /Д.Б.Беков //Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1991. - №7-8. - С. 85-88.
- Беков Д.Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека /Беков Д.Б. - Киев: Здоровья, 1988. - 223 с.
- Валькер Ф.И. Значение учения о крайних формах изменчивости органов, систем и тканей человека для возрастной анатомии, для клиники /Ф.И. Валькер //Вест. хирургии. - 1946. - №4. - С. 3-7.
- Клиорин А.И. Биологические проблемы учения о конституциях человека /А.И.Клиорин, В.П.Чтецов. - Л.: Наука, 1979. - 164 с.
- Лаврова Т.Ф. О норме в топографической анатомии /Т.Ф.Лаврова //Арх. анат. гист. и эмбриол. - 1969. - №2. - С. 82-88.
- Максименков А.Н. Учение об изменчивости органов и систем тела человека /А.Н.Максименков //Вестник хирургии. - 1957. - №8. - С. 3-19.
- Маргорин Е.М. Индивидуальная анатомическая изменчивость человека: метод. пособие /Маргорин Е.М. - Л.: Медицина, 1975. - 35 с.
- Михайлов С.С. Развитие учения об индивидуальной изменчивости органов и систем тела человека в трудах А.Н. Максименкова и его школы /С.С.Михайлов //Вопросы клинической анатомии и экспериментальной хирургии. - 1972. - С. 7-15.
- Патент № 2119297 RU Класс C16A61B5/117, G01N1/30. Способ идентификации околотщитовидных желез на трупном материале /Огнерубов Н.А., Малеев Ю.В.; заявл. 10.10.96, Бюл. №27. - 2 с.
- Раубер А. Руководство по анатомии человека: в 4 т. /Раубер А. - СПб., 1911. - Т.4. - С. 404.
- Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратного гортанного и добавочного нервов при операциях по поводу заболелваний щитовидной железы: дис...канд. мед. наук / Романчишен Ф.А. - СПб, 2006. - 128 с.
- Савенок В.У. Щитовидная железа: хирургическое лечение рака и доброкачественных опухолей с профилактикой гипопаратиреоза /В.У.Савенок, Н.А.Огнерубов. - Воронеж: ВГУ, 1995. - 111 с.
- Шевкуненко В.Н. Типовая анатомия человека /В.Н.Шевкуненко, А.М.Геселевич. - Л: Биомедгиз, 1935. - 231 с.
- Alveryd A. Parathyroid glands in thyroid surgery /A.Alveryd //Acta chir. - Scand., 1968. - Suppl. 389. - 120 p.
- Lahey F.H. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy /F.H.Lahey //Surg. Gynecol. Obstet. - 1938. - Vol.66. - P. 774-777.
- Lenquist S. Total thyroidectomy with safe preservation of the laryngeal nerves and parathyroid glands /S.Lenquist. - Chycago: American College of Surgeons Film Library, 1991.
- Mansberger A.R. Surgical embryology and anatomy of the thyroid and parathyroid glands /A.R.Mansberger //Surg. Clin. North Am. - 1993. - Vol.73, №4. - P. 727-746.
- Rice D.H. Surgery of the parathyroid glands /D.H.Rice //Otolaryngol. Clin. North Am. - 1996. - Vol.29, № 4. - P. 693-699.
- Wang C. The anatomic basis of parathyroid surgery /C.Wang //Ann. Surg. - 1976. - Vol.183, №3. - P. 271-275.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ПАРАЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ, ПОВОРОТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА В АСПЕКТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Малєєв Ю.В., Черних А.В., Шмакова Н.М.

Резюме. Стаття присвячена проблемі вивчення індивідуальної мінливості щитоподібної і паращитоподібних залоз, поворотного гортанного нерва в аспекті їх можливих інтраопераційних ушкоджень. На основі топографо-анатомічних досліджень (426 осіб обох статей) вивчені особливості хірургічної анатомії паращитоподібних залоз, поворотного гортанного нерву як фактори ризику виникнення діагностичних помилок і розвитку операційних ускладнень. Обговорюються нові підходи до класифікації паращитоподібних залоз, методики візуалізації поворотного гортанного нерву і паращитоподібних залоз при оперативних втручаннях на органах ший.

Ключові слова: індивідуальна мінливість щитоподібної і паращитоподібних залоз, поворотного гортанного нерва, інтраопераційні ушкодження.

FEATURES OF THE SURGICAL ANATOMY OF THE PARATHYROID GLANDS, RECURRENT LARYNGEAL NERVE IN THE ASPECT OF PREVENTING OPERATIVE COMPLICATIONS

Maleev Y.V., Chernykh A.V., Shmakova, N.M.

Summary. The article deals with the study of the problem of individual parathyroid glands variability, recurrent laryngeal nerve. On the basis of topographic and anatomical studies (426 individuals of both sexes) the features of surgical anatomy of the parathyroid glands, recurrent laryngeal nerve as risk factors for the development of diagnostic errors and operational complications were studied. New approaches to parathyroid glands classification, visualization techniques recurrent laryngeal nerve and parathyroid glands in

surgery of neck organs are being discussed.

Key words: *individual variability, parathyroid gland, recurrent laryngeal nerve, intraoperative injury.*

© Мищенко В.В., Мерлич С.В.

УДК: 616.33/34-002,44-089

ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Мищенко В.В., Мерлич С.В.

Одесский государственный медицинский университет, кафедра хирургии № 1 (Валиховский переулок, 2, г. Одесса, Украина, 65082)

Резюме. Проведен анализ 576 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, содержания токсичных металлов (свинец, кадмий) в воздухе, почве, воде. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки характерна для возрастной группы до 30 лет - 247 (42,9%). Соотношение частоты перфоративной язвы у мужчин и женщин в среднем составило 3,6:1. С возрастом удельный вес частоты перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин прогрессивно увеличивается. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки наблюдалась у 352 (61,1%) больных, перфоративная язва желудка - у 224 (38,9%), что составило 1,6:1. Соотношение перфоративной язвы желудка у мужчин и женщин составило 1,9:1, перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки - 6,2:1. В промышленных районах и местах с интенсивным движением транспорта содержание токсических металлов превышало предельно допустимые концентрации. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки чаще наблюдалась у больных из наиболее загрязненных районов города, а частота перфораций у женщин превышает такой показатель у мужчин на 13,9% или 1,2 раза. У 311 (54,0%) больных перфорация наступила на фоне бессимптомного течения язвенной болезни. Перфорация язвы при отсутствии язвенного анамнеза наблюдалась у женщин на 17,3% или 1,3 раза чаще, чем у мужчин.

Ключевые слова: язва желудка, двенадцатиперстная кишка, условия окружающей среды.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы). По данным литературы, распространенность ЯБЖ и ДПК среди взрослого населения составляет в разных странах от 3,5 до 12% [Гринберг, 2000]. В Украине за последние 15 лет отмечено увеличение заболеваемости ЯБЖ и ДПК на 35,4% [Голубчиков, 2000].

Перфорация язвы - одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений ЯБЖ и ДПК. Литературные источники свидетельствуют, что частота перфораций по отношению ко всем случаям язвенной болезни колеблется от 3 до 30% [Макарова и др., 1995].

Общеизвестно, что чаще ЯБЖ и ДПК страдают мужчины. Так, в 70-е годы соотношение полов составляло 30:1 [Гринберг, 2000]. В последние годы под влиянием факторов экономического, социального, экологического воздействия данное соотношение значительно изменилось, изменились и другие характеристики язвенной болезни.

В промышленных районах и местах с интенсивным движением автотранспорта по ходу улиц мегаполиса уровень нагрузки на организм со стороны токсичных микроэлементов, особенно свинца, кадмия, возрос, что не может не сказываться на уровне здоровья населения. Содержание их в воздухе, почве,

питьевой воде превышает предельно допустимые концентрации [Засипка, 2002].

Явления хронического стресса характерны для всего населения, однако женский организм, в силу своих особенностей, своеобразно реагирует на происходящее [Дегтярева, Харченко, 1995], что привело к тенденции увеличения частоты перфораций язвы у лиц женского пола и требует уточнения этиопатогенетических механизмов развития ЯБЖ и ДПК.

Целью данной работы было, по данным клиники, изучить структуру заболеваемости ЯБЖ и ДПК, осложненной перфорацией, в современных условиях окружающей среды.

Материалы и методы

За последние пять лет в клинике кафедры хирургии №1 находилось на лечении 576 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (ПЯЖ и ДПК). Произведен анализ содержания токсичных металлов в воздухе, почве, воде по данным обласной СЭС за последние пять лет.

Результаты. Обсуждение

Из общего количества больных мужчин было 450 (78,1%), женщин - 126 (21,9%) в возрасте от 17 до 87 лет (табл. 1).

Наиболее часто ПЯЖ и ДПК наблюдалась в возрастной группе до 30 лет - 247 (42,9%) больных, в возрасте 31-45 лет - 168 (29,2%), 46-60 лет - 115 (20,0%),

Таблиця 1. Распределение больных по возрасту.

Пол	Возраст (лет)								Всего	
	До 30		31-45		46-60		>60			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	226	65,8	127	28,2	73	16,2	24	5,3	450	78,1
Жен.	21	16,6	41	32,5	42	33,3	22	17,5	126	21,9
Всего	247	42,9	168	29,2	115	20,0	46	8,0	576	100

Таблиця 2. Распределение больных по локализации перфорации.

Пол	ПЯЖ		ПЯДПК		ПЯЖ и ДПК без язв. анамнеза		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	147	32,7	303	68,4	226	50,2	450	78,1
Жен.	77	34,4	49	38,9	85	67,5	126	21,9
Всего	224	38,9	352	61,1	311	54,0	576	100

Таблиця 3. Распределение больных в зависимости от степени загрязнения среды обитания.

Пол	Высокий уровень загрязнения		Низкий уровень загрязнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	341	75,8	109	24,2	450	78,1
Жен.	113	89,7	13	10,3	126	21,9
Всего	454	78,8	122	21,2	576	100

Таблиця 4. Распределение больных в зависимости от наличия язвенного анамнеза.

Пол	Отсутствие язвенного анамнеза		Наличие язвенного анамнеза		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	226	50,2	224	49,8	450	78,1
Жен.	85	67,5	41	32,5	126	21,9
Всего	311	54,0	265	46,0	576	100

старше 60 лет - 46(8,0%). Соотношение частоты перфоративной язвы у мужчин и женщин в возрастном аспекте по абсолютным показателям было следующим: до 30 лет - 10,8:1; 31-45 лет - 3,1:1; 46-60 лет - 1,7:1; старше 60 лет - 1,1:1. В среднем - 3,6:1. Более наглядное представление о соотношении полов в каждой возрастной группе представлено при сравнении относительных показателей от общего количества мужчин и женщин. Так, в возрастной группе до 30 лет этот показатель равнялся 4:1; 31-45 лет - 1:1,2; 46-60 лет - 1:2,1; старше 60 лет - 1:3,3. Как видно из полученных данных, с возрастом удельный вес частоты ПЯЖ и ДПК у женщин прогрессивно увеличивается, при сохранении большей частоты в среднем у мужчин.

Анализ локализации перфорации показал (табл. 2), что ПЯДПК наблюдалась у 352(61,1%) больных, различных отделов желудка - у 224(38,9%), что составило 1,6:1 (табл. 2).

При этом ПЯЖ наблюдалась у 147(32,7%) из 450

мужчин и у 77(34,4%) -женщин, что составило 1:1,1. ПЯДПК отмечена у 303(68,4%) мужчин и у 49(38,9%) женщин. Соотношение - 1,8:1. Таким образом, ПЯЖ чаще встречается у женщин, ПЯДПК - у мужчин.

По данным областной СЭС за 1999-2001 гг. [Засыпка, 2002], экологические показатели качества воды, воздуха, почвы вдоль улиц с интенсивным и неинтенсивным движением автомобильного транспорта имеют достоверные отличия с данными в целом по г. Одесса. Минимальное содержание свинца в воздухе составляло 0,7 мкг/м³, максимальный - 2,3 мкг/м³. Содержание кадмия в атмосферном воздухе превышало предельно допустимые концентрации (ПДК) в 1,7-2,5 раза. Среднее содержание свинца в питьевой воде главных водозаборов и распределительной сети города не превышало 1 мкг/л при норме 0,02 мкг/л. Содержание кадмия составляло 6 мкг/л и не превышало санитарные стандарты, но приближалось к верхней границе нормы. Фоновое значение содержания свинца в почве жилой зоны составляло 20 мг/кг, кадмия - 0,53 мг/кг. В промышленных районах и местах с интенсивным движением транспорта содержание свинца в почве превышало ПДК у 4,5 раза, кадмия - у 2,5 раза.

ЯБЖ и ДПК как преморбидный фон развития перфорации, чаще наблюдалась у больных из наиболее загрязненных районов города (454(78,8%)) (табл. 3). Частота ПЯЖ и ДПК у мужчин, проживающих в местах с высоким уровнем содержания токсичных металлов (свинец, кадмий), составила 341(75,8%) наблюдения от общего количества больных мужского пола, женщин - 113(89,7%). Как видно из полученных данных, частота перфораций у женщин, проживающих в неблагополучных в экологическом отношении районах с высоким содержанием токсичных металлов в воде, воздухе, почве превышает такой показатель у мужчин на 13,9% или 1,2 раза и может свидетельствовать о более высокой восприимчивости женского организма воздействию факторов внешней и внутренней среды.

В клиническом аспекте у 311(54,0%) больных перфорация наступила на фоне бессимптомного течения ЯБ, что с одной стороны затрудняет диагностику заболевания, с другой - вносит свои коррективы в выборе объема хирургического вмешательства (табл. 4).

Перфорация язвы при отсутствии язвенного анамнеза наблюдалась у 226(50,2%) мужчин и у 85(67,5%) женщин, что на 17,3% или в 1,3 раза больше.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Особенностью перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в современных условиях является их возникновение без предшествующих клинических признаков ЯБЖ и ЯБДПК.

2. Прослеживаются четко выраженные структурные

изменения в заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки во взаимосвязи с полом и действием факторов окружающей среды.

Проблема требует более глубокого изучения, направленного на выяснение этиопатогенетических механизмов язвенной болезни в современных условиях окружающей среды.

Литература

Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення /М.В.Голубчиков //Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - №1. - С. 20-24.

Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия / Гринберг А.А. - Мос-

ква: "Триада X", 2000. - 496 с.
Дегтярева И.И. Язвенная болезнь: современные аспекты диагностики и лечения /И.И.Дегтярева, Н.В.Харченко. - Київ: "Здоров'я", 1995. - 332 с.

Засипка Л.Г. Доповідь про санітарно-епідеміологічну ситуацію в Одеській

області у 2001 році /Засипка Л.Г. - Одеса, 2002. - 76 с.

Макарова Н.П. Перспективі хирургического лечения язвенной болезни / Н.П.Макарова, В.Н.Пермяков, В.Г.Трушин //Тез. докл. VIII Всероссийского съезда хирургов. - Краснодар, 1995. - С. 192-193.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Мищенко В.В., Мерліч С.В.

Резюме. Проведено аналіз 576 хворих з перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, вміст токсичних металів (свинець, кадмій) в повітрі, ґрунті, воді. Перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки характерна для вікової групи до 30 років - 247(42,9%). Співвідношення частоти перфоративної виразки у чоловіків і жінок в середньому становила 3,6:1. З віком питома вага частоти перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки у жінок прогресивно збільшується. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки спостерігалася у 352(61,1%) хворих, перфоративна виразка шлунка - у 224(38,9%), що становило 1,6:1. Співвідношення перфоративної виразки шлунка у чоловіків і жінок склало 1,9:1, перфоративної виразки дванадцятипалої кишки - 6,2:1. У промислових районах і місцях з інтенсивним рухом транспорту вміст токсичних металів перевищував гранично допустимі концентрації. Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки частіше спостерігалася у хворих з найбільш забруднених районів міста, а частота перфорацій у жінок перевищує такий показник у чоловіків на 13,9%, або у 1,2 рази. У 311 (54,0%) хворих перфорація настала на тлі безсимптомного перебігу виразкової хвороби. Перфорація виразки за відсутності виразкового анамнезу спостерігалася у жінок на 17,3%, або у 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків.

Ключові слова: виразка шлунка, дванадцятипалої кишки, умови навколишнього середовища.

FEATURES OF THE PERFORATED ULCER OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER IN MODERN CONDITIONS OF ENVIRONMENT

Mischenko V.V., Merlich S.V.

Summary. An analysis is conducted on the 576 patients with perforated ulcer of gastric and duodenum ulcer, maintenances of toxic metals (lead, cadmium) in air, soil, water. The perforated ulcer of gastric and duodenum ulcer is characterized for the aged group of 30 years old - 247(42,9%). Correlation of frequency of ulcer perforation for men and women on the average was 3,6:1. With the age the specific gravity of frequency of the perforated ulcer of gastric and duodenal ulcer for women increases progressively. The 352(61,1%) patients had the perforated ulcer of duodenum, the 224(38,9%) patients had the perforated ulcer of gastric, that it was 1.6:1. The correlation of the perforated ulcer of gastric for men and women was 1.9:1, the perforated ulcer of duodenum - 6,2:1. In the industrial districts and places with intensive traffic, the maintenance of toxic metals exceeded maximum concentrations. The patients from the dirty districts of the town had frequently the gastric and duodenal ulcer, and frequency of perforations for women exceeds such index for men on 13,9% or 1,2 times. The 311 (54,0%) patients had a perforation on a background of the without symptoms ulcerous illness. The perforation of ulcer in default of ulcerous anamnesis was observed for women on 17,3% or 1,3 time more frequent than for men.

Key words: gastric ulcer, duodenum ulcer, conditions of environment.

© Мосиенко Б.И.

УДК: 617.55-089-089.5+616-036.882-08

К ВОПРОСУ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Мосиенко Б.И.

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины" (въезд Балакирева, 1, г.Харьков, Украина, 61018)

Резюме. В работе представлены результаты изучения сократительной способности миокарда у пациентов во время расширенных оперативных вмешательств. Указано на то, что показатели сократительной способности миокарда свиде-

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Особенностью перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в современных условиях является их возникновение без предшествующих клинических признаков ЯБЖ и ЯБДПК.

2. Прослеживаются четко выраженные структурные

изменения в заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки во взаимосвязи с полом и действием факторов окружающей среды.

Проблема требует более глубокого изучения, направленного на выяснение этиопатогенетических механизмов язвенной болезни в современных условиях окружающей среды.

Литература

Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення /М.В.Голубчиков //Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - №1. - С. 20-24.

Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия / Гринберг А.А. - Мос-

ква: "Триада X", 2000. - 496 с.
Дегтярева И.И. Язвенная болезнь: современные аспекты диагностики и лечения /И.И.Дегтярева, Н.В.Харченко. - Київ: "Здоров'я", 1995. - 332 с.

Засипка Л.Г. Доповідь про санітарно-епідеміологічну ситуацію в Одеській

області у 2001 році /Засипка Л.Г. - Одеса, 2002. - 76 с.

Макарова Н.П. Перспективі хирургического лечения язвенной болезни / Н.П.Макарова, В.Н.Пермяков, В.Г.Трушин //Тез. докл. VIII Всероссийского съезда хирургов. - Краснодар, 1995. - С. 192-193.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Міщенко В.В., Мерліч С.В.

Резюме. Проведено аналіз 576 хворих з перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, вміст токсичних металів (свинець, кадмій) в повітрі, ґрунті, воді. Перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки характерна для вікової групи до 30 років - 247(42,9%). Співвідношення частоти перфоративної виразки у чоловіків і жінок в середньому становила 3,6:1. З віком питома вага частоти перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки у жінок прогресивно збільшується. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки спостерігалася у 352(61,1%) хворих, перфоративна виразка шлунка - у 224(38,9%), що становило 1,6:1. Співвідношення перфоративної виразки шлунка у чоловіків і жінок склало 1,9:1, перфоративної виразки дванадцятипалої кишки - 6,2:1. У промислових районах і місцях з інтенсивним рухом транспорту вміст токсичних металів перевищував гранично допустимі концентрації. Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки частіше спостерігалася у хворих з найбільш забруднених районів міста, а частота перфорацій у жінок перевищує такий показник у чоловіків на 13,9%, або у 1,2 рази. У 311 (54,0%) хворих перфорація настала на тлі безсимптомного перебігу виразкової хвороби. Перфорація виразки за відсутності виразкового анамнезу спостерігалася у жінок на 17,3%, або у 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків.

Ключові слова: виразка шлунка, дванадцятипалої кишки, умови навколишнього середовища.

FEATURES OF THE PERFORATED ULCER OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER IN MODERN CONDITIONS OF ENVIRONMENT

Mischenko V.V., Merlich S.V.

Summary. An analysis is conducted on the 576 patients with perforated ulcer of gastric and duodenum ulcer, maintenances of toxic metals (lead, cadmium) in air, soil, water. The perforated ulcer of gastric and duodenum ulcer is characterized for the aged group of 30 years old - 247(42,9%). Correlation of frequency of ulcer perforation for men and women on the average was 3,6:1. With the age the specific gravity of frequency of the perforated ulcer of gastric and duodenal ulcer for women increases progressively. The 352(61,1%) patients had the perforated ulcer of duodenum, the 224(38,9%) patients had the perforated ulcer of gastric, that it was 1.6:1. The correlation of the perforated ulcer of gastric for men and women was 1.9:1, the perforated ulcer of duodenum - 6,2:1. In the industrial districts and places with intensive traffic, the maintenance of toxic metals exceeded maximum concentrations. The patients from the dirty districts of the town had frequently the gastric and duodenal ulcer, and frequency of perforations for women exceeds such index for men on 13,9% or 1,2 times. The 311 (54,0%) patients had a perforation on a background of the without symptoms ulcerous illness. The perforation of ulcer in default of ulcerous anamnesis was observed for women on 17,3% or 1,3 time more frequent than for men.

Key words: gastric ulcer, duodenum ulcer, conditions of environment.

© Мосиенко Б.И.

УДК: 617.55-089-089.5+616-036.882-08

К ВОПРОСУ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Мосиенко Б.И.

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины" (въезд Балакирева, 1, г.Харьков, Украина, 61018)

Резюме. В работе представлены результаты изучения сократительной способности миокарда у пациентов во время расширенных оперативных вмешательств. Указано на то, что показатели сократительной способности миокарда свиде-

тельствуют об угнетении сократительной способности миокарда в травматический этап операции и в ранний послеоперационный период.

Ключевые слова: период изгнания, длительность сердечного цикла, расширенное оперативное вмешательство.

Введение

Сердечно-сосудистая система, по мнению Р.М.Баевского, А.П.Берсеновой [1997] с ее многоуровневой регуляцией представляет собой функциональную систему, конечным результатом деятельности которой является обеспечение заданного уровня функционирования целостного организма. Обладая сложным нервно-рефлекторным и нейрогуморальными механизмами, система кровообращения обеспечивает своевременное адекватное кровоснабжение соответствующих структур [Баевский, Берсенева, 1997]. В медицине критических состояний, по данным Е.И.Чазова, Ю.Н.Беленкова [2005], диагностика функционирования этой системы занимает одно из главных мест, так как деятельность сердечно-сосудистой системы (ССС) во многом определяет эффективность протекания процессов метаболизма, переноса кислорода и углекислого газа, терморегуляции.

По мнению А.П.Зильбера [1996], оценка деятельности ССС при анестезиологическом мониторинге осуществляется путем регистрации механических, акустических и биоэлектрических проявлений сердечной деятельности, наиболее доступных для регистрации во время наркоза. Среди показателей центральной и периферической гемодинамики наибольшую ценность представляют собой параметры сердечного ритма, артериального и венозного давления крови, сердечного выброса, которые так же позволяют судить о сократительной способности миокарда [Белугин, 2003; Зильбер, 1996].

По данным Т.И.Чабан с соавторами [2009], снижение сократительной способности миокарда может развиться также в результате истощения резервов уменьшенного объема функционирующей сердечной мышцы, главными причинами которого являются кардиосклероз или дегенеративные изменения миокарда, характерные для ишемической болезни сердца (ИБС). Снижение сократительной способности сердца чаще всего оказывается следствием изменений в метаболизме миокарда, в результате которых нарушается способность сердечной мышцы преобразовывать химическую энергию обмена веществ в механическую энергию сокращения [Чабан и др., 2009; Kearney et al., 2003]. Таким образом, изучение variability сократительной способности миокарда у пациентов, перенесших расширенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, позволяет характеризовать изменения эффективности метаболических процессов. Выяснение динамики отдельных показателей сократительной способности миокарда в зависимости от этапа оперативного лечения послужило целью данного исследования.

Материалы и методы

Исследование проводилось у 75 пациентов, возраст которых составил $64,6 \pm 1,6$ г, оперированных по поводу рака желудочно-кишечного тракта в стадии T2-3NxMo. Объем операции составил: резекция части органа с опухолью. Все пациентам проведено общее обезболивание на основе тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких. Все пациенты были рандомизированы по полу, возрасту, исходному состоянию сократительной способности миокарда, объему перенесенного оперативного лечения и длительности операции. Исследование проводилось в 12 этапов: за 24 часа до операции, за 12 часов, период премедикации, начало операции, травматический этап операции, конец операции, через семь часов после операции, в 1-е, 3, 7, 14 и 28-е сутки после оперативного лечения. Измерение variability сократительной способности миокарда производилась на реографе REGINA 2000 с использованием адаптированной компьютерной программы. Изучению подлежало величина продолжительности периода изгнания (ПИ $0,25 \pm 0,05$ сек.) и длительность сердечного цикла (ДСЦ $0,8 \pm 0,025$ сек.). Статистическая обработка данных была проведена на основе t-критерия Стьюдента и непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Обсуждение

В результате проведенного исследования констатируется, что показатель ПИ за 24 часа до оперативного вмешательства на 3,1% превышает ($p < 0,05$) исходный уровень данной величины (табл. 1). В последующем - за 12 часов до операции и в период премедикации данный показатель сохраняет свою тенденцию к повышению ($p < 0,05$) на 3,83% относительно исходных данных. В начальный период данная величина повышается ($p < 0,05$) на 4,24%, в травматический этап на 15,6%, а в конце операции лишь на 4,2% относительно исходных данных. Описанная динамика величины ПИ указывает на то, что оперативное лечение на фоне общей анестезии негативным образом влияет на сократительную способность миокарда, способствуя компенсаторному увеличению длительности времени сокращения. Через семь часов после оперативного лечения отмечено повторный пик тенденции к повышению величины ПИ на 8,6%, а в первые сутки на 14,8% с максимальным повышением величины ПИ на 21,6% на третьи сутки после оперативного лечения относительно исходных данных. В последующем на седьмые сутки отмечено постепенное уменьшение ($p < 0,05$) данной величины на 6,1% относительно предыдущего этапа исследования, на 17,6% на 14-е сутки после операции с возвращением к исходным данным на 28-е сутки.

Таблиця 1. Динамика сократительной способности миокарда в группе исследования.

Этап исследования	Показатель	
	ПИ, сек.	ДСЦ, сек.
За 24 часа до операции	0,2579±0,0011	0,831±0,098
За 12 часов до операции	0,2596±0,0023	0,826±0,0413
Этап премедикации	0,2595±0,0019*	0,838±0,0419
Начало операции	0,2606±0,0192	0,863±0,0431
Травматический этап операции	0,289±0,0119*	0,985±0,0492
Конец операции	0,2605±0,0231	0,869±0,0434
Через 7 часов после операции	0,2715±0,0117	0,88±0,044
Первые сутки	0,2872±0,0116	0,917±0,0458
Третьи сутки	0,3042±0,0214*	1,023±0,0511
Седьмые сутки	0,02889±0,011*	0,913±0,0456
14 сутки	0,2601±0,0213	0,84±0,042
28 сутки	0,2576±0,0011	0,818±0,0409

Примечание. * - $p < 0,05$ относительно предыдущего этапа исследования.

Следовательно, динамика величины ПИ характеризуется волнообразным течением. Пиковые значения отмечаются в период оперативного вмешательства и на третьи сутки после оперативного лечения. Интересным фактом есть то, что второй пик удлинения времени сокращения миокарда констатированный на третьи сутки, непосредственным образом не взаимосвязан с проведенным оперативным лечением. На этом основании возможно предположение о компенсаторной реакции миокарда на исходно повышенное значение величины ПИ, свидетельствующей о наличии первоначальной несостоятельности сердечной мышцы эффективно реагировать на изменяющиеся условия функционирования. Таким образом, наличие исходной тенденции к неэффективному сокращению миокарда, наблюдаемому в предоперационный период, проявляется не только непосредственно во время операции, но и в течение послеоперационного периода. В частности, на третьи сутки, когда угроза ранних операционных осложнений миновала.

Анализ динамики показателя ДСЦ свидетельствовал о его повышении ($p < 0,05$) за 24 часа на 3,8% относительно исходного уровня (табл. 1). На следующем этапе - за 12 часов до операции исследуемый показатель превышал ($p < 0,05$) исходный уровень на 3,2%. В дальнейшем, ДСЦ сохранял тенденцию к повышению ($p < 0,05$) как на этапе премедикации на 4,7%, так и в начале оперативного вмешательства - на 7,8% относительно исходного уровня. Следует отметить, что в травматический этап операции констатировано повышение ($p < 0,05$) ДСЦ на 23,1%. К концу операции ДСЦ принимает обратную тенденцию к снижению ($p < 0,05$) на 14,5% относительно предыдущего значения. Через семь часов после окончания оперативного вмешательства от-

мечалась повторное повышение величины ДСЦ ($p < 0,05$) на 10%, которое сохранялось и в первые сутки - превышение исходных данных на 14,6%, а к третьим суткам достигало пиковых значений с превышением ($p < 0,05$) на 27,8% относительно исходных данных. На конечных этапах исследования было констатировано снижение ($p < 0,05$) исследуемой величины на 13,7% от предыдущего значения, через семь суток после операции. На 14-е сутки показатель превышал ($p < 0,05$) исходный уровень на 5,1%, а к 28 суткам на 2,2%. Таким образом, величина ДСЦ у пациентов с расширенными оперативными вмешательствами на конечных этапах исследования остается вне пределов

Таким образом, динамика показателя общей сократительной способности миокарда на этапах предстоящего оперативного вмешательства и непосредственно в период оперативного лечения, а также в послеоперационном периоде соответствовали волнообразной динамике отдельного компонента сократительной способности миокарда ПИ. Пиковые значения величины ПИ наблюдались в травматический этап операции и на третьи сутки после проведенного оперативного лечения. Динамика величины ДСЦ свидетельствовала о компенсаторном увеличении общего времени сердечного цикла, обусловленного увеличением продолжительности отдельных компонентов сердечной деятельности.

Исходные данные, свидетельствующее об исходном напряжении сократительной способности миокарда, указывают на путь физиологической адаптации миокарда в условиях общего обезболивания. Он состоит в удлинении времени сокращения миокарда за счет увеличения длительности сокращения компонентов сердечного цикла. Увеличение длительности сердечного цикла, обусловленное удлинением времени отдельных компонентов сократимости миокарда, указывает на неоднозначность диагностической ценности их изучения для определения эффективности сократимости миокарда, что определяет перспективу дальнейших исследований.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Сократительная способность миокарда у пациентов при расширенных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости определяется общей длительностью сердечного цикла.

2. Вариабельность сердечного цикла характеризуется волнообразным течением, зависит от этапа оперативного лечения и обуславливается изменением длительности времени сократимости миокарда.

3. Исходное уменьшение эффективности сократительной способности миокарда, проявляющееся в удлинении времени сократимости, максимально выражено в период оперативного лечения и на третьи сутки после него.

4. Путь физиологической адаптации миокарда состоит в удлинении времени сокращения миокарда за счет увеличения длительности сокращения отдельных компонентов сердечного цикла.

Полученные результаты относительно динамики отдельных показателей сократительной способности миокарда в зависимости от этапа оперативного лечения несомненно полезны для медицинской практики.

Литература

- Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний /Р.М.Баевский, А.П.Берсенева. - М.: Медицина, 1997. - 236 с.
- Белугин Р.С. Факторы, влияющие на периоперационную ишемию миокарда у больных ИБС при ТУР /Р.С.Белугин //Анестезиология и реаниматология. - 2003. - №4. - С.13.
- Зильбер А.П. Этюды критической медицины. Т.1. /Зильбер А.П. - Петрозаводск, 1996. - 124 с.
- Чабан Т.И. Возможности анализа электрокардиограммы в фазовом пространстве и вариабельности сердечного ритма у амбулаторных больных с гипертонической болезнью /Т.И.Чабан, А.И.Чайковский, Л.С.Файнзильберг // Украинский медицинский часопис. - 2009. - №2. - С. 24.
- Чазов Е.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний /Е.И.Чазов, Ю.Н.Беленков. - М.: Медицина, 2005. - 456 с.
- Charlson M.E. Clinical practice. Care after coronary-artery bypass surgery /M.E.Charlson, O.W.Isom //England Journal Medicine. - 2006. - Vol.348. - P. 1456-1463.
- Farrow S. Frequency of a deletion polymorphism in the gene for angiotensin converting enzyme is increased in African-Americans with hypertension /S.Farrow, J.Wang // American Journal Hypertension. - 2004. - Vol.7. - P. 759-762.
- Kearneg M. A prognostic index to predict long-term mortality in patients with mild to moderate chronic heart failure stabilised on angiotensin converting enzyme inhibitors /M.Kearneg, J.Nolan, A.Lee //European Journal Heart Failure. - 2003. - Vol.5. - P. 489-497.

ДО ПИТАННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ МІОКАРДА В ПАЦІЄНТІВ ПРИ РОЗШИРЕНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Мосієнко Б.І.

Резюме. В роботі представлені результати вивчення скорочувальної спроможності міокарда у пацієнтів під час розширених оперативних втручань. Вказано на те, що показники скорочувальної функції міокарда свідчать про пригнічення скорочувальної здатності на травматичному етапі операції та в ранній післяопераційний період.

Ключові слова: період вигнання, тривалість серцевого циклу, розширене оперативне втручання.

TO THE QUESTION OF VARIABILITY CONTRACTIVE CAPABILITY OF THE MYOCARDIUM AT PATIENTS AT THE EXPANDED OPERATIVE INTERVENTIONS ON THE ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Mosienko B.I.

Summary. In the work the results of study contractive capability of the myocardium at the patients during extended operative intervention are presented. It is pointed that the parameters of contractive capability of the myocardium testify to an oppression contractive capability of the myocardium in the traumatic stage of operation and in the early postoperative period.

Key words: the period of exile, duration of an cardiac cycle, extended operative intervention.

© Мунтян О.С.

УДК: 616.24-002-089:615.232.:612.063:543.635.4:612.017

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПНЕВМОНІЙ

Мунтян О.С.

ДЗ "Дорожня клінічна лікарня станції Дніпропетровськ ДП "Придніпровська залізниця" (вул. Д. Кедріна, 55, м. Дніпропетровськ, Україна, 49047)

Резюме. Проведене дослідження змін показників функції зовнішнього дихання та бактеріального спектру у хірургічних хворих у процесі оперативного лікування і на цій основі визначені ефективні методи лікування та профілактики післяопераційних пневмоній. Рациональне поєднання призначення азитроміцину (сумамеду) і амброксолу (лазолвану) сприяє підвищенню ефективності антибактеріальної терапії при порушенні функції бронхо-легеневої ланки апарату зовнішнього дихання, зменшуючи ризик розвитку післяопераційних пневмоній.

Ключові слова: пневмонія, лікування, профілактика, функція зовнішнього дихання, бактеріограми, антибіотикотерапія, муколітики.

Вступ

У післяопераційному періоді одним з найчастіших ускладнень є пневмонія [Авдеев, Чучалин, 2000]. Післяопераційні пневмонії залежно від характеру перенесеної операції зустрічаються в середньому у 1,1% всіх оперованих хворих, що складає 12% інфекційних усклад-

нень. Основне місце в лікуванні пневмоній належить антибактеріальним препаратам [Дворецкий, 2002; Ефименко и др., 2004; Страчунский и др., 2000]. Однак не завжди призначення відповідних антибіотиків приводить до бажаного ефекту. У цьому зв'язку актуальним

4. Путь физиологической адаптации миокарда состоит в удлинении времени сокращения миокарда за счет увеличения длительности сокращения отдельных компонентов сердечного цикла.

Полученные результаты относительно динамики отдельных показателей сократительной способности миокарда в зависимости от этапа оперативного лечения несомненно полезны для медицинской практики.

Литература

- Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний /Р.М.Баевский, А.П.Берсенева. - М.: Медицина, 1997. - 236 с.
- Белугин Р.С. Факторы, влияющие на периоперационную ишемию миокарда у больных ИБС при ТУР /Р.С.Белугин //Анестезиология и реаниматология. - 2003. - №4. - С.13.
- Зильбер А.П. Этюды критической медицины. Т.1. /Зильбер А.П. - Петрозаводск, 1996. - 124 с.
- Чабан Т.И. Возможности анализа электрокардиограммы в фазовом пространстве и вариабельности сердечного ритма у амбулаторных больных с гипертонической болезнью /Т.И.Чабан, А.И.Чайковский, Л.С.Файнзильберг // Український медичний часопис. - 2009. - №2. - С. 24.
- Чазов Е.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний /Е.И.Чазов, Ю.Н.Беленков. - М.: Медицина, 2005. - 456 с.
- Charlson M.E. Clinical practice. Care after coronary-artery bypass surgery / M.E.Charlson, O.W.Isom //England Journal Medicine. - 2006. - Vol.348. - P. 1456-1463.
- Farrow S. Frequency of a deletion polymorphism in the gene for angiotensin converting enzyme is increased in African-Americans with hypertension /S.Farrow, J.Wang // American Journal Hypertension. - 2004. - Vol.7. - P. 759-762.
- Kearneg M. A prognostic index to predict long-term mortality in patients with mild to moderate chronic heart failure stabilised on angiotensin converting enzyme inhibitors /M.Kearneg, J.Nolan, A.Lee //European Journal Heart Failure. - 2003. - Vol.5. - P. 489-497.

ДО ПИТАННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ МІОКАРДА В ПАЦІЄНТІВ ПРИ РОЗШИРЕНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Мосієнко Б.І.

Резюме. В роботі представлені результати вивчення скорочувальної спроможності міокарда у пацієнтів під час розширених оперативних втручань. Вказано на те, що показники скорочувальної функції міокарда свідчать про пригнічення скорочувальної здатності на травматичному етапі операції та в ранній післяопераційний період.

Ключові слова: період вигнання, тривалість серцевого циклу, розширене оперативне втручання.

TO THE QUESTION OF VARIABILITY CONTRACTIVE CAPABILITY OF THE MYOCARDIUM AT PATIENTS AT THE EXPANDED OPERATIVE INTERVENTIONS ON THE ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Mosienko B.I.

Summary. In the work the results of study contractive capability of the myocardium at the patients during extended operative intervention are presented. It is pointed that the parameters of contractive capability of the myocardium testify to an oppression contractive capability of the myocardium in the traumatic stage of operation and in the early postoperative period.

Key words: the period of exile, duration of an cardiac cycle, extended operative intervention.

© Мунтян О.С.

УДК: 616.24-002-089:615.232.:612.063:543.635.4:612.017

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПНЕВМОНІЙ

Мунтян О.С.

ДЗ "Дорожня клінічна лікарня станції Дніпропетровськ ДП "Придніпровська залізниця" (вул. Д. Кедріна, 55, м. Дніпропетровськ, Україна, 49047)

Резюме. Проведене дослідження змін показників функції зовнішнього дихання та бактеріального спектру у хірургічних хворих у процесі оперативного лікування і на цій основі визначені ефективні методи лікування та профілактики післяопераційних пневмоній. Рациональне поєднання призначення азитроміцину (сумамеду) і амброксолу (лазолвану) сприяє підвищенню ефективності антибактеріальної терапії при порушенні функції бронхо-легеневої ланки апарату зовнішнього дихання, зменшуючи ризик розвитку післяопераційних пневмоній.

Ключові слова: пневмонія, лікування, профілактика, функція зовнішнього дихання, бактеріограми, антибіотикотерапія, муколітики.

Вступ

У післяопераційному періоді одним з найчастіших ускладнень є пневмонія [Авдеев, Чучалин, 2000]. Післяопераційні пневмонії залежно від характеру перенесеної операції зустрічаються в середньому у 1,1% всіх оперованих хворих, що складає 12% інфекційних усклад-

нень. Основне місце в лікуванні пневмоній належить антибактеріальним препаратам [Дворецкий, 2002; Ефименко и др., 2004; Страчунский и др., 2000]. Однак не завжди призначення відповідних антибіотиків приводить до бажаного ефекту. У цьому зв'язку актуальним

є вивчення функції зовнішнього дихання хворих різною хірургічною патологією в процесі планового і ургентного оперативного лікування і на цій основі визначення ефективних методів лікування та профілактики післяопераційних пневмоній. Метою дослідження було вивчення ефективності поєданого призначення антибіотиків з амброксомом при порушенні функції бронхолегеневої ланки апарату зовнішнього дихання.

Матеріали та методи

Для вивчення причин, що сприяють розвитку післяопераційних пневмоній нами були проаналізовані показники функції зовнішнього дихання у 215 хворих до і у 130 хворих після оперативного лікування з хірургічною патологією органів черевної порожнини у термін з 2008 по 2009 рік. Чоловіків було 65, жінок 150. Обстеження виконувалися на автоматизованому діагностичному комплексі "Спіролан" вітчизняного виробництва. Були проведені такі спірографічні дослідження: частота дихання (ЧД), дихальний об'єм (ДО), хвилинний об'єм дихання (ХОД), життєва ємність легень на вдиху (ЖЕЛ вд.), резервний об'єм вдиху (РО вд.) та видиху (РО вид.), максимальна вентиляція легень (МВЛ), резервне дихання (РД=МВЛ-ХОД), кінцевий дихальний резерв (КДР), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), об'єм форсованого видиху за 1 сек. (Офв1), відношення Офв1 до ФЖЕЛ у %, середня об'ємна швидкість на ділянці 25%-75% ФЖЕЛ (СОШ 25-75 л/с), на ділянці 75%-85% ФЖЕЛ (СОШ 75-85 л/с), пікова об'ємна швидкість (ПОШ), миттєва об'ємна швидкість на рівні видиху 25% ФЖЕЛ (МОШ 25, л/с), на рівні видиху 50% ФЖЕЛ (МОШ 50, л/с), на рівні видиху 75% ФЖЕЛ (МОШ 75, л/с), із записом пневмотахограм. У кожного хворого для порівняння змін проводили розрахунок належних показників, при якому за основу бралися вік, маса тіла, зріст, артеріальний тиск.

Відомо, що пневмонія є гострим інфекційним захворюванням, переважно бактеріального походження, яке характеризується осередковим ураженням респіраторних відділів легень і присутністю внутрішньоальвеолярної ексудатії [Фещенко та ін., 2001].

У діагностиці запального процесу при пневмонії особливе значення має характер мікрофлори. Для підвищення ефективності антибактеріальної терапії нами проведене вивчення бактеріограм у бронхо-альвеолярній рідині, яку вилучали через інтубаційну трубку на початку проведення загального знеболювання.

При мікроскопічному дослідженні оцінювали загальну картину мікрофлори та сіяли матеріал на 5% кров'яний агар, проводили 18-24-годинну інкубацію при 37°C. Враховували кількість колоній, що з'явилися, співвідношення окремих асоціантів, виділяли чисті культури мікроорганізмів, проводили їх ідентифікацію та визначали чутливість до антибактеріальних препаратів.

Результати. Обговорення

Зміни показників функції зовнішнього дихання спри-

Таблиця 1. Порушення вентиляційної функції легень у хірургічних хворих.

Ступінь обструктивних порушень	До операції (n = 215)		Після операції (n = 130)	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Відсутні	97	45,11	31	23,85
Легкі	49	22,79	41	31,54
Помірні	60	27,91	37	28,46
Важкі	7	3,26	18	13,85
Вкрай важкі	2	0,93	3	2,30
Тип порушень	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Обструктивний	62	28,84	28	21,54
Рестриктивний	7	3,26	7	5,38
Змішаний	49	22,79	64	49,23

чиняються різними патологічними процесами в легенях і поділяються на обструктивні, рестриктивні і змішані. Важливим на наш погляд було вивчення порушень вентиляційної функції легень в процесі хірургічного лікування хворих з урахуванням ступеня та типу обструктивних порушень, які представлені у таблиці 1.

Після розподілу хворих за типом та ступенем обструктивних порушень, нами був проведений порівняльний аналіз знайдених змін з належними показниками до та після оперативних втручань.

До операції обструктивна недостатність вентиляції альвеол при легкому ступені представлялася зниженням МВЛ, ФЖЕЛ, Офв1, СОШ 25-75, ПОШ, МОШ 25, 50 та 75 ($p < 0,05-0,001$) в порівнянні з належними. При середньому ступені порушення посилювалися. Зменшувалися РО вид., МВЛ, ФЖЕЛ, Офв1, СОШ 25-75, ПОШ, МОШ 25, 50, 75 ($p < 0,001$). Вивчення порушень при важкому ступені указувало на достеменні ($p < 0,001$) відмінності вищенаведених показників, а також відношення Офв1 до ФЖЕЛ, у порівнянні з належними. При обструктивному типі розладів, у порівнянні ступенів тяжкості визначені зміни функції зовнішнього дихання достовірно посилювалися ($p < 0,001$).

Рестриктивний тип порушень до операції указував на зниження ЖЕЛ, ФЖЕЛ ($p < 0,05$), СОШ 75, ПОШ, МОШ ($p < 0,001$). Підвищувалися дані за СОШ 25 та МОШ 25 і 75 ($p < 0,001$). Друга частка показників у хворих цієї дослідницької групи змінювалася не достовірно.

Зміни показників зовнішнього дихання до операції при змішаному типі розладів при легкому ступені були нижчі належних, а саме РО вид., МВЛ, ФЖЕЛ, Офв1, СОШ 25-75, ПОШ, МОШ 25, 50 та 75 при $p < 0,01-0,001$, підвищувалися РО вд. на 25,65%. Середній ступінь показав зниження до належних МВЛ, ФЖЕЛ, Офв1, СОШ 25-75, ПОШ, МОШ 25, 50, 75 ($p < 0,001$). Заглиблювалися у порівнянні з легким ступенем РО вд., МВЛ, РД, КДР, Офв1, МОШ 50 ($p < 0,05-0,01$). При тяжкому ступені підтверджувалося ще більше зниження функції зовнішнього дихання, а саме ЖЕЛ, РО вид., МВЛ, ФЖЕЛ,

ОФВ1, СОШ 25, ПОШ, МОШ 25,50,75 ($p < 0,05-0,001$). У порівнянні з легким ступенем достеменно заглиблювалися майже всі показники. Деякі з них у порівнянні з середнім ступенем підтверджували важкість змін: ДО, РД, ОФВ1, СОШ 25, ПОШ, МОШ 25 та 50 ($p < 0,05-0,01$).

Таким чином, у передопераційному періоді були виявлені розлади, які посилювалися в залежності від важкості змін функції зовнішнього дихання. У свою чергу, ці зміни могли бути підставою для розвитку легеневих післяопераційних ускладнень, тому вимагають розробки профілактичних та лікувальних заходів.

Вивчені розлади функції зовнішнього дихання після виконання різноманітних оперативних втручань були, ймовірно, пов'язані з дихальною недостатністю, що мала місце до операцій, загальним знеболюванням, зниженням фізичного навантаження після операцій та ін. Зміни досліджуваних показників при обструктивному, рестриктивному та змішаному типі в залежності від ступеня важкості розвитку дихальної недостатності значно відрізнялися від належних та між ступенями, а також указували на тотожність виявлених порушень після операції з аналогічними у передопераційному періоді і з високою достовірністю змін більшості з них ($p < 0,01-0,001$).

Підсумовуючи, слід зазначити, що у післяопераційний період зміни функції зовнішнього дихання при всіх типах порушень напряму залежать від ступеня важкості розладів, що поглиблюються.

Викладене дозволяє констатувати, що ретельний аналіз комплексного вивчення показників функції зовнішнього дихання перед та після оперативних втручань змушує переглянути підходи до лікування та профілактики легеневих ускладнень, перед усім післяопераційної пневмонії.

Мікробіологічні дослідження були виконані у 68 оперованих пацієнтів. У хворих, що не мали дихальних розладів до проведення операцій, в трахео-альвеолярній рідині були виявлені: кокова флора, *St.aureus*, *Str. oralis*, *Str.mitis*. У 20% випадків помічено зростання *Candida spp.* і 6,8% випадків *Ps.aeruginosa*. В цілому у цієї групи обстежених хворих вказана вище мікрофлора виявлена у 47,7% досліджень. Інша ситуація спостерігалася у хворих з розладами функції зовнішнього дихання і ризиком виникнення бронхо-легеневих ускладнень: позитивне зростання мікрофлори зареєстроване в 100% посівів. Домінували згадані вище види мікроорганізмів. Виявлення збудника в концентрації - 10^4 КУО/мл дає змогу розцінювати діагноз за наявності інших ознак пневмонії, як вірогідний. У хворих при підозрі на виникнення післяопераційної пневмонії аналіз бронхо-легеневої рідини, а саме кількісного росту бактерій (поріг чутливості - 10^6 КУО/мл), має задовільну діагностичну цінність, за деякими даними, перевершуючи за чутливістю метод захищеної "браш - біопсії" (82%

проти 64%) за дещо меншої специфічності (83% проти 96%) [Ефименко и др., 2004; Морозов и др., 2009].

Таким чином, кількісний метод забезпечує виділення чистих культур та надає можливість говорити про етіологічну значущість виділених мікроорганізмів.

Проведені дослідження довели найбільшу чутливість виділених мікробів до антибіотиків групи макролідів, а саме азитроміцину (Сумамеду) [Дзюблик, 2002; Barattini et al., 1989; Bonnetti, 1993]. Проведення етіотропної антибактеріальної терапії важливо посилювати засобами, які покращують бронхіальний дренаж та стимулюють продукцію сурфактанта у легенях, наприклад, амброксолом (лазолваном) [Barattini et al., 1989; Princihi et al., 1986]. Амброксол у поєднанні з антибіотиками приводить до збільшення швидкості пасивної дифузії останніх з плазми крові до легеневої тканини без змін концентрації антибіотиків у плазмі крові [Gene, 1987; Wiemeeyer, 1981].

Призначення сумамеду 5-денним курсом по 500 мг одноразово у поєднанні з лазолваном у дозі 30 мг тричі на добу, за годину після їжі [Cegla, 1988]. Хворим з вираженими розладами дихальної функції та клінічними ознаками розвитку пневмонії лазолван призначали в дозі 30 мг/кг маси тіла розподіляючи на чотири введення на добу. Розчин вводили внутрішньовенно, повільно, у вигляді краплинної інфузії з 5% розчином глюкози.

При вивченні ефективності призначення лазолвану з сумамедом було визначено достовірну тенденцію до нормалізації показників функції зовнішнього дихання у післяопераційному періоді починаючи з 5-7 доби, зменшення клінічних проявів дихальної недостатності, покращення самопочуття хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У передопераційний період виявлені розлади функції зовнішнього дихання, які посилювалися в залежності від типу та важкості ступеня обструктивних порушень. Ці зміни можуть служити підставою для розвитку легеневих післяопераційних ускладнень і вимагають розробки профілактичних та лікувальних заходів.

2. При визначенні лікувальної тактики обов'язковим являється вивчення бактеріограм з дослідженням чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів.

3. Підвищенню ефективності антибактеріальної терапії хворих з високим ризиком розвитку післяопераційних пневмоній сприяє раціональне поєднання призначення азитроміцину (сумамеду) та амброксолу (лазолвану).

Питання покращення функції зовнішнього дихання при лікуванні та профілактиці вентиляційних розладів залишаються актуальними та потребують подальшого вивчення.

Література

Авдеев С.Н. Роль бактериальной инфекции и выбор антибиотиков при

обострени хронического бронхита /С.Н.Авдеев, А.Г.Чучалин //

Consilium. - 2000. - №2. - С. 418-426.

- Дворецкий Л.И. Антибактериальная терапия хронического бронхита РМЖ /Л.И.Дворецкий. - 2002. - №10(3). - С. 108-114.
- Дзюблик А.Я. Азитромицин в лечении инфекций дыхательных путей / А.Я.Дзюблик //Український хіміо-терапевтичний журнал. - 2002. - №2. - С. 9-17.
- Ефименко Н.А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика / Ефименко Н.А., Гучев И.А., Сидоренко С.В. - Смоленск, 2004. - 296 с.
- Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія: метод. рек. /Фещенко Ю.І., Дзюблик О.Я., Мельник В.П. [та ін.]. - Київ: МОПОН, 2001. - 164 с.
- Причини розвитку нозокоміальної пневмонії у хірургічних хворих / С.О.Морозов, М.Д.Купріянов, Ю.Б.Захарченко [та ін.] //Медицина транспорту України. - 2009. - №3(31). - С. 41-43.
- Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия: практическое рук. /Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. - Москва, 2000. - 234 с.
- Barattini D.F. Prevention of chronic bronchitis exacerbations with ambroxol. An open, long-term, multicenter study in 5635 patients / D.F.Barattini, S.Daniotti, P.Pierfederici //Respiration. - 1989. - Vol.55(Suppl. 1). - P. 84-96.
- Bonnetti P. Ambroxol plus amoxicillin versus amoxicillin alone in various respiratory tract infections //Investig. Medica Internacional. - 1993. - Vol.20. - P. 99-103.
- Cegla U.H. Long-term therapy over 2 years with ambroxol retard capsules in patients with chronic bronchitis. Results of a double-blind study in 180 patients /U.H.Cegla //Prax. Clin. Pneumol. - 1988. - Vol.42. - P. 715-721.
- Gene R. Influence of Ambroxol on amoxycillin levels in broncho-alveolar lavage fluid //Arzneim.-Forsch. Drug Res. - 1987. - Vol.37, №8. - P. 967-968.
- Principi N. Possibility of interaction among antibiotics and mucolytics in children /N.Principi //Int. J. Clin. Pharm Res. - 1986. - Vol.6, №5. - P. 369-372.
- Wiemeyer J.C.M. Influence of Ambroxol on broncho-pulmonary levels of antibiotics /J.C.M.Wiemeyer //Arzneim.-Forsch. Drug Res. - 1981. - Vol.31, №1. - P. 974-976.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Мунтян А.С.

Резюме. Проведено исследование изменений показателей функции внешнего дыхания и бактериального спектра у хирургических больных в процессе оперативного лечения и на этой основе определены эффективные методы лечения и профилактики послеоперационных пневмоний. Рациональное сочетание назначения азитромицина (сумамеда) и амброксола (лазолвана) способствует повышению эффективности антибактериальной терапии при нарушении функции бронхолегочного звена аппарата внешнего дыхания, уменьшая риск развития послеоперационных пневмоний.

Ключевые слова: пневмония, лечение, профилактика, функция внешнего дыхания, бактериограммы, антибиотикотерапия, муколитики.

WAYS OF INCREASE OF EFFICIENCY OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF POSTOPERATIVE PNEUMONIAS

Muntyan A.S.

Summary. The research of changes of indices the function of the external breathing and bacterial spectrum is conducted for the surgical patients in the process of operative treatment and on this basis the effective methods of treatment and prophylaxis of postoperative pneumonias are defined. The rational combination of prescription of asitromycin (sumamed) and ambroxol (lasolvan) is conducive to the increase of efficiency of antibacterial therapy at abnormality of the function the bronchus pulmonary link of vehicle of the external breathing, diminishing the risk of development of postoperative pneumonias.

Key words: pneumonia, treatment, prophylaxis, function of the external breathing, bacteriological, antibiotic therapy, mucolytics.

© Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И.

УДК: 616.33:616-089.5

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И.

Институт физиологии и санокреатологии Академии Наук Молдовы (ул. Академическая, 1, г. Кишинев, Республика Молдова, 2028)

Резюме. В работе освещаются вопросы анестезиологического обеспечения при органосохраняющих операциях на желудке по поводу язвенной болезни. Показано, что препараты для анестезии (фентанил, дроперидол, ГОМК, атропин в премедикации) на этапах обезболивания до начала ваготомии повышают рН тела желудка от 0,8 до 2,9 ед. у пациентов с атропиннегативным тестом в исходном состоянии.

Ключевые слова: органосохраняющая операция, атропинположительный тест, атропинотрицательный тест, анестезиология, гиперацидность, обезболивание, НЛА - нейролептангезия, ГОМК - гамма-оксимасляная кислота, ваготомия.

"...Вся русская, да и не только русская анестезиология,
тоже есть школа Н.И.Пирогова"
В.Ю.Островский

- Дворецкий Л.И. Антибактериальная терапия хронического бронхита РМЖ /Л.И.Дворецкий. - 2002. - №10(3). - С. 108-114.
- Дзюблик А.Я. Азитромицин в лечении инфекций дыхательных путей / А.Я.Дзюблик //Український хіміо-терапевтичний журнал. - 2002. - №2. - С. 9-17.
- Ефименко Н.А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика / Ефименко Н.А., Гучев И.А., Сидоренко С.В. - Смоленск, 2004. - 296 с.
- Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія: метод. рек. /Фещенко Ю.І., Дзюблик О.Я., Мельник В.П. [та ін.]. - Київ: МОПОН, 2001. - 164 с.
- Причини розвитку нозокоміальної пневмонії у хірургічних хворих / С.О.Морозов, М.Д.Купріянов, Ю.Б.Захарченко [та ін.] //Медицина транспорту України. - 2009. - №3(31). - С. 41-43.
- Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия: практическое рук. /Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. - Москва, 2000. - 234 с.
- Barattini D.F. Prevention of chronic bronchitis exacerbations with ambroxol. An open, long-term, multicenter study in 5635 patients / D.F.Barattini, S.Daniotti, P.Pierfederici //Respiration. - 1989. - Vol.55(Suppl. 1). - P. 84-96.
- Bonnetti P. Ambroxol plus amoxicillin versus amoxicillin alone in various respiratory tract infections //Investig. Medica Internacional. - 1993. - Vol.20. - P. 99-103.
- Cegla U.H. Long-term therapy over 2 years with ambroxol retard capsules in patients with chronic bronchitis. Results of a double-blind study in 180 patients /U.H.Cegla //Prax. Clin. Pneumol. - 1988. - Vol.42. - P. 715-721.
- Gene R. Influence of Ambroxol on amoxycillin levels in broncho-alveolar lavage fluid //Arzneim.-Forsch. Drug Res. - 1987. - Vol.37, №8. - P. 967-968.
- Principi N. Possibility of interaction among antibiotics and mucolytics in children /N.Principi //Int. J. Clin. Pharm Res. - 1986. - Vol.6, №5. - P. 369-372.
- Wiemeyer J.C.M. Influence of Ambroxol on broncho-pulmonary levels of antibiotics /J.C.M.Wiemeyer //Arzneim.-Forsch. Drug Res. - 1981. - Vol.31, №1. - P. 974-976.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Мунтян А.С.

Резюме. Проведено исследование изменений показателей функции внешнего дыхания и бактериального спектра у хирургических больных в процессе оперативного лечения и на этой основе определены эффективные методы лечения и профилактики послеоперационных пневмоний. Рациональное сочетание назначения азитромицина (сумамеда) и амброксола (лазолвана) способствует повышению эффективности антибактериальной терапии при нарушении функции бронхолегочного звена аппарата внешнего дыхания, уменьшая риск развития послеоперационных пневмоний.

Ключевые слова: пневмония, лечение, профилактика, функция внешнего дыхания, бактериограммы, антибиотикотерапия, муколитики.

WAYS OF INCREASE OF EFFICIENCY OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF POSTOPERATIVE PNEUMONIAS

Muntyan A.S.

Summary. The research of changes of indices the function of the external breathing and bacterial spectrum is conducted for the surgical patients in the process of operative treatment and on this basis the effective methods of treatment and prophylaxis of postoperative pneumonias are defined. The rational combination of prescription of asitromycin (sumamed) and ambroxol (lasolvan) is conducive to the increase of efficiency of antibacterial therapy at abnormality of the function the bronchus pulmonary link of vehicle of the external breathing, diminishing the risk of development of postoperative pneumonias.

Key words: pneumonia, treatment, prophylaxis, function of the external breathing, bacteriological, antibiotic therapy, mucolytics.

© Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И.

УДК: 616.33:616-089.5

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И.

Институт физиологии и санокреатологии Академии Наук Молдовы (ул. Академическая, 1, г. Кишинев, Республика Молдова, 2028)

Резюме. В работе освещаются вопросы анестезиологического обеспечения при органосохраняющих операциях на желудке по поводу язвенной болезни. Показано, что препараты для анестезии (фентанил, дроперидол, ГОМК, атропин в премедикации) на этапах обезболивания до начала ваготомии повышают рН тела желудка от 0,8 до 2,9 ед. у пациентов с атропиннегативным тестом в исходном состоянии.

Ключевые слова: органосохраняющая операция, атропинположительный тест, атропинотрицательный тест, анестезиология, гиперацидность, обезболивание, НЛА - нейролептанестезия, ГОМК - гамма-оксимасляная кислота, ваготомия.

"...Вся русская, да и не только русская анестезиология,
тоже есть школа Н.И.Пирогова"
В.Ю.Островский

Введение

Анестезиология как наука обезболивания своим признанием обязана Н.И.Пирогову, который впервые описал физиологические основы действия анестезирующих свойств эфира, выяснил механизм его действия и дал рекомендации по его практическому применению. К сегодняшнему дню анестезиология достигла больших успехов, без которой невозможно представить успешное развитие хирургии, травматологии и других направлений в медицине, в том числе и гастроэнтерологии. В настоящее время, благодаря впечатляющим успехам лекарственной терапии, у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургические подходы используются преимущественно лишь при осложненных формах заболевания: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника [Ивашкин, 2003 и др.].

Нарушенное кислотообразование в сторону гиперацидности является главным патогенетическим звеном возникновения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Современная хирургическая тактика направлена на выполнение органосохраняющих операций, в результате которых уменьшается агрессивность кислотно-пептического фактора [Кузин, Постолов, 1979; Сибуль, Труве, 1980; Шалимов и др., 1981]. Анализ специальной литературы однозначно указывает на целесообразность интраоперационного контроля полноты ваготомии методом внутрижелудочной рН-метрии.

Фармакологические блокады желудочной секреции компонентами общей анестезии, могут исказить результаты рН-метрии, что диктует необходимость тщательного подбора средств для анестезии при выполнении органосохраняющих операций на желудке с различными вариантами ваготомии [Осипова и др., 1980; Grassi et al., 1972; и др.]. Среди специалистов, изучавших целесообразность применения методов анестезии и м-холинолитика атропина в качестве средства премедикации с учетом их влияния на кислотопродуцирующую функцию желудка, единого мнения не существует.

Исследования секреции желудка во время наркоза провели J.Flexner и M.Kniaruk [1939], Ю.Я.Лэя [1964], Андреев и соавт. [1978], V.Christensen и P.Skovsted [1975]. Полученные данные противоречивы и свидетельствуют о том, что на сегодняшний день недостаточно разработаны вопросы влияния анестезии на кислотообразующую функцию желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на интраоперационном этапе при проведении органосохраняющих операций с вариантами ваготомии.

Разработка методов обезболивания, которые наряду с болеутоляющим эффектом смогли бы корректировать кислотообразующую функцию желудка как на интраоперационном, так и послеоперационном периодах, явилась бы осуществлением на практике идей Н.И.-Пирогова о лечебном наркозе.

Новизна наших исследований заключается в том,

что в предоперационном периоде мы определяли кислотность желудка методом рН-метрии и проводили атропиновый тест с целью выявления у пациентов атропинпозитивного и атропиннегативного состояний.

Материалы и методы

Изучено влияние препаратов для анестезии на кислотность внутрижелудочного содержимого у 95 больных (81 мужчин и 14 женщин) с дуоденальными язвами в интраоперационном периоде в зависимости от реакции на атропиновый тест, выполненный накануне операции. Возраст больных колебался от 19 до 67 лет, средний возраст составил $40,5 \pm 1,1$ года. Накануне вечером и утром в день операции пациенты получали снотворные, десенсибилизирующие и седативные препараты. На операционном столе им внутривенно вводили десенсибилизирующие препараты, наркотические анальгетики и м-холинолитик атропин (в соответствующих группах).

При проведении интубации использовали релаксанты короткого действия. ИВЛ проводили аппаратом РО-6Н газовой смесью закиси азота с кислородом в соотношении 3:1 в режиме нормовентиляции (рН 7,35-7,42, р CO_2 - 36-42 мм рт.ст.). На основном этапе анестезию поддерживали фракционным введением фентанила (0,005 мг/кг), дроперидола (0,25-0,5 мг/кг), ардуана (1,6 мг/кг). После окончания операции всем пациентам проводили декураризацию. Осложнений у больных, которым не использовали м-холинолитик, не наблюдали.

Внутрижелудочную кислотность определяли с помощью двухоливных зондов и ацидогастрометра АГМ-10-01, рН определяли в области тела желудка и в антральной зоне. Для оценки участия рефлекторного и гуморального механизмов регуляции кислотообразования использовали атропиновый тест (0,1 мг атропина/10 кг, подкожно).

Обследуемым пациентам за 0,5 часа до начала проведения обезболивания, в желудок вводили двухоливный зонд. С зондом больных сопровождали в операционную. Контроль положения зонда проводили косвенным методом, в некоторых наблюдениях рентгенологически. Данные датчиков (рН тела и антрального отдела желудка) регистрировали в специально разработанных картах.

Результаты. Обсуждение

У больных в группах с атропинположительным тестом в исходном состоянии как с атропином в схеме премедикации, так и без него, не наблюдали существенных изменений рН в теле и антруме желудка до начала ваготомии (табл. 1).

В группах с атропинареактивным тестом при НЛА как с использованием, так и без использования атропина на этапе премедикации, отметили повышение рН тела желудка перед ваготомией по сравнению с исход-

ным уровнем с 1,5 до 2,8 ($p < 0,05$) и 1,5 до 2,6 ($p < 0,05$), соответственно. Между группами больных, у которых применяли и не применяли атропин, по уровню кислотности различий не выявлено.

У больных с атропинареактивным тестом, у которых использовали ГОМК на вводимом наркозе, отметили повышение рН тела желудка пе-

ред ваготомией. На этом этапе значения рН существенно зависели от использования атропина в период премедикации. При использовании атропина рН изменялся с 1,7 до 2,5 ($p < 0,05$). Если ГОМК использовали без предварительного введения атропина, повышение рН было выражено еще более значительно - с 1,5 до 4,4 ($p < 0,05$). Таким образом, ГОМК и атропин по отношению к процессу кислотообразования не являются синергистами. Можно предположить, что ГОМК имеет иной, чем у атропина, механизм торможения кислотопродукции.

Изучение кислотности внутрижелудочного содержимого в период анестезии у больных, которым в предоперационном периоде не определяли реакцию на введение атропина, не выявили существенного изменения рН на этапе перед выполнением ваготомии. Этот эффект можно объяснить тем, что группу составили больные как с атропинположительным, так и атропинареактивным тестом.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. При общей комбинированной анестезии с ИВЛ на основе нейролептанальгезии (фентанил 0,005 мг/кг; дроперидол 0,25 мг/кг) у больных с атропинотрицательным

Таблица 1. Влияние препаратов НЛА, атропина в премедикации и ГОМК на процесс кислотообразования в интраоперационном периоде в зависимости от исходного состояния атропинового теста у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Состояние больных	Атропин-положительный тест		Атропинреактивный тест				Атропиннеизвестный тест	
	атропин в премедикации	без атропина в премедикации	атропин в премедикации		без атропина в премедикации		атропин в премедикации	без атропина в премедикации
			НЛА	НЛА	ГОМК	НЛА		
Количество больных	12	6	8	17	12	15	17	8
Этап 1. Исходное состояние:								
рН тела	2,0±0,42	1,5±0,7	1,7±0,17	1,5±0,07	1,5±0,05	1,5±0,05	1,4±0,05	1,6±0,07
рН антрума	2,9±0,63	3,1±0,92	3,4±0,72	2,4±0,39	2,2±0,54	2,00±0,35	1,9±0,31	2,0±0,38
Этап 2. Перед ваготомией:								
рН тела	2,3±0,47	1,6±0,26	2,5±0,29*	2,8±0,55*	4,4±0,88*	2,60±0,34*	1,9±0,25	1,8±0,21
рН антрума	2,5±0,55	4,3±1,15	3,8±0,87	3,3±0,51	5,4±0,86	3,6±0,58	2,8±0,39	2,7±0,64

Примечание: * - $p < 0,05$.

тестом в исходном состоянии, оперируемых по поводу дуоденальных язв как с использованием, так и без использования атропина в премедикации, рН тела желудка до начала ваготомии повышается на 1,1-1,3 ед.

2. Применение оксибутирата натрия на вводимом наркозе в дозе 60-80 мг/кг у пациентов, оперируемых по поводу дуоденальных язв с атропинотрицательным тестом в исходном состоянии, повышает рН тела желудка на 0,8 ед. при использовании атропина в премедикации и на 2,9 ед. без введения атропина.

3. При выполнении хирургического вмешательства у больных с гастродуоденальными язвами и атропинположительным тестом в исходном состоянии в условиях общей комбинированной анестезии препаратами НЛА до начала ваготомии рН тела желудка не изменяется.

Перспектива дальнейших исследований заключается в том, что у пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, необходимо изучать кислотообразующую функцию желудка и реакцию на атропиновый тест, который позволит оптимально, в случае необходимости оперативного вмешательства, выработать показания к выбору как хирургической, так и анестезиологической тактик.

Литература

- Андреев Г.Н. Секреторная функция желудка при острых хирургических заболеваниях и способы профилактики кислотно-аспирационного синдрома в экстренной анестезиологии // Г.Н.Андреев, А.А.Сондоре, В.Я.Розите // Анестезиология и реаниматология. - 1978. - № 5. - С. 49-52.
- Ивашкин В.Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Глава 30. /Ивашкин В.Т. - М.: Изд-во Литтера, 2003. - С. 6-15.
- Кузин М.И., Постолов П.М. Селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // М.И.Кузин, П.М.Постолов // Клин. мед. - 1979. - №3. - С. 20-27.
- Лзя Ю.Я. рН-метрия желудка. - М.: Медицина, 1987. - 140 с.
- Осипова Н.А. Общая анестезия при селективной проксимальной ваготомии // Н.А.Осипова, Т.Н.Уткин, О.А.Синявская // Хирургия. - 1980. - №9. - С. 37-42.
- Сибуль У.Ф. Проксимальная селективная ваготомия в лечении пилородуоденальных язв // У.Ф.Сибуль, Р.А.Труве // Хирургия. - 1980. - №9. - С. 11-13.
- Шалимов А.А. Органосохраняющие операции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С. // 30-й Всесоюз. съезд хирургов: тез. докл. - Минск, 1981. - С. 206-207.

Christensen V. Effects of general anaesthetics on the pH of gastric contents in man during surgery: A survey of halothane, fluroxene and cyclopropane anaesthesia / V.Christensen, P.Skovsted //Acta

Anaesth. Scand. - 1975. - Vol.19. - №1. - P. 49-54.
Flexner R. A method for the continuous recording of gastric pH in situ / R.Flexner, M.Kniaruk //Experimental details. Science. - New York, 1939. -

P. 239-240.
Grassi G. Intraoperative relation of gastric secretion acidity and complete vagotomy. /G.Grassi, G.Orecchia, J.Cantarelli //Surg. Gynec. Obstetrics. - 1972. - Vol.134. - №1. - P. 35-38.

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКУ

Орган А.Н., Струтинський Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарій М.Н., Бодруг А.І., Полякова Л.Д., Пинтя Е.І.
Резюме. У роботі висвітлюються питання анестезіологічного забезпечення при проведенні органозберігаючих операцій на шлунку з приводу виразки дванадцятипалої кишки. Показано, що препарати для анестезії (фентаніл, дроперідол, ГОМК, атропін в премедикації) на етапах знеболювання до початку ваготомії підвищують рН тіла шлунка від 0,8 до 2,9 одиниць у пацієнтів з атропіннегативним тестом у вихідному стані.

Ключові слова: органозберігаюча операція, атропінорезистивний тест, атропінонегативний тест, анестезіологія, гіперацидність, НЛА-нейролептанестезія, ГОМК - гамаоксималяна кислота, ваготомія.

ANESTHESIA EFFECT DURING THE STOMACH SURGERY (VAGAL SECTION)

Organ A.N., Strutinsky F.A., Fedash V.V., Strokovva V.N., Dariy M.N., Bodrug A.I., Polyakova L.D., Pintya E.I.
Summary. The scientific work present information about the anesthesia during the stomach surgery in the setting of stomach ulcer. It has been proven that atropine test represent one of the most important factor for studying stomach main pH-acidity during operative phase. It was scientifically proven that medicine for anesthesia such as: phentanyl, droperidol and atropine for preparing patients for general anesthesia before vagal section, would significantly increase pH-acidity from 0,8 to 2,9 ua. in patients with negative atropine-test.
Key words: positive atropine-test, negative atropine-test, hyperacidity, vagal section, anesthesiology.

© Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І.

УДК: 616.147.3-002-007.64-036.11:612.13

ОСОБЛИВОСТІ ФЛЕБОГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГОСТРОМУ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТІ

Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб (вул. Перемоги, 22, м. Ужгород, Україна, 88018)

Резюме. Результати роботи вказують, що достовірний ультразвуковий висновок про наявність флотної тромбу та його емболозагрозливість може бути зроблено тільки на основі поліпроекційного кольорового дуплексного сканування протягом усієї флотної частини тромбу у поздовжній та, обов'язково, поперечній площинах. Вивчення розповсюдженості венозного рефлюксу на основі кольорового дуплексного сканування у поверхневих та глибоких венах нижніх кінцівок дозволяє прогнозувати подальший перебіг тромботичного процесу.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, флебогемодинаміка.

Вступ

Вертикальні рефлюкси у системі великої (ВПВ) та малої підшкірної вен (ВПВ) мають основне значення у розвитку поверхневої венозної гіпертензії і їх поділяють на локальні, розповсюджені і тотальні [Русин та ін., 2008]. При цьому вважається, що найбільш проксимально неспроможний клапан є проксимальною точкою рефлюксу або проксимальною межею венозної недостатності, а перший спроможний клапан варикозно розширеної вени є дистальною точкою рефлюксу.

Вертикальний рефлюкс у системі глибоких вен нижніх кінцівок у межах одного сегмента (стегно або голітка) визначається наявністю недостатності клапанного апарата яка має три ступеня. Ураження клапанного апарата обох сегментів розцінюється як тотальний рефлюкс (глибока венозна гіпертензія).

У свою чергу горизонтальний рефлюкс є поодиноким, множинним та тотальним, і він відіграє другорядну роль у формуванні поверхневої венозної гіпертензії.

При цьому рефлюкси крові у глибоких, перфорантних та поверхневих венах можуть бути взаємопов'язані один з одним, де їхня патологічна дія взаємо посилюється.

Варикотромбофлебіт фактично є ускладненням варикозної хвороби нижніх кінцівок, де висхідні форми гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) загрожують поширенням тромбозу на глибокі вени та розвиток тромбоемболії легеневої артерії [Богачев, 2003; Суковатих та др., 2003; Stollmann et al., 2001].

Специфіка висхідного тромбофлебіту поверхневих вен полягає у неможливості прогнозу його перебігу. Це пов'язано з тим, що у 30% хворих справжня розповсюдженість тромбозу на 15-20 см перевищує клінічні ознаки тромбофлебіту [Савельєв та др., 2001]. Швидкість наростання тромбу залежить від багатьох факторів. У деяких випадках вона може сягати 20 см за добу. Момент переходу ГВТФ на глибокі вени пере-

Christensen V. Effects of general anaesthetics on the pH of gastric contents in man during surgery: A survey of halothane, fluroxene and cyclopropane anaesthesia / V.Christensen, P.Skovsted //Acta

Anaesth. Scand. - 1975. - Vol.19. - №1. - P. 49-54.
Flexner R. A method for the continuous recording of gastric pH in situ / R.Flexner, M.Kniaruk //Experimental details. Science. - New York, 1939. -

P. 239-240.
Grassi G. Intraoperative relation of gastric secretion acidity and complete vagotomy. /G.Grassi, G.Orecchia, J.Cantarelli //Surg. Gynec. Obstetrics. - 1972. - Vol.134. - №1. - P. 35-38.

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКУ

Орган А.Н., Струтинський Ф.А., Федаш В.В., Строчкова В.Н., Дарій М.Н., Бодруг А.І., Полякова Л.Д., Пинтя Е.І.
Резюме. У роботі висвітлюються питання анестезіологічного забезпечення при проведенні органозберігаючих операцій на шлунку з приводу виразки дванадцятипалої кишки. Показано, що препарати для анестезії (фентаніл, дроперідол, ГОМК, атропін в премедикації) на етапах знеболювання до початку ваготомії підвищують рН тіла шлунка від 0,8 до 2,9 одиниць у пацієнтів з атропіннегативним тестом у вихідному стані.

Ключові слова: органозберігаюча операція, атропінорезистивний тест, атропінонегативний тест, анестезіологія, гіперацидність, НЛА-нейролептанестезія, ГОМК - гамаоксималяна кислота, ваготомія.

ANESTHESIA EFFECT DURING THE STOMACH SURGERY (VAGAL SECTION)

Organ A.N., Strutinsky F.A., Fedash V.V., Strokovva V.N., Dariy M.N., Bodrug A.I., Polyakova L.D., Pintya E.I.
Summary. The scientific work present information about the anesthesia during the stomach surgery in the setting of stomach ulcer. It has been proven that atropine test represent one of the most important factor for studying stomach main pH-acidity during operative phase. It was scientifically proven that medicine for anesthesia such as: phentanyl, droperidol and atropine for preparing patients for general anesthesia before vagal section, would significantly increase pH-acidity from 0,8 to 2,9 ua. in patients with negative atropine-test.
Key words: positive atropine-test, negative atropine-test, hyperacidity, vagal section, anesthesiology.

© Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І.

УДК: 616.147.3-002-007.64-036.11:612.13

ОСОБЛИВОСТІ ФЛЕБОГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГОСТРОМУ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТІ

Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб (вул. Перемоги, 22, м. Ужгород, Україна, 88018)

Резюме. Результати роботи вказують, що достовірний ультразвуковий висновок про наявність флотною тромбу та його емболозагрозливість може бути зроблено тільки на основі поліпроекційного кольорового дуплексного сканування протягом усієї флотною частини тромбу у повздовжній та, обов'язково, поперечній площинах. Вивчення розповсюдженості венозного рефлюксу на основі кольорового дуплексного сканування у поверхневих та глибоких венах нижніх кінцівок дозволяє прогнозувати подальший перебіг тромботичного процесу.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, флебогемодинаміка.

Вступ

Вертикальні рефлюкси у системі великої (ВПВ) та малої підшкірної вен (ВПВ) мають основне значення у розвитку поверхневої венозної гіпертензії і їх поділяють на локальні, розповсюджені і тотальні [Русин та ін., 2008]. При цьому вважається, що найбільш проксимально неспроможний клапан є проксимальною точкою рефлюксу або проксимальною межею венозної недостатності, а перший спроможний клапан варикозно розширеної вени є дистальною точкою рефлюксу.

Вертикальний рефлюкс у системі глибоких вен нижніх кінцівок у межах одного сегмента (стегно або голітка) визначається наявністю недостатності клапанного апарата яка має три ступеня. Ураження клапанного апарата обох сегментів розцінюється як тотальний рефлюкс (глибока венозна гіпертензія).

У свою чергу горизонтальний рефлюкс є поодиноким, множинним та тотальним, і він відіграє другорядну роль у формуванні поверхневої венозної гіпертензії.

При цьому рефлюкси крові у глибоких, перфорантних та поверхневих венах можуть бути взаємопов'язані один з одним, де їхня патологічна дія взаємо посилюється.

Варикотромбофлебіт фактично є ускладненням варикозної хвороби нижніх кінцівок, де висхідні форми гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) загрожують поширенням тромбозу на глибокі вени та розвиток тромбоемболії легеневої артерії [Богачев, 2003; Суковатих та др., 2003; Stollmann et al., 2001].

Специфіка висхідного тромбофлебіту поверхневих вен полягає у неможливості прогнозу його перебігу. Це пов'язано з тим, що у 30% хворих справжня розповсюдженість тромбозу на 15-20 см перевищує клінічні ознаки тромбофлебіту [Савельєв та др., 2001]. Швидкість наростання тромбу залежить від багатьох факторів. У деяких випадках вона може сягати 20 см за добу. Момент переходу ГВТФ на глибокі вени пере-

бігас приховано і далеко не завжди може виявлятися клінічно. Для визначення справжнього проксимального рівня тромбозу необхідно застосування інструментальних методів діагностики - ультразвукового сканування вен [Бебуришвили и др., 2005; Савельев и др., 2001; Allan et al., 2000].

Хоча закони венозної гемодинаміки мають бути однакові як при варикозній хворобі, так і при ГВТФ, слід відмітити, що наявність тромботичного процесу у ВПВ або МПВ не дозволяє виявляти тотальні рефлюкси у поверхневих венах, а в цілому ряді випадків і горизонтальні також, якщо неспроможний перфорант відходить на рівні тромбозу підшкірної вени.

Мета дослідження: вивчення флебогемодинаміки нижніх кінцівок у хворих на ГВТФ.

Матеріали та методи

В основу роботи покладені клінічні спостереження, кольорове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок і хірургічне лікування 237 хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок, яка ускладнилася гострим ГВТФ. Дослідження проведені в період з 1996 по 2008 рік у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А.Новака на апараті "Zonare" США за допомогою датчика 10 Мгц. За цей період обстежено і прооперовано 640 пацієнтів із варикозною хворобою вен нижніх кінцівок. Із них ГВТФ діагностовано у 39,5%. Першу групу хворих склало 200 пацієнтів з ГВТФ великої підшкірної вени (ВПВ), із них 189 пацієнтів із розповсюдженим ГВТФ стовбура ВПВ і 11

Таблиця 1. Розподіл хворих у залежності від локалізації тромботичного процесу.

Локалізація тромботичного процесу	Кількість хворих
ВПВ на голіці без переходу на перфорантні вени	67 (28,3%)
ВПВ на голіці з переходом на перфорантні вени	5 (2,1%)
ВПВ на голіці з переходом через перфорантні вени на суральні вени	6 (2,5%)
ВПВ на голіці з переходом через перфорантні вени на задні великогомілкові вени	4 (1,7%)
МПВ	11 (4,6 %)
МПВ з переходом через перфорантні вени на суральні вени	3 (1,3%)
МПВ з переходом на сафено-поплітеальне співустя	2 (0,85%)
МПВ з переходом на підколінну вену	5 (2,1%)
МПВ з переходом на вену Джакоміні	1 (0,4%)
ВПВ у н/3 стегна	25 (10,5 %)
ВПВ у с/3 стегна	13 (5,5 %)
ВПВ у с/3 стегна з переходом на перфорантні вени	2 (0,8%)
ВПВ у в/3 стегна	11 (4,6 %)
Сафено-фemorальне співустя	38 (16,0%)
ВПВ з переходом на стегнову вену	7 (2,9%)
Атипові форми	21 (8,9%)
Локальний гілок ВПВ та МПВ	16 (6,75%)
Усього	237 (100 %)

Таблиця 2. Оцінка важкості венозної дисфункції у хворих з варикозною хворобою поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладненою ГВТФ згідно з Міжнародною класифікацією CEAP.

ГВТФ			
Стадії CEAP	Стовбур ВПВ	Стовбур МПВ	Атипові форми (ВПВ та МПВ)
C2	11(5,8%)	13(48%)	6(28,6%)
C3	65(34,4%)	10(37%)	11(52,4%)
C4	91(48,1%)	4(14,8%)	4(19%)
C5	22(11,6%)	-	-
Усього n=237	189(100%)	27(100%)	21(100%)

Таблиця 3. Типи ГВТФ згідно з класифікацією F.Verrel, F.Stollman у модифікації клініки.

ГВТФ			
Тип	стовбур ВПВ	стовбур МПВ	Атипові форми
I	133(70,4%)	16(59,3%)	10(47,6%)
II	32(16,9%)	3(11,1%)	-
III	13(6,9%)	5(18,5%)	-
IV	11(5,8%)	3(11,1%)	11(52,4%)
Усього (n=237)	189(%)	27(100%)	21(100%)

хворих з атиповими формами (локальний, притоковий). Друга група представлена 37 хворими з ГВТФ малої підшкірної вени (МПВ), 10 з яких були з атиповими формами. З усієї кількості проаналізованих випадків (237) атипові форми ГВТФ діагностовано у 21 хворого (8,9%) (табл. 1). У нашому дослідженні було прийнято положення, що розповсюджений рефлюкс - це рефлюкс, що доходить до місця тромбозу (до н/з стегна або в/з голічки).

При оцінці важкості венозної патології згідно з Міжнародною класифікацією захворювань вен нижніх кінцівок CEAP (1994) хворі з ГВТФ були розподілені таким чином (табл. 2).

У роботі застосовували також класифікацію висхідного варикотромбофлебиту, яку запропонували F.Verrel, F.Stollman [1997] у модифікації клініки. Контингент хворих згідно з цією класифікацією представлений у таблиці 3.

Ми виділяємо атипові форми ГВТФ, які зустрічалися при різних класах венозної недостатності. Основний принцип їх розподілу - відсутність висхідного розповсюдженого тромбофлебиту стовбура ВПВ та МПВ. При дослідженні атипових форм ГВТФ за допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) виявлено, що у ряді випадків рефлюкс у стовбурі ВПВ не спостерігався, або він був локальним і не доходив до притоки. При цьому мав місце ГВТФ приток ВПВ або колатералей (табл. 4).

До атипових форм ГВТФ були віднесені пацієнти: 1) з локальним тромбозом стовбура ВПВ та МПВ; 2) ізольованим тромбозом варикозно змінених приток ВПВ та МПВ та колатералей з МПВ (без патології магістральних стовбурів); 3) поєднанням ізольованого тромбозу приток ВПВ та колатералей з МПВ з локальним тромбоф-

Таблиця 4. Види рефлюксу та кровоплину венозної системи нижніх кінцівок у залежності від типу ГВТФ.

Тип ГВТФ	К-ть хворих	Рефлюкс у ВПВ		Рефлюкс у стегновій вені		Наявність колатерального кровоплину
		розповсюджений	локальний	II ст	III ст	
I	161	104 (65,5%)	57(35,4%)	17(10,6%)	-	8(5%)
II	32	14(43,8%)	18(56,3%)	3(9,4%)	2(6,3%)	3(9,4%)
III	13	-	7(53,8%)	5(38,5%)	7(53,8%)	8(61,5%)
IV	11	10(90,9%)	1(9,1%)	-	11(100%)	11(100%)

лебітом магістрального стовбура; 4) локальним тромбозом поверхневої вени+локальним тромбозом глибокої вени ("грибоподібна" форма ГВТФ, тромбоз у вигляді "запонки").

Результати. Обговорення

Результати роботи вказують, що достовірне ультразвукове заключення про наявність флотувального тромбу та його емболозагрозливість може бути зроблено тільки на основі поліпроекційного КДС протягом усієї флотувальною частини тромбу у повздовжній та об'язково поперечній площинах.

Серед 161 комплексно обстежених хворих з ГВТФ (I тип за класифікацією F.Verrel, F.Stollman) розповсюджений венозний рефлюкс у ВПВ виявлений у 104 (65,5%) хворих, локальний - у 57 (35,4%); у 17 виявлених розповсюджений рефлюкс II ступеня у стегновій вені (10,6%). У 3 хворих з ГВТФ в/3 голілки (3,6%) мав місце поєднаний характер рефлюксу, усього розповсюджений венозний рефлюкс виявлений у 72,7% хворих.

У першій групі хворих (47) тромб повністю обтурував просвіт вени, у решти хворих виявлений пристінковий тромбоз. При ультразвуковому моніторингу через добу оклюзійна форма тромбофлебиту залишалася без змін.

У пацієнтів з локальним венозним рефлюксом (Ia та б підгрупа) як і I, так і у II групах (26 хворих; 31,3%) при поверненні у горизонтальне положення діаметр вени повернувся до вихідного, що свідчить про збереження будови, "еластичності", тонуса та здатності венозної стінки до скорочення. Зміна діаметра вени при проведенні гідродинамічної проби Вальсальви були у межах 2,2-2,3мм. Індекс еластичності у перших підгрупах склав 1,28.

Наші дослідження показали, що локальні рефлюкси призводять лише до часткового ураження м'язової оболонки вен, що викликає помірне розширення їх просвіту. Такі тонікоеластичні властивості венозної стінки, як: скорочення, здатність до спазму перед верхівкою тромбу були збережені. Венозний тонус стискає верхівку тромбу, що сприяє формуванню оклюзійного тромбозу.

Дослідження у хворих I і II групи із локальним рефлюксом у поверхневих та глибоких венах стану перфорантних вен у н/3 стегна показало тільки 2 випадки тромбозу перфоранта Гунтера у II групі, що свідчить про маловірогідну можливість переходу тромбозу на пер-

форанти та далі на глибокі вени у цієї категорії хворих.

Ультразвуковий моніторинг проксимальної границі тромбозу протягом доби при локальному венозному рефлюксі у ВПВ показав, що при відсутності впливу венозного рефлюксу ріст меж тромбозу відмічений лише у 3 хворих із 27, 2 - з тромбозом у н/3 стегна та 1 - у в/3 голілки, у середньому на 13,0±2мм та 12,0 мм відповідно, тобто без дії венозного рефлюксу на верхівку тромба висхідний характер ГВТФ у даної групи хворих зустрічається лише у 11,5% випадків, а швидкість тромбоутворення була невеликою.

Колатеральний кровоплин у пацієнтів I групи зареєстровано у 8 хворих у в/3 стегна. Наявність його не впливала на швидкість тромбоутворення.

Аналіз результатів дослідження II та III груп (45 хворих), коли мав місце розповсюджений рефлюкс у ВПВ, що досягає верхівки тромбу, показав, що при проксимальній межі тромбозу у н/3 стегна серед 30 хворих індекс еластичності склав - 1,41. Отримані результати свідчать про зниження еластичності, виражене пошкодження м'язової оболонки вен, зниження її тонуса, що відображається на її скоротливій здатності. При цьому тромбована вена сягає великого діаметру, особливо у ділянці вариксів, стінка яких найбільш структурно зруйнована. Діаметр ВПВ корелює з величиною рефлюксу - чим більш виражений рефлюкс, тим більший діаметр вени. При дослідженні перфорантів н/3 стегна перфорантного рефлюксу не виявлено, оскільки кровоплин у ВПВ н/3 стегна був перекритий тромботичними масами. Діаметр перфорантів більше 4 мм виявлений у 3 хворих.

При контрольному ультразвуковому дослідженні проксимальної межі тромбу н/3 стегна через добу при розповсюдженному рефлюксі виявлений ріст тромба у 14(43,8%) хворих. Прогресування тромбофлебітичного процесу у стовбурі ВПВ у даної групи пацієнтів склало 33,1±3,0мм/добу (t<0.001). При розповсюдженному рефлюксі у ВПВ, що досягає верхівки тромбу, у порівнянні з результатами в інших групах спостерігалася найбільша швидкість тромбоутворення.

У 11 хворих даної групи у в-с/3 стегна вище рівня проксимальної границі тромбозу були варикозно розширені притоки ВПВ. При КДС виявлений інтенсивний ретроградний кровоплин у них. Дослідження динаміки проксимальної межі тромбозу у цієї групи хворих показало, що за добу вона збільшилася на 22,3±3,6 мм (t<0,0027). У 19 хворих без варикозно змінених приток ВПВ швидкість тромбоутворення склала 37,5±4,05 мм (t<0,00002).

Порівнюючи цей показник росту тромбу з результатами дослідження його у других хворих цієї же групи без колатерального кровоплину, ми дійшли висновку про вплив колатерального кровоплину на швидкість

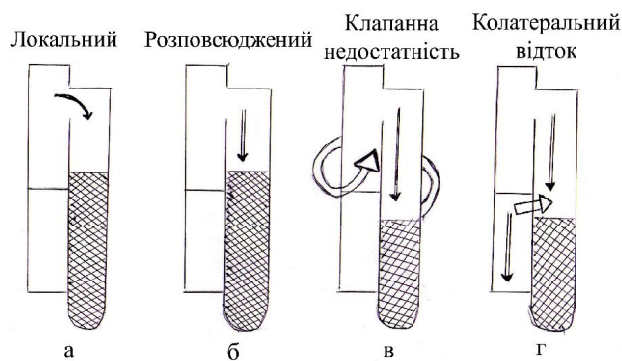


Рис. 1. Схема флебогемодинамічних змін у залежності від виду венозного рефлюксу та рівня ГВТФ.

Примітки: а) локальний рефлюкс; б) розповсюджений рефлюкс; в) розповсюджений рефлюкс з колатеральним відтоком; г) розповсюджений вертикальний рефлюкс ВПВ з недостатністю клапанного апарату глибоких вен III ступеня.

тромбоутворення, а саме - колатеральний кровоплин вище від проксимальної границі тромбозу зменшує швидкість його розвитку.

Результати нашого дослідження показують, що, відділяючи стінку вени від тромба, венозний рефлюкс попереджає їх злипання і цим самим сприяє розвитку ембологенного тромбозу. Таким чином, стає очевидним факт впливу розповсюдженого венозного рефлюксу на верхівку тромба. Він бере участь у механізмах формування флотуючих тромбів.

На основі результатів обстежень можна стверджувати, що існує особливий, окремий механізм формування флотуючих тромбів протягом усього стовбуру ВПВ та її притоках. Важливою характерною відмінністю є ріст тромбоутворення назустріч венозному рефлюксу, що досягає верхівки тромба. Виявлений нами механізм - локальний, специфічний, що діє у варикозно розширених венах, обумовлений гемодинамічним ударом по верхівці тромбу, джерелом якого є розповсюджений венозний рефлюкс.

Таким чином можна стверджувати, що найменша швидкість при рості тромба в стовбури ВПВ спостерігається при локальному вертикальному рефлюксі.

Найбільша швидкість приросту тромба спостерігається при розповсюдженому вертикальному рефлюксі, коли тромботичний процес перейшов вище від колінної щілини.

Наявність колатерального відтоку при ГВТФ на стегні дещо зменшує швидкість приросту тромба, незважаю-

чи на розповсюджений рефлюкс по ВПВ. Наявність клапанної недостатності глибоких вен гомілки або стегна сприяє розвитку горизонтального рефлюксу, що викликає ріст тромбу через неспроможні перфорантні вени на глибокі вени.

Таким чином, прослідковується прямий зв'язок - розповсюджений венозний рефлюкс пришвидшує ріст тромба. Венозний рефлюкс відіграє одну із найважливіших ролей не тільки у розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок, але і у формування ГВТФ. Весь попередній клінічний досвід та практика ультразвукового обстеження, а також наші дані вказують на те, що тромб у ВПВ росте назустріч рефлюксу, тобто рефлюкс визначає напрямок тромбоутворення. Про потужність венозного рефлюксу свідчать не тільки його розповсюженість, що пов'язано з руйнуванням клапанів, але й діаметр вени. Можна говорити про те, що венозний рефлюкс формує шлях для просування тромбу, розширюючи вену та звільняючи її від перешкод. Якщо тромб виник поза зоною дії рефлюксу він розвивається повільно. Як тільки верхівка тромбу досягає рівня та ділянки рефлюксу, розвиток його стає більш швидким, тобто від величини рефлюксу залежить швидкість тромбоутворення. Більше того, чим потужніший рефлюкс, тим більша швидкість тромбоутворення, тим швидше потрібна невідкладна хірургічна допомога. При рефлюксі плин крові, ударяється у верхівку тромбу та розширює просвіт вени перед нею та навколо неї, чим перешкоджає фіксації його до стінки, що сприяє формуванню флотувального тромбу. Чим ближче верхівка тромбу до початку рефлюксу, де його потужність є найбільшою, тим більше він є емболозагрозливим, частіше флотує верхівка тромбу і більша швидкість тромбоутворення. Це обумовлює невідкладність операції при локалізації тромбозу у сафенофеморальному та сафенопідколінному співгірлах, а також варикозно трансформованих перфорантних вен.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Приріст тромбу при ГВТФ спостерігається у напрямку венозного рефлюксу, а його швидкість залежить від величини рефлюксу.

Подальше вивчення особливостей гемодинаміки при гострому варикотромбофлебіті дозволить прогнозувати перебіг тромботичного процесу і обирати адекватну тактику лікування.

Література

- Богачев В.Ю. Обзор материалов международного флебологического конгресса (Сан-Диего, США, 27-31августа, 2003 год) /В.Ю.Богачев //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2004. - №2, Т.10. - С. 54-59.
- Оптимизация хирургического лечения острого поверхностного варикотромбофлебита /Б.С.Суковатых, Л.Н.Беликов, А.Н.Щербаков [и др.] //Вестник хирургии. - 2003. - Т.162, №4. - С. 87-90.
- Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита /А.И.Кириенко, А.А.Матюшенко, В.В.Андрияшкин [и др.] //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2003. - №2. - С. 43-46.
- Роль рефлюкса в развитии и прогнозировании острого тромбофлебита варикозно-расширенных вен нижних конечностей /А.Г.Бебуришвили, А.В.Шаталов, А.А. Шаталов [и др.] //Хирургия. - 2005. - №12. - С. 8-12.
- Флебология: руководство для врачей / [Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др]; под ред. В.С.Са-

- вельева. - М.: Медицина, 2001. - С. 257-278.
- Хирургічні аспекти класифікації гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок /В.І.Русин, В.В.Корсак, Ю.А. Левчак, та [ін.] //Труди Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. - 2008. - Т.144, Ч. 1. - С. 198-200.
- Allan P.L. Clinical Doppler Ultrasound / P.L.Allan, P.A.Dubbins, M.A.Pozniak, W.N.McDicken. - London: "Churchill Livingstone", 2000. - P. 105.
- Восходящий варикофлебит: классификация и лечение /F.Stollmann, B.Steckmeier, A.Parzhuber [et al.] // Флебология (Спец. выпуск). - 2001. - С. 69-71.

ОСОБЕННОСТИ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ

Русин В.И., Корсак В.В., Болдизхар П.А., Левчак Ю.А., Борсенко М.И.

Резюме. Результаты работы подтверждают, что достоверное ультразвуковое заключение о наличии флотирующего тромба и его эмболоугрозе, может быть сделано только на основе полипроекционного цветного дуплексного сканирования всей флотирующей части тромба в продольной и обязательно поперечной плоскостях. Изучение распространенности венозного рефлюкса на основе цветного дуплексного сканирования поверхностных и глубоких вен нижних конечностей позволяет прогнозировать дальнейшее протекание тромботического процесса.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, флебогемодинамика.

PHLEBOHAEMODYNAMICS FEATURES IN CASE OF ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS

Rusin V.I., Korsak V.V., Boldizhar P.O., Levchak Y.A., Borsenko M.I.

Summary. On the base of our study we had done a conclusion - the presence of floating thrombus and its embolism danger can be determined only by the result of polyprojection colour ultrasound scanning along the floating thrombus part in longitudinal and transversal planes. The venous reflux spread detection by the results of colour ultrasound scanning in superficial and deep veins of low extremities enables to prognosticate the thrombotic process course.

Key words: varicothrombophlebitis, phlebohaemodynamics.

© Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н.

УДК: 616.13-089.844-033.93

О РОЛИ АДВЕНТИЦИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ В РЕГЕНЕРАЦИИ СТЕНКИ АРТЕРИЙ

Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н.

ГОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет" (Московский тракт, 2, г. Томск, Россия, 634050)

Резюме. Вопрос регенерации артериальной стенки в области сосудистого шва имеет большое значение для судьбы включенного в кровотоки аутоотрансплантата. Как известно, даже при отличной технике наложения сосудистого шва, в 3-7% случаев возникает тромбоз в области сосудистого анастомоза с развитием некроза пересаженного комплекса тканей. Описаны даже случаи поздних тромбозов, возникающих в сроки от 6 до 12 месяцев с момента оперативного вмешательства. Большое внимание уделяется усовершенствованию методик наложения сосудистого шва, так как именно в этом большинство сосудистых хирургов видят профилактику поздних тромбозов. Поиск и совершенствование старых методик по наложению сосудистого шва обычно связаны только с механистическим подходом к проблеме, а именно, с четким сопоставлением слоев сшиваемых отрезков сосудов. Меньшее внимание уделяется проблеме регенерации сосудистой стенки в области анастомозов. Крайне ограничены исследования, которые целенаправленно посвящены особенностям регенерации сосудистой стенки в области анастомозов.

Ключевые слова: регенерация, адвентициальная оболочка, сосудистый шов, микрохирургия.

Адвентиция в жизни артерий - что надкостная плева для костей

Н.И. Пирогов. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч.1, М.-Л., 1941

Введение

В настоящее время существенную роль в регенерации сосудистой стенки отводят эндотелию [Кескинов, Еремин, Щербюк, Рагимов, Насонов, Быковская, 2008; Петрищев, Власов, 2003]. Ряд авторов [Infanger, Shakibaei, Kosshehl, 2005; Pauli, Lauwers, Van Hee R, Oiscart, 2005] предполагают, что в период регенерации сосудистого анастомоза его кровоснабжение обеспечивается циркулирующей плазмой, подобно тому, как поддерживается жизнедеятельность свободного кожного трансплантата до периода восстановления сосудистых связей. Существует другая точка зрения, согласно которой первостепенное значение в регенерации

сосудистой стенки имеет адвентициальная оболочка сосуда с проходящими в ней "vasa-vasorum" [Долго-Сабуров, 1961]. Н.И.Пирогов писал: "Адвентиция в жизни артерий - что надкостная плева для костей".

Цель работы - изучение особенностей регенерации сосудистой стенки артерий мышечно-эластического типа после наложения ручного циркулярного микрохирургического шва, в частности, реакции адвентициальной оболочки.

Материалы и методы

Объект исследования - зоны артериальных ана-

- вельева. - М.: Медицина, 2001. - С. 257-278.
- Хирургічні аспекти класифікації гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок /В.І.Русин, В.В.Корсак, Ю.А. Левчак, та [ін.] //Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. - 2008. - Т.144, Ч. 1. - С. 198-200.
- Allan P.L. Clinical Doppler Ultrasound / P.L.Allan, P.A.Dubbins, M.A.Pozniak, W.N.McDicken. - London: "Churchill Livingstone", 2000. - P. 105.
- Восходящий варикофлебит: классификация и лечение /F.Stollmann, B.Steckmeier, A.Parzhuber [et al.] // Флебология (Спец. выпуск). - 2001. - С. 69-71.

ОСОБЕННОСТИ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ

Русин В.И., Корсак В.В., Болдизхар П.А., Левчак Ю.А., Борсенко М.И.

Резюме. Результаты работы подтверждают, что достоверное ультразвуковое заключение о наличии флотирующего тромба и его эмболоугрозе, может быть сделано только на основе полипроекционного цветного дуплексного сканирования всей флотирующей части тромба в продольной и обязательно поперечной плоскостях. Изучение распространенности венозного рефлюкса на основе цветного дуплексного сканирования поверхностных и глубоких вен нижних конечностей позволяет прогнозировать дальнейшее протекание тромботического процесса.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, флебогемодинамика.

PHLEBOHAEMODYNAMICS FEATURES IN CASE OF ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS

Rusin V.I., Korsak V.V., Boldizhar P.O., Levchak Y.A., Borsenko M.I.

Summary. On the base of our study we had done a conclusion - the presence of floating thrombus and its embolism danger can be determined only by the result of polyprojection colour ultrasound scanning along the floating thrombus part in longitudinal and transversal planes. The venous reflux spread detection by the results of colour ultrasound scanning in superficial and deep veins of low extremities enables to prognosticate the thrombotic process course.

Key words: varicothrombophlebitis, phlebohaemodynamics.

© Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н.

УДК: 616.13-089.844-033.93

О РОЛИ АДВЕНТИЦИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ В РЕГЕНЕРАЦИИ СТЕНКИ АРТЕРИЙ

Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н.

ГОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет" (Московский тракт, 2, г. Томск, Россия, 634050)

Резюме. Вопрос регенерации артериальной стенки в области сосудистого шва имеет большое значение для судьбы включенного в кровотоки аутоотрансплантата. Как известно, даже при отличной технике наложения сосудистого шва, в 3-7% случаев возникает тромбоз в области сосудистого анастомоза с развитием некроза пересаженного комплекса тканей. Описаны даже случаи поздних тромбозов, возникающих в сроки от 6 до 12 месяцев с момента оперативного вмешательства. Большое внимание уделяется усовершенствованию методик наложения сосудистого шва, так как именно в этом большинство сосудистых хирургов видят профилактику поздних тромбозов. Поиск и совершенствование старых методик по наложению сосудистого шва обычно связаны только с механистическим подходом к проблеме, а именно, с четким сопоставлением слоев сшиваемых отрезков сосудов. Меньшее внимание уделяется проблеме регенерации сосудистой стенки в области анастомозов. Крайне ограничены исследования, которые целенаправленно посвящены особенностям регенерации сосудистой стенки в области анастомозов.

Ключевые слова: регенерация, адвентициальная оболочка, сосудистый шов, микрохирургия.

Адвентиция в жизни артерий - что надкостная плева для костей

Н.И. Пирогов. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч.1, М.-Л., 1941

Введение

В настоящее время существенную роль в регенерации сосудистой стенки отводят эндотелию [Кескинов, Еремин, Щербюк, Рагимов, Насонов, Быковская, 2008; Петрищев, Власов, 2003]. Ряд авторов [Infanger, Shakibaei, Kosshehl, 2005; Pauli, Lauwers, Van Hee R, Oiscart, 2005] предполагают, что в период регенерации сосудистого анастомоза его кровоснабжение обеспечивается циркулирующей плазмой, подобно тому, как поддерживается жизнедеятельность свободного кожного трансплантата до периода восстановления сосудистых связей. Существует другая точка зрения, согласно которой первостепенное значение в регенерации

сосудистой стенки имеет адвентициальная оболочка сосуда с проходящими в ней "vasa-vasorum" [Долго-Сабуров, 1961]. Н.И.Пирогов писал: "Адвентиция в жизни артерий - что надкостная плева для костей".

Цель работы - изучение особенностей регенерации сосудистой стенки артерий мышечно-эластического типа после наложения ручного циркулярного микрохирургического шва, в частности, реакции адвентициальной оболочки.

Материалы и методы

Объект исследования - зоны артериальных ана-

томозов (конец-в-конец) бедренных артерий беспородных белых крыс (n=70) и кроликов (n=5). Забор биопсийного материала (зона артериального сосудистого анастомоза) производили на 3, 7, 10, 14-е сутки после операции. Использовались стандартные гистологические методики (окраска гематоксилином-эозином, по Ван-Гизон).

Результаты. Обсуждение

На ранних сроках (3 сутки) установлены частичные некротические изменения эндотелиальной оболочки. Средняя оболочка артерий характеризовалась выраженным отеком, встречались очаги некроза, представленные оксифильными мелкозернистыми массами с остатками погибших ядер гладкомышечных клеток и окруженные лейкоцитарной инфильтрацией умеренной интенсивности. Наружная эластическая мембрана визуализировалась слабо и не на всем протяжении. Адвентициальная оболочка содержала полнокровные капилляры; на всем протяжении отмечался отек, разволокнение коллагеновых волокон, слабо выраженная диффузная лейкоцитарная инфильтрация. К 7-м суткам идет восстановление эндотелиальной выстилки. В средней оболочке стенки артерий сохраняется отек, распространяющийся вплоть до адвентиции. Наружная эластическая мембрана четко не определялась. Сосуды сосудов адвентиции полнокровны, с умеренным периваскулярным отеком и мононуклеарной инфильтрацией.

На 10-е сутки просвет бедренной артерии был заполнен свежими эритроцитами. Эндотелий на всем протяжении был хорошо выражен, ядра его ориентировались преимущественно концентрически, имели вытянутую, овальную форму. Средний слой был представлен гладкомышечными элементами, среди которых встречались пучки коллагеновых волокон. Наружная эластическая мембрана была четко выражена. Адвентиция утолщена за счет разрастания зрелой соеди-

нительной ткани, сохраняла диффузную, умеренно выраженную лимфомоноцитарную инфильтрацию по всей окружности сосуда.

На основании анализа полученных экспериментальных данных период регенерации сосудистой стенки артерий смешанного типа составляет 10 суток. В раннем послеоперационном периоде (3-7-е сутки) наблюдаются очаговый некроз эндотелия и мышечной оболочки с явлениями отека и лейкоцитарно-гистиоцитарной инфильтрации. В адвентициальной оболочке отмечается отек и выраженное полнокровие собственных кровеносных сосудов. Наиболее выражены изменения в мышечной оболочке и адвентиции артерий. Полагаем, что в регенерации стенки артерий большое значение имеет четкое сопоставление слоев, восстановление целостности поврежденных и образования новых "vasa-vasorum" в адвентициальной оболочке, за счет которых идет питание среднего (мышечного) слоя стенки артерии. Хотя нельзя полностью исключить роль эндотелия, за счет активности которого возможно образование новых сосудов в зоне, прилежащей к базальной мембране. В связи с этим возникает потребность в стимуляции процессов ангиогенеза в стенке сосуда. В данном вопросе реальную помощь может оказать применение различных факторов, стимулирующих неоангиогенез, что однако требует более детального изучения в дальнейшем.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Регенерация стенки артерий в области микрохирургического сосудистого шва идет в большей степени за счет адвентициальной оболочки путем образования новых "vasa-vasorum".

Дальнейшие перспективы исследования видятся в применении факторов и разработке методик по стимуляции ангиогенеза в области сосудистого шва.

Литература

Биологические свойства эндотелиальных клеток-предшественниц и их репаративный потенциал для клеточной терапии /А.А.Кескинов, И.И.Еремин, А.Н.Щербюк [и др.] // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2008. - Т. III, №4. - С. 36-40.

Долго-Сабуров Б.А. Очерки функциональной анатомии кровеносных сосудов /Долго-Сабуров Б.А. - Ленинград: Медгиз, 1961. - С. 264-266.

Петрищев Н.Н. Физиология и патология эндотелия /Н.Н.Петрищев, Т.Д.Власов //Дисфункция эндотелия (причины, механизмы, фармакологическая коррекция). - С.-Петербург: Изд. СПбГМУ, 2003. - С. 4-38.

Infanger M. Intraluminal application of vascular endothelial growth factor enhances healing of microvascular anastomosis in a rat model /M. Infanger, M. Shakibaei, P. Kosshehl //S. Vasc. Res. - 2005. - Vol.42. - P. 202-213.

Stapled versus hand-sewn vascular anastomoses /S. Pauli, P. Lauwers, R. Van Hee [et al.] //Eur. Surg. Res. - 2000. - Vol.32. - P. 39-42.

ПРО РОЛЬ АДВЕНТИЦІАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ В РЕГЕНЕРАЦІЇ СТІНКИ АРТЕРІЙ

Селянинов К.В., Малиновська І.С., Байтингер В.Ф., Баранова О.М.

Резюме. Питання регенерації артеріальної стінки в області судинного шва має велике значення для долі включеного в кровоток аутоотрансплантата. Як відомо, навіть при відмінній техніці накладення судинного шва, в 3-7% випадків виникає тромбоз в області судинного анастомозу з розвитком некрозу пересадженого комплексу тканин. Описані навіть випадки пізніх тромбозів, що виникають у терміни від 6 до 12 місяців з моменту оперативного втручання. Велика увага приділяється вдосконаленню методик накладення судинного шва, тому що саме в цьому більшість судинних хірургів вбачають профілактику пізніх тромбозів. Пошук і вдосконалювання старих методик із накладення судинного шва звичайно пов'язані тільки з механістичним підходом до проблеми, а саме із чітким зіставленням шарів відрізків судин, що зшиваються. Менша увага приділяється проблемі регенерації судинної стінки в області анастомозів. Україй обмежені дослідження, які цілеспрямовано

присвячені особливостям регенерації судинної стінки в області анастомозів.

Ключові слова: регенерація, адвентиціальна оболонка, судинний шов, мікрохірургія.

ABOUT THE ROLE OF ADVENTITIOUS MEMBRANE IN THE REGENERATION OF ARTERIAL WALL

Selyaninov K.V., Malinovskaya I.S., Baytinger V. F., Baranova E.N.

Summary. The question of regeneration of arterial wall in the field of vessel-suture has the great importance for the way of autograft which is included into blood flow. As one knows, even with the excellent technic of placing vascular suture thrombosis occurs in 3-7% cases in the field of vascular anastomosis with the development of necrosis of transplanted complex tissue. Even the late cases of thrombosis are described which occur from 6 to 12 months since the moment of surgical intervention. The improvement of methods of placing suture is paid attention especially because it is that where the most vascular surgeons see the prophylaxis of late thrombosis. Search and improvement of the old methods of placing vascular suture are usually connected with mechanical approach to the problem, a clear comparison of layers sewing stretch of vessels. The problem of regeneration of vascular wall in the field of anastomosis is paid less attention. The research which is devoted to the peculiarities of regeneration of vascular wall in the field of anastomosis is limited strictly.

Key words: regeneration, adventitia membrane, vascular suture, microsurgery.

© Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М.

УДК: 616.361-089:616.33-002.44

ГІДРОСТРУМИННА РЕЗЕКЦІЯ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М.

МУ УАНМ, кафедра хірургічних хвороб, Державний заклад Вузлова лікарня № 1 ст. Дарниця ДТГО "Південно-західна залізниця" (вул. Сімферопольська, 8, м. Київ, Україна, 02096)

Резюме. Стаття присвячена експериментальному дослідженню з використання апарату для гідроструминної дирекції тканин. Показана доцільність використання струменя рідини під високим тиском при виконанні резекції печінки та селезінки в експерименті та клінічній практиці. Прослідковані етапи формування капсули органу та відновлення паренхіми в різні терміни після операції.

Ключові слова: експеримент, печінка, селезінка, резекція, гідроструминна дисекція.

Вступ

Виконання резекції паренхіматозних органів залишається складною хірургічною проблемою, яка зумовлена особливостями їх кровопостачання та будовою строми. Технічні прийоми, в основу яких покладено механічне прошивання ділянки органу, в деяких випадках не прийнятні. В той же час збереження функціонально активної частки органу є необхідним для подальшого повноцінного життя пацієнта. Резекція печінки залишається операцією вибору при багатьох захворюваннях печінки та жовчних шляхів. Незважаючи на велику кількість операцій, які виконуються щороку в світі, та стандартизацію підходів до її виконання, відсоток ускладнень залишається значним. За літературними даними, летальність після резекції печінки сягає двадцяти відсотків і здебільшого пов'язана з крововтратою під час операції. До складних для оперування органів відноситься селезінка. Резекції селезінки і до теперішнього часу залишаються на рівні поодиноких спостережень. Розроблені методики резекції паренхіматозних органів ультразвуковими хірургічними ножицями потребують додаткової обробки поверхні аргоноплазмовою коагуляцією. Апарат дозованого електротермічного легування тканин "Liga sure" (США) є більш ефективним для таких цілей, але поки що не отримав широкого впровадження в вітчизняних хірургічних клініках. Метод різання біологічних тканин високонапірним струменем рідини

починає входити в хірургічну практику як альтернатива традиційному розсіченню тканин [Vollmer et al., 2003]. Доцільність використання рідинного струменя зумовлена його селективною та щадною дією на різні за щільністю елементи органу, що дозволяє виділяти структури паренхіматозних органів зі збереженням їхньої анатомічної цілісності та функціональної придатності [Булынин и др., 1996; Декларацийний патент, 2006]. Вочевидь основним шляхом до розробки нових підходів до резекції паренхіматозних органів є операції на експериментальних тваринах, які дозволяють відпрацювати техніку операції, простежити репаративні процеси в ділянці резекції та віддалені наслідки.

Метою дослідження було вивчення можливості використання рідинного струменя під високим тиском для виконання резекції печінки та селезінки в експерименті, вивчення перебігу репаративних процесів в ділянці операції в різні терміни. На підставі отриманих експериментальних даних впровадити к клінічній практиці метод рідинноструминної резекції паренхіматозних органів.

Матеріали та методи

Рідинноструминний дисектор розроблено у співпраці з кафедрою гідрогазових систем Національного авіаційного університету України. В основу методу покла-

присвячені особливостям регенерації судинної стінки в області анастомозів.

Ключові слова: регенерація, адвентиціальна оболонка, судинний шов, мікрохірургія.

ABOUT THE ROLE OF ADVENTITIOUS MEMBRANE IN THE REGENERATION OF ARTERIAL WALL

Selyaninov K.V., Malinovskaya I.S., Baytinger V. F., Baranova E.N.

Summary. The question of regeneration of arterial wall in the field of vessel-suture has the great importance for the way of autograft which is included into blood flow. As one knows, even with the excellent technic of placing vascular suture thrombosis occurs in 3-7% cases in the field of vascular anastomosis with the development of necrosis of transplanted complex tissue. Even the late cases of thrombosis are described which occur from 6 to 12 months since the moment of surgical intervention. The improvement of methods of placing suture is paid attention especially because it is that where the most vascular surgeons see the prophylaxis of late thrombosis. Search and improvement of the old methods of placing vascular suture are usually connected with mechanical approach to the problem, a clear comparison of layers sewing stretch of vessels. The problem of regeneration of vascular wall in the field of anastomosis is paid less attention. The research which is devoted to the peculiarities of regeneration of vascular wall in the field of anastomosis is limited strictly.

Key words: regeneration, adventitia membrane, vascular suture, microsurgery.

© Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М.

УДК: 616.361-089:616.33-002.44

ГІДРОСТРУМИННА РЕЗЕКЦІЯ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М.

МУ УАНМ, кафедра хірургічних хвороб, Державний заклад Вузлова лікарня № 1 ст. Дарниця ДТГО "Південно-західна залізниця" (вул. Сімферопольська, 8, м. Київ, Україна, 02096)

Резюме. Стаття присвячена експериментальному дослідженню з використання апарату для гідроструминної дирекції тканин. Показана доцільність використання струменя рідини під високим тиском при виконанні резекції печінки та селезінки в експерименті та клінічній практиці. Прослідковані етапи формування капсули органу та відновлення паренхіми в різні терміни після операції.

Ключові слова: експеримент, печінка, селезінка, резекція, гідроструминна дисекція.

Вступ

Виконання резекції паренхіматозних органів залишається складною хірургічною проблемою, яка зумовлена особливостями їх кровопостачання та будовою строми. Технічні прийоми, в основу яких покладено механічне прошивання ділянки органу, в деяких випадках не прийнятні. В той же час збереження функціонально активної частки органу є необхідним для подальшого повноцінного життя пацієнта. Резекція печінки залишається операцією вибору при багатьох захворюваннях печінки та жовчних шляхів. Незважаючи на велику кількість операцій, які виконуються щороку в світі, та стандартизацію підходів до її виконання, відсоток ускладнень залишається значним. За літературними даними, летальність після резекції печінки сягає двадцяти відсотків і здебільшого пов'язана з крововтратою під час операції. До складних для оперування органів відноситься селезінка. Резекції селезінки і до теперішнього часу залишаються на рівні поодиноких спостережень. Розроблені методики резекції паренхіматозних органів ультразвуковими хірургічними ножицями потребують додаткової обробки поверхні аргоноплазмовою коагуляцією. Апарат дозованого електротермічного легування тканин "Liga sure" (США) є більш ефективним для таких цілей, але поки що не отримав широкого впровадження в вітчизняних хірургічних клініках. Метод різання біологічних тканин високонапірним струменем рідини

починає входити в хірургічну практику як альтернатива традиційному розсіченню тканин [Vollmer et al., 2003]. Доцільність використання рідинного струменя зумовлена його селективною та щадною дією на різні за щільністю елементи органу, що дозволяє виділяти структури паренхіматозних органів зі збереженням їхньої анатомічної цілісності та функціональної придатності [Булынин и др., 1996; Декларацийний патент, 2006]. Вочевидь основним шляхом до розробки нових підходів до резекції паренхіматозних органів є операції на експериментальних тваринах, які дозволяють відпрацювати техніку операції, простежити репаративні процеси в ділянці резекції та віддалені наслідки.

Метою дослідження було вивчення можливості використання рідинного струменя під високим тиском для виконання резекції печінки та селезінки в експерименті, вивчення перебігу репаративних процесів в ділянці операції в різні терміни. На підставі отриманих експериментальних даних впровадити к клінічній практиці метод рідинноструминної резекції паренхіматозних органів.

Матеріали та методи

Рідинноструминний дисектор розроблено у співпраці з кафедрою гідрогазових систем Національного авіаційного університету України. В основу методу покла-

дено використання сили дії потоку рідини певного діаметру під високим тиском. В якості малих експериментальних тварин використовували білих безпородних щурів різного віку та статі загальною кількістю 40 особин. Тварин виводили з експерименту на 7, 14 та 28 добу. В якості середніх лабораторних тварин використовували безпородних кроликів різного віку та статі загальною кількістю 20 особин. Тварин з експерименту виводили на 7, 30, 90, 120 та 180 добу. В якості великих експериментальних тварин використовували безпородних свиней загальною кількістю 4 особини. З експерименту тварин виводили на 30, 90 та 180 добу.

Характер та глибину ураження, репаративні процеси в паренхімі органів під впливом рідинного струменя високого тиску, вивчали шляхом дослідження гістологічних препаратів та візуальної оцінки стану черевної порожнини.

У клінічних умовах метод гідроструминної резекції використано у 23 хворих. Виконано 4 атипові резекції правої частки печінки, 3 сегментектомії з холецистектомією, 2 лівобічних гемігепатектомії, 2 резекції селезінки з приводу післятравматичної кісти.

Результати. Обговорення

При візуальній оцінці черевної порожнини відмічали наявність помірного злукового процесу. В ранніх термінах злуки не сформовані, легко роз'єднуються, мають вигляд тонких плівок, які з'єднують між собою сальник та куксу селезінки. Починаючи з 30 доби, злуки сформовані, здебільшого розташовані в ділянці операції, мають вигляд пласких та прозорих плівок, не порушують функції суміжних органів. Кукса печінки та селезінки на сьому добу в усіх випадках була вкрита сальником, мали звичайний колір. В більш пізніх термінах розміри кукси органу не змінювались, місце резекції мало заокруглену форму з сформованою капсулою.

Література

Декларційний патент UA 17001 "Апарат для гідроструминної дисекції органічних тканин". - Бюл. №9. - 2006-С. 4.12-4.14.
Струйная диссекция тканей в хирургии

печени /В.И.Булынин, Ю.А.Пархисенко, А.А.Глухов [и др.] //Хирургия. - 1996. - №2. - С. 108-109.
Reduced blood loss using hydro-jet technique for hepatic parenchymal dissection /

C.M.Vollmer, E.Dixon, A.Sahajpal et al. //J. Gastrointest. Surg. - 2003. - Vol.7(2). - P. 283.

При гістологічному дослідженні на сьому добу відмічалось повнокрів'я судин в ділянці резекції, збіднення лімфатичних фолікулів з відсутністю реактивних центрів. На поверхні сформувався прошарок щільної фібринозної тканини. З чотирнадцятої по тридцяту добу в ділянці резекції відбувались процеси формування капсули органу у вигляді дозрівання колагенових волокон. На дев'яносту добу в ділянці резекції відмічається наявність тонкого, зрілого сполучнотканинного рубця з невеликою кількістю судин. Проведення ШИК-реакції показує наявність мезотелію на рубці з боку черевної порожнини. На сто двадцять добу в ділянці резекції сформований рубець має вигляд потовщеної капсули органу та вкритий мезотелієм. На поверхні органа тангенціально розташовані тонкі пучки колагенових волокон з 5-6 рядів фібробластів за відсутністю кровоносних судин. При дослідженні гістологічних препаратів більш пізніх термінів встановлено, що ділянка резекції органу за своєю будовою не відрізняється від інших ділянок.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати, отримані в експериментальному дослідженні, показують, що метод рідин-струминної резекції селезінки дозволяє виконувати резекцію органу без загрози виникнення кровотечі.

2. Прецизійне виділення судин надає змогу їх обробки під візуальним контролем.

3. Відновлення гістологічної будови в місці резекції відбувається в повному обсязі зі збереженням всіх елементів строми та паренхіми.

4. Мінімальна операційна травма сприяє швидкому відновленню функціональної активності органу.

Розроблений апарат можливо ефективно та безпечно використовувати в клінічній практиці, продовжуючи пошук шляхів його удосконалення.

ГИДРОСТРУЙНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Скиба В.В., Сухин И.А., Амбруш О.О., Остапенко А.Н.

Резюме. Стаття посвящена експериментальному дослідженню по використанню апарату для гідро струйної диссекції тканин. Показана целесообразність застосування потоку рідини високого тиску при виконанні резекції печінки та селезінки в експерименті та клінічній практиці. Просліджені етапи формування капсули органу та відновлення паренхіми в різні терміни після операції.

Ключевые слова: експеримент, резекция, печень, селезенка, гидроструйная диссекция.

HYDRODYNAMIC RESECTION OF PARENCHYMATOUS ORGANS FOR EXPERIMENT AND CLINICAL PRACTICE

Skiba V.V., Suhin I.A., Ambrus O.O., Ostapenko A.N.

Summary. The article is devoted to experimental research of application of the apparatus for hydrodynamic dissection of tissues. The reasonability of application of high-pressure stream of liquid at conducted the resection of liver and spleen in experiment and clinical practice was shown. The stages of forming of the organ capsule and restoration of parenchyma in different time after operation were examined.

Key words: experiment, resection, liver, spleen, hydrodynamic dissection.

© Сотников А.А.

УДК: 611.367:612.357.75

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА И ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ И ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Сотников А.А.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава (Московский тракт, 2, г. Томск, Россия, 634050)

Резюме. В поджелудочной железе следует рассматривать три протока: главный, добавочный и проток крючковидного отростка - головной. На формирование протоковой системы поджелудочной железы влияет закладка и развитие сфинктерно-клапанного аппарата большого дуоденального сосочка. Наличие функционирующего добавочного протока поджелудочной железы является фактором риска в развитии острого геморрагического панкреонекроза.

Ключевые слова: сфинктер общего желчного протока, большой дуоденальный сосочек, главный и добавочный протоки поджелудочной железы, панкреонекроз.

Введение

Острое воспаление поджелудочной железы, сопровождаемое геморрагическим некрозом, более чем в 50% случаев заканчивается летальным исходом. Наиболее часто острый геморрагический панкреонекроз сочетается с алкогольной интоксикацией. Ведущим фактором в патогенезе острого панкреатита, подтвержденным экспериментально, является активация желчью протеолитических ферментов непосредственно в протоках поджелудочной железы. Однако до сих пор не установлено, какие топографо-анатомические взаимоотношения протоков поджелудочной железы и печени могут способствовать рефлюксу желчи и содержимого двенадцатиперстной кишки в протоки поджелудочной железы, хотя этот вопрос изучается уже более 100 лет [Оrie, 1901].

Целью работы явилось изучение клинической анатомии большого дуоденального сосочка (БДС) и протоков поджелудочной железы в норме и у больных, погибших от острого геморрагического панкреонекроза.

Материалы и методы

Исследования проведены на 120 органокомплексах поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки людей (60 мужчин и 60 женщин) погибших от причин, не связанных с заболеванием панкреатодуоденальной области и на 120 органокомплексах людей (81 мужчина и 39 женщин), погибших от острого геморрагического панкреонекроза алкогольной и не алкогольной этиологии.

После извлечения органокомплекса определяли размеры и форму поджелудочной железы. Общий желчный проток и панкреатические протоки заполняли пастой "К". На мацерированных препаратах изучали строение сфинктерно-клапанного аппарата БДС с помощью макро-микротрепаровки под увеличением (МБС-9) с использованием окулярной линейки. Взаимоотношение общего желчного и панкреатических протоков изучали на коррозионных препаратах (240 слепков). Гистологические исследования сфинктерно-клапанного ап-

парата БДС проведены на 870 сагиттальных и фронтальных срезах, приготовленных из 27 препаратов БДС. Срезы окрашивали эозин-гематоксилином, а так же по Ван Гизон и по Маллори.

Результаты. Обсуждение

Мы выявили не только три типа слияния протоков, но в каждом типе описали несколько вариантов.

При I типе главный проток поджелудочной железы сливался с общим желчным протоком и впадал в ампулу БДС над стенкой двенадцатиперстной кишки (ДПК) - вариант I.A, в пределах мышечной оболочки ДПК - вариант I.B, в подслизистой основе ДПК - вариант I.B.

При II типе главный проток поджелудочной железы и общий желчный протоки открывались в просвет ДПК отдельно на вершине БДС. При варианте II.A устья протоков в ампуле были разделены межпротоковой перегородкой, при варианте II.B - мышечной стенкой ДПК.

При III типе впадения главный проток поджелудочной железы в свое устье был облитерирован (вариант III.A). При варианте III.B главный проток поджелудочной железы был функционирующим (диаметр 0,2-0,5 мм) и открывался отдельным устьем (третий сосочек ДПК) на расстоянии 10-15 мм аборальнее БДС.

Добавочный проток при варианте I.A был облитерирован в устье малого дуоденального сосочка, при варианте I.B - функционирующий (диаметр в устье 1,4-2 мм), при варианте I.B - функционирующий (диаметр 2,2-3 мм).

Добавочный проток при варианте II.A - функционирующий (диаметр 2-2,5 мм), а при варианте II.B всегда был облитерирован в устье малого дуоденального сосочка.

При варианте III.A функционирующий добавочный проток являлся основным дренирующим протоком для всей железы (средний его диаметр составил 4,8 мм).

При варианте III.B - добавочный проток (средний диаметр 1,9 мм) осуществлял дренирующую функцию совместно с главным протоком поджелудочной железы, средний диаметр которого составил 1,5 мм.

Нами был выявлен третий проток поджелудочной железы - головной, который присутствовал в 100% случаев и дренировал крючковидный отросток поджелудочной железы. Головной проток впадал в главный проток в 29% случаев, в добавочный проток в 70% и очень редко, в 1% случаев, самостоятельно открывался в просвет двенадцатиперстной кишки.

Наши исследования показали, что в 30% случаев при геморрагическом некрозе головки, тела и хвоста поджелудочной железы, крючковидный отросток и его головной проток в процесс не вовлекались.

Мы констатировали, что на всех препаратах, на которых присутствовал функционирующий добавочный проток поджелудочной железы, в устье главного протока поджелудочной железы всегда присутствовал сфинктер.

Все лица, погибшие от острого геморрагического панкреонекроза алкогольной и не алкогольной этиологии имели функционирующий добавочный проток поджелудочной железы диаметром от 2 до 4,5 мм и разной степени выраженности главный проток поджелудочной железы (варианты I.Б, I.В, II.А, III.Б) (1).

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Дренирующая система поджелудочной железы представлена главным, добавочным и головным протоками.

2. Формирование сфинктерно-клапанного аппарата большого дуоденального сосочка коррелирует с развитием протоковой системы поджелудочной железы.

3. Особенность анатомии протоков поджелудочной железы и их концевых отделов у лиц, погибших от острого геморрагического панкреонекроза состоит в 100% наличии хорошо выраженных функционирующего добавочного протока поджелудочной железы, сфинктера общего желчного протока, сфинктерного аппарата фатерова сосочка и сфинктера главного протока поджелудочной железы.

Вопрос топографо-анатомических взаимоотношений протоков поджелудочной железы и печени, которые могут способствовать рефлюксу желчи и содержимого двенадцатиперстной кишки в протоки поджелудочной железы, требует дальнейшего изучения.

Литература

- Патент РФ на изобретение "Способ определения причины смерти" № 2193339 от 27.11.2002 г. /А.А.Сотников, А.И.Осипов, В.Ф.Байтингер. - 2002. pancreatitis /E.H.Opie //Bull. Johns Hopkins Hosp. - 1901. - Vol.12. - P. 182-188.
- Opie E.H. The etiology of acute haemorrhagic

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА І ПРОТОВОЇ СИСТЕМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМИ І ПРИ ГОСТРОМУ ГЕМОРАГІЧНОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ Сотников А.А.

Резюме. У підшлунковій залозі слід розглядати три протоки: головний, додатковий та протік гачкуватого відростка - головний. На формування протокової системи підшлункової залози впливає закладка і розвиток сфинктерно-клапанного апарату великого дуоденального сосочка. Наявність функціонуючого додаткового протоку підшлункової залози є фактором ризику в розвитку гострого геморагічного панкреонекрозу.

Ключові слова: сфинктер загального жовчного протоку, великий дуоденальний сосочок, головна і додаткова протока підшлункової залози, панкреонекроз.

CLINICAL ANATOMY OF MAJOR DUODENAL PAPILLA AND DUCT SYSTEM OF PANCREAS IN NORM AND WITH ACUTE HAEMORRHAGIC PANCREATONECROSIS

Sotnykov A.A.

Summary. In the pancreas should be considered three ducts: major, accessory and hamus duct. Laying and development of sphincter valve apparatus of the major duodenal papilla affects on formation of duct system of the pancreas. The existence of a functioning additional pancreatic duct is a risk factor of development acute haemorrhagic pancreatonecrosis.

Key words: sphincter of general bile duct, major duodenal papilla, major and accessory duct of pancreas, pancreatonecrosis.

© Сушко Ю.І., Олійник О.В.

УДК: 616.37-002,4:615,9,034,8-089,5-036,8]-092,9

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ШЛУНКОВОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Сушко Ю.І., Олійник О.В.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, кафедра хірургії з анестезіологією № 2 (Майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46000)

Резюме. Дана стаття присвячена вивченню ефективності безперервної шлункової оксигенації в лікуванні експериментального панкреонекрозу у щурів. Встановлено, що використання безперервної шлункової оксигенації в комплексній терапії призводить до позитивних змін в стані хворих щурів.

Ключові слова: експериментальний панкреонекроз, безперервна шлункова оксигенація.

Нами был выявлен третий проток поджелудочной железы - головной, который присутствовал в 100% случаев и дренировал крючковидный отросток поджелудочной железы. Головной проток впадал в главный проток в 29% случаев, в добавочный проток в 70% и очень редко, в 1% случаев, самостоятельно открывался в просвет двенадцатиперстной кишки.

Наши исследования показали, что в 30% случаев при геморрагическом некрозе головки, тела и хвоста поджелудочной железы, крючковидный отросток и его головной проток в процесс не вовлекались.

Мы констатировали, что на всех препаратах, на которых присутствовал функционирующий добавочный проток поджелудочной железы, в устье главного протока поджелудочной железы всегда присутствовал сфинктер.

Все лица, погибшие от острого геморрагического панкреонекроза алкогольной и не алкогольной этиологии имели функционирующий добавочный проток поджелудочной железы диаметром от 2 до 4,5 мм и разной степени выраженности главный проток поджелудочной железы (варианты I.Б, I.В, II.А, III.Б) (1).

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Дренирующая система поджелудочной железы представлена главным, добавочным и головным протоками.

2. Формирование сфинктерно-клапанного аппарата большого дуоденального сосочка коррелирует с развитием протоковой системы поджелудочной железы.

3. Особенность анатомии протоков поджелудочной железы и их концевых отделов у лиц, погибших от острого геморрагического панкреонекроза состоит в 100% наличии хорошо выраженных функционирующего добавочного протока поджелудочной железы, сфинктера общего желчного протока, сфинктерного аппарата фатерова сосочка и сфинктера главного протока поджелудочной железы.

Вопрос топографо-анатомических взаимоотношений протоков поджелудочной железы и печени, которые могут способствовать рефлюксу желчи и содержимого двенадцатиперстной кишки в протоки поджелудочной железы, требует дальнейшего изучения.

Литература

- Патент РФ на изобретение "Способ определения причины смерти" № 2193339 от 27.11.2002 г. /А.А.Сотников, А.И.Осипов, В.Ф.Байтингер. - 2002. pancreatitis /E.H.Opie //Bull. Johns Hopkins Hosp. - 1901. - Vol.12. - P. 182-188.
- Opie E.H. The etiology of acute haemorrhagic

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА І ПРОТОВОЇ СИСТЕМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМИ І ПРИ ГОСТРОМУ ГЕМОРАГІЧНОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ Сотников А.А.

Резюме. У підшлунковій залозі слід розглядати три протоки: головний, додатковий та протік гачкуватого відростка - головний. На формування протокової системи підшлункової залози впливає закладка і розвиток сфинктерно-клапанного апарату великого дуоденального сосочка. Наявність функціонуючого додаткового протоку підшлункової залози є фактором ризику в розвитку гострого геморагічного панкреонекрозу.

Ключові слова: сфинктер загального жовчного протоку, великий дуоденальний сосочок, головна і додаткова протока підшлункової залози, панкреонекроз.

CLINICAL ANATOMY OF MAJOR DUODENAL PAPILLA AND DUCT SYSTEM OF PANCREAS IN NORM AND WITH ACUTE HAEMORRHAGIC PANCREATONECROSIS

Sotnykov A.A.

Summary. In the pancreas should be considered three ducts: major, accessory and hamus duct. Laying and development of sphincter valve apparatus of the major duodenal papilla affects on formation of duct system of the pancreas. The existence of a functioning additional pancreatic duct is a risk factor of development acute haemorrhagic pancreatonecrosis.

Key words: sphincter of general bile duct, major duodenal papilla, major and accessory duct of pancreas, pancreatonecrosis.

© Сушко Ю.І., Олійник О.В.

УДК: 616.37-002,4:615,9,034,8-089,5-036,8]-092,9

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ШЛУНКОВОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Сушко Ю.І., Олійник О.В.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, кафедра хірургії з анестезіологією № 2 (Майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46000)

Резюме. Дана стаття присвячена вивченню ефективності безперервної шлункової оксигенації в лікуванні експериментального панкреонекрозу у щурів. Встановлено, що використання безперервної шлункової оксигенації в комплексній терапії призводить до позитивних змін в стані хворих щурів.

Ключові слова: експериментальний панкреонекроз, безперервна шлункова оксигенація.

Вступ

Незважаючи на достатньо велику кількість методів лікування гострого панкреонекрозу, можна стверджувати, що їх ефективність є недостатньою. Саме це й визначає значну увагу до проблем лікування гострого панкреонекрозу та розробки нових методів його лікування [Чевари и др., 1985]. Традиційне лікування гострого панкреонекрозу включає, згідно з протоколом MEDLINE, застосування методів детоксикації. В.В.Гнатівим запропоновано метод безперервної ентеральної оксигенації, який з успіхом використовується в терапії хірургічних захворювань, зокрема: перитоніту, гепатитів [Колб, 1982]. На нашу думку, було б доцільно застосувати методику дещо модифікованої безперервної шлункової оксигенації в терапії панкреонекрозу.

Метою даного дослідження було вивчення порівняльної ефективності безперервної шлункової оксигенації за методикою В.В.Гнатіва та такої в запропонованій нами модифікації, коли застосовували суміш кисню з вуглекислим газом в співвідношенні 3:2, в лікуванні експериментального панкреонекрозу у щурів.

Матеріали та методи

У 20 білих щурів викликали експериментальний панкреонекроз згідно з методикою С.О.Шалімова [1989] [Величенко, 1971]. Через 8 годин від початку

моделювання панкреонекрозу починали лікування тварин: 10 - за методикою Л.Я.Ковальчук, В.В.Гнатіва [2002], 10 - за запропонованою методикою, при якій використовували суміш кисню з вуглекислим газом в співвідношенні 3:2. 10 тварин залишались нелікованими. Також обстежено 10 здорових тварин. Досліджували концентрацію імуноглобулінів класів А, М, G [Чернушенко, Когосова, 1978], циркулюючих імунних комплексів [Чернушенко, Когосова, 1978], малонового діальдегіду (МДА) [Владимиров, Арчаков, 1972], дієнових кон'югатів [Колесова и др., 1984], рівню церулоплазміну (ЦП) [Колб, 1982], супероксиддисмутази (СОД) [Чевари и др., 1985] активності каталази (КТ) [Королюк и др., 1988], аспартат- та аланіамінотрансфераз (АлАТ та АсАТ). Статистичну обробку результатів виконували за допомогою пакету програм STATISTIKA [Гойго, 2004].

Результати. Обговорення

Розвиток панкреонекрозу у тварин супроводжувався достовірним погіршенням більшості досліджуваних показників біохімічного аналізу крові, а саме: маркеру вираженості панкреатиту - амілази, маркерів перекисного окислення ліпідів - дієнових кон'югатів та маленового діальдегіду, індикаторів запалення - імуноглобулінів та інших біологічно активних субстанцій (табл. 1). Зокрема, рівень амілази зростав у 1,58 раз (p<0,001), білірубін - в 2,6 рази (p<0,001), імуноглобуліну М - в 1,89 рази (p<0,001), імуноглобуліну G - в 3.1 рази (p<0,001). Лікування тварин за методикою Л.Я.Ковальчук, В.В.Гнатіва [2002] та методикою, запропонованою нами, викликало стійку тенденцію до нормалізації більшості досліджуваних показників. Зокрема, рівень амілази зменшувався в 1,39 разів (методика Л.Я.Ковальчук, В.В.Гнатіва) та 1,47 разів (p<0,001) (запропоноване нами лікування).

Рівень білірубіну зменшувався, відповідно, в 1,39 та 1,65 разів. Обидва види лікування зменшували активність ПОЛ, запропонований нами метод - навіть в більшій мірі. Відповідно відбувалось зменшення активності антиоксидантної системи захисту. Використання безперервної шлункової

Таблиця 1. Показники біохімічного аналізу крові у щурів з експериментальним панкреонекрозом на фоні лікування.

Показник	Інтактні	Панкреатит	Панкреатит + корекція киснем за методикою Ковальчук Л.Я., Гнатіва В.В.	Панкреатит + корекція киснем за запропонованою методикою
ЦІК, ум.од.	51,85±1,26	234,1±24,9 *	86,4±6,2 * **	72,5±6,9 * **
EI, %	38,6±0,6	74,2±0,3 *	48,6±1,8 **	38,4±1,8 **
СОД, ум.од./мг	0,111±0,004	0,410±0,008 *	0,295±0,032 *	0,262±0,031 * **
Ig A, г/л	0,206±0,002	1,013±0,034 *	0,38±0,001* **	0,320±0,001 * **
Ig M, г/л	0,313±0,023	0,594±0,052 *	0,49±0,061 *	0,481±0,056 *
Ig G, г/л	1,963±0,003	6,182±0,455 *	3,113±0,145 * **	3,061±0,112* **
Амілаза, од/л	998,2±9,6	1582±13,4 *	1138±39,4	1070,0±38,7 **
Загальний білірубін, мкмоль/л	2,71±0,16	7,1±0,2 *	5,1±0,1 *	4,3,±0,1 *
АсАТ, од/л	148,2±6,2	342,1±60,1 *	299,1±32,1 *	298,5±31,1 *
АлАТ, од/л	84,06±4,97	300,1±10,2 *	164,8±14 * **	131,9±13,3 * **
Церулоплазмін мг/л	7,53±0,22	10,88±0,19 *	7,78±0,40	6,97±0,35
Каталаза, мкат/л	0,127±0,022	0,224±0,038 *	0,130±0,022 **	0,102±0,018 **
ПАК мкмоль/(хв х л)	149,2±4,1	342,1±16,3 *	239,1±26,4 * **	238,3±11,4 * **
МДА, мкмоль/л	2,63 ± 0,05	4,98±0,42 *	3,12±0,30 **	3,05±0,30 **
ДК, мкмоль/л	4,48 ± 0,11	13,91 ± 0,21 *	7,23±0,89 * **	6,16±0,57 **

Примітки: * - p<0,001 щодо інтактних тварин, ** - p<0,001 щодо нелікованих тварин.

оксигенації в обох використаних методиках викликало зменшення інтенсивності процесів ПОЛ та, відповідно, покращення більшості маркерних показників біохімічного аналізу крові. Загалом лікувальна ефективність запропонованої модифікованої методики була дещо вищою в порівнянні з прототипом (табл. 1). Одним із ймовірних пояснень цього може бути те, що вуглекислий газ, всмоктуючись через шлунок, попадає в кров. Навіть невелике зростання його концентрації в крові викликає ефект Бора, при якому пересувається крива дисоціації оксигемоглобіну, та при одному значенні величини сатурації гемоглобіну парціальний тиск кисню в крові на фоні гіперкапнії буде вищим.

Література

- Безперервна тривала гастроінтестинальна оксигенотерапія в абдомінальній хірургії /Л.Я.Ковальчук, В.В.Гнатів, А.Д.Беденюк [та ін.]. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - С. 99-100.
- Величенко В. Острый панкреатит в эксперименте /Величенко В. - Мн: Беларусь, 1971. - 112 с.
- Владимиров Ю.А. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах /Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. - М.: Медицина, 1972. - 252 с.
- Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних /Гойго О.В. - К., 2004. - 76 с.
- Колб В.Г. Справочник по клинической химии /В.Г.Колб. - М.: Минск, 1982. - 311 с.
- Колесова О.Е. Перекисное окисление липидов и методы определения продуктов липопероксидации в биологических средах /О.Е.Колесова, А.А.Маркин, Т.Н.Федорова //Лабораторное дело. - 1984. - №9. - С. 540-546.
- Королюк М.А. Метод определения активности каталазы /М.А.Королюк, Л.И.Иванова, И.Г.Майорова //Лаб. дело. - 1988. - №1. - С. 16-18.
- Филимонов М.И. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии /Филимонов М.И., Бурневич С.З.; под ред. В.С.Савельева. - М: Медиа Медика, 2003. - С. 241-248.
- Чевари С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологических материалах /С.Чевари, И.Чаба, И.Сеней //Лаб. дело. - 1985. - №11. - С. 678-681.
- Чернушенко Е.Ф. Иммунологические методы исследований в клинике /Е.Ф.Чернушенко, Л.С.Когосова. - К.: Здоров'я, 1978. - 159 с.

Висновок та перспективи подальших розробок

1. Включення до лікування щурів з панкреонекрозом безперервної шлункової оксигенації призводить до покращання показників функціонального стану підшлункової залози, що проявляється зменшенням рівнів амілази - в 1,39 і 1,47 рази ($p < 0,001$) (відповідно після застосування методики прототипу та запропонованої нами), білірубину - в 1,39 і 1,65 рази ($p < 0,001$).

На нашу думку, були б актуальними дослідження стану кисневого гомеостазу з його відповідною корекцією у хворих на панкреанекроз після проведення адекватного хірургічного лікування в комбінації з протокольною терапією.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ОКСИГАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Сушко Ю.И., Олийник О.В.

Резюме. Данная статья посвящена изучению эффективности непрерывной желудочной оксигенации при лечении экспериментального панкреонекроза у крыс. Определено, что использование непрерывной желудочной оксигенации в комплексной терапии приводит к позитивным изменениям в состоянии больных крыс.

Ключевые слова: экспериментальный панкреонекроз, непрерывная желудочная оксигенация.

EFFICIENCY OF THE UNREMITTING STOMACH OXYGENATION IN TREATMENT OF EXPERIMENTAL PANCREATONECROSIS

Sushko Y.I., Oliynyk O.V.

Summary. This article is devoted to the studying of efficiency of the unremitting stomach oxygenation in treatment of experimental pancreatonecrosis of rats. It was determined using of unremitting stomach oxygenation in complex therapy gives rise to positive changes in general condition of rats.

Key words: experimental pancreatonecrosis, unremitting stomach oxygenation.

© Топка Э.Г., Шарапова Е.Н.

УДК: 616.681-007.41-07:612.339-073

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОЦЕССА МИГРАЦИИ ЯИЧЕК

Топка Э.Г., Шарапова Е.Н.

Государственная медицинская академия (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49027)

Резюме. У 40 здоровых и 80 больных детей в возрасте от 5 до 15 лет изучалась электрическая активность внутренних косых мышц живота в процессе полового развития и при нарушении миграции яичек из забрюшинного пространства в мошонку. Данные, полученные с помощью двухканального электромиографа МВ-5302 с накладными электродами, свидетельствуют о нарушении мышечной активности передней стенки живота при крипторхизме.

Ключевые слова: электромиография, крипторхизм, передне-боковая стенка живота, яичко.

оксигенації в обох використаних методиках викликало зменшення інтенсивності процесів ПОЛ та, відповідно, покращення більшості маркерних показників біохімічного аналізу крові. Загалом лікувальна ефективність запропонованої модифікованої методики була дещо вищою в порівнянні з прототипом (табл. 1). Одним із ймовірних пояснень цього може бути те, що вуглекислий газ, всмоктуючись через шлунок, попадає в кров. Навіть невелике зростання його концентрації в крові викликає ефект Бора, при якому пересувається крива дисоціації оксигемоглобіну, та при одному значенні величини сатурації гемоглобіну парціальний тиск кисню в крові на фоні гіперкапнії буде вищим.

Література

- Безперервна тривала гастроінтестинальна оксигенотерапія в абдомінальній хірургії /Л.Я.Ковальчук, В.В.Гнатів, А.Д.Беденюк [та ін.]. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - С. 99-100.
- Величенко В. Острый панкреатит в эксперименте /Величенко В. - Мн: Беларусь, 1971. - 112 с.
- Владимиров Ю.А. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах /Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. - М.: Медицина, 1972. - 252 с.
- Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних /Гойго О.В. - К., 2004. - 76 с.
- Колб В.Г. Справочник по клинической химии /В.Г.Колб. - М.: Минск, 1982. - 311 с.
- Колесова О.Е. Перекисное окисление липидов и методы определения продуктов липопероксидации в биологических средах /О.Е.Колесова, А.А.Маркин, Т.Н.Федорова //Лабораторное дело. - 1984. - №9. - С. 540-546.
- Королюк М.А. Метод определения активности каталазы /М.А.Королюк, Л.И.Иванова, И.Г.Майорова //Лаб. дело. - 1988. - №1. - С. 16-18.
- Филимонов М.И. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии /Филимонов М.И., Бурневич С.З.; под ред. В.С.Савельева. - М: Медиа Медика, 2003. - С. 241-248.
- Чевари С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологических материалах /С.Чевари, И.Чаба, И.Сеней //Лаб. дело. - 1985. - №11. - С. 678-681.
- Чернушенко Е.Ф. Иммунологические методы исследований в клинике /Е.Ф.Чернушенко, Л.С.Когосова. - К.: Здоров'я, 1978. - 159 с.

Висновок та перспективи подальших розробок

1. Включення до лікування щурів з панкреонекрозом безперервної шлункової оксигенації призводить до покращання показників функціонального стану підшлункової залози, що проявляється зменшенням рівнів амілази - в 1,39 і 1,47 рази ($p < 0,001$) (відповідно після застосування методики прототипу та запропонованої нами), білірубину - в 1,39 і 1,65 рази ($p < 0,001$).

На нашу думку, були б актуальними дослідження стану кисневого гомеостазу з його відповідною корекцією у хворих на панкреанекроз після проведення адекватного хірургічного лікування в комбінації з протокольною терапією.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ОКСИГАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Сушко Ю.И., Олийник О.В.

Резюме. Данная статья посвящена изучению эффективности непрерывной желудочной оксигенации при лечении экспериментального панкреонекроза у крыс. Определено, что использование непрерывной желудочной оксигенации в комплексной терапии приводит к позитивным изменениям в состоянии больных крыс.

Ключевые слова: экспериментальный панкреонекроз, непрерывная желудочная оксигенация.

EFFICIENCY OF THE UNREMITTING STOMACH OXYGENATION IN TREATMENT OF EXPERIMENTAL PANCREATONECROSIS

Sushko Y.I., Oliynyk O.V.

Summary. This article is devoted to the studying of efficiency of the unremitting stomach oxygenation in treatment of experimental pancreatonecrosis of rats. It was determined using of unremitting stomach oxygenation in complex therapy gives rise to positive changes in general condition of rats.

Key words: experimental pancreatonecrosis, unremitting stomach oxygenation.

© Топка Э.Г., Шарапова Е.Н.

УДК: 616.681-007.41-07:612.339-073

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОЦЕССА МИГРАЦИИ ЯИЧЕК

Топка Э.Г., Шарапова Е.Н.

Государственная медицинская академия (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49027)

Резюме. У 40 здоровых и 80 больных детей в возрасте от 5 до 15 лет изучалась электрическая активность внутренних косых мышц живота в процессе полового развития и при нарушении миграции яичек из забрюшинного пространства в мошонку. Данные, полученные с помощью двухканального электромиографа МВ-5302 с накладными электродами, свидетельствуют о нарушении мышечной активности передней стенки живота при крипторхизме.

Ключевые слова: электромиография, крипторхизм, передне-боковая стенка живота, яичко.

Введение

Работами отечественных и зарубежных авторов показана связь между аномалиями развития мышц передне-боковой стенки живота и половых органов, а также состоянием произвольной мускулатуры и уровнем андрогенов в организме [Алатырев и др., 1978; Байбаков, 2008; Зефилов, 1971]. На основании клинических и экспериментальных исследований была выдвинута гипотеза о поражении и недоразвитии одного из отделов нейрон-моторного аппарата паховой области как патофизиологической основы крипторхизма [Рауціс, 1998, 2003]. Однако имеющиеся суждения о механизме возникновения биогенных нарушений при крипторхизме до сих пор изучены далеко недостаточно и остаются противоречивыми [Топка и др., 2008; Tomoyaschi, 1974; Шаймарданов, 1975].

Цель исследования: целесообразность предпринятых нами исследований диктуется практической необходимостью получить новый тест в дифференциальной диагностике крипторхизма, а также углубить представление о патогенезе данного заболевания.

Материалы и методы

У 40 здоровых детей в возрасте от 5 до 15 лет и 80 детей того же возраста с различными формами нарушения миграции яичек изучена биоэлектрическая активность передне-боковых мышц живота в условиях покоя и дозированной физической нагрузки (поднятия туловища из положения лежа в положение сидя без помощи рук и при фиксации нижних конечностей). Запись миограмм производилась с помощью двухканального электромиографа МВ-5302 с использованием накожных пластинчатых электродов диаметром 1 см., фиксируемых на расстоянии 2,5 см друг от друга электродной пастой и лейкопластырем в точке наибольшей активности внутренней косой мышцы живота в точке Мак-Бурнея. Другие электроды на обеих сторонах располагались на передне-верхних подвздошных остях. Скорость записи ЭМГ-80 мм/сек с усилением от 10 мкв до 30 или 50 мкв и фильтрами 5/0,2.

Результаты. Обсуждение

Как выяснилось из наших наблюдений, биоэлектрическая активность внутренних косых мышц живота с обеих сторон в паховых областях у здоровых детей в состоянии покоя имеет почти равную величину и существенно не зависит от возраста ребенка. Средняя частота колебаний мышечного потенциала без нагрузки с правой стороны достигала 105,33±7,43 герц, с левой - 94,13±6,24 герц. Средняя амплитуда колебаний мышечного потенциала составляла справа 18,78±2,22 мкв, слева - 17,73±2,56 мкв (рис. 1). При дозированной нагрузке средняя ампли-

туда колебаний потенциала на ЭМГ правой внутренней косой мышцы живота достигала 488,88±64,03 мкв, левой - 514,00±76,08 мкв, возрастая соответственно степени физического развития ребенка. Частота колебаний мышечного потенциала при физической нагрузке, уменьшаясь по сравнению с покоем, варьировала от 51,15±2,82 герц - справа и до 48,85±2,82 герц - слева. (табл. 1) Средняя высота дуги кремаштерного рефлекса достигала справа - 282,50±50,70 мкв, слева - 379,10±65,10 мкв.

При правостороннем крипторхизме (табл. 1) в положении лежа без нагрузки частота колебаний потенциала мышц паховой области находилась в пределах: справа - 107,69±9,14 герц, слева - 108,26±8,59 герц. Амплитуда их достигала справа - 30,21±3,91 мкв, слева - 30,58±4,89 мкв (рис. 1). При физической нагрузке частота потенциалов снижалась справа до 60,54±4,26 герц и слева до 56,48±3,34 герц. Средняя амплитуда мышечного потенциала в правой паховой области на стороне ретенции яичка достигала до 47,10±70,81 мкв. Полученные средние данные после статистической

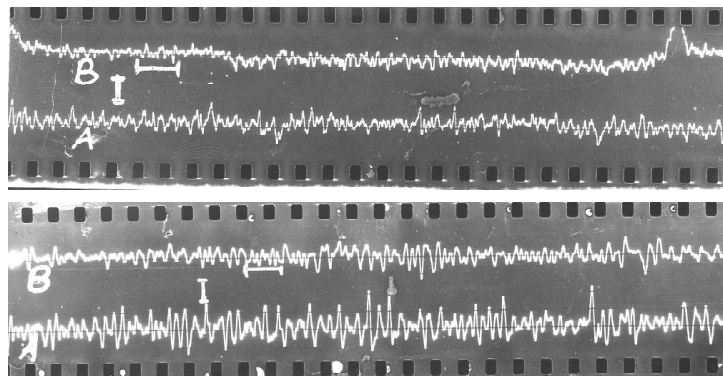


Рис. 1. Биоэлектрическая активность мышц паховой области при дозированной нагрузке: 1/у здорового ребенка К.Л., 9 лет и 2/ у больного В.М., 9 лет. Диагноз: "Правосторонний крипторхизм". Калибровка: 600 мкв 100 мс.

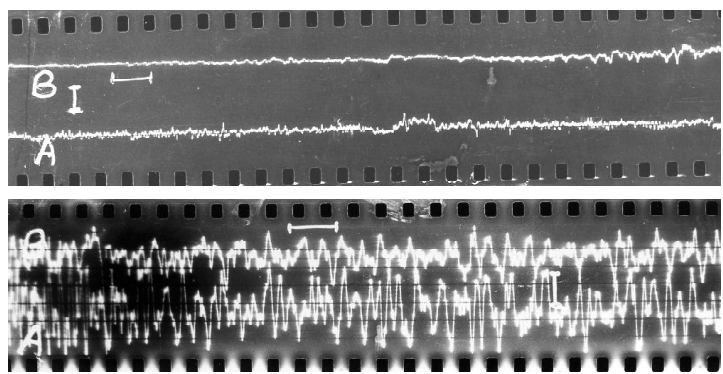


Рис. 2. Биоэлектрическая активность мышц паховой области при дозированной нагрузке больного З. В. 7 лет. Диагноз: "Левосторонний крипторхизм". Протоколы № 204: 1/ в состоянии покоя, 2/ при дозированной нагрузке: А - правая сторона, В - левая сторона. Калибровка: 1/ 200 мкв, 100мс; 2/ 600 мкв, 100 мс.

Таблица 1. Биоэлектрическая активность мышц паховой области на стороне ретенции при крипторхизме.

№ п/п	Показатели	Здоровые лица	Правосторонний крипторхизм	Левосторонний крипторхизм	Двухсторонний крипторхизм
1.	Средний возраст (в годах)	9,15±0,54	9,00±0,64	9,39±8,48	8,26±0,82
2.	Частота биопотенциалов паховой области в покое (герц) Справа Слева	105,33±7,43 94,13±6,24	107,69±9,14 103,26±8,59	104,64±4,19 92,64±5,42	105,18±8,83 120,50±12,11
3.	С нагрузкой Справа Слева	51,15±22,82 48,85±28,2	60,54±4,26 56,43±3,34	73,39±6,33 68,16±6,16	52,96±4,81 52,86±4,34
4.	Амплитуда биопотенциалов паховой области в покое (мкв) Справа Слева	18,42±2,22 17,78±2,56	30,21±8,91 30,58±4,39	23,15±1,78 24,63±3,59	24,06±2,54 24,25±3,86
5.	С нагрузкой Справа Слева	488,88±64,08 524,00±76,08	457,87±67,56 471,10±70,81	274,62±53,04 202,64±39,27	593,90±67,92 687,07±82,69

обработки позволили обнаружить несколько общую среднюю амплитуду мышечного потенциала паховой области с обеих сторон при крипторхизме в покое. При физической нагрузке по сравнению со здоровыми лицами отмечается, что средняя частота колебаний потенциалов при крипторхизме несколько больше, однако амплитуда его была ниже, особенно на стороне нарушения процесса миграции яичка. Следует отметить, что при индивидуальной характеристике каждого наблюдения не всегда асимметрия электромиограмм свидетельствует о понижении силы мышечного сокращения на стороне поражения. Так, из 36 больных с правосторонним крипторхизмом достоверное снижение амплитуды мышечного потенциала при физической нагрузке наблюдалось у 20-ти детей (55,5%), у 13-ти детей обнаружено повышение амплитуды сокращения мышц правой паховой области по сравнению с левой (рис. 1) и лишь у 3-х сокращения мышц были симметричными. Повышение электрической активности отмечалось во всех 4-х случаях ложного правостороннего крипторхизма.

При левостороннем крипторхизме из 28 случаев в 18 (64,2%) отмечалось значительное снижение высоты амплитуды мышечного потенциала в левой паховой области (рис. 2). У 8 больных асимметрия ЭМГ проявлялась за счет увеличения амплитуды мышечного потенциала на стороне ретенции яичка. В 2-х случаях ЭМГ была симметричной. Без физической нагрузки средняя амплитуда мышечного потенциала достигала справа 23,15±1,78 мкв, слева - до 24,63±3,59 мкв, А частота соответственно 104,64±4,19 герц и 92,64±5,42 герц. При физической нагрузке частота колебаний мышечного потенциала в среднем уменьшилась справа до 73,39±6,33 герц, слева - 68,16±6,16 герц.

Амплитуда мышечного сокращения повышалась более значительно справа, чем слева, достигая справа

- 274,62±53,04 мкв, слева - 202,64±39,27 мкв. Анализируя полученные данные, можно отметить, что при левостороннем крипторхизме без физической нагрузки особых отличий от нормальной ЭМГ не обнаружено. При физической нагрузке отмечается снижение мышечного потенциала с обеих сторон. Левосторонний крипторхизм сопровождался асимметрией ЭМГ, связанной со снижением мышечной активности паховой области со стороны ретенции яичка.

При двухстороннем крипторхизме частота колебаний мышечного потенциала, почти не отличаясь от нормы, колебалась в пределах от 105,18±8,88 герц до 120,5±12,11 герц. Средняя амплитуда мышечного потенциала в покое симметрична и равнялась с обеих сторон - 24,06±2,54 мкв и 24,25±3,86 мкв.

При физической нагрузке отмечается более значительная высота мышечного потенциала в сравнении со здоровыми лицами и случаями с односторонним крипторхизмом, достигая справа до 593,90±67,92 мкв, слева - до 687,07±82,69 мкв.

Из 12-ти случаев двухстороннего крипторхизма в 6-ти активность мышц паховой области была большей слева, в 4-х справа и в 2-х она была симметричной с обеих сторон. Сопоставления результатов биоэлектрической активности паховой области с выраженностью средних и нижних брюшных рефлексов, длиной остисто-пупочного расстояния и возрастом не дали возможность установить какой-либо достоверной корреляции между ними. Отсутствие рефлексов передне-боковой стенки обнаружено лишь в 4-х случаях из 80 наблюдений, однако в них не наблюдалось соответственного снижения биоэлектрической активности мышц.

Кремастерный рефлекс выявлялся при одностороннем крипторхизме лишь на стороне опущенного яичка. Следует подчеркнуть его слабость, быструю утомляемость и угасание. В 3-х случаях одностороннего крипторхизма отмечено отсутствие кремастерного рефлекса с обеих сторон.

Все это свидетельствует о последствиях или недоразвития, или поражения соответствующих мотонейронов в отдельных случаях с нарушением процесса миграции яичка.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Недоразвитие мышц паховой области и их иннервации у более 50% исследуемых больных с крипторхизмом является одной из причин нарушения про-

цесса миграции яичек. Снижение мышечной активности со стороны ретенции при нагрузке может явиться одним из этиологических моментов крипторхизма.

2. Повышение активности мышц передне-боковой стенки живота в покое на стороне ретенции свидетельствует о рефлекторном гипертонусе паховой области.

3. Ложный крипторхизм во всех случаях сопровож-

дается более высокой мышечной активностью при физической нагрузке по сравнению со здоровыми лицами.

В дальнейшем проведение электромиографии брюшной стенки может иметь диагностическую ценность и служить критерием эффективности лечебных мероприятий по восстановлению активности мышц паховой области и мышцы, поднимающей яичко.

Литература

- Байбаков В.М. Новый способ поэтапного хирургического лечения крипторхизма у детей /В.М.Байбаков //Медицина транспорта Украины. - 2008. - №3. - С. 15-22.
- Зефирова Л.Н. Защитное напряжение мышц брюшной стенки /Зефирова Л.Н., Алатырев В.И. - Казань, 1971.
- Рауцкіс В.А. Хірургічне лікування крипторхізму і шляхи його корекції (судинні та екологічні захворювання: морфогенез та екологічний патоморфоз) /В.А.Рауцкіс //Матеріали VI конгресу патологів України. - Вінниця, 1998. - С. 304-306.
- Рауцкіс В.А. Шляхи покращення кровопостачання яєчка при крипторхізмі у дітей: авторефа канд. дис. /Рауцкіс В.А. - Київ, 2003. - 19 с.
- Топка Э.Г. Морфофункциональные изменения в яичках и яичниках после хирургического воздействия CO₂-лазером /Э.Г.Топка, Е.Н.Шарапова, Е.А.Кушнарева //Таврический медицинско-биологический вестник. - 2008. - Т.11 - С. 51-53.
- Шаймарданов Р.Ш. Электромиографическое исследование брюшной стенки при остром аппендиците /Р.Ш.Шаймарданов, О.С.Кочнев, В.И.Алатырев //Клиническая хирургия. - 1975. - №8. - С. 33-37.
- Электромиография брюшной стенки в диагностике острых заболеваний органов живота /В.И.Алатырев, Л.Н.Зефирова, О.С.Кочнев [и др.]. - Казань, 1978.
- Tomoyaschi T. Male gonad in myotonic dystrophy /T.Tomoyaschi, G.Komatsu //Acta Urol. Jap. - 1974. - Vol.20, №1. - P. 47-51.

ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ПОРУШЕННІ ПРОЦЕСУ МІГРАЦІЇ ЯЄЧОК

Топка Е.Г., Шарапова О.М.

Резюме. У 40 здорових і 80 хворих дітей віком від 5 до 15 років вивчалась електрична активність внутрішніх косих м'язів живота в процесі статевого розвитку та при порушенні міграції яєчок із заочеревинного простору в калитку. Дані, одержані за допомогою двоканального електроміографа MB-5302 з нашкірними електродами, свідчать про порушення м'язової активності передньої стінки живота при крипторхізмі.

Ключові слова: електроміографія, крипторхізм, передньо-бічна стінка живота, яєчко.

THE ELECTROMYOGRAPHIC INVESTIGATION OF VENTRAL ABDOMINAL WALL IN THE CASE OF DISORDER OF PROCESS OF TESTICLES MIGRATION

Топка Е.Г., Шаропова Е.Н.

Summary. The electrical activity of abdominal internal oblique muscles was investigated in 40 healthy and 80 ill children at the age of 5 - 15 years old in the process of sexual development and in the case of disorder of testicles migration from retroperitoneal space to scrotum. According to the results which were received using dual-link electromyography MB-5302 with skin electrodes we came to the conclusion that cryptorchism caused the disorder of muscle activity of ventral abdominal wall.

Key words: electromyography, testis, cryptorchism, ventral abdominal wall.

© Хіміч С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П.

УДК: 615.473.2:616.74(-191):616-056.52:611-018.26

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВИХ ІН'ЕКЦІЙ ТРАДИЦІЙНИМИ ГОЛКАМИ ПАЦІЄНТАМ З ОЖИРІННЯМ

Хіміч С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Проведено вимірювання товщини підшкірножирової клітковини в місцях проведення внутрішньом'язових ін'єкцій на 40 комп'ютерних томограмах тазової ділянки та стегна у пацієнтів з різною масою тіла. Виявлено, що через велику товщину підшкірно-жирової клітковини при ожирінні 2-го ступеня довжина стандартних голок не дозволяє вводити лікарський засіб у м'язову тканину сідниці, а при ожирінні 3-го ступеня голка не досягає не тільки м'язів сідниці, але й м'язів стегна. Зважаючи на ці дані, рекомендується використання інших місць для внутрішньом'язового введення ліків, зокрема дельтоїдного м'яза, пошуку інших місць введення, а також використання довгих нетрадиційних голок.

Ключові слова: внутрішньом'язові ін'єкції, ожиріння, комп'ютерна томографія, післяін'єкційні ускладнення.

Вступ

Відомо, що великий сідничний м'яз є одним з типових місць для введення лікарських засобів. Водно-

час даний спосіб введення ліків часто призначається незважаючи на індивідуальні особливості будови тіла,

цесса миграции яичек. Снижение мышечной активности со стороны ретенции при нагрузке может явиться одним из этиологических моментов крипторхизма.

2. Повышение активности мышц передне-боковой стенки живота в покое на стороне ретенции свидетельствует о рефлекторном гипертонусе паховой области.

3. Ложный крипторхизм во всех случаях сопровож-

дается более высокой мышечной активностью при физической нагрузке по сравнению со здоровыми лицами.

В дальнейшем проведение электромиографии брюшной стенки может иметь диагностическую ценность и служить критерием эффективности лечебных мероприятий по восстановлению активности мышц паховой области и мышцы, поднимающей яичко.

Литература

- Байбаков В.М. Новый способ поэтапного хирургического лечения крипторхизма у детей /В.М.Байбаков //Медицина транспорта Украины. - 2008. - №3. - С. 15-22.
- Зефирова Л.Н. Защитное напряжение мышц брюшной стенки /Зефирова Л.Н., Алатырев В.И. - Казань, 1971.
- Рауцкіс В.А. Хірургічне лікування крипторхізму і шляхи його корекції (судинні та екологічні захворювання: морфогенез та екологічний патоморфоз) /В.А.Рауцкіс //Матеріали VI конгресу патологів України. - Вінниця, 1998. - С. 304-306.
- Рауцкіс В.А. Шляхи покращення кровопостачання яєчка при крипторхізмі у дітей: авторефа канд. дис. /Рауцкіс В.А. - Київ, 2003. - 19 с.
- Топка Э.Г. Морфофункциональные изменения в яичках и яичниках после хирургического воздействия CO₂-лазером /Э.Г.Топка, Е.Н.Шарапова, Е.А.Кушнарева //Таврический медицинско-биологический вестник. - 2008. - Т.11 - С. 51-53.
- Шаймарданов Р.Ш. Электромиографическое исследование брюшной стенки при остром аппендиците /Р.Ш.Шаймарданов, О.С.Кочнев, В.И.Алатырев //Клиническая хирургия. - 1975. - №8. - С. 33-37.
- Электромиография брюшной стенки в диагностике острых заболеваний органов живота /В.И.Алатырев, Л.Н.Зефирова, О.С.Кочнев [и др.]. - Казань, 1978.
- Tomoyaschi T. Male gonad in myotonic dystrophy /T.Tomoyaschi, G.Komatsu //Acta Urol. Jap. - 1974. - Vol.20, №1. - P. 47-51.

ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ПОРУШЕННІ ПРОЦЕСУ МІГРАЦІЇ ЯЄЧОК

Топка Е.Г., Шарапова О.М.

Резюме. У 40 здорових і 80 хворих дітей віком від 5 до 15 років вивчалась електрична активність внутрішніх косих м'язів живота в процесі статевого розвитку та при порушенні міграції яєчок із заочеревинного простору в калитку. Дані, одержані за допомогою двоканального електроміографа MB-5302 з нашкірними електродами, свідчать про порушення м'язової активності передньої стінки живота при крипторхізмі.

Ключові слова: електроміографія, крипторхізм, передньо-бічна стінка живота, яєчко.

THE ELECTROMYOGRAPHIC INVESTIGATION OF VENTRAL ABDOMINAL WALL IN THE CASE OF DISORDER OF PROCESS OF TESTICLES MIGRATION

Топка Е.Г., Шаропова Е.Н.

Summary. The electrical activity of abdominal internal oblique muscles was investigated in 40 healthy and 80 ill children at the age of 5 - 15 years old in the process of sexual development and in the case of disorder of testicles migration from retroperitoneal space to scrotum. According to the results which were received using dual-link electromyography MB-5302 with skin electrodes we came to the conclusion that cryptorchism caused the disorder of muscle activity of ventral abdominal wall.

Key words: electromyography, testis, cryptorchism, ventral abdominal wall.

© Хіміч С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П.

УДК: 615.473.2:616.74(-191):616-056.52:611-018.26

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВИХ ІН'ЕКЦІЙ ТРАДИЦІЙНИМИ ГОЛКАМИ ПАЦІЄНТАМ З ОЖИРІННЯМ

Хіміч С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Проведено вимірювання товщини підшкірножирової клітковини в місцях проведення внутрішньом'язових ін'єкцій на 40 комп'ютерних томограмах тазової ділянки та стегна у пацієнтів з різною масою тіла. Виявлено, що через велику товщину підшкірно-жирової клітковини при ожирінні 2-го ступеня довжина стандартних голок не дозволяє вводити лікарський засіб у м'язову тканину сідниці, а при ожирінні 3-го ступеня голка не досягає не тільки м'язів сідниці, але й м'язів стегна. Зважаючи на ці дані, рекомендується використання інших місць для внутрішньом'язового введення ліків, зокрема дельтоїдного м'яза, пошуку інших місць введення, а також використання довгих нетрадиційних голок.

Ключові слова: внутрішньом'язові ін'єкції, ожиріння, комп'ютерна томографія, післяін'єкційні ускладнення.

Вступ

Відомо, що великий сідничний м'яз є одним з типових місць для введення лікарських засобів. Водно-

час даний спосіб введення ліків часто призначається незважаючи на індивідуальні особливості будови тіла,

власне, без урахування маси тіла пацієнта, саме тому деякі автори пропонують внутрішньом'язове уведення ліків у дельтовидний м'яз [Lippert, Wall, 2008]. Разом з тим, у літературі відзначається підвищений ризик гнійно-септичних захворювань, зокрема післяін'єкційних ускладнень у товстунів [Сажин, 2005; Кравец, Кравец, 2008].

Метою нашого дослідження було вивчення доцільності та безпечності введення лікарських речовин під час внутрішньом'язових ін'єкцій у великий сідничний м'яз та м'язи стегна пацієнтам з різною масою тіла.

Матеріали та методи

Нами було вивчено вивчення 40 комп'ютерних томограм тазової ділянки та стегна у пацієнтів з нормальною масою тіла та різними ступенями ожиріння. Зокрема з нормальною та надлишковою масою тіла було по 6 досліджень, з I та II ступенем ожиріння - по 10, а з III ступенем ожиріння - 8. Дослідження виконували на спіральному комп'ютерному томографі "Elsint" SelectSP, знімки переглядали за допомогою програми "eFilm Lite" Version 2.1.0 (Build 21). Вимірювали товщину та щільність підшкірно-жирової клітковини (ПЖК) сідниці, щільність м'язів верхньо-зовнішнього квадранту сідниці (зрізи на рівні spina iliaca anterior superior), товщину ПЖК передньо-зовнішньої ділянки стегна (зрізи на рівні trochanter minor). Щільність ПЖК (кількісна оцінка денситометричних показників) вираховувалась при комп'ютерній обробці зображень та оцінювалась з використанням абсолютних значень шкали Хаунсфілда (HU) (повітря - 1000, жир - 120, вода - 0, м'які тканини +40, кістки +400 і більше). Результати підлягали статистичній обробці за допомогою програми STAT 2.

Результати. Обговорення

У результаті опрацювання отриманих даних виявилось, що товщина ПЖК сідниці у стані стиснення масою тіла у положенні лежачи на спині складала $1,2 \pm 0,2$ см у пацієнтів з нормальною масою тіла (IMT=18,5-24,9), $2,5 \pm 0,3$ см при надмірній масі тіла (IMT=25,0-29,9), $2,9 \pm 0,5$ см при ожирінні 1-го ступеню (IMT=30,0-34,9), $4,1 \pm 0,5$ см при ожирінні 2-го ступеню (IMT=35,0-39,9) і $5,2 \pm 0,8$ см при ожирінні 3-го ступеню (IMT \geq 40,0) ($t=2,7$, $p<0,001$). У деяких випадках товщина ПЖК мала досить великі значення (рис. 1). Варто також відзначити, що маса тіла пацієнта, що стискає ПЖК сідниці в положенні на спині, додатково зменшує товщину ПЖК на КТ-знімку.

Щільність ПЖК сідниці складала

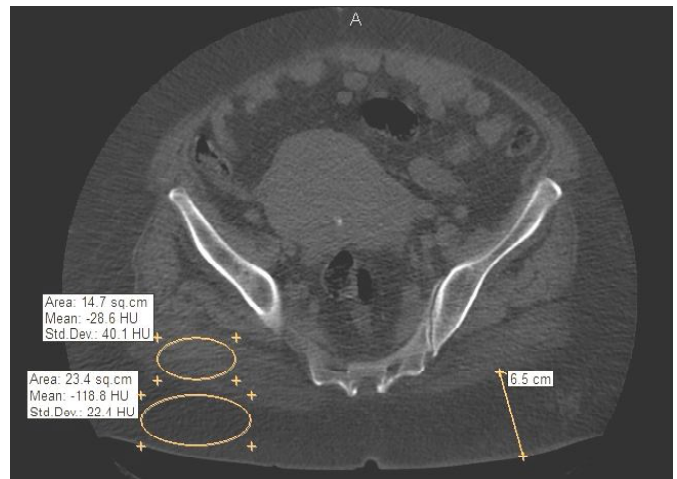


Рис. 1. Комп'ютерна томограма пацієнтки Ш., 65 р., з ожирінням III ст. Вимірювання товщини ПЖК, щільності ПЖК та м'язів сідниці.

ла $-77,5 \pm 4,2$ HU у пацієнтів з нормальною масою тіла, $-82,2 \pm 3,6$ HU при надмірній масі тіла, $-92,3 \pm 5,1$ HU при ожирінні 1-го ступеню, $-105,2 \pm 7,8$ HU при ожирінні 2-го ступеню і $-110,0 \pm 6,7$ HU при ожирінні 3-го ступеню ($t=2,7$, $p<0,001$).

Під час вимірювання щільності м'язів сідниці були отримані такі результати: $63,9 \pm 4,3$ HU у пацієнтів з нормальною масою тіла, $43,5 \pm 4,6$ HU при надмірній масі тіла, $32,9 \pm 4,9$ HU при ожирінні 1-го ступеню, $-2,2 \pm 2,9$ HU при ожирінні 2-го ступеню і $-17,6 \pm 6,3$ HU при ожирінні 3-го ступеню ($t=2,7$, $p<0,001$).

Отже, поряд із зростанням маси тіла пацієнта спостерігається потовщення ПЖК та зменшення її щільності. Зміна денситометричних показників м'язів, а саме зменшення їх щільності вказує на зміну їх структури в бік появи менш щільних елементів, зокрема жирової тканини, що підтверджується раніше опублікованими даними [Хіміч та ін., 2009].

Товщина ПЖК у верхній передньо-зовнішній ділянці стегна складала $1,0 \pm 0,5$ см у пацієнтів з нормальною ма-

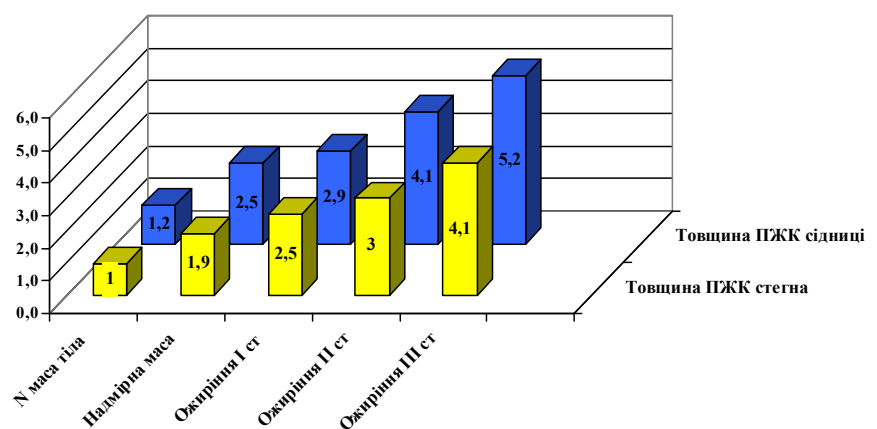


Рис. 2. Середні показники товщини ПЖК сідниці та стегна у пацієнтів з різною масою тіла.



Рис. 3. Комп'ютерна томограма пацієнта О., 55 р., з ожирінням III ст. Вимірювання товщини ПЖК.

сою тіла, $1,9 \pm 0,8$ см при надмірній масі тіла, $2,5 \pm 0,5$ см при ожирінні 1-го ступеню, $3,0 \pm 0,7$ см при ожирінні 2-го ступеню і $4,1 \pm 0,9$ см при ожирінні 3-го ступеню ($t=2,7$, $p<0,001$).

Показники товщини ПЖК сідниці та стегна для наочності відображено на рисунку 2.

На рисунку 3 зображено КТ пацієнта з ожирінням III ст., товщина ПЖК стегна якого не дозволяє виконувати внутрішньом'язові ін'єкції за допомогою стандартної голки, довжина якої, як правило, становить не більше 4,0 см.

Враховуючи те, що довжина голок для внутрішньом'язового введення ліків у шприцах різних виробників складає 3,5-4,0 см, введення лікарських речовин при такій маніпуляції пацієнтам з ожирінням 2-го та 3-го ступеня не є раціональним, адже лікарський засіб не досягає сідничного м'язу, а при ожирінні 3-го ступеню м'язів стегна. Це призводить до того, що уведений лікарський засіб у пацієнтів з ожирінням 2-го ступеню скупчується у жировій тканині, де дуже повільно всмоктується завдяки тому, що щільність жирової тканини зменшується поряд із зростанням маси тіла і при ожирінні 3-го ступеню наближається до показників абсолютного жиру. Про це свідчить мізерна кількість сполучної тканини в ПЖК, значно гірше кровопостачання, а отже, і всмоктування лікарських речовин значно погіршується. Як бачимо, з ростом

маси тіла та ступенів ожиріння збільшується ризик розвитку різноманітних післяін'єкційних ускладнень.

Варто відзначити також наявність масивних скупчень жирової тканини в міжм'язових проміжках при ожирінні високих ступенів, що візуалізується на КТ-знімках (рис. 3). Виконання цим пацієнтам внутрішньом'язово ін'єкцій в стегно може призводити до уведення лікарських речовин у товщу цих проміжків з подальшим утворенням післяін'єкційних інфільтратів, а при потрапленні інфекційного агенту і розвитку гнійних ускладнень. Враховуючи це, а також велику товщину ПЖК стегна, практично виключається доцільність виконання ін'єкцій в стегно голками стандартної довжини. До того ж, частіше всього пацієнти з ожирінням під час внутрішньом'язових ін'єкцій в стегно знаходяться в положенні "на спині" або "сидячи". В таких умовах під тягарем маси тіла жирова тканина частково зміщується із задньої на бокові поверхні стегна, тому при цьому "тимчасово" збільшується товщина ПЖК в місці виконання ін'єкції. Враховуючи ці дані, доцільніше було б проводити маніпуляції в положенні "на боці".

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Наведені дані дозволяють говорити про необхідність врахування індексу маси тіла пацієнтів перед здійсненням внутрішньом'язових ін'єкцій та дотримання наступних рекомендацій:

2. Пацієнтам з нормальною, надмірною масою тіла та при ожирінні 1-го ступеня ($IMT \leq 34,9$) внутрішньом'язові ін'єкції можна виконувати в усі загальноприйнятні ділянки (сідниця, стегно, плече).

3. При лікуванні пацієнтів з ожирінням 2-го ступеню ($IMT \leq 39,9$) внутрішньом'язові ін'єкції в сідничний м'яз слід виконувати довгими голками (довжиною $>5,0$ см), або виконати їх в плече чи стегно (положення пацієнта "на боці").

4. Пацієнтам з ожирінням 3-го ступеня ($IMT \geq 40,0$) рекомендується внутрішньом'язове введення лікарських речовин в дельтоподібний м'яз.

Подальші розробки, на нашу думку повинні спрямовуватись на пошук додаткових місць введення лікарських речовин пацієнтам з ожирінням.

Література

Видеохирургическое лечение постинъекционных абсцессов и флегмон / В.П.Сажин, В.А.Юрищев, А.Л.Авдовенко [и др.] //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2005. - №2. - С. 9-11.

Кравец В.П. Применение новых лекарственных форм декаметоксина для

профилактики и лечения постинъекционных осложнений /В.П.Кравец В.В.Кравец //Вісник СумДУ. Серія Медицина. - 2008. - №1. - С. 63-65.

Хімич С.Д. Морфологічні особливості будови жирової тканини фасцій та м'язів у людей з різними ступеня-

ми ожиріння /С.Д.Хімич, І.В.Поліщук, П.П.Гормаш //Вісник морфології. - 2009. - Т.15, №2. - С. 283-288.

Lippert W.C. Optimal intramuscular needle-penetration depth /W.C.Lippert, E.J.Wall //Pediatrics. - 2008. - Vol.122. - P. 556-563.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ТРАДИЦИОННЫМИ ИГЛАМИ ПАЦИЕНТАМ С ОЖИРЕНИЕМ

Хімич С.Д., Полищук И.В., Пан П.П.

Резюме. Проведено измерение толщины подкожножировой клетчатки в местах проведения внутримышечных инъекций

на 40 компьютерных томограммах тазовой области и бедра у пациентов с различной массой тела. Обнаружено, что из-за большой толщины подкожножировой клетчатки при ожирении 2-ой степени длина стандартных игл не позволяет вводить лекарственное средство в мышечную ткань ягодичцы, а при ожирении 3-ей степени игла не достигает не только мышц ягодичцы, но и мышц бедра. Опираясь на эти данные, рекомендуется использование других мест для внутримышечного введения лекарств, в частности дельтовидной мышцы, поиска других мест введения, а также использования длинных нетрадиционных игл.

Ключевые слова: внутримышечные инъекции, ожирение, компьютерная томография, послеинъекционные осложнения.

EXPEDIENCY OF PERFORMANCE INTRAMUSCULAR INJECTIONS WITH TRADITIONAL NEEDLES FOR THE PATIENTS WITH OBESITY

Khimich S.D., Polishchuk I.V., Pan P.P.

Summary. Measuring of thickness of hypodermic fatty cellulose is conducted in the places of leadthrough of intramuscular injections on 40 computer tomogram of pelvic area and thigh for patients with different mass of body. It is discovered that through the large thickness of hypodermic fatty cellulose at obesity of the 2th degree the length of standard needles does not allow to enter medication in muscular fabric of buttock, but at obesity of the 3th degree a needle arrives neither the muscles of buttock nor the muscles of thigh. Relying on these information, the use of other places is recommended for intramuscular introduction of medications, in particular deltoid muscle, search of other places of introduction, and also use of long untraditional needles.

Key words: intramuscular injection, obesity, computer tomography, post-injection complications.

© Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

УДК: 616-005.6-616.14-616-08

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМНОГО ТА КАТЕТЕР-СПРЯМОВАНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ

Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Проведений аналіз результатів застосування системного та катетер-спрямованого тромболізу на 35 собаках у терміни розвитку стегнової вени тварини у 1, 3, 7, 14 та 21 добу. В якості тромболітичного агента використовували стрептокіназу. В результаті проведення експериментального дослідження запропонована методика катетер-керованого тромболізу виявилась ефективною у лізисі тромботичних мас та відновленні прохідності враженого венозного сегменту (в 1-7 добу прохідність складала відповідно 100-70%), дозволила отримати кращі результати лікування, ніж при системному тромболізисі (в 1-7 добу прохідність складала 90-50%), що дало змогу рекомендувати використання даної методики у клінічних умовах при лікуванні пацієнтів з гострим ТГВ при строках розвитку захворювання до 7 діб.

Ключові слова: експериментальний венозний тромбоз, системний тромболізіс, катетер-спрямований тромболізіс.

Вступ

На сьогоднішній день існує велика кількість невирішених проблемних питань тромболітичної терапії. Так, введення тромболітиків супроводжується досить великою кількістю ускладнень [Ouriel et al., 2000; Schweizer et al., 2000; Ly et al., 2004; Comerota, Paolini, 2007], серед яких фігурує і ретромбоз [Капранов и др., 2006; Sillesen et al., 2005; Casella et al., 2007; Protack et al., 2007]. Безперечно, враховуючи переваги регіонарного тромболізу, основним напрямком в покращенні результатів лікування ТГВ є вдосконалення існуючих методик та створення нових методів підведення тромболітичного агента безпосередньо до тромботичного вогнища. Ключовим в цих питаннях є експериментальні дослідження, які б дозволили обґрунтувати доцільність клінічного застосування та продемонструвати ефективність запропонованих нововведень.

Крім того, проведено лише декілька клінічних досліджень по порівнянню ефективності системного та регіонарного тромболізу [Laiho et al., 2004; Schweizer et al., 2000]. Експериментальних досліджень, які б дозволили ґрунтовно оцінити ефективність даних методів лікуван-

ня не проводилось. Досліджень, які б оцінювали ефективність тромболітичної терапії в різні строки розвитку ТГВ також невелика кількість [Lin et al., 2001]. Все це вимагає подальших наукових праць у даному напрямку.

Матеріали та методи

Однією з ключових позицій при експериментальному дослідженні є вибір оптимальної методики моделювання ТГВ на піддослідних тваринах.

Нами розроблена власна методика моделювання ТГВ в експерименті (патент на корисну модель України №20110). В основу корисної моделі "Спосіб моделювання тромбозу глибоких вен системи нижньої порожнистої вени в експерименті" поставлено завдання покращити результати моделювання тромбозів глибоких вен у експериментальних тварин шляхом введення в просвіт вени тромботичних мас, утворених на поверхні власних тканин за допомогою тканинного тромбопластину під час оперативного втручання.

Дослідження виконані у 35 собак. Тромбоз стегнової вени був виявлений у 100% випадків.

на 40 компьютерных томограммах тазовой области и бедра у пациентов с различной массой тела. Обнаружено, что из-за большой толщины подкожножировой клетчатки при ожирении 2-ой степени длина стандартных игл не позволяет вводить лекарственное средство в мышечную ткань ягодичцы, а при ожирении 3-ей степени игла не достигает не только мышц ягодичцы, но и мышц бедра. Опираясь на эти данные, рекомендуется использование других мест для внутримышечного введения лекарств, в частности дельтовидной мышцы, поиска других мест введения, а также использования длинных нетрадиционных игл.

Ключевые слова: внутримышечные инъекции, ожирение, компьютерная томография, послеинъекционные осложнения.

EXPEDIENCY OF PERFORMANCE INTRAMUSCULAR INJECTIONS WITH TRADITIONAL NEEDLES FOR THE PATIENTS WITH OBESITY

Khimich S.D., Polishchuk I.V., Pan P.P.

Summary. Measuring of thickness of hypodermic fatty cellulose is conducted in the places of leadthrough of intramuscular injections on 40 computer tomogram of pelvic area and thigh for patients with different mass of body. It is discovered that through the large thickness of hypodermic fatty cellulose at obesity of the 2th degree the length of standard needles does not allow to enter medication in muscular fabric of buttock, but at obesity of the 3th degree a needle arrives neither the muscles of buttock nor the muscles of thigh. Relying on these information, the use of other places is recommended for intramuscular introduction of medications, in particular deltoid muscle, search of other places of introduction, and also use of long untraditional needles.

Key words: intramuscular injection, obesity, computer tomography, post-injection complications.

© Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

УДК: 616-005.6-616.14-616-08

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМНОГО ТА КАТЕТЕР-СПРЯМОВАНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ

Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Проведений аналіз результатів застосування системного та катетер-спрямованого тромболізу на 35 собаках у терміни розвитку стегнової вени тварини у 1, 3, 7, 14 та 21 добу. В якості тромболітичного агента використовували стрептокіназу. В результаті проведення експериментального дослідження запропонована методика катетер-керованого тромболізу виявилась ефективною у лізисі тромботичних мас та відновленні прохідності враженого венозного сегменту (в 1-7 добу прохідність складала відповідно 100-70%), дозволила отримати кращі результати лікування, ніж при системному тромболізісі (в 1-7 добу прохідність складала 90-50%), що дало змогу рекомендувати використання даної методики у клінічних умовах при лікуванні пацієнтів з гострим ТГВ при строках розвитку захворювання до 7 діб.

Ключові слова: експериментальний венозний тромбоз, системний тромболізіс, катетер-спрямований тромболізіс.

Вступ

На сьогоднішній день існує велика кількість невирішених проблемних питань тромболітичної терапії. Так, введення тромболітиків супроводжується досить великою кількістю ускладнень [Ouriel et al., 2000; Schweizer et al., 2000; Ly et al., 2004; Comerota, Paolini, 2007], серед яких фігурує і ретромбоз [Капранов и др., 2006; Sillesen et al., 2005; Casella et al., 2007; Protack et al., 2007]. Безперечно, враховуючи переваги регіонарного тромболізу, основним напрямком в покращенні результатів лікування ТГВ є вдосконалення існуючих методик та створення нових методів підведення тромболітичного агента безпосередньо до тромботичного вогнища. Ключовим в цих питаннях є експериментальні дослідження, які б дозволили обґрунтувати доцільність клінічного застосування та продемонструвати ефективність запропонованих нововведень.

Крім того, проведено лише декілька клінічних досліджень по порівнянню ефективності системного та регіонарного тромболізу [Laiho et al., 2004; Schweizer et al., 2000]. Експериментальних досліджень, які б дозволили ґрунтовно оцінити ефективність даних методів лікуван-

ня не проводилось. Досліджень, які б оцінювали ефективність тромболітичної терапії в різні строки розвитку ТГВ також невелика кількість [Lin et al., 2001]. Все це вимагає подальших наукових праць у даному напрямку.

Матеріали та методи

Однією з ключових позицій при експериментальному дослідженні є вибір оптимальної методики моделювання ТГВ на піддослідних тваринах.

Нами розроблена власна методика моделювання ТГВ в експерименті (патент на корисну модель України №20110). В основу корисної моделі "Спосіб моделювання тромбозу глибоких вен системи нижньої порожнистої вени в експерименті" поставлено завдання покращити результати моделювання тромбозів глибоких вен у експериментальних тварин шляхом введення в просвіт вени тромботичних мас, утворених на поверхні власних тканин за допомогою тканинного тромбопластину під час оперативного втручання.

Дослідження виконані у 35 собак. Тромбоз стегнової вени був виявлений у 100% випадків.

На флебограмах спостерігалась ампутація венозного русла в місці тромбозу, розвиток колатерального шляху відтоку венозної крові. Колатералі мали вигляд тонких, ніжних гілок, що утворюють густу судинну сітку в зоні тромбозу. Дані зміни спостерігались у всіх 35 тварин.

При використанні доплера визначали відсутність кровотоку на місці ділянки вени, на яку накладали лігатури. Для дослідження використовували портативний Доплер. Дослідження проведено на 35 собаках. Відсутність кровотоку по стегновій вені після зняття лігатур було виявлене у 100% випадків. Нами було розроблено власну методику катетер-керованого тромболізу (патент на корисну модель України № 20107), яка передбачає підведення тромболітика безпосередньо до дистальної межі тромботичних мас через катетер.

Запропоновану методику катетер-керованого тромболізу (патент на корисну модель України № 20107) здійснювали шляхом введення тромболітичного агента через катетер, який вводився у стегнову вену задньої лапи собаки дистальніше місця тромбозу, виділену доступом на стегні нижче місця доступу, який використовували для моделювання тромбозу, та підводився до дистальної межі тромботичних мас. Інфузію тромболітика проводили за допомогою інфузомату.

Системний тромболізіс проводився шляхом введення тромболітичного агента у підшкірну вену передньої лапи собаки.

Лікування проводили при строках розвитку тромбозу стегнової вени собаки 1 доба, 3 доби, 7 днів, 14 днів, 21 доба. Для оцінки результатів лікування використовувались флебографія, доплерографія, макроскопічне та мікроскопічне дослідження враженого сегменту. В якості тромболітичного агента ми використовували стрептокіназу. Препарат тваринам вводили протягом 3-5 годин зі швидкістю 300 000 МО/год.

Результати. Обговорення

При регіонарному тромболізісі в строк розвитку тромбозу 1 доба спостерігається повний лізіс тромботичних мас та повне відновлення просвіту тромбованої ділянки вени з незначним враженням ендотеліальних клітин.

При проведенні системного тромболізісу при строку венозного тромбозу 1 доба спостерігається значне відновлення прохідності венозного русла. Однак відмічаються залишкові тромботичні маси, які займають до 10% просвіту судини та локалізуються переважно в ділянках клапанів. При гістологічному дослідженні відсутнє значне враження ендотелію судинної стінки.

При регіонарному тромболізісі по запатентованій методиці в строки розвитку тромбозу 3 доби спостерігається практично повне відновлення прохідності враженої ділянки з наявністю залишкових тромботичних мас з початковою фіксацією та організацією, які займають більше 10% просвіту судини та не впливають на особливості кровотоку по вені. Гістологічно спостерігається вогнищеве враження ендотелію судинної стінки.

При системному тромболізісі венозного тромбозу давності 3 доби відмічається значне відновлення просвіту враженої ділянки, однак на поверхні судинної стінки залишаються тромботичні маси, повного лізісу тромбів добитися не вдається. При подібній картині наявне вогнищеве враження ендотелію.

При регіонарному тромболізісі в строки тромбозу до 7 днів спостерігається часткове (до 70%) відновлення просвіту судини з наявністю залишкових тромботичних мас на поверхні венозної стінки, які важко відділяються від стінки вени та знижують інтенсивність венозного кровотоку. Гістологічно спостерігалось враження венозної стінки, атрофія клапанів, організовані тромботичні маси.

При системному тромболізісі в строки тромбозу до 7 днів спостерігається часткове (менше 50%) відновлення просвіту судини з наявністю залишкових тромботичних мас на поверхні венозної стінки, які важко відділяються від стінки вени та знижують інтенсивність венозного кровотоку. Гістологічно спостерігалось враження венозної стінки, руйнація клапанів.

При регіонарному тромболізісі в строки тромбозу 14 днів спостерігається незначне відновлення прохідності враженої судини (менше 30%), що лише частково впливає на особливості відтоку крові з враженого сегменту. Тромботичні маси щільно фіксовані до венозної стінки, клапани при цьому зруйновані. Спостерігається враження ендотелію судинної стінки з практично повною організацією тромбу.

При системному тромболізісі при строках венозного тромбозу 14 днів спостерігалось незначне (менше 20%) відновлення просвіту враженої вени, що суттєвим чином не впливає на особливості відтоку крові з враженого сегменту. Тромботичні маси щільно фіксовані до венозної стінки, клапани при цьому зруйновані. Спостерігається враження ендотелію судинної стінки з організованим, фіксованим тромбом.

При регіонарному тромболізісі при терміні венозного тромбозу 21 доба відмічається відсутність лізісу тромботичних мас, які є щільно зрощеними з судинною стінкою. При цьому спостерігається фіброз стінки вени з облітерацією вени організованим тромбом.

При системному тромболізісі в строки тромбозу до 21 доби лізіс тромботичних мас відсутній, тромби мають щільну консистенцію та зрощені з ендотелієм. При цьому спостерігається фіброз вени з облітерацією організованим тромбом.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведене експериментальне дослідження показало, що катетер-спрямований тромболізіс дозволяє отримати кращі результати лікування ТГВ, ніж системний тромболізіс, що виявляється у більш повному лізісі тромбів, відновленні прохідності враженої вени та кращому впливі на ендотелій венозної стінки.

2. Гістологічно при регіонарному тромболізісі спо-

стерігались в цілому менша маса тромбів та краще збереження венозної стінки.

3. Найвиразнішою різниця виявлялась у терміні тромбозу до 7 діб. При термінах тромбозу 14-21 діб різниця в результатах лікування між регіонарним тромболізи-

сом та системним тромболізісом є незначною.

Отримані результати є підставою для рекомендації щодо використання даної методики у клінічних умовах при лікуванні пацієнтів з гострим ТГВ при строках розвитку захворювання до 7 діб.

Література

- Сравнительная оценка методов лечения острых распространенных тромбозов глубоких вен конечностей и таза /С.А.Капранов, С.Г.Леонтьев, А.В.-Дубровский [и др.] //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2002. - №5. - С. 37-41.
- Catheter directed thrombolysis for treatment of ilio-femoral deep venous thrombosis is durable, preserves venous valve function and may prevent chronic venous insufficiency /H.Sillesen, S.Just, M.Jorgensen [et al.] //Eur. Journ. Vasc. Endovasc. Surg. - 2005. - Vol.30, №5. - P. 556.
- Catheter-directed thrombolysis of iliofemoral venous thrombosis /B.Ly, A.M.Njaastad, G.Sandbaek [et al.] // Tidsskr. Nor. Laegeforen. - 2004. - Vol.124, №4. - P. 478-480.
- Comerot A.J. Treatment of acute iliofemoral deep veins thrombosis: a strategy of thrombus removal /A.J.Comerota, D.Paolini //Eur. Journ. Endovasc. Surg. - 2007. - Vol.33. - P. 351-360.
- Complications associated with the use of urokinase and recombinant tissue plasminogen activator for catheter-directed peripheral arterial and venous thrombolysis /K.Ouriel, B.Gray, G.Clair [et al.] //Journ. of Vascular and Interventional Radiology. - 2000. - Vol. 11. - Is. 3. - P. 295-298.
- Evaluation of thrombolysis in a porcine model of chronic deep venous thrombosis: an endovascular model / P.H.Lin, C.Chen, S.M.Surowiec [et al.] //Journ. Vasc. Surg. - 2001. - Vol.33, №3. - P. 621-627.
- Late results of catheter-directed recombinant tissue plasminogen activator fibrinolytic therapy of iliofemoral deep venous thrombosis /I.B.Casella, C.Presti, R.Aun [et al.] //Clinics. - 2007. - Vol.62, №1. - P. 31-40.
- Long-term outcomes of catheter directed thrombolysis for lower extremity deep venous thrombosis without prophylactic inferior vena cava filter placement /C.D.Protack, A.M.Bakken, N.Patel [et al.] //Journ. Vasc. Surg. - 2007. - Vol.45, №5. - P. 992-997.
- Preservation of venous valve function after catheter-directed and systemic thrombolysis for deep venous thrombosis /M.K.Laiho, A.Oinonen, N.Sugano [et al.] //Eur. Journ. Vasc. Endovasc. Surg. - 2004. - Vol.28. - P. 391-396.
- Short- and long-term results after thrombolytic treatment of deep venous thrombosis /J.Schweizer, W.Kirch, R.Koch [et al.] //Journ. Am. Coll. Cardiol. - 2000. - Vol.36, №4. - P. 1336-1343.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО И КАТЕТЕР-НАПРАВЛЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

Резюме. Проведен анализ результатов применения системного и катетер-направленного тромболізіса на 35 собаках в сроки развития бедренной вены животного в 1, 3, 7, 14 и 21 сутки. В качестве тромболитического агента использовали стрептокиназу. В результате проведения экспериментального исследования предложенная методика катетер-направленного тромболізіса оказалась эффективной в лизисе тромботических масс и возобновлении проходности пораженного венозного сегмента (в 1-7 сутки проходимость составила соответственно 100-70%), позволила получить лучшие результаты лечения, чем при системном тромболізісе (в 1-7 сутки проходимость составила 90-50%), что дало возможность рекомендовать использование данной методики в клинических условиях при лечении пациентов с острым ТГВ при сроках развития заболевания до 7 суток.

Ключевые слова: экспериментальный венозный тромбоз, системный тромболізіс, катетер-направленный тромболізіс.

EXPERIMENTAL RESEARCH OF EFFICIENCY SYSTEM AND CATHETER-DIRECTED THROMBOLYSIS

Khrebtiiy Y.V., Homolako I.V., Melnichuk M.O.

Summary. The analysis of results of application of the system and catheter-directed thrombolysis is conducted on the 35 dogs in the terms of development of femoral vein thrombosis of animal 1, 3, 7, 14 and 21 days. The streptokinase was used as a thrombolytic agent. As a result of realization of experimental research the offered methods of catheter-directed thrombolysis was found effective in the lysis of the thrombotic masses and proceeding in communicating of the staggered venous segment (in 1-7 days the patency made accordingly 100-70%), allowed to get the best results of treatment, what at a system thrombolysis (in a 1-7 days the patency made 90-50%), that enabled to recommend the use of this methods in clinical terms as the treatment of patients with DVT within the terms of development of disease to 7 days.

Key words: experimental venous thrombosis, systemic thrombolysis, catheter-directed thrombolysis.

© Шимон В.М., Шерегій А.А.

УДК: 616.71-018.46-089.843.001].001.6

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КУЛЬТИВОВАНИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ В МОДЕЛЬОВАНИЙ ДЕФЕКТ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Шимон В.М., Шерегій А.А.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра загальної хірургії, травматології та ортопедії, оперативної хірургії та судової медицини (вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, Україна, 88000)

стерігались в цілому менша маса тромбів та краще збереження венозної стінки.

3. Найвиразнішою різниця виявлялась у терміні тромбозу до 7 діб. При термінах тромбозу 14-21 діб різниця в результатах лікування між регіонарним тромболізи-

сом та системним тромболізісом є незначною.

Отримані результати є підставою для рекомендації щодо використання даної методики у клінічних умовах при лікуванні пацієнтів з гострим ТГВ при строках розвитку захворювання до 7 діб.

Література

- Сравнительная оценка методов лечения острых распространенных тромбозов глубоких вен конечностей и таза /С.А.Капранов, С.Г.Леонтьев, А.В.-Дубровский [и др.] //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2002. - №5. - С. 37-41.
- Catheter directed thrombolysis for treatment of ilio-femoral deep venous thrombosis is durable, preserves venous valve function and may prevent chronic venous insufficiency /H.Sillesen, S.Just, M.Jorgensen [et al.] //Eur. Journ. Vasc. Endovasc. Surg. - 2005. - Vol.30, №5. - P. 556.
- Catheter-directed thrombolysis of iliofemoral venous thrombosis /B.Ly, A.M.Njaastad, G.Sandbaek [et al.] // Tidsskr. Nor. Laegeforen. - 2004. - Vol.124, №4. - P. 478-480.
- Comerota A.J. Treatment of acute iliofemoral deep veins thrombosis: a strategy of thrombus removal /A.J.Comerota, D.Paolini //Eur. Journ. Endovasc. Surg. - 2007. - Vol.33. - P. 351-360.
- Complications associated with the use of urokinase and recombinant tissue plasminogen activator for catheter-directed peripheral arterial and venous thrombolysis /K.Ouriel, B.Gray, G.Clair [et al.] //Journ. of Vascular and Interventional Radiology. - 2000. - Vol. 11. - Is. 3. - P. 295-298.
- Evaluation of thrombolysis in a porcine model of chronic deep venous thrombosis: an endovascular model / P.H.Lin, C.Chen, S.M.Surowiec [et al.] //Journ. Vasc. Surg. - 2001. - Vol.33, №3. - P. 621-627.
- Late results of catheter-directed recombinant tissue plasminogen activator fibrinolytic therapy of iliofemoral deep venous thrombosis /I.B.Casella, C.Presti, R.Aun [et al.] //Clinics. - 2007. - Vol.62, №1. - P. 31-40.
- Long-term outcomes of catheter directed thrombolysis for lower extremity deep venous thrombosis without prophylactic inferior vena cava filter placement /C.D.Protack, A.M.Bakken, N.Patel [et al.] //Journ. Vasc. Surg. - 2007. - Vol.45, №5. - P. 992-997.
- Preservation of venous valve function after catheter-directed and systemic thrombolysis for deep venous thrombosis /M.K.Laiho, A.Oinonen, N.Sugano [et al.] //Eur. Journ. Vasc. Endovasc. Surg. - 2004. - Vol.28. - P. 391-396.
- Short- and long-term results after thrombolytic treatment of deep venous thrombosis /J.Schweizer, W.Kirch, R.Koch [et al.] //Journ. Am. Coll. Cardiol. - 2000. - Vol.36, №4. - P. 1336-1343.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО И КАТЕТЕР-НАПРАВЛЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О.

Резюме. Проведен анализ результатов применения системного и катетер-направленного тромболитика на 35 собаках в сроки развития бедренной вены животного в 1, 3, 7, 14 и 21 сутки. В качестве тромболитического агента использовали стрептокиназу. В результате проведения экспериментального исследования предложенная методика катетер-направленного тромболитика оказалась эффективной в лизисе тромботических масс и возобновлении проходности пораженного венозного сегмента (в 1-7 сутки проходимость составила соответственно 100-70%), позволила получить лучшие результаты лечения, чем при системном тромболитике (в 1-7 сутки проходимость составила 90-50%), что дало возможность рекомендовать использование данной методики в клинических условиях при лечении пациентов с острым ТГВ при сроках развития заболевания до 7 суток.

Ключевые слова: экспериментальный венозный тромбоз, системный тромболитик, катетер-направленный тромболитик.

EXPERIMENTAL RESEARCH OF EFFICIENCY SYSTEM AND CATHETER-DIRECTED THROMBOLYSIS

Khrebtii Y.V., Homolako I.V., Melnichuk M.O.

Summary. The analysis of results of application of the system and catheter-directed thrombolysis is conducted on the 35 dogs in the terms of development of femoral vein thrombosis of animal 1, 3, 7, 14 and 21 days. The streptokinase was used as a thrombolytic agent. As a result of realization of experimental research the offered methods of catheter-directed thrombolysis was found effective in the lysis of the thrombotic masses and proceeding in communicating of the staggered venous segment (in 1-7 days the patency made accordingly 100-70%), allowed to get the best results of treatment, what at a system thrombolysis (in a 1-7 days the patency made 90-50%), that enabled to recommend the use of this methods in clinical terms as the treatment of patients with DVT within the terms of development of disease to 7 days.

Key words: experimental venous thrombosis, systemic thrombolysis, catheter-directed thrombolysis.

© Шимон В.М., Шерегий А.А.

УДК: 616.71-018.46-089.843.001].001.6

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КУЛЬТИВОВАНИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ В МОДЕЛЬОВАНИЙ ДЕФЕКТ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Шимон В.М., Шерегий А.А.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра загальної хірургії, травматології та ортопедії, оперативної хірургії та судової медицини (вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. В роботі представлені переконливі дані про доцільність та високу ефективність застосування трансплантації культивованих стромальних клітин кісткового мозку в зону змодельованого дефекту дистального епіметафізу стегнової кістки щурів, що знайшло підтвердження у результатах експерименту, проведеного на білих щурах у порівнянні з контрольною групою тварин.

Ключові слова: репаративна регенерація, кісткова тканина, змодельований дефект стегна, культивовані стромальні клітини кісткового мозку.

Вступ

Враховуючи прогресивний курс розвитку науки на посилення фундаменталізації медико-біологічних досліджень, проблема реактивності і регенерації кісткової тканини і розробка питань направлено впливу на процеси загоєння кістки є однією з актуальних проблем сучасної медицини.

Зокрема питання репаративної регенерації кісткової тканини - одна із найактуальніших проблем ортопедії та травматології. Репаративна регенерація є відновленням клітин, тканин або органа після травми, або різних патологічних процесів. С.С.Ткаченко [1981] під репаративною регенерацією розуміє "складний процес, який викликаний руйнуванням кісткових структур, кількісно перевершующим допустимі межі фізіологічної регенерації", який "направлений на відновлення анатомічної цілісності і забезпечує функції кістки". Прогрес в розвитку травматології та ортопедії як науки пов'язаний здебільшого з розробкою та вдосконаленням різноманітних технологічних конструкцій для з'єднання кісткових відламків. В цьому напрямку досягнуті певні успіхи, однак ряд питань, пов'язаних з так званою "остеогенною недостатністю", залишається невирішеними [Деев і др., 2007; Корж, Дедух, 2006; Корж і др., 2006].

Однією із основних задач хірурга є пошук та забезпечення оптимальних умов для протікання репаративних процесів при порушенні цілісності кісткової тканини. Ряд експериментів на тваринах указує на те, що навіть при умові точного співставлення кісткових уламків та утримання їх в такому положенні відмічається різноманіття морфологічних варіантів регенерату та термінів заживлення пошкодженої кістки, що може бути пов'язаним з високою чутливістю кісткової тканини до змін умов її існування [Дедух, Малишкіна, 2006]. Експериментальні дослідження з цієї проблеми ведуться в різних напрямках. Одним із таких напрямків є розробка біологічно активних речовин (факторів росту), які являються стимулюють остеогенез, серед яких основна роль в цих процесах належить кістковим морфогенетичним білкам [Корж і др., 2006]. Сьогодні день активно розвивається новий напрям регенераторної медицини - клітинна та тканинна інженерія [Krebsbach, Robey, 2002; Langer, Vacanti, 1993]. Клітинні технології включають в себе розробку методів отримання клітинних культур, оцінку їхнього впливу на репаративний остеогенез, а також технології їх застосування в практичній медицині. Термін "клітинна терапія" належить доктору медицини і теології Паулю Ніхансу, який визначав її як "форму вибіркового впливу, метою якого є розвиток недорозвинутих органів або органів, що не здатні до самостійної

регенерації".

У літературі найширше представлені розробки з отримання та культивування аутологічних стромальних клітин кісткового мозку [Mankani et al., 1990]. Дослідники пов'язують можливість застосування стромальних клітин кісткового мозку при їхній трансплантації на біосумісних носіях [Волков, 2005; Дедух, Малишкіна, 2006; Ohgushi et al., 1996; Vacanti, 2007]. Клітини на матрицях використовують для відновлення проблемних пошкоджень кістки - багато-уламкові переломи, поєднані з обширними дефектами кістки, дефекти кістки після остеомієліту, резекції новоутворів тощо.

Сьогодні у зв'язку із фундаментальними дослідженнями в галузі репаративного остеогенеза, встановлено, що існує багато факторів ризику, здатних порушити протікання цього процесу. Серед них - стан кісткової тканини мешканців "проблемних" районів з дефіцитом йоду, збільшеним вмістом фтору, радіаційним фоном тощо. Доведена низька регенераторна активність у пацієнтів з цукровим діабетом, при нейрофіброматозі та інших захворюваннях. У зв'язку з цим, дослідники звертають увагу на біологічні стимулятори остеогенезу, а саме, на застосування культивованих остеопротекторних клітин.

Мета дослідження: вивчити регенерацію кістки при трансплантації культивованих стромальних клітин кісткового мозку в змодельований дефект стегнової кістки білих лабораторних щурів, та обґрунтувати доцільність їх застосування.

Матеріали та методи

Клітини кісткового мозку в ході експерименту отримували в стерильних умовах із каналу стегнової кістки щурів-донорів, шляхом вимивання розчином Хенкса. Клітини осаджували шляхом центрифугування при 1000об/хв. протягом 10 хв., відмивали в розчині Хенкса, ресуспендували в середовищі DMEM (модифіковане Дюльбеко середовище Ігла) з додаванням 20% фетальної телячої сироватки, 2 мМ L-глутаміна і 50 мкг/мл гентаміцину. Кількість виділених клітин визначали шляхом підрахунку в камері Горяєва. Клітини сіяли у флакони для культивування в концентрації 2x10⁶ на см² дна флакона. Через добу культуральне середовище з клітинами, що прикріпилися, промивали розчином Хенкса (два-три рази) та додавали свіже середовище для культивування (DMEM з L-глутаміном, 10% телячої сироватки, 100 IU/мл пеніциліну, 100 мкг/мл стрептоміцину). Клітини культивували в CO₂ - інкубаторі при температурі +37° С, в середовищі з 5% CO₂ та 95% воло-

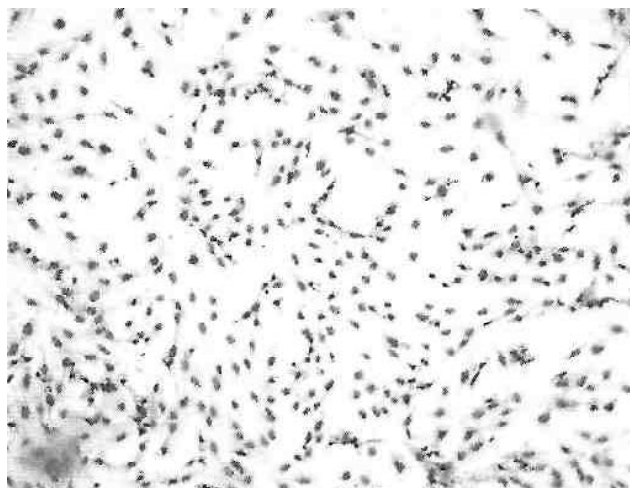


Рис. 1. Культура стромальних клітин кісткового мозку щурів досліджуваної групи. Фарбування азурII-еозином. Зб. X100.



Рис. 2. Ділянка регенерації кістки в зоні дефекту тварин досліджуваної групи. Новоутворені кісткові трабекули. Сформований періост над регенератом. Фарбування гематоксилін-еозином. Зб. X 200.

гості. Середовище поновлювали кожні дві доби. Клітини строми кісткового мозку наділені низькою проліферативною активністю та утворюють колонії фібробластоподібних клітин на дні флакона через 12-14 дб. Для створення умов остеогенного диференціювання в культуральне середовище додавали 0,285 мл аскорбінової кислоти, 10 мл бета-гліцерофосфату, 10^{-7} М дексаметазона.

Для трансплантації клітини знімали на 14 добу за допомоги 0,25 % розчину трипсину, який інактивували культуральним середовищем з сироваткою та осаджали клітини центрифугуванням. Для трансплантації клітини ресуспензували в 0,95% розчині хлориду натрію з 5% сироваткою білого щура.

Утримання і догляд за тваринами та всі маніпуляції проводилась у відповідності з правилами гуманного відношення до тварин та положень "Загальних етичних принципів експериментів на тваринах", ухвалених Пер-

шим національним Конгресом з біоетики (Київ, 2001), а також "Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та наукових цілей" (Стасбург, 1986). В умовах асептики при використанні внутрішньом'язового наркозу (аміназин - 40 мг/кг та кетамін - 50 мг/кг) щурам в метадіафізарній ділянці дистального відділу стегнової кістки (не вскриваючи капсулу суглобу) відтворювали наскрізний дефект, використовуючи стоматологічний бор діаметром 2 мм. Дефект промивали 0,95% розчином хлориду натрію. Рану зашивали. На третю добу підготовлену клітинну суспензію в кількості 6×10^6 /0,1 мл вводили (підшкірно) в ділянку дефекту за допомогою шприца. Третя доба протікання процесу регенерації кістки у щурів відповідає стадії проліферації та диференціації клітин. Контрольним тваринам вводили середовище для культивування без клітин.

Матеріал дослідження забирали на 7 та 14 добу. Тварини виводились з експерименту шляхом передозування ефіру.

Використовували цитологічні та гістологічні методи. Для контролю одне із скельць культивованих клітин було забарвлено азур-еозином. Фрагменти стегнової кістки щурів з травматичним пошкодженням були підготовані для дослідження за стандартною методою [Саркісов, Перова, 1996].

Матеріал фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювали в спиртах висхідної концентрації і заливали у парафін. Із парафіну готували гістологічні зрізи товщиною 5-7 мкм, які забарвлювали гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за Ван Гізон та досліджували під мікроскопом MICROS. Морфометричні дослідження тканин регенерату проводили на 14 добу за методом Г.Г.Автанділова [1990].

Результати. Обговорення

Більшість культивованих клітин розміщувались на предметних скельцях невеликими скупченнями, мала фібробластоподібну видовжену форму з довгими відростками. Невеликих розмірів, округлі ядра клітин оточені вузьким обідком цитоплазми. Хроматин ядра був пухким (рис. 1). Життєздатність клітин (при забарвленні трипановим синім) складала 90%.

Після трансплантації культивованих клітин в зону дефекту стегнової кістки тварини на всіх термінах експерименту навантажували оперовану кінцівку і були активними.

Мікроскопічно на 7 добу регенерати у ділянці дефекту дослідних тварин відрізнялися від контрольних. Так, в регенераті дослідних тварин переважали поля остеїда та незрілі кісткові трабекули. Лише невеликі площі займала фіброретикулярна тканина. В кісткових дефектах контрольних тварин обширні площі регенерату були представлені фіброретикулярною тканиною остеобластичного типу.

На 14 добу ділянку дефекту у дослідних тварин була



Рис. 3. Ділянка регенерації в зоні дефекту тварин контрольної групи. Масив фіброретикулярної тканини поруч з новоутвореними кістковими трабекулами. Фарбування гематоксилін-еозином. Зб. Х 200.

заповнена дрібнопетлистою сіткою кісткових трабекул між якими розміщувалась фіброретикулярна тканина. Новоутворені кісткові трабекули характеризувалися високою щільністю остеоцитів. Кістковий регенерат був щільно сполучений з материнською кісткою, в якій були присутні сліди посттравматичних порушень: безклітинні

території з нерівномірно базофільними лініями склеювання (рис 2). Над дефектом сформувався періост із вузького рівномірного фіброзного шару (рис. 3). При морфометричному дослідженні встановлено, що новоутворена кісткова тканина займала $62,71 \pm 3,16\%$ території дефекту, а площа фіброретикулярної тканини складала $26,51 \pm 1,83\%$.

У регенератах дефекту стегнової кістки тварин контрольної групи, на відміну від дослідних тварин, окрім новоутворених кісткових трабекул (територія $15,7 \pm 1,24\%$) присутні обширні поля ($73,98 \pm 4,12\%$ від площі дефекту) фіброретикулярної тканини з вираженою остеобластичною реакцією на межі з кістковими трабекулами (рис. 2). Зміни в материнській кістці були ідентичні, описаним для тварин досліджуваної групи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Трансплантація культивованих стромальних клітин кісткового мозку в кістковий дефект стимулює репаративний остеогенез.

2. Застосування трансплантації культивованих стромальних клітин кісткового мозку може бути використане в практичній медицині при багато-уламкових переломах, поєднаних з обширними дефектами кістки після остеомієліту, резекції новоутворів тощо, де часто спостерігається недостатність репаративного остеогенезу.

Дана методика потребує подальшого вдосконалення та вивчення результатів її застосування.

Література

- Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия /Автандилов Г.Г. - М.: Медицина, 1990. - 381 с.
- Волков А.В. Синтетические биоматериалы на основе полимеров органических кислот в тканевой инженерии /А.В.Волков //Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2005. - №2. - С. 43-45.
- Волков А.В. Тканевая инженерия: новые перспективы развития медицины / А.В. Волков //Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2005. - №1. - С. 57-63.
- Дедух Н.В. Регенерация кістки: досягнення та перспективи /Н.В.Дедух, С.В.Малишкіна //Травма. - 2006. - Т.7, №2. - С. 212-216.
- Клеточные технологии в травматологии и ортопедии /Р.В.Деев, А.А.Исаев, А.Ю.Кочиш [и др.] //Травматология и ортопедия России. - 2007. - Вып.46, №4. - С. 18-30.
- Корж Н.А. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Стадии регенерации (сообщение 1) /Н.А.Корж, Н.В.Дедух // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2006. - №1. - С. 77-84.
- Корж Н.А. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Методы тканевой терапии и генной инженерии (сообщение 6) / Н.А.Корж, Н.В.Дедух, Н.А.Ашукина //Ортопедия, травматология и протезирование. - 2006. - №3. - С. 93-99.
- Корж Н.А. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Системные факторы, влияющие на заживление перелома (сообщение 3) /Корж Н.А., Дедух Н.В., Никольченко О.А //Ортопедия, травматология и протезирование. - 2006. - №2. - С. 93-99.
- Саркисов Д.С. Микроскопическая техника /Д.С.Саркисов, Ю.Л.Перова. - М.: Медицина, 1996. - 542 с.
- Ткаченко С.С. Статические электрические потенциалы кости и роль вектора поляризации при электростимуляции остеорепарации //Ортопедия, травматология и протезирование. - 1981. - №10. - С. 1-5.
- Ohgushi H. Osteogenic differentiation of cultured marrow stromal cells on the surface of bioactive glass ceramics /H. Ohgushi, Y. Dohi, T. Yoshikawa [et al.] // J. Biomed. Mater. Res. - 1996. - Vol.32, №30. - P. 341-348.
- In vivo bone formation by Human marrow stromal cells: Reconstruction of the mouse calvarium and mandible / M.H.Mankani, S.A.Kuznetsov, R.M.Wolfe [et al.] //Stem. cells. - 1990. - Vol.24, №9. - P. 2140-2149.
- Krebsbach P.H. Dental and Skeletal Stem Cells : Potential Cellular Therapeutics for Craniofacial Regeneration /P.H.Krebsbach, P.G.Robey //J. Dent. Edu. - 2002. - Vol.66, №6. - P. 766-773.
- Langer R. Tissue engineering /R.Langer, J.P.Vacanti //Science. - 1993. - Vol.260, №5110. - P. 920-926.
- Vacanti J.P. Editorial: tissue engineering: a 20-year personal perspective / J.P.Vacanti //Tissue Eng. - 2007. - Vol.13, №2. - P. 231-232.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КУЛЬТИВОВАНИХ КЛІТОК КОСТНОГО МОЗГУ В МОДЕЛІВАННИЙ ДЕФЕКТ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ІССЛЕДОВАНИЕ)

Шимон В.М., Шерегий А.А.

Резюме. В работе представлены убедительные данные о целесообразности и высокой эффективности применения трансплантации культивированных стромальных клеток костного мозга в зону смоделированного дефекта дистального эпиметафиза бедренной кости крыс, что подтверждено результатами эксперимента на белых крысах в сравнении с контрольной группой животных.

Ключевые слова: репаративная регенерация, костная ткань, смоделированный дефект бедренной кости, культивированные стромальные клетки костного мозга.

**TRANSPLANTATION OF CULTIVATED MARROW CELLS INTO THE SIMULATED DEFECT (EXPERIMENTAL STUDY)
Shymon V.M., Sheregiy A.A.**

Summary. This work presents persuasive data of reasonability and high efficiency of using of transplantation the cultivated marrow stromal cells into the simulated defect zone of distal epimeptahys of the rats' thighbone, that is confirmed with the results of the experiment on white rats in comparing with the control group of the animals.

Key words: reparative regeneration, bone tissue, simulated defect of thighbone, cultivated stromal cells of the marrow.

© Топка Э.Т., Шарапова Е.Н.

УДК: 616:61:616-053.3:616-021.3:577.17:616-089

**ДИНАМИКА СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С
КРИПТОРХИЗМОМ И ПОСЛЕ ЕГО ГОРМОНАЛЬНОГО И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Топка Э.Т., Шарапова Е.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49027)

Резюме. В данной работе проведено соматометрическое обследование здоровых детей и детей с крипторхизмом, а также после гормонального и хирургического лечения. Установлено увеличение соматометрических показателей после гормонотерапии и уменьшение - после хирургического лечения.

Ключевые слова: соматометрия, крипторхизм, гормоны, яичко, возраст.

Введение

Несмотря на то, что процессы роста и полового развития являлись предметом исследования многих авторов [Беляева, 1997], проблема корреляций в развитии организма изучена до сих пор недостаточно как в норме, так и при крипторхизме.

Интерес к проблеме крипторхизма объясняется его большой распространенностью среди детей, низким уровнем эффективности лечения и такими осложнениями, как ущемление и перекрут семенного канатика, малигнизация яичка, бесплодие [Насури, 1972]. Как показывают статистические данные, частота этих осложнений достигает 8-10% [Kuska, Visova, 1975].

Учитывая противоречивые данные, касающиеся влияния крипторхизма на физическое и половое развитие ребенка, мы решили подробно изучить данный вопрос.

Целью нашего исследования было изучение динамики антропометрических данных у детей с крипторхизмом, а также после его гормонального и хирургического лечения.

Материалы и методы

Комплексному соматометрическому обследованию подвергались 175 здоровых детей, 327 детей с крипторхизмом в возрасте от новорожденных до 17 лет, из которых 168 больных - после гормонального или оперативного лечения. У детей измеряли рост стоя, рост сидя, длину голени, предплечья, ширину плеч, межжос-

тистое межвертельное расстояние, толщину складки кожи на бедре, окружность бедра.

Результаты. Обсуждение

Анализируя кривую изменений веса по мере развития ребёнка в норме, отмечено равномерное увеличение его с возрастом, особенно заметное к 2,9-10 и 13-14 годам, в пределах от $3,45 \pm 0,05$ кг в период новорожденности до $55,35 \pm 2,25$ кг в 15-17 лет.

При сравнении полученных данных со случаями одностороннего крипторхизма отмечается снижение веса в период новорожденности. Однако, с 5 лет наблюдалось увеличение веса во всех возрастных группах при одностороннем крипторхизме. При двухстороннем крипторхизме в большинстве возрастных групп также отмечается статистическое повышение веса по сравнению со здоровыми детьми. У новорожденных с двухсторонним крипторхизмом отмечается явное отставание в весе. Причём разница в весе с возрастом нарастает.

Рост у здоровых детей в процессе развития изменяется, начиная с периода новорожденности от $51,41 \pm 0,20$ см до $165,00 \pm 1,22$ см в 15-17 лет.

При одностороннем и двухстороннем крипторхизме в большинстве групп отмечается увеличение роста стоя. Рост сидя при крипторхизме превышает таковой у здоровых детей до 7-летнего возраста. В 9-10 лет отмечается его отставание как при одностороннем, так и при двухстороннем крипторхизме в физиологический пре-

Резюме. В работе представлены убедительные данные о целесообразности и высокой эффективности применения трансплантации культивированных стромальных клеток костного мозга в зону смоделированного дефекта дистального эпиметафиза бедренной кости крыс, что подтверждено результатами эксперимента на белых крысах в сравнении с контрольной группой животных.

Ключевые слова: репаративная регенерация, костная ткань, смоделированный дефект бедренной кости, культивированные стромальные клетки костного мозга.

**TRANSPLANTATION OF CULTIVATED MARROW CELLS INTO THE SIMULATED DEFECT (EXPERIMENTAL STUDY)
Shymon V.M., Sheregiy A.A.**

Summary. This work presents persuasive data of reasonability and high efficiency of using of transplantation the cultivated marrow stromal cells into the simulated defect zone of distal epimeptahys of the rats' thighbone, that is confirmed with the results of the experiment on white rats in comparing with the control group of the animals.

Key words: reparative regeneration, bone tissue, simulated defect of thighbone, cultivated stromal cells of the marrow.

© Топка Э.Т., Шарапова Е.Н.

УДК: 616:61:616-053.3:616-021.3:577.17:616-089

**ДИНАМИКА СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С
КРИПТОРХИЗМОМ И ПОСЛЕ ЕГО ГОРМОНАЛЬНОГО И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Топка Э.Т., Шарапова Е.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49027)

Резюме. В данной работе проведено соматометрическое обследование здоровых детей и детей с крипторхизмом, а также после гормонального и хирургического лечения. Установлено увеличение соматометрических показателей после гормонотерапии и уменьшение - после хирургического лечения.

Ключевые слова: соматометрия, крипторхизм, гормоны, яичко, возраст.

Введение

Несмотря на то, что процессы роста и полового развития являлись предметом исследования многих авторов [Беляева, 1997], проблема корреляций в развитии организма изучена до сих пор недостаточно как в норме, так и при крипторхизме.

Интерес к проблеме крипторхизма объясняется его большой распространенностью среди детей, низким уровнем эффективности лечения и такими осложнениями, как ущемление и перекрут семенного канатика, малигнизация яичка, бесплодие [Насури, 1972]. Как показывают статистические данные, частота этих осложнений достигает 8-10% [Kuska, Visova, 1975].

Учитывая противоречивые данные, касающиеся влияния крипторхизма на физическое и половое развитие ребенка, мы решили подробно изучить данный вопрос.

Целью нашего исследования было изучение динамики антропометрических данных у детей с крипторхизмом, а также после его гормонального и хирургического лечения.

Материалы и методы

Комплексному соматометрическому обследованию подвергались 175 здоровых детей, 327 детей с крипторхизмом в возрасте от новорожденных до 17 лет, из которых 168 больных - после гормонального или оперативного лечения. У детей измеряли рост стоя, рост сидя, длину голени, предплечья, ширину плеч, межжос-

тистое межвертельное расстояние, толщину складки кожи на бедре, окружность бедра.

Результаты. Обсуждение

Анализируя кривую изменений веса по мере развития ребёнка в норме, отмечено равномерное увеличение его с возрастом, особенно заметное к 2,9-10 и 13-14 годам, в пределах от $3,45 \pm 0,05$ кг в период новорожденности до $55,35 \pm 2,25$ кг в 15-17 лет.

При сравнении полученных данных со случаями одностороннего крипторхизма отмечается снижение веса в период новорожденности. Однако, с 5 лет наблюдалось увеличение веса во всех возрастных группах при одностороннем крипторхизме. При двухстороннем крипторхизме в большинстве возрастных групп также отмечается статистическое повышение веса по сравнению со здоровыми детьми. У новорожденных с двухсторонним крипторхизмом отмечается явное отставание в весе. Причём разница в весе с возрастом нарастает.

Рост у здоровых детей в процессе развития изменяется, начиная с периода новорожденности от $51,41 \pm 0,20$ см до $165,00 \pm 1,22$ см в 15-17 лет.

При одностороннем и двухстороннем крипторхизме в большинстве групп отмечается увеличение роста стоя. Рост сидя при крипторхизме превышает таковой у здоровых детей до 7-летнего возраста. В 9-10 лет отмечается его отставание как при одностороннем, так и при двухстороннем крипторхизме в физиологический пре-

делах. Следовательно, увеличение роста стоя при крипторхизме после 10 лет происходит, преимущественно, за счёт нижних конечностей.

Длина голени у детей в норме увеличивается равномерно. Наиболее интенсивный рост голени наблюдается в 7-10 лет, а также к 15-17 годам. При крипторхизме почти во всех возрастных группах, начиная с 5 лет, отмечается достоверное преобладание размеров длины голени по сравнению со здоровыми детьми. Наибольший скачок в развитии голени при крипторхизме отмечается в 9-10 лет. Однако такое увеличение длины конечностей в общем нивелируется отставанием в развитии длины тела, поэтому рост стоя в 9-10 лет при крипторхизме не отличается от такового у здоровых детей.

Длина предплечья при крипторхизме до 4 лет несколько отставала от нормы. Начиная с 5 лет, отмечался интенсивный рост предплечья при крипторхизме, статистически достоверно опережающий такой у здоровой группы детей в 5-6, 7-8 и 11-12 лет. В 13-14, 15-17 лет разницы между размерами предплечья в исследуемых группах не отмечалось.

При измерении ширины плеч у детей с крипторхизмом обнаружено статистически достоверное её отставание по сравнению со здоровыми лишь в отдельных возрастных группах: при двухстороннем крипторхизме в 11-12 лет, при одностороннем - в 13-14 лет и в 15-17 лет.

Межкостистые расстояния в процессе роста увеличиваются в норме равномерно от $12,44 \pm 0,13$ см у новорожденных до $22,40 \pm 0,53$ см у 15-17-летних. При крипторхизме во всех возрастных группах отмечается тенденция к увеличению ширины таза, особенно в 11-12-летнем возрасте как при его односторонней, так при двухсторонней локализации.

При сравнении правого и левого остисто-пупочного расстояния при патологии перемещения яичек особых изменений нами не обнаружено.

Межвертельное расстояние при двухстороннем крипторхизме было статически достоверно меньшим по сравнению со здоровыми лицами. Увеличение межвертельного расстояния при одностороннем крипторхизме отмечалось особенно в 9-10 лет. Однако в пубертатный период разницы в размерах межвертельного расстояния у здоровых детей и при крипторхизме исчезла.

Как выяснилось из наших наблюдений, при крипторхизме является характерным увеличение толщины складки кожи. У здоровых детей толщина складки кожи, измеряемая на передней поверхности бедра, изменялась от 0,89 до 0,13 см у новорожденных до $0,54 \pm 0,06$ см к 3-4 годам, а затем равномерно увеличилась, особенно к 11-12 годам, достигая $1,23 \pm 0,16$ см. При крипторхизме, начиная с двухлетнего возраста, она во всех возрастных группах была статистически достоверно большей, чем в норме. Однако наибольшее увеличение её отмечалось, также как и в норме, при одностороннем крипторхизме в 11-12 лет, достигая $1,75 \pm 0,10$ см. При двухстороннем крипторхизме отмечалось 2 скачка: пер-

вый - в 7-8 лет, второй - в 11-12 лет, ($1,60 \pm 0,14$ см). Увеличение толщины складки кожи хорошо коррелирует с изменением веса при крипторхизме.

Окружность бедра у здорового ребёнка с возрастом увеличивается от $15,80 \pm 0,14$ см у новорожденных до $50,90 \pm 0,78$ см в 15-17 лет. Характерным признаком для одностороннего и двустороннего крипторхизма является увеличение окружности бёдер по сравнению со здоровыми лицами. Так, при одностороннем крипторхизме окружность бедра к 15-17 годам достигала $54,25 \pm 0,72$ см. При двустороннем крипторхизме максимальное увеличение окружности бедра отличалось в 13-14 лет до $53,50 \pm 0,60$ см.

Исследование проведено у 38 больных с односторонним и у 23 с двусторонним крипторхизмом в возрасте от 5 до 17 лет через 1-5 лет после гормонотерапии гонадотропным хориогонином. Соматометрические данные изучены через 1-5 лет после оперативного лечения у 85 больных с односторонним и у 22 - с двусторонним крипторхизмом того же возраста.

Гормонотерапия, проведенная у детей с односторонним крипторхизмом до 7-8 лет статистически достоверно снижала их вес. В более поздние же сроки наблюдения, к 7-14 годам, отмечалось увеличение веса по сравнению с данными до лечения. У больных с двусторонним крипторхизмом статистически достоверное отличие в весе до и после гормонотерапии не наблюдалось. Рост стоя после проведенной гормонотерапии, особенно при двустороннем крипторхизме, статистически достоверно преобладал над уровнем его у здоровых людей. Подобный факт наблюдался и в отдельных возрастных группах при одностороннем крипторхизме. Однако в 15-17 лет достоверной разницы роста стоя между периодами до и после лечения одностороннего крипторхизма не отмечалось. Длина голени при одностороннем крипторхизме, как и при двустороннем крипторхизме после гормонотерапии не имела статистически достоверных отличий от предшествующего лечению периода. Длина предплечья после гормонотерапии имела тенденцию к увеличению как при одностороннем и при двустороннем крипторхизме.

Гормонотерапия у больных с одно- и двусторонним крипторхизмом не оказывала статически достоверных сдвигов в изменении ширины плеч, межкостистого, остисто-пупочного, межвертельного расстояний. Толщина складки кожи увеличивалась после гормонотерапии в 9-10 и 13-14 лет при одностороннем крипторхизме и не изменялась при двустороннем крипторхизме. Окружность бедра также не подвергалась особым колебаниям при различных формах крипторхизма после лечения гонадотропным хориогонином.

Длина голени и предплечья у детей после оперативного лечения по сравнению с больными, не получившими его, была несколько меньшей почти во всех возрастных группах. Ширина плеч после хирургического лечения не отличалась в возрастном аспекте от

такої у больных без лечения.

Межостистое и остисто-пупочное расстояние через 1-5 лет после хирургического лечения при одно- и двустороннем крипторхизме имели тенденцию в отдельных возрастных группах к уменьшению по сравнению с результатами до лечения. Межвертельное расстояние у детей после операции до 9-10-летнего возраста меньше, чем до лечения, а затем увеличивается. К 15-17 годам такой разницы уже не обнаруживается. Толщина складки кожи, после оперативного лечения крипторхизма уменьшается почти во всех возрастных группах до 13-14 лет. Отмечается также и уменьшение окружности бедра после хирургического лечения одно- и двустороннего крипторхизма.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Рост стоя и сидя у больных крипторхизмом 5-6

летнего возраста после операции был несколько снижен. К 13-14 годам отмечается его ускорение.

2. Соматометрические данные в результате оперативного лечения имеют сдвиг в сторону нормализации своих возрастных границ.

3. Изменения соматометрических показателей происходят синхронно после хирургического лечения как одностороннего, так и двустороннего крипторхизма.

4. В процессе лечения крипторхизма динамика таких показателей как вес, длина предплечья и голени, ширина плеч, таза, толщина складки кожи, окружность бедра характеризуется разнонаправленностью ростовых процессов: после гормонотерапии наблюдается их увеличение, после хирургического лечения - уменьшение.

Полученные результаты расширяют имеющиеся на сегодняшний день представления о влиянии крипторхизма на физическое и половое развитие ребенка.

Литература

- Беляева Г.Г. Комплексная оценка физического развития детей и подростков сельской местности. //Г.Г.Беляева //Советское здравоохранение. - 1977. - №8. - С. 40-44.
- Насури И.Б. Осложнения и исходы операций при крипторхизме //И.Б.Насури //Вопросы клинической медицины. - 1972 - №2. - С. 235-237.
- Kuska L. Zhusenostis lecbou nesectoupphych verlat //L.Kuska, M.Visova //Cs. Pediat. - 1975. - Vol.30. №7-8. - P. 345-348.

ДИНАМІКА СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ З КРИПТОРХІЗМОМ ТА ПІСЛЯ ЙОГО ГОРМОНАЛЬНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Топка Е.Г., Шарапова Е.Н.

Резюме. У даній роботі проведено соматометричне обстеження здорових дітей і дітей з крипторхізмом, а також після гормонального та хірургічного лікування. Встановлено збільшення соматометричних показників після гормонотерапії та зменшення - після хірургічного лікування.

Ключові слова: соматометрія, крипторхізм, гормони, яєчко, вік.

DYNAMICS SOMATOMETRY PARAMETERS OF CHILDREN WITH CRYPTORCHISM AND AFTER ITS HORMONAL AND SURGICAL TREATMENT

Топка Е.Г., Шаропов Е.Н.

Summary. In the given work the somatometry inspection of the healthy children and the children with criptorchism, and also after hormonal and surgical treatment is conducted. The increase of the somatometry parameters after hormoneotherapy and the reduction - after surgical treatment is established.

Key words: somatometry, criptorchism, hormones, testis, age.

© Яворський П.В.

УДК: 618.14-006.36

СТАН СТАТЕВИХ СТЕРОЇДІВ У ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Яворський П.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Ступінь ожиріння та його вплив на рівень статевих стероїдних гормонів (естрону, естрадіолу, прогестерону) і глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (SSBG), впливає на розвиток та ріст фіброматозних вузлів матки. Порушення гормонального профілю стероїдних гормонів корелює з розвитком та ростом фіброматозних вузлів матки.

Ключові слова: фіброміома матки, ожиріння.

Вступ

Не дивлячись на те, що фіброміома матки традиційно розглядається як доброякісна пухлина жіночої статевої сфери, вона, так само як і проліферативні процеси

в ендометрії, супроводжується низкою ендокринно-метаболических порушень, а пік її захворюваності припадає на періменопаузальний вік [Вихляева, 2001; Вихляева,

такої у больных без лікування.

Межостистое и остисто-пупочное расстояние через 1-5 лет после хирургического лечения при одно- и двустороннем крипторхизме имели тенденцию в отдельных возрастных группах к уменьшению по сравнению с результатами до лечения. Межвертельное расстояние у детей после операции до 9-10-летнего возраста меньше, чем до лечения, а затем увеличивается. К 15-17 годам такой разницы уже не обнаруживается. Толщина складки кожи, после оперативного лечения крипторхизма уменьшается почти во всех возрастных группах до 13-14 лет. Отмечается также и уменьшение окружности бедра после хирургического лечения одно- и двустороннего крипторхизма.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Рост стоя и сидя у больных крипторхизмом 5-6

летнего возраста после операции был несколько снижен. К 13-14 годам отмечается его ускорение.

2. Соматометрические данные в результате оперативного лечения имеют сдвиг в сторону нормализации своих возрастных границ.

3. Изменения соматометрических показателей происходят синхронно после хирургического лечения как одностороннего, так и двустороннего крипторхизма.

4. В процессе лечения крипторхизма динамика таких показателей как вес, длина предплечья и голени, ширина плеч, таза, толщина складки кожи, окружность бедра характеризуется разнонаправленностью ростовых процессов: после гормонотерапии наблюдается их увеличение, после хирургического лечения - уменьшение.

Полученные результаты расширяют имеющиеся на сегодняшний день представления о влиянии крипторхизма на физическое и половое развитие ребенка.

Литература

- Беляева Г.Г. Комплексная оценка физического развития детей и подростков сельской местности. //Г.Г.Беляева //Советское здравоохранение. - 1977. - №8. - С. 40-44.
- Насури И.Б. Осложнения и исходы операций при крипторхизме //И.Б.Насури //Вопросы клинической медицины. - 1972 - №2. - С. 235-237.
- Kuska L. Zhusenostis lecbou nesectoupphych verlat //L.Kuska, M.Visova //Cs. Pediat. - 1975. - Vol.30. №7-8. - P. 345-348.

ДИНАМІКА СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ З КРИПТОРХІЗМОМ ТА ПІСЛЯ ЙОГО ГОРМОНАЛЬНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Топка Е.Г., Шарапова Е.Н.

Резюме. У даній роботі проведено соматометричне обстеження здорових дітей і дітей з крипторхізмом, а також після гормонального та хірургічного лікування. Встановлено збільшення соматометричних показників після гормонотерапії та зменшення - після хірургічного лікування.

Ключові слова: соматометрія, крипторхізм, гормони, яєчко, вік.

DYNAMICS SOMATOMETRY PARAMETERS OF CHILDREN WITH CRYPTORCHISM AND AFTER ITS HORMONAL AND SURGICAL TREATMENT

Топка Е.Г., Шаропов Е.Н.

Summary. In the given work the somatometry inspection of the healthy children and the children with criptorchism, and also after hormonal and surgical treatment is conducted. The increase of the somatometry parameters after hormoneotherapy and the reduction - after surgical treatment is established.

Key words: somatometry, criptorchism, hormones, testis, age.

© Яворський П.В.

УДК: 618.14-006.36

СТАН СТАТЕВИХ СТЕРОЇДІВ У ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Яворський П.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Ступінь ожиріння та його вплив на рівень статевих стероїдних гормонів (естрону, естрадіолу, прогестерону) і глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (SSBG), впливає на розвиток та ріст фіброматозних вузлів матки. Порушення гормонального профілю стероїдних гормонів корелює з розвитком та ростом фіброматозних вузлів матки.

Ключові слова: фіброміома матки, ожиріння.

Вступ

Не дивлячись на те, що фіброміома матки традиційно розглядається як доброякісна пухлина жіночої статевої сфери, вона, так само як і проліферативні процеси

в ендометрії, супроводжується низкою ендокринно-метаболических порушень, а пік її захворюваності припадає на перименопаузальний вік [Вихляева, 2001; Вихляева,

Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Eldargeva, 1998; Fedele et al., 2000; Ozisik et al., 1995].

За даними багатьох авторів, наявність у хворих з фіброміомою матки гіперпластичних процесів ендометрія супроводжується збільшенням частоти дисфункціональних маткових кровотеч, функціональних кіст і полікістоз яєчників [Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Ibraheim, Ikomі, 2005].

Вивчення особливостей поєднаної ендокринної патології, а саме ожиріння на розвиток фіброміоми матки має інтерес не лише з погляду виявлення можливих загальних патогенетичних моментів, які до кінця не вивчені та суперечливі, але і в плані виявлення об'єктивних критеріїв онкологічного ризику.

Метою дослідження є комплексне вивчення клінічних, біохімічних і гормональних, імунологічних, імуногістохімічних, доплерометричних особливостей у хворих з ожирінням та фіброміомою матки.

Матеріали та методи

Відповідно до поставленої мети всього обстежено 155 жінок. Сформовано IV клінічні групи: I група - жінки з ММ (міомою матки) без ожиріння (55жінок); II група - жінки з ожирінням I ст. та ММ (42 жінки); III група - 38 жінок з ожирінням II ст. та IV група - 20 жінок з ожирінням III-IV ст. та ММ.

З кожної групи для визначення стероїдних гормонів було взято по 8 жінок. Обстеження хворих проводилося за розробленою "Картою комплексного обстеження", що включає оцінку віку, загальносоматичного і гінекологічного статусу, аналіз супутньої гінекологічної патології і екстрагенітальних захворювань.

Згідно рекомендацій ВОЗ, показник в діапазоні 20-24,9 кг/м розцінювався як відповідність ваги нормі; 25-27 кг/м - надлишкова маса тіла, 27-30,9 кг/м - ожиріння I-II ступеня, понад 31 кг/м - ожиріння III-IV ступеня.

Кров для оцінки концентрації статевих стероїдів в локальному матковому кровотоці забирали під час оперативного втручання в області висхідної гілки маткової артерії після мобілізації зв'язкового апарату і судинних пучків матки. У сироватці крові, узятій з ліктьової вени і локального маткового кровотоку визначали

рівень статевих стероїдних гормонів (естрону, естрадіолу, прогестерону) і глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (SSBG) з використанням комерційних наборів для радіоімунного і радіометричного аналізу фірм "Immunotech" (Чехія) і "DSL" (США).

Забір матеріалу для морфологічного дослідження проводився при виконанні роздільного діагностичного вишкрібання порожнини матки і цервікального каналу або при оперативному втручанні.

Отримані дані піддавалися статистичній

обробці за допомогою програми STATISTICA 6,0 for Windows. Достовірність відмінностей кількісних показників перевіряли за допомогою U-критерія Уїлкоксона-Манна-Уїтні. Якісні ознаки порівнювалися за допомогою точного тесту Фішера. Для визначення існування функціональних зв'язків між параметрами обчислювали коефіцієнт кореляції R.Спірмана.

Результати. Обговорення

Середній вік всіх обстежених жінок та виявлені зміни в ендометрії при даній патології в поєднанні з ожирінням наведені в таблиці 1.

При аналізі концентрації естрадіолу (E2) в сироватці крові, було виявлено його високий вміст у хворих в підгрупах з міомою матки та ожирінням (у групі порівняння - 483±7,5 нмоль/л і в основній групі - 520±2,8 нмоль/л, відповідно) (p<0,05).

Оцінка концентрації статевих стероїдів в системному і локальному кровотоках показала, що рівень естрадіолу в сироватці крові у хворих з міомою матки у жінок без ожиріння був в 1,8 рази нижчим, ніж у хворих з міомою матки та ожирінням (p=0,019). Рівень стероїдних гормонів підвищувався та корелював зі ступенем ожиріння. Оцінка частоти гіперестрадіоїдемії у хворих груп, що вивчаються, показала, що вона була найбільш високою у хворих із поєднанням ожиріння з розвитком міоми матки, що знаходилися в періменопаузальному (54,5%) і постменопаузальному періодах (72%), що узгоджується з даними літератури про роль гіперестрогенізації в розвитку міоми матки та проліферативних процесів в ендометрії, особливо в пері- і постменопаузальному періодах [Вихляева, 2001; Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Eldargeva, 1998; Fedele et al., 2000; Ozisik et al., 1995].

Рівень естрону сироватки крові хворих поєднаною патологією ожиріння з міомою матки вищий, ніж у хворих з міомою матки без ожиріння (p=0,048), що можливо, обумовлено більшими навантаженнями ендокринно-обмінних змін у хворих з ожирінням різного ступеня та міомою матки. За даними літератури естрон володіє нижчою гормональною активністю в порівнянні з естрадіолом, але здатний на молекулярному рівні

Таблиця 1. Співвідношення хворих в групах з міомою матки.

Групи	Середній вік	Хворі з ММ без ожиріння		Середній вік	Хворі з ММ та ожирінням		p
		абс.	%		абс.	%	
Залозиста гіперплазія ендометрія	50,0±7,2	24	17	43,0±5,6	68	83	0,083
Атипова гіперплазія ендометрія	49,0±10,0	16	33	44,0±7	21	67	0,083
Атрофія ендометрія	61,0±9,7	15	26	51,0±8,2	11	74	1,000

Примітка: p - досягнутий рівень значущості відмінностей між підгрупами без ожиріння і міоми та з міомою матки та ожирінням різного ступеня з використанням критерію Манна-Уїтні.

підсилювати фактори росту [Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Eldargeva, 1998; Ibraheim, Ikom, 2005]. Индекс вільного естрогену виявився найбільш високим при поєднанні ожиріння та міоми матки ($p=0,02$). Отримані дані не протирічать уявленню про провідну роль локальних джерел синтезу естрогену у хворих з міомою матки [Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Eldargeva, 1998; Vercellini et al., 1999]. У хворих з ожирінням особливо ожиріння III ст. з поєднанням міоми матки частота гіпопрогестеронемії була найбільш високою в постменопаузі (68% випадків), що в 1,8 разів вище, ніж в підгрупі без ожиріння (39,6%), що підтверджується літературними даними щодо існування порушень у співвідношенні естрогени/прогестерон у хворих з проліферативними процесами ендометрія і демонструють особливу роль гіпопрогестеронемії в розвитку гіперпластичних процесів [Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995].

Г.А.Савіцким і В.В.Морозовим в 1991 р. було встановлено, що у хворих з різними гіперпластичними процесами ендометрія в активному і пізньому репродуктивному періодах, що поєднуються з множинною міомою матки, вміст естрадіолу і прогестерону в судинах матки вищий, ніж в інших відділах судинної системи і цей феномен був названий локальною гіпергормонемією.

В регіонарному кровотоці рівень естрогену у хворих з різними ступенями ожиріння в поєднанні з міомою матки був вищим, ніж в системному $59,0 \pm 25,0$ нмоль/л і $45,1 \pm 25,9$ нмоль/л, $p=0,015$ відповідно, а рівень білка, що зв'язує статеві стероїди був, навпаки, вищим в системному кровотоці, ніж в регіонарному: $28,8 \pm 9,5$ нмоль/л і $22,9 \pm 8,1$ нмоль/л, відповідно, $p=0,031$. Причому, у хворих з міомою матки без ожиріння в локальному кровотоці рівень естрогену нижчий ($32,1 \pm 16,9$ нмоль/л, $p=0,015$), ніж у хворих з ожирінням та міомою матки.

Очевидно, що це, напевне, характеризує тільки наявність внутрішньотканинного синтезу естрогену в пухлинній тканині за участю ферментів: ароматази і стероїд сульфатази. Відмічена також тенденція до вищих показників індексу вільного естрогену в локальному кровотоці у хворих з ожирінням та міомою матки ($1,48 \pm 0,34$ та $1,27 \pm 0,43$, $p=0,86$).

У частини хворих з ожирінням та міомою матки відмічено деяке підвищення рівня прогестерону в локальному кровотоці в порівнянні з хворими без ожиріння. У більшості обстежених жінок відмічено, що концентрація прогестерону в крові відповідала норматив-

ним значенням. Перевищення показників було в підгрупі з міомою і ожирінням різного ступеня у основній групі ($45,4 \pm 3,5$ нмоль/л), в групі порівняння ($46,4 \pm 4,1$ нмоль/л ($p<0,05$)). А в жінок з ожирінням та міомою матки, поєднану з пухлинами яєчників відмічено найбільший вміст прогестерону у основній групі - $38,0 \pm 3,2$ нмоль/л та $41,2 \pm 1,9$ нмоль/л, в групі порівняння ($p<0,05$).

Таким чином, отримані дані свідчать про високу концентрацію стероїдних гормонів в локальному кровотоці при ожирінні і міомі матки, що очевидно обумовлено гіперестрогенією за рахунок жирової тканини та існуванням локальних джерел стероїдогенезу (ендометрія, міометрія і міоматозних вузлів), що каталізує перехід андрогенів в естроген у тканинах. Патогенетичні аспекти участі ферменту метаболізму естрогену у поєднанні з фіброміомою матки залишаються до кінця не вивченими [Вихляева, 2001; Вихляева, Паллади, 1982; Вихляева и др., 1990; Савицкий, Савицкий, 2000; Козаченко и др., 1995; Eldargeva, 1998; Matsuo et al., 1999].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Частота ожиріння у хворих з фіброміомою матки може свідчити про існування єдиних етіопатогенетичних моментів у виникненні фіброміоми матки та гіперпластичних процесів, а також більшу глибину ендокринно-метаболічних порушень у жінок з поєднаною патологією ендометрія і міометрія, що підтверджується даними літератури.

2. Виявлено, що наявність фіброміоми матки супроводжується підвищенням рівня естрогену і зниженням рівня естрадіолу і індексу вільного естрогену сироватки крові в системному кровотоці, причому, рівень естрогену в локальному кровотоці був вищий, а рівень глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, - нижчий, в порівнянні з системним кровотоком.

Саме тому, активне вивчення змін в організмі при ожирінні та їх вплив на ріст міоми матки, вимагає більш глибокого комплексного вивчення, що дозволяє розширити уявлення про роль показників системного і локального гормонального гомеостазу, рецепторного статусу і ендокринно-обмінних порушень в розвитку фіброміоми матки. Оптимізація діагностики рівня статевих стероїдів при виникненні та розвитку фіброміоми у жінок з ожирінням та визначення чітких критеріїв і показів до поетапного ведення хворих з міомою матки потребує подальшого детального вивчення, що дозволить значно зменшити число невиправданих радикальних оперативних втручань.

Література

Вихляева Е.М. К механизму лечебного эффекта Норэтистерона при гиперпластических заболеваниях эндометрия у женщин репродуктивного возраста /Е.М.Вихляева, Е.В.-

Уварова, Н.С.Самедова //Вопр. онкологии. - 1990. -- №6. - С. 683-689.

Вихляева Е.М. Молекулярно-генетические детерминанты опухолевого ро-

ста и обоснования современной стратегии при лейомиоме матки / Е.М.Вихляева //Вопросы онкологии. - 2001. - №47(2-3). - С. 23.

Вихляева Е.М. Патогенез, клиника и ле-

- чение миомы матки /Вихляева Е.М., Паллади Г.А. - Кишинев: Штиинца, 1982. - 300 с.
- Особенности состояния рецепторов эстрогенов и прогестерона в миоме матки и миометрии /А.В.Козаченко, Ю.Д.Ландеховский, Н.И.Кондриков [и др.] //Акуш.гинекол. - 1995. - №6. - С. 34-36.
- Савицкий Г.А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии /Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. - СПб, 2000. - С. 56.
- A randomized study of the effects of tibolone and transdermal estrogen replacement therapy in postmenopausal women with uterine myomas /L.Fedele, S.Blanchi, R.Rafaelli [et al.] //Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2000. - Vol.88, №1. - P. 91-94.
- Eldargeva T. Other medical management of uterine fibroids // Bailliers Clin. Obstet. Gynaecol. - 1998. - Vol.12. - №2. - P.269-288.
- Hysteroscopic myomectomy: long - term effects on menstrual pattern and fertility /P.Vercellini, B.Zaina, L.Yaylayan [et al.] //Obstet.and Gynecol. - 1999. - Vol.94, №3. - P. 341-347.
- Ibraheim M. An evaluation of troublesome intermenstrual bleeding in menorrhagic users of the LNG IUS / M.Ibraheim, A.Ikomi //Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol.25. - P. 384-385.
- Molecular bases for the actions of ovarian sex steroids in the regulation of proliferation and apoptosis on human uterine leiomyoma /H.Matsuo, O.Kurachi, Y.Shimomura [et al.] //Oncology. - 1999. - Vol.57, Suppl.2. - P. 49-58.
- Translocation (6:10) (p21: q22) in uterine leiomyomas /Y.Y.Ozsisik, A.M.Meloni, O.Altungos [et al.] //Cancer Genet. Cytogenet. - 1995. - Vol.2, №79. - P. 136-138.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ У ЖЕНЩИН С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ И ОЖИРЕНИЕМ

Яворский П.В.

Резюме. Степень ожирения и ее влияние на уровень половых стероидных гормонов (эстрона, эстрадиола, прогестерона) и глобулина, связывающего половые стероиды (SSBG) влияет на развитие и рост фиброматозных узлов матки. Нарушение гормонального профиля стероидных гормонов коррелирует с развитием и ростом фиброматозных узлов матки.

Ключевые слова: фибромиома матки, ожирение.

STATE OF SEXUAL STEROIDOV FOR WOMEN WITH FIBROMIOMOY OF UTERUS AND OBESITY

Yavorskiy P.V.

Summary. The degree of obesity and its influence on the level of sexual steroids hormones (estrone, estradiol, progesterone) and globulin, relating sexual steroidy (SSBG) influences the development and growth of fibromatous nodes of uterus. The abnormality of hormonal profile of steroids hormones correlates with the development and growth of fibromatous nodes of uterus.

Key words: fibromyoma of uterus, obesity.

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Ничитайло М.Е., Захараш М.П., Скумс А.В., Огородник П.В., Литвиненко А.Н., Захараш Ю.М., Усова Е.В.

УДК: 616.089:616-006:616.37-002:616.36-008.5:615.471

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ЭЛЕКТРОСВАРИВАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ничитайло М.Е.¹, Захараш М.П.², Скумс А.В.¹, Огородник П.В.¹, Литвиненко А.Н.¹, Захараш Ю.М.², Усова Е.В.¹

¹Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова АМН Украины (ул. Героев Севастополя, 30, г.Киев, Украина, 03680), ²Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, кафедра хирургии №1 (бул. Т.Шевченка 13/7, м.Київ, 01601, Україна)

Резюме. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных со злокачественным опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны обуславливают необходимость усовершенствования имеющихся и поиска новых методов диагностики и лечения данной категории пациентов. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных раком органов панкреатодуоденальной зоны с синдромом механической желтухи за счет применения методов ранней его диагностики, оптимизации хирургической тактики с использованием миниинвазивных и электросваривающих технологий. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 306 больных с механической желтухой, обусловленной раком органов панкреатодуоденальной зоны. Средняя длительность желтухи до момента госпитализации в клинику составила 27,6±4,2 дней. У большинства (70,6%) пациентов уровень билирубинемии превышал 200 мкмоль/л. Наряду с традиционными методами исследования, диагностический алгоритм при опухолях большого сосочка двенадцатиперстной кишки включал проведение хромодуоденоскопии (чувствительность 86,7%, специфичность 91%), а также фотодинамической диагностики (чувствительность 97,2%, специфичность 97%) с прицельной биопсией по предложенной нами методике. Метод эндосонографии (чувствительность 96,8%, специфичность 98%) был применен у 44 (14,4%) пациентов с опухолями головки поджелудочной железы, в т.ч. с прицельной пункционной биопсией у 27 (чувствительность 94,7%, специфичность 97%). В лечении больных с механической желтухой I-II степени, длительностью гипербилирубинемии до 30 суток, при отсутствии явлений гнойного холангита и операбельности опухоли отдавали предпочтение одномоментному радикальному хирургическому вмешательству - панкреатодуоденальной резекции, которая выполнялась с использованием биполярных электросваривающих зажимов на этапах выделения органокомплекса, выполнения расширенной лимфодиссекции, формирования анастомозов. При этом существенно уменьшался объем кровопотери, сокращалось время операции и повышалась абластичность вмешательства. При неоперабельности опухоли и протяженности стеноза до 2 см. приоритетным считали эндобилиарное ретро- или антеградное стентирование. В случаях невозможности миниинвазивной коррекции билиарной обструкции предпочтение отдавали гепатикоюностомии. Радикальные хирургические вмешательства выполнены 61 (39,6%) пациентам раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки, 49 (32,2%) - раком головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха. 93 (60,4%) пациентам при раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки и 103 (67,8%) - при раке головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха III-IV стадий из-за невозможности выполнения радикального хирургического вмешательства выполнены паллиативные вмешательства, в т.ч. чрескожное чреспеченочное антеградное или ретроградное транспапиллярное стентирование у 18 (11,7%) и 20 (13,2%) больных соответственно. Показатели послеоперационных осложнений составили 12,4%, послеоперационной летальности - 2,9%. Применение современных методов ранней диагностики позволяет установить диагноз на ранних (I-II) стадиях заболевания у 39,6% пациентов при раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки и у 30,7% пациентов - при раке головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха, а применение миниинвазивных и электросваривающих технологий - улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных.

Ключевые слова: рак органов панкреатодуоденальной зоны, ранняя диагностика, хирургическое лечение, электросваривающие технологии.

Введение

По данным Американского общества по изучению рака за 2009 год рак поджелудочной железы (ПЖ) составляет около 3% всех злокачественных новообразований. Пятилетняя выживаемость при этом не превышает 5%. Рак ПЖ находится на 4 месте (6,0%) среди причин смерти от онкологических заболеваний [Cancer statistics, 2009]. Заболеваемость раком ПЖ в мире составляет 5,9 на 100 тыс. населения, смертность - 4,8 на

100 тыс. По данным канцер-регистра Украины за 2008 год заболеваемость раком ПЖ в Украине составляет 9,9 на 100 тыс. населения, смертность - 8,3 на 100 тыс [Бюл. нац. канцер-реестру, 2009].

Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) составляет около 0,2% злокачественных опухолей пищеварительного тракта и около 7% рака панкреатодуоденальной зоны, являясь наиболее благоприят-

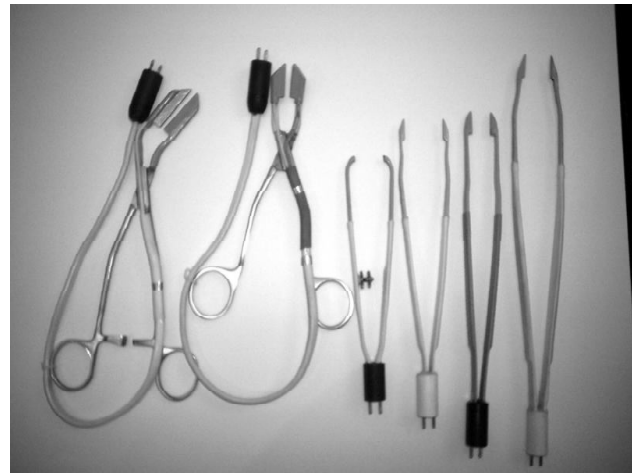
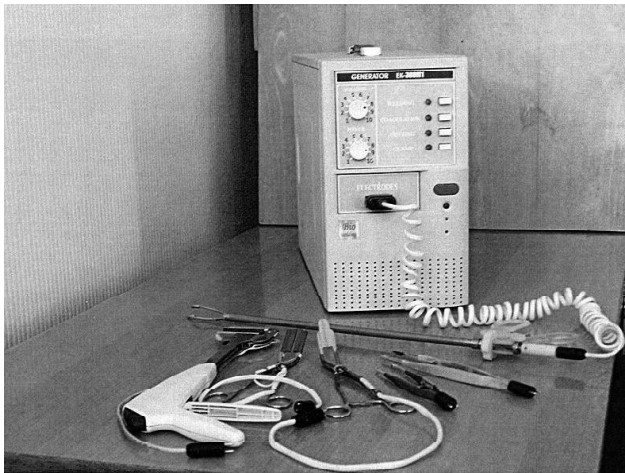


Рис. 1. Электросваривающий комплекс ЕК 300-1 М с набором инструментов.

ным раком среди периапулярных опухолей, и, по данным Национального института рака США, его частота имеет тенденцию к росту [Albores-Saavedra et al., 2009]. Пятилетняя выживаемость при раке данной локализации после выполнения операции Whipple составляет 22-55%, папиллэктомии - до 35% [Jones et al., 1985; Trede et al., 1990; Bottger et al., 1993].

Неудовлетворительные результаты лечения больных раком органов панкреатодуоденальной зоны, у большинства из которых на этапе выявления опухоли имеется синдром механической желтухи (МЖ), в значительной мере обусловлены низкой эффективностью химио- и лучевой терапии, что обуславливает необходимость усовершенствования имеющихся и поиска новых методов диагностики и хирургического лечения данной категории больных [Кубышкин, Вишневский, 2003; Патютко, Котельников, 2007; Захараш, 2008; Ничитайло и др., 2008].

Цель исследования: вскрыть пути улучшения результатов хирургического лечения больных раком органов панкреатодуоденальной зоны с синдромом МЖ за счет применения методов ранней его диагностики, оптимизации хирургической тактики с использованием миниинвазивных и электросваривающих технологий.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 306 больных с МЖ, обусловленной раком органов панкреатодуоденальной зоны, находившихся на лечении на клинических базах кафедры хирургии №1 НМУ и в НИХТ в период 1999-2008 гг. Мужчин было 175 (57,2%), женщин - 131 (42,8%). Средний возраст больных составил 52,6±3,9 года. Средняя длительность желтухи до момента госпитализации в клинику составила 27,6±4,2 дней. У большинства (70,6%) пациентов уровень билирубинемии превышал 200 мкмоль/л.

Наряду с традиционными методами исследования (ФГДС, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, холедохоскопия), диагностический алгоритм при опухолях БС ДПК вклю-

чал проведение хромодуоденоскопии (Патент Украины №21567 от 15.03.2007 г.) с использованием метиленового синего и индигокармина (чувствительность 86,7%, специфичность 91%), а также фотодинамической диагностики (Патент Украины №26582 от 25.09.2007 г.) с использованием непорфиринового фотосенсибилизатора - препарата "Гиперфлав" (чувствительность 97,2%, специфичность 97%) с прицельной биопсией по предложенной нами методике. Метод эндосонографии (чувствительность 96,8%, специфичность 98%) был применен у 44 (14,4%) пациентов с опухолями головки поджелудочной железы (ГПЖ), в т.ч. с прицельной пункционной биопсией у 27 (чувствительность 94,7%, специфичность 97%).

На основании проведенного анализа 16 факторов операционного риска выполнения хирургических вмешательств у больных с МЖ выделены основные, которые были оценены по бальной системе, что позволило нам определить клинические профили воздействия исследуемых факторов на частоту послеоперационных осложнений и летальности. На частоту осложнений у больных с МЖ опухолевого генеза в наибольшей степени влияют уровень билирубинемии, стадия онкологического процесса, возраст пациента и длительность желтухи. На уровень летальности наибольшее влияние имеют длительность желтухи, стадия заболевания, возраст пациента и уровень билирубинемии.

С учетом клинических профилей влияния исследуемых факторов на показатели послеоперационных осложнений и летальности обоснована необходимость дифференцированного выбора хирургической тактики и выделены 3 категории больных с МЖ. I категория - пациенты, у которых возможно выполнение одномоментных хирургических вмешательств, а именно: молодого и среднего возраста больные в удовлетворительном состоянии с длительностью желтухи до 14 суток, уровнем билирубинемии до 100 мкмоль/л при отсутствии явлений печеночной недостаточности и гнойного холангита и компенсированным состоянием ос-

Таблица 1. Распределение больных по стадиям заболевания (UICC 2002 г.)

Стадия	Рак ГПЖ	Рак БС ДПК	Рак ТОХ
0 (Tis)	-	3 (1,9%)	-
IA (T1N0M0)	8 (6,1%)	21 (13,7%)	-
IB (T2N0M0)	12 (9,2%)	7 (4,6%)	1 (4,8%)
IIA (T3N0M0)	14 (10,7%)	13 (8,4%)	3 (14,3%)
IIB (T1-3N1M0)	15 (11,4%)	17 (11%)	1 (4,8%)
III (T4N0-1M0)	43 (32,8%)	55 (35,7%)	6 (28,5%)
IV (T1-4N0-1M1)	39 (29,8%)	38 (24,7%)	10 (47,6%)
Всего	131 (100%)	154 (100%)	21 (100%)

Таблица 2. Виды миниинвазивных декомпрессионных вмешательств, выполненных больным с МЖ опухолевого генеза.

Виды декомпрессионных вмешательств	Рак головки ПЖ (n=131)		Рак БС ДПК (n=154)		Рак ТОХ (n=21)	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (УЗИ)	38	29,0	4	2,6	3	14,3
Чрескожная чреспеченочная холангиостомия + антеградное стентирование холедоха	33	25,2	-	-	2	9,5
Чрескожная чреспеченочная холецистостомия (УЗИ)	27	20,6	7	4,5	1	4,8
ЭПСТ + эндоскопическое транспапиллярное стентирование	26	19,9	64	41,6	13	61,9
Эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия	-	-	66	42,9	-	-
ЭПСТ + назобилиарное дренирование	7	5,3	10	6,5	2	9,5
Эндоскопическая криодеструкция опухоли + эндобилиарное стентирование	-	-	3	1,9	-	-

новых систем организма. II категорию составили пациенты, в лечении которых приоритетной была двухэтапная хирургическая тактика: больные в состоянии средней или тяжелой степени тяжести, средних и старших возрастных групп с длительностью желтухи от 2 до 4 недель с уровнем билирубинемии до 200 мкмоль/л, печеночной недостаточностью II-III степени, наличием признаков острого гнойного холангита, субкомпенсированным состоянием основных систем организма.

K III категории относили пациентов, которым показано обязательное выполнение билиарной декомпрессии с использованием миниинвазивных технологий, преимущественно холецистостомии: больные, находящиеся в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, пациенты старших возрастных групп с длительностью желтухи более 4-х недель, уровнем билирубинемии более 200 мкмоль/л, при наличии явлений печеночной недостаточности II-III степени, острого гнойного холангита, декомпенсированным состоянием основных систем организма.

Приоритетными методами билиарной декомпрессии считаем эндоскопическую супрапапиллярную холедоходуоденостомию и чрескожное чреспеченочное

антеградное или ретроградное транспапиллярное стентирование. При крайне тяжелом состоянии больных, наличии явлений гнойного холангита и печеночной недостаточности оптимальными методами декомпрессии считаем чрескожную чреспеченочную холецистостомию либо назобилиарное дренирование.

В клинике разработан "Способ выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии" с использованием сконструированного совместно со специалистами Института электро-сваривания им. Е.О.Патона эндоскопического биполярного электросваривающего зонда, что обеспечивало надежный гемостаз и исключало возможность ретродуоденальной перфорации. На метод получен патент (патент Украины № 26258 от 10.09.2007 г.).

Радикальные хирургические вмешательства - папиллэктомия (при I стадии рака БС ДПК), а также панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнялись с использованием биполярных электросваривающих зажимов на этапах выделения органокомплекса, выполнения расширенной лимфодиссекции, формирования анастомозов (рис. 1). При этом существенно уменьшался объем кровопотери, сокращалось время операции и повышалась абластичность вмешательства.

При неоперабельности опухоли и протяженности стеноза до 2 см. приоритетным считали эндобилиарное ретро- или антеградное стентирование.

В случаях невозможности миниинвазивной коррекции билиарной обструкции предпочтение отдавали гепатокоеюностомии.

Результаты. Обсуждение

Причиной МЖ у 306 больных были: рак ГПЖ - у 131 (42,8%) пациентов, рак БС ДПК - у 154 (50,3%), рак терминального отдела холедоха (ТОХ) - у 21 (6,9%).

МЖ I-II степени диагностирована у 83 (27,1%) больных, III степени - у 223 (72,9%). У 29 (9,5%) пациентов диагностирован гнойный холангит.

Распределение больных по стадиям заболевания представлено в таблице 1. Следует отметить, что у 3 пациентов раком БС ДПК опухоль выявлена на стадии in situ.

У большинства пациентов длительность периода желтухи с момента ее возникновения до момента госпитализации превышала 14 суток (у 228 пациентов - 74,5%), а уровень билирубинемии был выше 200 мкмоль/л (у 216 - 70,6%), что обуславливало необходимость этапного их лечения с обязательным выполнением билиарной декомпрессии на первом этапе. Виды различных видов миниинвазивных декомпрес-

сивних втручань представлені в таблиці 2.

Радикальні хірургічні втручання виконані 61 (39,6%) пацієнтам раком БС ДПК, 49 (32,2%) - раком ГПЖ і ТОХ. 93 (60,4%) пацієнтам при раку БС ДПК і 103 (67,8%) - при раку ГПЖ і ТОХ III-IV стадій захворювання із-за неможливості виконання радикального хірургічного втручання виконані паліативні втручання, в т.ч. чрескожне чреспеченочне антеградне або ретроградне транспапиллярне стентування у 18 (11,7%) і 20 (13,2%) больних відповідно. Показателі післяопераційних ускладнень склали 12,4%, післяопераційної летальності - 2,9%.

Висновки і перспективи подальших розробок

1. Радикальним методом хірургічного лікування больних раком органів панкреатодуоденальної зони на I-II стадії захворювання є одночасна операція ПДР.

2. Застосування електросварювальних технологій при виконанні операції ПДР сприяє зниженню

кровоточивості тканин, підвищенню абластичності втручання, а також значно скорочує час операції.

3. Ведучими методами билиарної декомпресії при бластоматозному ураженні органів панкреатодуоденальної зони є ендоскопічна супрапалілярна холедоходуоденостомія і ендобилиарне стентування.

4. Після стабілізації загального стану, після 10-12 днів, в разі операбельності пухлини, пацієнтам показано виконання радикального хірургічного втручання - розширеної трансдуоденальної папіллектомії або ПДР.

У пацієнтів з МЖ при III-IV стадії захворювання пріоритетним є виконання пролонгованого етапного ендоскопічного ретроградного стентування. При неможливості виконання радикальних хірургічних втручання із-за поширеності пухлинного процесу, тяжкого загального стану больних, відсутності необхідного забезпечення або недостатньої кваліфікації хірурга показано формування билиодигестивних анастомозів.

Література

- Захараш Ю.М. Діагностично-лікувальна тактика при механічній жовтяниці з використанням мініінвазивних та електросварювальних технологій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія". - Київ, 2008. - 40с.
- Кубышкин В.А. Рак піджелудочної залози /В.А.Кубышкин, В.А.Вишневський.- М.: ІД Медпрактика-М, 2003.- 386с.
- Ничитайло М.Е. Транспапиллярні ендоскопічні втручання в комплексному лікуванні больних з механічною жовтяницею бластоматозного генезу /М.Е.Ничитайло, М.П.Захараш, П.В.Огородник і др. //Ліки України.- 2008.- №2 (118).- С.48-49.
- Патютко Ю.И. Хирургия рака билиопанкреатодуоденальной зоны /Ю.И.Патютко, А.Г.Котельников.- М.: ІД Медицина, 2007.- 448с.
- Рак в Україні, 2007-2008 //Бюл. Нац. канцер-реєстру.- 2009.- №10.- С.38-39.
- Albores-Saavedra J. Cancers of the ampulla of Vater: demographics, morphology, and survival based on 5,625 cases from the SEER program /J.Albores-Saavedra, A.M.Schwartz, K.Batich, D.E.Henson //J. of Surgical Oncology.- 2009.- Vol.100, №7.- P.598-605.
- Bottger T., Potratz D., Wellek S. et al. Stellenwert der bildanalytischen DNS-Cytometrie beim Carcinom der Ampulla Vateri //Chirurgie.- 1993.- Vol.64.- P.476-485.
- Cancer Statistics - 2009. A Presentation From the American Cancer Society.- 2009.- P.3-9.
- Jones B.A. Periampullary tumors: which one should be resected? /B.A.Jones, B.Langer, B.R.Taylor, M.Girotti // American J. of Surgery.- 1985.- Vol.149.- P.46-52.
- Trede M. Survival after pancreatoduodenectomy 118 curative resections without an operative mortality /M.Trede, G.Schwall, H.D.Saeger //Annals of Surgery.- 1990.- Vol.211.- P.447-458.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ОРГАНІВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ІЗ СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ ТА ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Ничитайло М.Ю., Захараш М.П., Скумс А.В., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Захараш Ю.М., Усова О.В.

Резюме. Незадовільні результати хірургічного лікування хворих із злоякісним пухлинним ураженням органів панкреатодуоденальної зони обумовлюють необхідність удосконалення наявних та пошуку нових методів діагностики та лікування даної категорії пацієнтів. Мета дослідження: покращення результатів хірургічного лікування хворих на рак органів панкреатодуоденальної зони із синдромом механічної жовтяниці шляхом застосування методів ранньої його діагностики, оптимізації хірургічної тактики з використанням мініінвазивних та електросварювальних технологій. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 306 хворих на механічну жовтяницю, обумовлену раком органів панкреатодуоденальної зони. Середня тривалість жовтяниці до моменту госпіталізації до клініки склала 27,6±4,2 дб. У більшості (70,6%) пацієнтів рівень білірубінемії перевищував 200 мкмоль/л. Одночасно з традиційними методами дослідження, діагностичний алгоритм при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки включав проведення хромодуоденоскопії (чутливість 86,7%, специфічність 91%), а також фотодинамічної діагностики (чутливість 97,2%, специфічність 97%) з прицільною біопсією за запропонованою нами методикою. Метод ендосонографії (чутливість 96,8%, специфічність 98%) був застосований у 44 (14,4%) пацієнтів з пухлинами головки підшлункової залози, в т.ч. з прицільною пункційною біопсією у 27 (чутливість 94,7%, специфічність 97%). У лікуванні хворих на механічну жовтяницю I-II ступеня з тривалою гіпербілірубінемією до 30 дб за відсутності явищ гнійного холангіту та операбельності пухлини віддавали перевагу одночасному радикальному хірургічному втручанню - панкреатодуоденальній резекції, яку виконували із використанням біполярних електросварювальних затискачів на етапах виділення органокomплексу, виконання розширеної лімфодисекції, формування анастомозів. При цьому суттєво зменшувалася об'єм крововтрати, скорочувався

час операції та підвищувалась абластичність втручання. При неоперабельності пухлини та протяжності стенозу до 2 см пріоритетним вважали ендобіліарне ретро- або антеградне стентування. У випадках неможливості мініінвазивної корекції біліарної обструкції перевагу віддавали гепатикоєюностомії. Радикальні хірургічні втручання виконані 61 (39,6%) пацієнтам на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки, 49 (32,2%) - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовтого протоку. 93 (60,4%) пацієнтам на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки та 103 (67,8%) - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовтого протоку III-IV стадій через неможливість виконання радикального хірургічного втручання виконані паліативні втручання, в т.ч. черезшкірне черезпечінкове антеградне або ретроградне транспапільярне стентування у 18 (11,7%) та 20 (13,2%) хворих відповідно. Показники післяопераційних ускладнень склали 12,4%, післяопераційної летальності - 2,9%. Застосування сучасних методів ранньої діагностики дозволяє встановити діагноз на ранніх (I-II) стадіях захворювання у 39,6% пацієнтів на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки та у 30,7% пацієнтів - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовтого протоку, а застосування мініінвазивних та електрозварювальних технологій - покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: рак органів панкреатодуоденальної зони, рання діагностика, хірургічне лікування, електрозварювальні технології.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS BY CANCER OF ORGANS OF PANCREATODUODENAL REGION WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME USING MINIINVASIVE AND ELECTROWELDING TECHNOLOGIES

Nichitaylo M.E., Zakharash M.P., Skums A.V., Ogorodnic P.V., Litvinenko A.N., Zakharash Y.M., Usova E.V.

Summary. The unsatisfactory results of surgical treatment of patients with the malignant tumour damage of organs of pancreatoduodenal region make conditional on the necessity of improvement the present and search of new methods of diagnostics and treatment of this category of patients. The aim of the research is to improve the results of surgical treatment of patients with the cancer of organs of pancreatoduodenal region with the syndrome of mechanical jaundice due to application of methods of its early diagnostics, optimize the surgical tactics using miniinvasive and electrowelding technologies. The retrospective analysis of results of treatment of 306 patients with the mechanical jaundice conditioned by the cancer of organs of pancreatoduodenal region was conducted. The middle duration of jaundice by the moment of hospitalization in a clinic made 27,6±4,2 days. The most (70,6%) patients had the level of bilirubinemia of 200 mkmol/l. Besides the traditional methods of research, a diagnostic algorithm at the tumours of papilla Vateri included the conducting of implementation of chromoduodenoscopy (sensitivity 86,7%, specificity 91%), and also photodynamic diagnostics (sensitivity 97,2%, specificity 97%) with an target biopsy on the method we offered. The method of endosonography (sensitivity 96,8%, specificity 98%) was applied at 44 (14,4%) patients with the tumours of head of pancreas, including the target needle biopsy at 27 (sensitivity 94,7%, specificity 97%). In the treatment of patients with the mechanical jaundice of the I-II degree, duration of hyperbilirubinemia under 30 days, without of signs of acute suppurative cholangitis and operability of tumour gave preference to one-moment radical surgery - pancreatoduodenectomy using bipolar electrowelding forceps on the stages of separation of pancreatoduodenal complex, performing of extended lymphodissection, forming of anastomosis. It contributed to substantial decreasing of blood loss volume, lessening of operation time and increasing of ablastics of operation. At inoperable of tumour and length of stenosis under to 2 cm. priority considered endobiliary retro- or antegrade stenting. In cases of impossibility of miniinvasive correction of biliary obstruction gave preference hepaticojejunostomy. Radical operations have been executed at 61 (39,6%) patients by the cancer of papilla Vateri, at 49 (32,2%) - by cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct. At 93 (60,4%) patients by the cancer of papilla Vateri and at 103 (67,8%) - by cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct of III-IV stages because of impossibility of performing of radical surgery there were executed palliative interventions, including percutaneous transhepatic antegrade or retrograde transpapillar stenting at 18 (11,7%) and at 20 (13,2%) patients accordingly. The frequency of postoperative complications made 12,4%, postoperative lethality - 2,9%. Application of modern methods of early diagnostics allows to set a diagnosis on the early (I-II) stages of disease at 39,6% of patients by cancer of papilla Vateri and at 30,7% of patients - by the cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct, and application of miniinvasive and electrowelding technologies - to improve the short- and long-term results of surgical treatment of this category of patients.

Key words: cancer of pancreatoduodenal region, early detection, surgical treatment, electrowelding technologies.

© Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р.

УДК: 616.132-012.271-083

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН У ПЛАНОВІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ ТРОМБОПРОФІЛАКТИЦІ

Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського (вул. Майдан волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 47000)

Резюме. В роботі представлені дані щодо розвитку тромбозу глибоких вен у пацієнтів із плановою хірургічною патологією без венозної патології на фоні проведення тромбoproфілактики та показано взаємозв'язок розвитку тромбозу із дисфункцією ендотелію.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, дисфункція ендотелію, тромбoproфілактика.

Вступ

Попередження та лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок залишається важливим питан-

ням хірургії сьогодення. Незважаючи на впровадження в клінічну практику стандартів і протоколів специф-

час операції та підвищувалась абластичність втручання. При неоперабельності пухлини та протяжності стенозу до 2 см пріоритетним вважали ендобіліарне ретро- або антеградне стентування. У випадках неможливості мініінвазивної корекції біліарної обструкції перевагу віддавали гепатикоєюностомії. Радикальні хірургічні втручання виконані 61 (39,6%) пацієнтам на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки, 49 (32,2%) - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовчачого протоку. 93 (60,4%) пацієнтам на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки та 103 (67,8%) - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовчачого протоку III-IV стадій через неможливість виконання радикального хірургічного втручання виконані паліативні втручання, в т.ч. черезшкірне черезпечінкове антеградне або ретроградне транспапільярне стентування у 18 (11,7%) та 20 (13,2%) хворих відповідно. Показники післяопераційних ускладнень склали 12,4%, післяопераційної летальності - 2,9%. Застосування сучасних методів ранньої діагностики дозволяє встановити діагноз на ранніх (I-II) стадіях захворювання у 39,6% пацієнтів на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки та у 30,7% пацієнтів - на рак головки підшлункової залози та термінального відділу жовчачого протоку, а застосування мініінвазивних та електрозварювальних технологій - покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: рак органів панкреатодуоденальної зони, рання діагностика, хірургічне лікування, електрозварювальні технології.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS BY CANCER OF ORGANS OF PANCREATODUODENAL REGION WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME USING MINIINVASIVE AND ELECTROWELDING TECHNOLOGIES

Nichitaylo M.E., Zakharash M.P., Skums A.V., Ogorodnic P.V., Litvinenko A.N., Zakharash Y.M., Usova E.V.

Summary. The unsatisfactory results of surgical treatment of patients with the malignant tumour damage of organs of pancreatoduodenal region make conditional on the necessity of improvement the present and search of new methods of diagnostics and treatment of this category of patients. The aim of the research is to improve the results of surgical treatment of patients with the cancer of organs of pancreatoduodenal region with the syndrome of mechanical jaundice due to application of methods of its early diagnostics, optimize the surgical tactics using miniinvasive and electrowelding technologies. The retrospective analysis of results of treatment of 306 patients with the mechanical jaundice conditioned by the cancer of organs of pancreatoduodenal region was conducted. The middle duration of jaundice by the moment of hospitalization in a clinic made 27,6±4,2 days. The most (70,6%) patients had the level of bilirubinemia of 200 mkmol/l. Besides the traditional methods of research, a diagnostic algorithm at the tumours of papilla Vateri included the conducting of implementation of chromoduodenoscopy (sensitivity 86,7%, specificity 91%), and also photodynamic diagnostics (sensitivity 97,2%, specificity 97%) with an target biopsy on the method we offered. The method of endosonography (sensitivity 96,8%, specificity 98%) was applied at 44 (14,4%) patients with the tumours of head of pancreas, including the target needle biopsy at 27 (sensitivity 94,7%, specificity 97%). In the treatment of patients with the mechanical jaundice of the I-II degree, duration of hyperbilirubinemia under 30 days, without of signs of acute suppurative cholangitis and operability of tumour gave preference to one-moment radical surgery - pancreatoduodenectomy using bipolar electrowelding forceps on the stages of separation of pancreatoduodenal complex, performing of extended lymphodissection, forming of anastomosis. It contributed to substantial decreasing of blood loss volume, lessening of operation time and increasing of ablastics of operation. At inoperable of tumour and length of stenosis under to 2 cm. priority considered endobiliary retro- or antegrade stenting. In cases of impossibility of miniinvasive correction of biliary obstruction gave preference hepaticojejunostomy. Radical operations have been executed at 61 (39,6%) patients by the cancer of papilla Vateri, at 49 (32,2%) - by cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct. At 93 (60,4%) patients by the cancer of papilla Vateri and at 103 (67,8%) - by cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct of III-IV stages because of impossibility of performing of radical surgery there were executed palliative interventions, including percutaneous transhepatic antegrade or retrograde transpapillar stenting at 18 (11,7%) and at 20 (13,2%) patients accordingly. The frequency of postoperative complications made 12,4%, postoperative lethality - 2,9%. Application of modern methods of early diagnostics allows to set a diagnosis on the early (I-II) stages of disease at 39,6% of patients by cancer of papilla Vateri and at 30,7% of patients - by the cancer of head of pancreas and distal part of common bile duct, and application of miniinvasive and electrowelding technologies - to improve the short- and long-term results of surgical treatment of this category of patients.

Key words: cancer of pancreatoduodenal region, early detection, surgical treatment, electrowelding technologies.

© Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р.

УДК: 616.132-012.271-083

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН У ПЛАНОВІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ ТРОМБОПРОФІЛАКТИЦІ

Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського (вул. Майдан волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 47000)

Резюме. В роботі представлені дані щодо розвитку тромбозу глибоких вен у пацієнтів із плановою хірургічною патологією без венозної патології на фоні проведення тромбoproфілактики та показано взаємозв'язок розвитку тромбозу із дисфункцією ендотелію.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, дисфункція ендотелію, тромбoproфілактика.

Вступ

Попередження та лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок залишається важливим питан-

ням хірургії сьогодення. Незважаючи на впровадження в клінічну практику стандартів і протоколів специф-

ічної та неспецифічної профілактики вирішення проблеми ТГВ у пацієнтів хірургічного профілю залишається актуальним [Реком. по профілактике..., 2006]. Частота ТГВ на фоні застосування низькомолекулярних гепаринів становить 10,5-18,3% [Bergqvist et al., 1996]. ТГВ виникає на фоні дисфункції ендотелію (ДЕ), що зумовлено активацією прозапальних цитокінів та згортальної системи (ЗС). Пусковим шляхом активації даних механізмів може виступати оперативне втручання, застосування ряду медикаментозних препаратів [Vora et al., 2006].

Мета: визначити критерії прогнозування розвитку ТГВ в післяопераційному періоді у пацієнтів із плановою хірургічною патологією базуючись на патогенетичних особливостях розвитку ДЕ та ЗС на ґрунті основної патології, часу оперативного втручання та виду знеболення.

Матеріали та методи

У дослідження брали участь 76 пацієнтів із плановою хірургічною патологією без венозної патології нижніх кінцівок. Усім пацієнтам у передопераційному періоді проводилась профілактика розвитку ТГВ згідно впроваджених галузевих стандартів.

Напруженість запальної відповіді визначали за рівнем прозапальних цитокінів ІЛ-1, ІЛ-6 і ФНП- α та С-реактивного білка. Визначення порушень СГ проводили за допомогою визначення рівня фактора Віллебранда (ФВ) та фібриногену (ФГ). Для визначення рівня ДЕ у всіх пацієнтів визначали рівень ендотеліну-1 (ЕТ-1) та D-димеру. Визначення цих показників проводили за 1 добу до операції, через 12 та 24 год. після останньої. У післяопераційному періоді проводили УЗДГ

венозної системи нижніх кінцівок усім пацієнтам.

Результати. Обговорення

Серед обстежуваних пацієнтів після операції у 9 (11,8 %) встановлено розвиток ТГВ, що у 5 випадках протікав із маніфестуючою клінічною картиною, а у 4 - асимптомно. У всіх пацієнтів із ТГВ операція проводилась під загальним знеболенням та тривала більше 2 год.

При аналізі результатів обстеження встановлено, що у всіх пацієнтів відмічалось зростання показників, що вивчались, але у пацієнтів із ТГВ останні були найвищими. У доопераційному періоді у хворих із ТГВ у післяопераційному періоді відмічалось підвищення рівня ІЛ-1 на 17,2%, ІЛ-6 на 21,4%, ФНП- α - на 11,8%. ФВ та ФГ у даний період обстеження зростали відповідно на 13,5% та 23,1%; рівень ЕТ-1 був вищим за норму на 27,2%, D-димеру - на 21,7%. Така ж тенденція змін визначалась, але в більшій мірі, у післяопераційному періоді. У пацієнтів без розвитку ТГВ дані показники у перед- та післяопераційному періодах були в межах норми або незначно перевищували останню.

Висновки та перспективи подальших роробок

1. Аналіз рівня прозапальних цитокінів, стану СГ та ДЕ у переопераційному періоді дозволяє виявити групу пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку ТГВ, що вимагає використання додаткових засобів профілактики ТГВ.

Рівень ДЕ у планових хірургічних хворих вимагає подальшого вивчення для розроблення показань до додаткової тромбoproфілактики.

Література

Венозные тромбозы и тромбоемболия легочных артерий (венозные тромбоемболические осложнения): реком. по профилактике, диагностике и лечению. - Всероссийская ассоциация по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудов имени А.А.Ш-

мидта-Б.А.Кудряшова и Ассоциация флебологов России, 2006.
Low-molecular-weight heparin (enoxaparin) as prophylaxis against venous thromboembolism after total hip replacement /D.Bergqvist, G.Benoni, O.Bjorgell [et al.]; and from the

accompanying Commentary by Richard M. Jay //N. Engl. J. Med. - 1996. - Vol.335. - P. 696-700 .
Vora S.K. Catastrophic antiphospholipid syndrome /S.K.Vora, R.A.Asherson, D.Erkan //J. Intensive Care Med. - 2006. - Vol.21. - P. 144-59.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКЕ

Ковальчук Л.Я., Венгер И.К., Костив С.Я., Вайда А.Р.

Резюме. В работе представлены данные относительно развития тромбоза глубоких вен у пациентов с плановой хирургической патологией без венозной патологии на фоне тромбoproфилактики, показана взаимосвязь развития тромбоза с дисфункцией эндотелия

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, дисфункция эндотелия, тромбoproфилактика.

THE PROGNOSIS OF THE DEEP VEIN THROMBOSIS DEVELOPMENT IN CONDITION OF TROMBUS PREVENTION IN PLAN SURGERY

Kovalchuk L.A., Venger I.K., Kostiv S.Y., Vayda A.R.

Summary. The work deals with the deep vein thrombosis development in patients with plan surgical pathology without venous disorders on the background of trombus prevention. It was shown the correlation of the thrombosis development and endothelial disfunction

Key words: deep vein thrombosis, endothelial disfunction, trombus prevention.

© Маркевич С.В., Кобірніченко А.А.

УДК: 616.5-007.281

ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕРМОЇДНИХ КІСТ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ

Маркевич С.В., Кобірніченко А.А.

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01133)

Резюме. В статті представлені результати оперативного лікування 16 пацієнтів з нагноєними дермоїдними кістами та епідермальними куприковими ходами із застосуванням технології ультразвукової кавітації. Встановлено, що застосування нової технології призводить до покращення загоєння післяопераційних ран, у 12 (75%) пацієнтів рани загоїлись первинним натягом, у 3 (18,75%) рани загоїлись остаточно вторинним натягом, 1 (6,25%) пацієнт потребував повторної хірургічної обробки. Ультразвукова кавітація ран добре переноситься більшістю пацієнтів, не потребує повторного радикального оперативного втручання, запобігає виникненню рецидивів, таким чином зменшуючи працевтрати, має виражений економічний ефект, може проводитись в амбулаторних умовах.

Ключові слова: ультразвукова кавітація, дермоїдні кісти куприка.

Вступ

В останні роки в зв'язку з науково-технічним прогресом в медицині з'явилися принципово нові можливості для лікування захворювань з використанням нових фізичних методів. До недавнього часу використання ультразвуку було обмежене переважно фізіотерапевтичною та діагностичною практикою. Протягом останніх років з'явився ряд клініко-фізіологічних та експериментальних досліджень біологічних та фізичних властивостей ультразвуку, що призвело до більш широкого використання ультразвуку в хірургії.

На відміну від звукових хвиль, ультразвукові коливання розповсюджуються прямолінійно та несуть значно більшу енергію, здатну впливати на процеси в живому організмі. Предметом нашого дослідження є низькочастотний ультразвук, що генерується ультразвуковими системами останнього покоління.

Біологічні властивості ультразвуку обумовлені вираженим бактерицидним та бактериостатичним впливом на різноманітні мікроорганізми. Бактерицидний вплив пов'язаний з ушкоджуючим впливом ультразвукової хвилі на мікробну клітину, підвищенням температури середовища, що озвучується, утворенням в ньому хімічних сполук, які згубно впливають на мікроорганізми, зниженням антибіотикорезистентності збудників ранової інфекції та ін. Поряд із власним бактерицидним ефектом низькочастотний ультразвук підсилює дію багатьох антибіотиків на різні мікроорганізми.

Ультразвук стимулює внутрішньоклітинний біосинтез та репаративні процеси, викликає розширення кровоносних судин та збільшення регіонарного кровотоку в 3-4 рази, ініціює сприятливі зміни в мікроциркуляторному руслі та адвентиції судин, розвиток колатералей, що дуже важливо при запальних та гнійно-деструктивних процесах.

Крім покращення мікроциркуляції, ультразвук справляє протизапальний вплив за рахунок покращення усунення застійних явищ, розсмоктування інфільтратів, підвищення фагоцитарної активності лейкоцитів та рівня неспецифічного захисту.

Ультразвук низької частоти не тільки підвищує елас-

тичність сполучної тканини, але і сприяє розволокненню сполучнотканинних волокон та посиленню їх синтезу фібробластами, тому вплив ультразвуку на пошкоджені тканини супроводжується утворенням ніжного та пухкого рубця.

Застосування низькочастотного ультразвуку в комплексному лікуванні (із застосуванням механічного очищення ран від некротизованих вільно лежачих тканин, хімічних антисептиків та протеолітичних ферментів - міміцево) дермоїдних кіст крижово-куприкової ділянки, володіє багатьма цінними якостями, які посилюють терапевтичну активність, що має важливе значення при наявності у хворих протипоказів до радикального хірургічного лікування або в період підготовки до операції. Активізація ультразвуком лізосомальних ферментів макрофагів приводить до очищення запального вогнища від клітинного детриту та патогенної мікрофлори в ексудативній стадії. Поряд із цим ультразвукові хвилі прискорюють синтез колагену фібробластами та утворення грануляційної тканини в проліферативній стадії заpalення.

Велике значення має також окислювальний вплив кисню, який активізується ультразвуком. Перекис водню, що утворюється при обробці ран ультразвуком згубно впливає на бактерії

Серія експериментів *in vitro* проведених в університетській клініці м Кіля (Німеччина) підтвердили бактерицидний ефект низькочастотного ультразвуку по відношенню до 4 штамів бактерій, що найбільш часто зустрічаються в рані (*St.aureus*, *St.pyogenes*, *E.coli*, *Ps.aeruginosa*). Була встановлена кореляція між часом впливу ультразвуку та вираженістю бактерицидного ефекту після впливу ультразвуку.

Проведені клінічні випробування ультразвукового генератора Sonoca (S?ring) довели добрий клінічний ефект ультразвуку, з яким в першу чергу пов'язують тенденцію до покращення стану хронічних ран. У ході клінічних досліджень (госпіталь ім. Вишневецького, Москва) було встановлено, що в результаті одноразової обробки кількість стафілококів зменшилось в 9,5 разів,

а в деяких випадках стафілокок не був висіяний взагалі. Дослідження, проведені в 1 Морському клінічному госпіталі в СПб показали, що після 3 обробок ультразвуком кількість бактерій в 1 г тканини складало 103 при початковому 108. За даними Кабанова, вже в 60% випадків після обробки ран досягалась їх повна стерильність.

Не менш важливим є те, що озвучування рани з застосуванням антибіотиків та антисептичних препаратів призводить до посилення антибактеріальної дії в 1,7-10,8 разів без змін антибактеріальної дії препарату.

Матеріали та методи

Нами проведено аналіз лікування 16 пацієнтів з нагнійними дермоїдними кістами та епідермальними куприковими ходами за запропонованим нами методом, у хірургічному відділенні клініки амбулаторної допомоги та відділенні гнійної хірургії ГВМКЦ.

У групу були включені пацієнти з нагнійними епідермальними ходами, дермоїдними кістами невеликих розмірів до 10,0 см, розташованих типово з помірно вираженим перифокальним запаленням.

Після проведення стандартної передопераційної підготовки, під загальним або місцевим інфільтраційним знеболенням, з додаванням в анестетик антибіотику широкого спектру дії (цефтріаксон, ампіцилін, лінкоміцин), виконували висічення кісти чи куприкового ходу двома напівовальними розрізами поза капсулою кісти чи епідермального ходу. Гемостаз виконували діатермокоагуляцією. Порожнина рани заповнювалась робочим акустичним розчином сумішшю 0,5% розчину новокаїну з 300 мг лінкоміцину, і подавалась через зонд-маніпулятор за типом "подвоєних кульок". Особливістю цього маніпулятора є те що, кавітаційні процеси проходять на сферичних поверхнях кульок та дають можливість обробити стінки рани.

Силу кавітації визначали за шкалою приладу індивідуально з урахуванням забрудненості рани, больових відчуттів пацієнта, об'єму порожнини, що озвучується. В середньому тривалість сеансу складала 3-5 хвилин. При цьому наконечник зонда не повинен торкатись ранової поверхні чи хірургічного інструментарію, що знаходиться в рані. Осушення рани.

Рана пошарово з використанням ушивалась "наглухо" з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується, дренажування проводилось гумовими випускниками. Термін дренажування 2-3 дні.

У післяопераційному періоді зміна пов'язок проводилась 1 раз в добу.

Результати. Обговорення

Результати лікування розцінені як добрі: у 12(75%) пацієнтів рани загоїлись первинним натягом. У 2(12,5%)

пацієнтів рани загоїлись частково первинним натягом, решту рани загоювалась вторинним натягом. Одному (6,25%) пацієнту виконувалась повторна хірургічна обробка рани з подальшим веденням рани, направленим на заживання вторинним натягом. Одному (6,25%) пацієнту виконано повторну ультразвукову кавітацію рани з ушиванням рани.

Середній ліжко-день при застосуванні даного методу складає 9 днів та до 5 днів реабілітаційного періоду. Загальна кількість днів непрацездатності до 14 днів. Рецидиву захворювання у прооперованих пацієнтів протягом 2 років не відмічалось.

При загально прийнятій методиці під місцевим знеболенням проводиться розкриття кісти, порожнина її обробляється механічним шляхом, дрениується. Виконуються перев'язки рани до повного її очищення та загоювання вторинним натягом в термін від 14 до 21 доби. Виконання повторної операції - радикального висічення кісти з ушиванням рани через 1-1,5 місяця з післяопераційним періодом 10-12 дб. Надання військовослужбовцю звільнення від службових обов'язків терміном 15 дб. Загальна кількість втрати трудоднів - 39-48 днів.

У жодному з випадків не спостерігалось неперенесення, алергічних реакцій та будь-яких інших побічних дій ультразвуку, при виникненні больових відчуттів у пацієнта інтенсивність кавітації зменшувалась до мінімальної та в подальшому поступово наростала до порогових величин.

З урахуванням затрат на перев'язки, препарати для місцевого лікування рани, повторних оперативних втручань, інших видів лікування, знаходження пацієнта в стаціонарі, лікування даної нозологічної форми є дорого вартісним.

Запропонований метод використовувався як стаціонарзамінюючий (знаходження пацієнта на амбулаторному лікуванні або денному стаціонарі), дає виражений економічний ефект, знижує кількість втрати трудоднів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Метод низькочастотної ультразвукової кавітації ран є технологією, що стрімко розвивається та знаходить застосування при комплексній хірургічній обробці ран. Переваги методу: селективний вплив на тканини зі збереженням життєздатної тканини, можливість обробки складних ран; ультразвукова кавітація має виражену антибактеріальну дію; ультразвукова кавітація задовільно переноситься пацієнтами; економічна доцільність методу полягає в зниженні кількості ліжко-днів, пацієнти не потребують повторної госпіталізації та виконання дорого вартісних перев'язок; можливість широкого застосування методу в амбулаторних умовах.

Література

Вишневский В.А. Ультразвуковые аппараты для хирургической мобилизации (Auto Sonix Scalpel, Sono Surg)

/В.А.Вишневский, М.Г.Магомедов //Эндоскопическая хирургия. - 2003. - №1. - С. 43-45.

Денищук П.А. Ультразвук в хирургии / П.А.Денищук //Хирургия. - 2001. - №5. - С. 42-43.

Комбинируемая озono-ультразвуковая терапия в лечении гнойных ран /К.В.Липатов, М.А.Сопрамадзе, А.Б.Шехтер [и др.] //Хирургия. - 2002. - №1. - С. 36-39.

Любенко Д.Л. Применение ультразвука в медицине /Д.Л.Любенко //Лечебное дело. - 2004. - №3-4. - С. 25-27.

Новая концепция хирургического лечения ожоговой раны - неотложное оперативное вмешательство /Л.И.Будкевич, С.И.Воздвиженский, Ш.Р.Гуруков [и др.] //Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2002. - №3. - С. 405-407.

Разработка и применение низкочастотного ультразвука и его комбинации

с лазером в хирургии и терапии /В.П.Жаров, Ю.А.Меняев, Р.К.Кабилов [и др.] //Биомедицинская электроника. - 2000. - №4. - С. 13-23.

Чмырев И.В. Ультразвуковая диссекция при оперативном лечении глубоких ожогов: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 25 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМОИДНЫХ КИСТ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Маркевич С.В., Кобирниченко А.А.

Резюме. В статье представлены результаты оперативного лечения 16 пациентов с гнойными дермоидными кистами и эпидермальными копчиковыми ходами с использованием технологии ультразвуковой кавитации. Установлено, что использование новой технологии приводит к улучшению заживления послеоперационных ран, у 12 (75%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 3 (18,75%) раны зажили окончательно вторичным натяжением, 1 (6,25%) пациент нуждался в повторной хирургической обработке. Ультразвуковая кавитация хорошо переносится большинством пациентов, не требует повторного радикального оперативного лечения, предотвращает развитие рецидивов, таким образом, уменьшая трудопотери, имеет выраженный экономический эффект, может проводиться в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: ультразвуковая кавитация, дермоидные кисты копчика.

USING OF ULTRASOUND CAVITATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF DERMOID CYSTS OF COCCYGEAL AREA

Markevich S.V., Kobirnichenko A.A.

Summary. In the article results of operative treatment of 16 patients with purulent dermoid cysts and epidermal coccygeal tracts using ultrasound cavitation technology are presented. Utilization of the new technology leads to improvement of post-operation wounds healing, in 12 (75%) patients wounds healed by the primary intention, in 3 (18,75%) wounds healed finally by the secondary intention, 1 (6,25%) patient needed repeated surgical debridement. Ultrasound cavitation is well-tolerated by the most of the patients, doesn't need repeated radical operative treatment, prevents relapses, decreases labor expenditures, has a significant economical efficiency, can be performed in an out-patient conditions.

Key words: ultrasound cavitation, dermoid coccygeal cysts.

© Мішук І.І., Казаков М.Ю., Осовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В.

УДК: (-19):617-089:615.015:616-089.168.1:615:616-09:616-009.624:615.03

ПЕРИОПЕРАЦІЙНА ФАРМАКОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА КОРИГУЮЧА ТЕРАПІЯ КОМБІНОВАНОЇ СПІНАЛЬНО-ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ-АНАЛГЕЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ α_2 -АДРЕНОАГОНІСТА КЛОФЕЛІНУ

Мішук І.І., Казаков М.Ю., Осовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. У роботі представлені дані з поєднаної спинально-епідуральної анестезії-аналгезії з використанням альфа-2 адреноагоніста клофеліну у 42 хворих з патологією судин. Виявлені значні зміни реологічних властивостей крові. Отримані результати дають можливість зробити висновок, що клофелін крім знеболюючого ефекту має властивість покращувати реологію крові.

Ключові слова: клофелін, регіонарна анестезія, гемореологія.

Вступ

У хворих з важкою судинною патологією часто зустрічаються порушення кровообігу на рівні судин мікроциркуляції, а також зрушення КЛС в сторону ацидозу і порушення основних показників реології крові [Мішук, Трещинський, 1981].

Під час пошуку препаратів для знеболення при судинній патології нас зацікавили ще недостатньо вивчені сторони дії клофеліну, котрий добре себе зарекомендував як α_2 -агоніст, активно стимулюючий α_2 -адренорецептори [Myles et al., 1999] і, крім седативного ефекту [Howie et al., 1999] сприяє нормалізації крово-

току на рівні мікроциркуляції [Cho et al., 1999].

Анестезія клофеліном залежить від дози препарату і обмежена ділянками тіла, які інервуються спинальними сегментами, що містять анальгетичну концентрацію лікарської речовини [Осовська, 2000]. Використовується клофелін для внутрішньовенного введення у вигляді 0,01% розчину (0,05-0,1 мг), розведеного в 10-20 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Вводиться повільно протягом 3-5 хвилин. Клофелін частіше використовується при комбінованій спіральній-епідуральній анестезії в комплексі з морфіном [Осовська, 2000] інтратекаль-

Комбинируемая озono-ультразвуковая терапия в лечении гнойных ран /К.В.Липатов, М.А.Сопрамадзе, А.Б.Шехтер [и др.] //Хирургия. - 2002. - №1. - С. 36-39.

Любенко Д.Л. Применение ультразвука в медицине /Д.Л.Любенко // Лечебное дело. - 2004. - №3-4. - С. 25-27.

Новая концепция хирургического лечения ожоговой раны - неотложное оперативное вмешательство /Л.И.Будкевич, С.И.Воздвиженский, Ш.Р.Гуруков [и др.] //Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2002. - №3. - С. 405-407.

Разработка и применение низкочастотного ультразвука и его комбинации

с лазером в хирургии и терапии / В.П.Жаров, Ю.А.Меняев, Р.К.Каби-сов [и др.] //Биомедицинская электроника. - 2000. - №4. - С. 13-23.

Чмырев И.В. Ультразвуковая диссекция при оперативном лечении глубоких ожогов: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 25 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМОИДНЫХ КИСТ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Маркевич С.В., Кобирниченко А.А.

Резюме. В статье представлены результаты оперативного лечения 16 пациентов с гнойными дермоидными кистами и эпидермальными копчиковыми ходами с использованием технологии ультразвуковой кавитации. Установлено, что использование новой технологии приводит к улучшению заживления послеоперационных ран, у 12 (75%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 3 (18,75%) раны зажили окончательно вторичным натяжением, 1 (6,25%) пациент нуждался в повторной хирургической обработке. Ультразвуковая кавитация хорошо переносится большинством пациентов, не требует повторного радикального оперативного лечения, предотвращает развитие рецидивов, таким образом, уменьшая трудопотери, имеет выраженный экономический эффект, может проводиться в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: ультразвуковая кавитация, дермоидные кисты копчика.

USING OF ULTRASOUND CAVITATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF DERMOID CYSTS OF COCCYGEAL AREA

Markevich S.V., Kobirnichenko A.A.

Summary. In the article results of operative treatment of 16 patients with purulent dermoid cysts and epidermal coccygeal tracts using ultrasound cavitation technology are presented. Utilization of the new technology leads to improvement of post-operation wounds healing, in 12 (75%) patients wounds healed by the primary intention, in 3 (18,75%) wounds healed finally by the secondary intention, 1 (6,25%) patient needed repeated surgical debridement. Ultrasound cavitation is well-tolerated by the most of the patients, doesn't need repeated radical operative treatment, prevents relapses, decreases labor expenditures, has a significant economical efficiency, can be performed in an out-patient conditions.

Key words: ultrasound cavitation, dermoid coccygeal cysts.

© Мішук І.І., Казаков М.Ю., Осовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В.

УДК: (-19):617-089:615.015:616-089.168.1:615:616-09:616-009.624:615.03

ПЕРИОПЕРАЦІЙНА ФАРМАКОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА КОРИГУЮЧА ТЕРАПІЯ КОМБІНОВАНОЇ СПІНАЛЬНО-ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ-АНАЛГЕЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ α_2 -АДРЕНОАГОНІСТА КЛОФЕЛІНУ

Мішук І.І., Казаков М.Ю., Осовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. У роботі представлені дані з поєднаної спинально-епідуральної анестезії-аналгезії з використанням альфа-2 адреноагоніста клофеліну у 42 хворих з патологією судин. Виявлені значні зміни реологічних властивостей крові. Отримані результати дають можливість зробити висновок, що клофелін крім знеболюючого ефекту має властивість покращувати реологію крові.

Ключові слова: клофелін, регіонарна анестезія, гемореологія.

Вступ

У хворих з важкою судинною патологією часто зустрічаються порушення кровообігу на рівні судин мікроциркуляції, а також зрушення КЛС в сторону ацидозу і порушення основних показників реології крові [Мішук, Трещинський, 1981].

Під час пошуку препаратів для знеболення при судинній патології нас зацікавили ще недостатньо вивчені сторони дії клофеліну, котрий добре себе зарекомендував як α_2 -агоніст, активно стимулюючий α_2 -адренорецептори [Myles et al., 1999] і, крім седативного ефекту [Howie et al., 1999] сприяє нормалізації крово-

току на рівні мікроциркуляції [Cho et al., 1999].

Анестезія клофеліном залежить від дози препарату і обмежена ділянками тіла, які інервуються спинальними сегментами, що містять анальгетичну концентрацію лікарської речовини [Осовська, 2000]. Використовується клофелін для внутрішньовенного введення у вигляді 0,01% розчину (0,05-0,1 мг), розведеного в 10-20 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Вводиться повільно протягом 3-5 хвилин. Клофелін частіше використовується при комбінованій спіральній-епідуральній анестезії в комплексі з морфіном [Осовська, 2000] інтратекаль-

но 0,01% 0,5мл і морфін 1% 0,2мл епідурально з 0,9% розчином натрію хлориду 10мл. Для зняття болю доза клофеліну мінімальна - 30мкг/год і максимальна - 40мкг/год [Рybus, Torda, 1982].

Мета роботи: вивчити зміни основних показників реологічних властивостей крові у хворих, яким проводилась комбінована спинально-епідуральна анестезія-аналгезія з використанням клофеліну. Пояснити причини змін і провести їх корекцію.

Матеріали та методи

Обстежено 42 хворих з важкою судинною патологією: облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок (31) і варикозне розширення вен нижніх кінцівок (11) чоловік у віці від 28 до 63 років. З них 27 чоловіків і 15 жінок. Усі обстежені спостерігались як основна група, дані обстеження якої порівнювали з показниками здорових людей-донорів, 42 чоловіка. Група хворих відповідала групі здорових по статі і віку.

Досліджували показники реологічних властивостей крові по визначенню структурної в'язкості крові (η), при 7 різних значеннях напруги (P), швидкостях зрушень (du/dx), в'язкість сироватки (η), електрофоретичну рухливість (ЕФР), дзета-потенціал еритроцитів (ДПЕ), агрегаційну активність еритроцитів (ААЕ) і діелектричну проникність крові (ϵ).

В'язкість крові визначали за допомогою нами значно зміненого віскозиметра Коплі (рац. Пропозиція № 67 від 07.06.77) в діапазоні швидкостей зсуву від 7 до 300 s^{-1} . Визначення проводили при фіксованих тисках водного манометра, які дорівнювали 98, 196 ..., 1370 Па. В'язкість плазми визначали віскозиметром Оствальда за загальноприйнятною методикою. Визначення ЕФР еритроцитів проводили методом рухливої межі [Мишук, 1980] (винахід 74627 від 14.03.1980). ДПЕ знаходили розрахунко-

вим методом на підставі даних ЕФП. ААЕ визначали по показнику гематокриту і швидкості зсідання еритроцитів (Ht і ШОЕ%) (рац. пропозиція 59 від 27.05.91.). Діелектричну проникність крові досліджували в чарунці [Мишук та ін., 1990] (винахід 157 2483 від 1987).

ϵ кожного зразка крові визначали за допомогою генератора стандартної частоти Е12-№1 і вольтметра ВК-7-3. Обмежувались тільки оцінкою дійсної складової ϵ' діелектричної проникності $\epsilon = \epsilon' - i\epsilon''$, де $i = \sqrt{-1}$, який включає в загальному вигляді також і комплексну складову ϵ'' . Остання пов'язана з провідністю δ речовини відношенням $\delta = \epsilon_0 \cdot \epsilon'' \cdot \omega$, де ϵ_0 - електрична постійна, ω - циклічна частота, за якою визначаються ϵ' , ϵ'' і ω . Використовували резонансний метод, який забезпечує достатню для практичних цілей точність.

Результати. Обговорення

Зміни реологічних властивостей крові (РВК) до знеболення і операції і в перші три доби післяопераційного періоду відображені в таблиці 1.

Із таблиці видно, що незважаючи на те, що корекція РВК в доопераційному періоді не проводилась, структурна в'язкість крові на рівні мікроциркуляторного русла у них в перший день післяопераційного періоду знизилась майже вдвічі, а ДВП підвищився на $2,1 \cdot 10^{-3}V$, агрегаційна активність еритроцитів знизилась на 8,98%, діелектрична проникність крові підвищилась на 169,4. Після корекції РВК на другу і третю добу лікування ці показники майже нормалізувались. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що клофелін має властивість покращувати РВК. На це вказують і N.Bruandet з співав. [1998], S.Cho з співав. [1999].

У 7 хворих в периопераційному періоді відмічалось незначне (2-30 мм.рт.ст.) зниження артеріального тиску крові, яке на протязі всієї операції стабільно утримувалось на рівні нижніх границь норми.

Блювоти, м'язевого тремору та інших негативних явищ під час знеболювання і операції не спостерігалось. Порушення РВК в периопераційному періоді коригувались відновленням ОЦК, електролітів та КЛС. Післяопераційна коригуюча терапія РВК проводилась індивідуально кожному хворому залежно від загального стану, показників гемодинаміки, лабораторних даних та глибини порушень РВК. При об-

Таблиця 1. Показники РВК у хворих з судинною патологією, яким проводилась анестезія з використанням клофеліну

Показник	Здорові особи (контроль)	Хворі з судинною патологією			
		До анестезії	Після анестезії		
			1 доба	2 доба	3 доба
η , що прирівнюється до венозних відрізків капілярів мПа с	4,53±0,5	9,31±3,3	7,34±0,65 p<0,01	6,52±1,34	3,98±0,76 p<0,01
η , що прирівнюється до судин середньої величини мПа с	3,29±0,12	5,42±1,29	5,01±0,93 p>0,05	4,33±0,72	3,11±0,29 p<0,01
η , що прирівнюється до великих судин мПа с	2,29±0,66	4,33±0,64	4,22±1,1 p>0,05	4,25±0,51	3,14±0,18 p<0,05
Вязкість плазми мПа с	1,25±0,1	2,47±0,25	2,11±0,23 p<0,05	1,87±0,14	1,13±0,75 p<0,05
ДПЕ, $10^{-3}V$	25,5±0,44	14,33±2,01	16,43±3,5 p<0,05	17,12±2,7	18,9±2,1 p<0,05
ААЕ, %	47,7±4,3	65,25±4,3	56,27±4,4 p>0,05	53,3±2,8	50,4±3,2 p<0,05
ϵ крові	762,4±103,2	665,1±76,2	834,5±55,4 p<0,01	1105,31±21,2	1651,7±18,4 p<0,01

Примітка. p - достовірність різниці показників по відношенню до здорових.

літеруючому атеросклерозі на протязі двох тижнів хворим призначався гепарин по 5 тис ОД через кожні чотири години підшкірно в навколорупкову ділянку під контролем часу згортання крові. В подальші дні хворі отримували фенілін по 0,03-0,06 г/добу залежно від протромбінового індексу. При флеботромбозах протягом 5-7 днів проводилась терапія фраксипаріном по 0,3-0,6 мл залежно від маси тіла з подальшим переходом на тіклопедин по 250 мг двічі на добу. Залежно від виявлених змін показників РВК хворим додатково призначали пентоксифілін, реополіглюкін. При венозній варикозній патології хворі отримували аспекард, детралекс та діавенор.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих з важкою судинною патологією мають місце значні порушення РВК: підвищення в'язкості крові, зниження ДЗП еритроцитів, підвищення агрега-

ційної активності еритроцитів і зниження діелектричної проникності крові.

2. Клофелін володіє властивістю позитивно впливати на нормалізацію РВК: зниження в'язкості крові, підвищення ДЗП еритроцитів, зниження агрегаційної активності еритроцитів і підвищення діелектричної проникності крові.

3. При проведенні знеболювання з використанням α_2 -агоніста клофеліну доцільно корекцію РВК проводити в перші три доби післяопераційного періоду.

4. З метою корекції РВК показано використання гепарину, феніліну, фраксипарину, реополіглюкіну, пентоксифіліну, аспекарду, тіклопідину, діовенору, детралексу на фоні відновлення ОЦК, нормалізації КОС та електролітного балансу.

Дана робота є перспективною для подальших наукових розробок у напрямку можливого використання адювантів при проведенні комбінованої спинально-епідуральної анестезії для покращення РВК.

Література

- Авторское свидетельство на изобретение №1572483. Ячейка для измерения диэлектрической проницаемости крови /Мищук И.И., Носолюк В.Н., Дзись В.Г. - 1990г.
- Інтенсивна терапія невідкладних станів; під ред. ред. проф. І.І.Мищука. - Вінниця: ЛОГОС, 2006. - 278 с.
- Мищук И.И. Принципы коррекции реологических свойств крови / И.И.Мищук, А.И.Трещинский //Анестез. и реаниматол. - 1990. - №2. - С. 21-23.
- Оссовська А.Б. Клофелін в поєднаній спінально-епідуральної анестезії. / А.Б.Оссовська //Біль,знеболювання і інтенсивна терапія. - 2000. - №1(д). - С. 376-378.
- Catecholamine activation in the vasomotor center on emergence from anaesthesia: the effects of alfa2-agonist clonidine. / N.Brundet, N.Rentero, I.Debeer [et al.] // Anaesthesia&Analgesia. - 1998. - Vol.86. - P. 240-245.
- Clonidine et cardiac surgery:hemodynamic and metabolic effect, myocardial ischemia and recovery /P.S.Myles, J.O.Hunt, J.O.Holdgaard [et al.] //Anaesthesia& Intensive Care.- 1999.- Vol. 27, №2.- P. 137-147.
- Comparative effects of oral clonidine in attenuating the haemodynamic responses to epinephrine infection. /M.B.Howie, M.A.Campagni, P.F.White [et al.] //J. of clinical Anaesthesia. - 1999. - Vol.11, №3. - P. 208-215.
- Effects off clonidine on human miadle cerebral artery flow velocity and cerebrovascular CO2 respons /S.Cho, T.Maekawa, M.Fukusaki [et al.] //J. of Neurosurgical. Anaesthesiology. - 1999. - Vol.11, №3. - P. 173-177.
- Pybus D.A., Torda T.A. // Brit. J. Anaesth. - 11, 54. - P.1259 -1262.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ-АНАЛГЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ α_2 -АДРЕНАГОНИСТА КЛОФЕЛИНА

Мищук И.И., Казаков М.Ю., Оссовская А.Б., Скупой О.М., Бевз Г.В.

Резюме. В работе представлены данные по комбинированной спинально-эпидуральной анестезии-аналгезии с использованием альфа-2 адренагониста клофелина у 42 больных с патологией сосудов. Выявлены значительные изменения реологических свойств крови. Полученные результаты дают возможность сделать вывод, что клофелин кроме обезболивающего эффекта имеет свойство улучшать реологию крови.

Ключевые слова: клофелин, регионарная анестезия, гемореология.

PERI-OPERATIONAL PHARMACOLOGICAL SUPPORT AND POST-OPERATIONAL CORRECTIVE THERAPY OF COMBINED SPINAL-EPIDURAL ANAESTHESIA-ANALGESIA WITH USAGE OF ALPHA-2 AGONIST CLOFELIN

Mischuk I.I., Kazakov Mykhailo, Ossovskaya A.B., Skupoy O.M., Bevez G.V.

Summary. Current article show data concerning united spinal-epidural anaesthesia-analgesia with usage of alpha-2 agonist Clotelin in 42 patients with pathology of vessels. There were found significant changes of rheological properties of blood. Owing to received results, it is possible to make a conclusion, that clotelin, besides its analgesic effect possesses an ability to improve rheological properties of blood.

Key words: clotelin, regional anaesthesia, rheological properties of blood.

© Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянський П.А., Чундак С.С.

УДК: 616.14-007.64:616.14-008.815:615.849.19]-089.819

ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНСКУТАННОЇ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВЕН

Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А. *, Сливка Р.М., Полянський П.А. **, Чундак С.С.

літеруючому атеросклерозі на протязі двох тижнів хворим призначався гепарин по 5 тис ОД через кожні чотири години підшкірно в навколорупкову ділянку під контролем часу згортання крові. В подальші дні хворі отримували фенілін по 0,03-0,06 г/добу залежно від протромбінового індексу. При флеботромбозах протягом 5-7 днів проводилась терапія фраксипаріном по 0,3-0,6 мл залежно від маси тіла з подальшим переходом на тіклопедин по 250 мг двічі на добу. Залежно від виявлених змін показників РВК хворим додатково призначали пентоксифілін, реополіглюкін. При венозній варикозній патології хворі отримували аспекард, детралекс та діавенор.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих з важкою судинною патологією мають місце значні порушення РВК: підвищення в'язкості крові, зниження ДЗП еритроцитів, підвищення агрега-

ційної активності еритроцитів і зниження діелектричної проникності крові.

2. Клофелін володіє властивістю позитивно впливати на нормалізацію РВК: зниження в'язкості крові, підвищення ДЗП еритроцитів, зниження агрегаційної активності еритроцитів і підвищення діелектричної проникності крові.

3. При проведенні знеболювання з використанням α_2 -агоніста клофеліну доцільно корекцію РВК проводити в перші три доби після операційного періоду.

4. З метою корекції РВК показано використання гепарину, феніліну, фраксипарину, реополіглюкіну, пентоксифіліну, аспекарду, тіклопідину, діовенору, детралексу на фоні відновлення ОЦК, нормалізації КОС та електролітного балансу.

Дана робота є перспективною для подальших наукових розробок у напрямку можливого використання адювантів при проведенні комбінованої спинально-епідуральної анестезії для покращення РВК.

Література

- Авторское свидетельство на изобретение №1572483. Ячейка для измерения диэлектрической проницаемости крови /Мищук И.И., Носолюк В.Н., Дзись В.Г. - 1990г.
- Інтенсивна терапія невідкладних станів; під ред. ред. проф. І.І.Мищука. - Вінниця: ЛОГОС, 2006. - 278 с.
- Мищук И.И. Принципы коррекции реологических свойств крови / И.И.Мищук, А.И.Трещинский //Анестез. и реаниматол. - 1990. - №2. - С. 21-23.
- Оссовська А.Б. Клофелін в поєднаній спінально-епідуральної анестезії. / А.Б.Оссовська //Біль,знеболювання і інтенсивна терапія. - 2000. - №1(д). - С. 376-378.
- Catecholamine activation in the vasomotor center on emergence from anaesthesia: the effects of alfa2-agonist clonidine. / N.Brundet, N.Rentero, I.Debeer [et al.] // Anaesthesia&Analgesia. - 1998. - Vol.86. - P. 240-245.
- Clonidine et cardiac surgery:hemodynamic and metabolic effect, myocardial ischemia and recovery /P.S.Myles, J.O.Hunt, J.O.Holdgaard [et al.] //Anaesthesia& Intensive Care.- 1999.- Vol. 27, №2.- P. 137-147.
- Comparative effects of oral clonidine in attenuating the haemodynamic responses to epinephrine infection. /M.B.Howie, M.A.Campagni, P.F.White [et al.] //J. of clinical Anaesthesia. - 1999. - Vol.11, №3. - P. 208-215.
- Effects off clonidine on human miadle cerebral artery flow velocity and cerebrovascular CO2 respons /S.Cho, T.Maekawa, M.Fukusaki [et al.] //J. of Neurosurgical. Anaesthesiology. - 1999. - Vol.11, №3. - P. 173-177.
- Pybus D.A., Torda T.A. // Brit. J. Anaesth. - 11. 54. - P.1259 -1262.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ-АНАЛГЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ α_2 -АДРЕНАГОНИСТА КЛОФЕЛИНА

Мищук И.И., Казаков М.Ю., Оссовская А.Б., Скупой О.М., Бевз Г.В.

Резюме. В работе представлены данные по комбинированной спинально-эпидуральной анестезии-аналгезии с использованием альфа-2 адренагониста клофелина у 42 больных с патологией сосудов. Выявлены значительные изменения реологических свойств крови. Полученные результаты дают возможность сделать вывод, что клофелин кроме обезболивающего эффекта имеет свойство улучшать реологию крови.

Ключевые слова: клофелин, регионарная анестезия, гемореология.

PERI-OPERATIONAL PHARMACOLOGICAL SUPPORT AND POST-OPERATIONAL CORRECTIVE THERAPY OF COMBINED SPINAL-EPIDURAL ANAESTHESIA-ANALGESIA WITH USAGE OF ALPHA-2 AGONIST CLOFELIN

Mischuk I.I., Kazakov Mykhailo, Ossovskaya A.B., Skupoy O.M., Bevez G.V.

Summary. Current article show data concerning united spinal-epidural anaesthesia-analgesia with usage of alpha-2 agonist Clotelin in 42 patients with pathology of vessels. There were found significant changes of rheological properties of blood. Owing to received results, it is possible to make a conclusion, that clotelin, besides its analgesic effect possesses an ability to improve rheological properties of blood.

Key words: clotelin, regional anaesthesia, rheological properties of blood.

© Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянський П.А., Чундак С.С.

УДК: 616.14-007.64:616.14-008.815:615.849.19]-089.819

ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНСКУТАННОЇ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВЕН

Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А. *, Сливка Р.М., Полянський П.А. **, Чундак С.С.

Ужгородський національний університет, кафедра загальної хірургії, УМПЦ*, ВКЛ ст. Ужгород** (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. У статті автори представляють досвід використання малоінвазивного оперативного лікування варикозної хвороби за допомогою транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції варикозно розширених підшкірних вен нижніх кінцівок. Отримані дані порівнюються із результатами лікування як класичним оперативним способом, так і поєднання ендовазальної лазерної коагуляції вен із "гострим" доступом до комунікантних вен. Проаналізовано результати лікування у порівнюваних групах хворих, перебіг операції, наявність ускладнень та їх реабілітація. Зроблено висновок про ефективність запропонованого алгоритму лікування варикозної хвороби, його функціональність та естетичність. Відмічено значне скорочення післяопераційних ускладнень та тривалості лікування у порівнянні із класичними методами лікування.

Ключові слова: варикоз, лазер, коагуляція.

Вступ

Сучасні підходи до лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок направлені на підвищення його ефективності та мінімізацію ризику рецидивів та післяопераційних ускладнень [Криса, Криса, 2009; Чернуха, Гуч, 2008; Юрець та ін., 2009; Navarro et al., 2001; Zimmet, 2007]. При використанні будь-якої методики лікування такого захворювання починається із оцінки важкості патології та виявлення причини захворювання. Метою ж лікування є перекриття та видалення патологічних (варикозно розширених) ділянок вен та ліквідація анастомозів між глибокими та поверхневими венами нижніх кінцівок [Криса, Криса, 2009; Чернуха, Гуч, 2008; Юрець та ін., 2007; Navarro et al., 2001].

Починаючи з 2001 року у літературі з'явилися перші повідомлення про успішне лікування варикозної хвороби за допомогою ендовазальної лазерної коагуляції вен [Богачев и др., 2004; Navarro et al., 2001]. У подальші роки впроваджувались різні методики такого оперативного втручання, вдосконалювалось технічне забезпечення цього методу лікування. Новий підхід для більш широкого впровадження у клінічну практику додала поява діодних лазерних установок, які при високій надійності, простоті використання, можливості доставки за допомогою гнучкого світловоду лазерного випромінювання до будь-яких ділянок м'яких тканин, порожнин та кісток мають доступні цінові параметри.

Ендовазальна лазерна коагуляція є менш травматичною альтернативою класичній екстирпації поверхневих вен, забезпечуючи в той же час більшу фізіологічність та зменшення частоти післяопераційних ускладнень [Криса, Криса, 2009; Чернуха, Гуч, 2008; Юрець та ін., 2009; Sharif et al., 2006; Vuylsteke et al., 2006; Zimmet, 2007].

Метою такого дослідження було порівняння результатів лікування варикозної хвороби при використанні класичних оперативних методик, транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції вен (ТЕВЛК) та поєднаних способів оперативного втручання.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження стали порівнювані групи хворих з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок, розвитком венозної недостатності II-III ст.

Першу групу хворих склали 60 хворих (38 жінок та 22 чоловіків) віком від 25 до 50 років з варикозним розширенням вен обох нижніх кінцівок, у яких був використаний класичний оперативний метод лікування - венектомія з венекстракцією (справа або зліва) під спинномозковою анестезією або внутрішньовенним наркозом.

Другу групу хворих склали хворі (14 жінок та 5 чоловіків) віком від 25 до 50 років, яким проведено перев'язку сафено-стегнового сегменту з подальшим виконанням ендовазальної лазерної коагуляції вен (ЕВЛК) справа або зліва та перев'язкою комунікантних



Рис. 1. Хвора К. Варикозна хвороба. Двобічна кросектомія та транскутанна лазерна коагуляція вен.



Рис. 2. Хвора К. Варикозна хвороба. Двобічна кросектомія та транскутанна лазерна коагуляція вен. Друга доба після втручання.

вен. Використовувався діодний лазер "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм у режимі постійного випромінювання потужністю 18-24 Вт та режимі модульованого випромінювання 50:10, потужністю 22-24 Вт.

Третю групу хворих склали 34 жінки та 26 чоловіків віком від 25 до 50 років з варикозним розширенням вен обох нижніх кінцівок, яким проведено двобічну перев'язку сафено-стегнового сегменту з наступним виконанням транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції вен без перев'язки комунікантних вен. Використовувався діодний лазер "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм потужністю 18-24 Вт у режимі постійного випромінювання для лікування варикозних вен діаметром 2-12 мм та у режимі модульованого випромінювання 50:10 потужністю 22-24 Вт для лікування варикозних вен до 8 мм у діаметрі.

У другій та третій групах оперативні втручання проводились під загальним внутрішньовенним знеболенням та спинномозковою анестезією. Бокові розгалуження коагулювались введенням світловоду у просвіт вени в місцях розрізів (друга група) та пункційним способом (друга та третя група) шляхом введення світловоду у просвіт вени через пункційну голку.

Алгоритм операції у третій групі включав (рис. 1): кросектомію, перев'язку та, по можливості, коагуляцію бокових гілок великої підшкірної вени, ендовазальну лазерну коагуляцію основного стовбуру великої підшкірної вени із міні-доступу у верхній третині стегна (розріз для кросектомії), транскутанну (пункційну) ендовазальну лазерну коагуляцію бокових гілок та окремих варикозно розширених вузлів, компресію нижньої кінцівки стерильним еластичним бинтом, аналогічне втручання на другій кінцівці.

При наявності у хворих трофічних виразок гомілок на початку операції проводилась лазерна стерилізація їх, у післяопераційному періоді обов'язково призначався короткочасний курс антибактеріальної терапії.

У всіх групах у післяопераційному періоді використовували курсовий прийом венотоніків (детралекс).

Результати. Обговорення

Тривалість оперативного втручання складала у першій групі 80-100 хвилин, у другій групі - 30-40 хвилин, у третій групі - 35-45 хвилин.

Вертикалізація хворих проводилась у першій та другій групах на 2-4 добу, у третій групі - на 1 добу. В усіх групах рани загоювались первинним натягом. Шви зняті у першій та другій групах хворих на 7-8 добу, у третій групі шов (іноді два шви) знімалися на п'яту добу. Тривалість післяопераційного перебування у стаціонарі становила у першій групі 7-9 діб, у другій групі - 3-5 діб, у третій групі - 1-2 доби (рис. 2).

Трофічні виразки гомілок загоювались у другій та третій групах протягом 7-15 діб в залежності від величини останніх. Крововиливи по ходу великої підшкірної вени у першій групі виявлялися в усіх випадках (але різної величини), у другій групі - екхімози у 7 випадках, кровопідтйоки - у 5 випадках переважно у місцях додаткових розрізів на гомілці. У третій групі виявлено у 6 випадках незначні пластинчаті крововиливи (екхімози) з одного боку та у 3 випадках - двобічно.

Опіки шкіри у першій групі не виявлялися (не використовувався лазер), у другій та третій групах - незначні точкові опіки у 6 випадках (2 у другій та 4 - у третій групах).

Інфекційні ускладнення післяопераційних ран у першій групі виникли у 4 хворих, у другій та третій групах - не відмічали.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції вен у лікуванні варикозної хвороби є високоефективним обґрунтованим способом лікування, який значно скорочує тривалість оперативного втручання. Необхідно також відмітити значне зниження тривалості післяопераційного перебування хворих на хірургічному ліжку, зменшення частоти та важкості післяопераційних ускладнень, покращення якості життя хворих як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному

періоді. ТЕВЛК також повністю відповідає вимогам естетичної медицини.

2. Відмова від перев'язки комунікантних вен не погіршує функціональних результатів лікування, але скорочує час виконання операції, дозволяє провести одночасне оперативне втручання на обох кінцівках. Бактерицидна дія високоінтенсивного лазерного випромінювання дозволяє уникнути інфекційних післяопераційних ускладнень та провести стерилізацію трофічних виразок гомілок на початку операції.

3. Для лікування варикозно розширених вен діаметром до 8 мм можна ефективно використовувати моду-

льований режим лазерного випромінювання 50:10 потужністю 22-24 Вт, що дозволяє значно зменшити частоту пошкодження навколишніх тканин. Коагуляція вен більшого діаметру має здійснюватись лазерним променем у режимі постійного випромінювання потужністю 18-24 Вт для надійного склерозування варикозних вузлів та варикозно розширених вен.

Використання сертифікованого високоінтенсивного діодного лазера "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм та потужністю до 30 Вт дозволяє використати усі запропоновані режими оперативних втручань як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

Література

Досвід використання ендовенозної лазерної коагуляції в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок /С.С.Юрець, С.М.Леванчук, В.Б.Мельник [та ін.] //Фотобіологія та фотомедицина. - 2009. - №1. - С. 14-16.

Ендовенозне лазерне лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок /С.С.Юрець, В.В.Шапиринський, С.М.Леванчук [та ін.] //Фотобіологія та фотомедицина. - 2007. - №3-4. - С. 30-32.

Криса В.М. Особливості лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок з використанням ендоваскулярної лазерної коагуляції /В.М.Криса,

Б.В.Криса //Фотобіологія та фотомедицина. - 2009. - №1. - С. 29-33.

Чернуха Л.М. Хирургия неосложнённых форм варикозной болезни - удел инновационных технологий или патогенетически обоснованного подхода? /Л.М.Чернуха, А.А.Гуч //Клінічна флебологія. - 2008. - Т.1, №1. - С. 42-45.

Эндовазальная лазерная коагуляция большой подкожной вены при варикозной болезни /В.Ю.Богачев, А.И.Кириенко, И.А.Золотухин [и др.] //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2004. - №2. - С. 93-100.

Endovenous laser treatment for long saphenous vein incompetence /M.A.Sharif,

C.V.Soong, L.L.Lau [et al.] //Br. J. Surg. - 2006. - Vol.93. - P. 831-835.

Endovenous laser obliteration for the treatment of primary varicose veins /M.Vuylsteke, D.Van den Bussche, E.A.Audenaert [et al.] //Phlebology. - 2006. - №21. - P. 80-87.

Navarro L. Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment of varicose vein-preliminary observations using an 810 nm diode laser /L.Navarro, R.Min, C.Bone //Dermatol. Surg. - 2001. - Vol.27, №2. - P. 117-122.

Zimmet S.E. Endovenous laser ablation /Phlebology. - 2007. - Vol.14, №2. - P. 51-58.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСКУТАННОЙ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВЕН

Пантьо В.И., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянский П.А., Чундак С.С.

Резюме. В статье авторы представляют опыт использования малоинвазивного оперативного лечения варикозной болезни с помощью транскутанной эндовазальной лазерной коагуляции варикозно расширенных подкожных вен нижних конечностей. Полученные данные сравниваются с результатами лечения как классическим оперативным методом, так и сочетанием эндовазальной лазерной коагуляции вен с "острым" доступом к коммунікантным венам. Проанализированы результаты лечения в сравнимых группах больных, течение операции, наличие осложнений и реабилитация больных. Сделан вывод об эффективности предложенного алгоритма лечения варикозной болезни, его функциональности и эстетичности. Отмечено значительное сокращение послеоперационных осложнений и длительности лечения в сравнении с классическими методами лечения.

Ключевые слова: варикоз, лазер, коагуляция.

THE TREATMENT OF VARICOSE DISEASE WITH USE OF THE TRANSCUTANEOUS ENDOVASAL LASER COAGULATION OF VEINS

Pantyo V.I., Shymon V.M., Pantyo V.A., Slyvka R.M., Polyansky P.A., Chundak S.S.

Summary. In the article authors present the experience of using small-invasive surgical treatment of varicose disease with the transcutaneous endovascular laser coagulation of varicose saphenous veins. The findings are compared with the results of treatment in classic surgical way and combination of the TEVLC with "sharp" approach to the communicant veins. The results of the treatment in comparison groups of patients, behavior of operation, presence of complications and rehabilitation of patients are analyzed and made conclusion about efficiency of the introduced algorithm of treatment of varicose disease, its functionality and aesthetics. The considerable reduction of postoperative complications and duration of stay versus classic methods is observed.

Key words: varicose, laser, coagulation.

© Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Ковальчук В.П., Ходаківський С.В., Антонюк Є.С.

УДК: 616.36-002:616.37-002

ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОРОПАНКРЕАТИЧНОЇ ЗОНИ БІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Петрушенко В.В.¹, Пашинський Я.М.¹, Ковальчук В.П.², Ходаківський С.В.¹, Антонюк Є.С.²

періоді. ТЕВЛК також повністю відповідає вимогам естетичної медицини.

2. Відмова від перев'язки комунікантних вен не погіршує функціональних результатів лікування, але скорочує час виконання операції, дозволяє провести одночасне оперативне втручання на обох кінцівках. Бактерицидна дія високоінтенсивного лазерного випромінювання дозволяє уникнути інфекційних післяопераційних ускладнень та провести стерилізацію трофічних виразок гомілок на початку операції.

3. Для лікування варикозно розширених вен діаметром до 8 мм можна ефективно використовувати моду-

льований режим лазерного випромінювання 50:10 потужністю 22-24 Вт, що дозволяє значно зменшити частоту пошкодження навколишніх тканин. Коагуляція вен більшого діаметру має здійснюватись лазерним променем у режимі постійного випромінювання потужністю 18-24 Вт для надійного склерозування варикозних вузлів та варикозно розширених вен.

Використання сертифікованого високоінтенсивного діодного лазера "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм та потужністю до 30 Вт дозволяє використати усі запропоновані режими оперативних втручань як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

Література

Досвід використання ендовенозної лазерної коагуляції в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок /С.С.Юрець, С.М.Леванчук, В.Б.Мельник [та ін.] //Фотобіологія та фотомедицина. - 2009. - №1. - С. 14-16.

Ендовенозне лазерне лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок /С.С.Юрець, В.В.Шапиринський, С.М.Леванчук [та ін.] //Фотобіологія та фотомедицина. - 2007. - №3-4. - С. 30-32.

Криса В.М. Особливості лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок з використанням ендоваскулярної лазерної коагуляції /В.М.Криса,

Б.В.Криса //Фотобіологія та фотомедицина. - 2009. - №1. - С. 29-33.

Чернуха Л.М. Хирургия неосложнённых форм варикозной болезни - удел инновационных технологий или патогенетически обоснованного подхода? /Л.М.Чернуха, А.А.Гуч //Клінічна флебологія. - 2008. - Т.1, №1. - С. 42-45.

Эндовазальная лазерная коагуляция большой подкожной вены при варикозной болезни /В.Ю.Богачев, А.И.Кириенко, И.А.Золотухин [и др.] //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2004. - №2. - С. 93-100.

Endovenous laser treatment for long saphenous vein incompetence /M.A.Sharif,

C.V.Soong, L.L.Lau [et al.] //Br. J. Surg. - 2006. - Vol.93. - P. 831-835.

Endovenous laser obliteration for the treatment of primary varicose veins /M.Vuylsteke, D.Van den Bussche, E.A.Audenaert [et al.] //Phlebology. - 2006. - №21. - P. 80-87.

Navarro L. Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment of varicose vein-preliminary observations using an 810 nm diode laser /L.Navarro, R.Min, C.Bone //Dermatol. Surg. - 2001. - Vol.27, №2. - P. 117-122.

Zimmet S.E. Endovenous laser ablation /Phlebology. - 2007. - Vol.14, №2. - P. 51-58.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСКУТАННОЙ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВЕН

Пантьо В.И., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянский П.А., Чундак С.С.

Резюме. В статье авторы представляют опыт использования малоинвазивного оперативного лечения варикозной болезни с помощью транскутанной эндовазальной лазерной коагуляции варикозно расширенных подкожных вен нижних конечностей. Полученные данные сравниваются с результатами лечения как классическим оперативным методом, так и сочетанием эндовазальной лазерной коагуляции вен с "острым" доступом к коммунікантным венам. Проанализированы результаты лечения в сравнимых группах больных, течение операции, наличие осложнений и реабилитация больных. Сделан вывод об эффективности предложенного алгоритма лечения варикозной болезни, его функциональности и эстетичности. Отмечено значительное сокращение послеоперационных осложнений и длительности лечения в сравнении с классическими методами лечения.

Ключевые слова: варикоз, лазер, коагуляция.

THE TREATMENT OF VARICOSE DISEASE WITH USE OF THE TRANSCUTANEOUS ENDOVASCAL LASER COAGULATION OF VEINS

Pantyo V.I., Shymon V.M., Pantyo V.A., Slyvka R.M., Polyansky P.A., Chundak S.S.

Summary. In the article authors present the experience of using small-invasive surgical treatment of varicose disease with the transcutaneous endovascular laser coagulation of varicose saphenous veins. The findings are compared with the results of treatment in classic surgical way and combination of the TEVLC with "sharp" approach to the communicant veins. The results of the treatment in comparison groups of patients, behavior of operation, presence of complications and rehabilitation of patients are analyzed and made conclusion about efficiency of the introduced algorithm of treatment of varicose disease, its functionality and aesthetics. The considerable reduction of postoperative complications and duration of stay versus classic methods is observed.

Key words: varicose, laser, coagulation.

© Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Ковальчук В.П., Ходаківський С.В., Антонюк Є.С.

УДК: 616.36-002:616.37-002

ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОРОПАНКРЕАТИЧНОЇ ЗОНИ БІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Петрушенко В.В.¹, Пашинський Я.М.¹, Ковальчук В.П.², Ходаківський С.В.¹, Антонюк Є.С.²

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, ¹кафедра хірургії №1, курс ендоскопічної та лазерної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), ²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 60 хворих з приводу ускладненого холедохолітазу. Запропоновано вибір способу комплексного малоінвазивного лікування. Встановлено, що виконання ендоскопічної ретроградної папілосфінктеротомії (ЕРПСТ) з панкреатохолангіографією (ПХГ), папілосфінктеропластика (ПСП) та літоекстракцією (ЛЕ) в поєднанні з лапароскопічною холецистектомією (ЛХЕ) покращує якість лікування, зменшує кількість ускладнень та термін перебування хворого в стаціонарі.

Ключові слова: інтервенційна ендоскопія, ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія, літоекстракція.

Вступ

Хірургічне лікування ускладнених форм холедохолітазу, тобто холангітів, біліарних панкреатитів, запальних стриктур та стенозів дистального відділу холедоха та великого дуоденального соска (ВДС) є складною та актуальною проблемою абдомінальної хірургії. При холедохолітазі ефективність комплексного застосування інтервенційної ендоскопії сягає близько 90% [Балалыкин, 1995].

У той же час, не звертаючи увагу на широке розповсюдження в клінічній практиці цих методів лікування, необхідне подальше вивчення питання про більш широке застосування у хворих з приводу ускладненого холедохолітазу одномоментного комплексного застосування даних методів [Кімакович, Нікішаєва, 2008; Soehendra, Binmoeller at al., 2005]. Це зумовлено цілим рядом причин таких як, необхідність вичерпного обстеження (УЗД, КТ, КТ-холангіографії та фістулохолангіографії), велике значення має адекватна передопераційна підготовка, тобто використання препаратів які гальмують моторну функцію дванадцятипалої кишки (ДПК), антисекреторних препаратів, транквілізаторів. Виконання ендоскопічних операцій потребує використання додаткового високоякісного обладнання і повинно виконуватись висококваліфікованим спеціалістом. Тому, що виконання невадалої ЕРПСТ та ЛЕ зводить нанівещь мету, тобто одномоментного комплексного ендоскопічного лікування.

Велике практичне значення має лікування хворих вже оперованих з приводу гострих деструктивних форм холециститу, при наявності у них зовнішнього дренивання жовчних шляхів через невадалі спроби інтраопераційної літотомії та літоекстракції.

Метою дослідження є покращення результатів лікування захворювань гепаторопанкреатичної зони (ГПЗ) біліарної етіології шляхом комплексного ендоскопічного лікування.

Матеріали та методи

У період з 2009 по 2010 роки в клініці кафедри хірургії №1 ВНМУ ім. М.І.Пирогова та ВОКЛ проходили лікування 168 хворих з запальними зах-

ворюваннями ГПЗ біліарної етіології. Відібрано та проаналізовано 60 історій хвороб. Відбір проводився за наявної кількості ендоскопічних втручань на момент дослідження, основними гендерними показниками, з них чоловіків 30 (50%) та жінок 30(50%). Інтервенційній ендоскопії (ІЕ) підлягали 30(50%) пацієнтів, відкритому методу - 30(50%) пацієнтів. Основну групу склали 30(50%) хворих, яким проводилась ІЕ, з яких 13(43%) це були первинні втручання такі як, ЛХЕ, ЕРХПГ, ЕРПСТ з ЛЕ, а 17(57%) це були втручання у вже оперованих хворих яким проводились відкриті оперативні втручання такі як, холецистектомія (ХЕ), ХЕ з холедоходуоденоанастомозом (ХДА), ХЕ з ХДА в поєднанні з зовнішнім дрениванням (ЗД) холедоха, з тими, чи іншими проявами постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС), такими як біліарний панкреатит, післяопераційний панкреатит, холангіт на ґрунті резидуального холедохолітазу, вклинених конкрементів ВДС, післяопераційних стриктур дистального відділу холедоха.

Ми отримали наступний розподіл хворих в залежності від етіологічного чинника (табл.1) та характером оперативних втручань (табл. 2).

Усім хворим першої та другої групи виконувались загально клінічні дослідження, УЗД органів черевної порожнини, конвексним УЗД датчиком, апаратом Philips Sono CT HDI 5000, комп'ютерна томографія, що виконувалась за допомогою апарату ELSCINT select SP (СТ 9401).

Ендоскопічні оперативні втручання виконувались апа-

Таблиця 1. Розподіл хворих основної та контрольної груп в залежності від етіологічного чинника.

	Основна група				Контрольна група			
	первинні		вторинні		первинні		вторинні	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гострий холецистит з холедохолітазом	4	30,76	-	-	4	30,76	-	-
Гострий холецистит з холедохолітазом та вклиненим каменем ВДС	5	38,43	-	-	2	15,38	-	-
Холангіт	2	15,38	5	29,42	3	23,23	4	23,52
Біліарний панкреатит	1	7,69	3	17,65	1	7,69	2	11,77
Гострий післяопераційний панкреатит	-	-	3	17,65	-	-	-	-
Стриктури дистального відділу холедоха	1	7,69	1	5,88	3	23,23	2	11,77
Жовчна нориця (ЗД)	-	-	4	23,52	-	-	5	29,42
Неспроможність білідигестивного анастомозу	-	-	1	5,88	-	-	4	23,52

ратами FUJINON ED - 250XT5 та лапароскопічним комплексом ELEPS.

Всім хворим дослідної групи виконувалась ЕРХПГ, при цьому абсолютною рентгенологічною ознакою наявності конкрементів в загальній жовчній протоці (ЗЖП) вважали чітку візуалізацію та холедоходиліацію, ефективність цього методу за нашими даними сягає 90%.

Хворим с ПХЕС виконувалась фістулохолангіографія з послідууючою ЕРПСТ та ЛЕ. Візуалізація та канюлізація ВДС при цьому була утруднена через значні запальні зміни у вже оперованих хворих. Це усувалось шляхом транслокації зовнішнього дренажу в антеградному напрямку в просвіт ДПК з подальшою канюлізацією дренажу та введенням в ВДС.

Тактика ведення післяопераційного періоду у всіх хворих була однаковою. З призначенням інфузійної, антисекреторної, гепатопротекторної та антибактеріальної терапії.

В післяопераційному періоді хворим основної групи проводився УЗД контроль кожні 3 доби, лабораторний моніторинг загального аналізу крові та діастази сечі. З біохімічних показників нас цікавили: кон'югований білірубін, трансамінази, Са⁺⁺. Лабораторні показники суттєво не відрізнялись в обох групах.

Результати. Обговорення

В залежності від вибраної тактики хірургічного втручання ми отримали наступні результати.

Незважаючи на одноковий підхід до передопераційного обстеження та консервативної тактики післяопераційного ведення хворих, спостерігалась більша кількість виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у контрольній групі (табл. 3) та більша тривалість ліжка дня, перебування хворих у стаціонарі в основній групі склав 5±2 ліжка дня, в контрольній - 15±3 ліжка дня.

Менш тривалий термін перебування хворих у стаціонарі ми пояснюємо насамперед меншою частотою виникнення післяопераційних ускладнень при використанні інтервенційної ендоскопії, це зумовлено меншою трав-

Таблиця 2. Розподіл хворих основної та контрольної груп в залежності від характеру оперативних втручань.

	Основна група		Контрольна група	
	первинні	вторинні	первинні	вторинні
Гострий холецистит з холедохолітазом	ЕРХПГ + ЕРПСТ + ЛЕ + ЛХЕ	-	ХЕ + ХДА	-
Гострий холецистит з холедохолітазом та вклиненным каменем ВДС	ЕРХПГ + ЕРПСТ + ЛЕ + ПСП + ЛХЕ	-	ХЕ + ХДА	-
Холангіт	ЕРХПГ + ЛЕ + ПСП		ХЕ + ЗД	ЗД
Білярний панкреатит	ЕРХПГ + ЕРПСТ + ЛЕ + ЛХЕ	ЕРХПГ + ЕРПСТ + ЛЕ	ЗД	ХЕ + ЗД
Гострий післяопераційний панкреатит	-	ЕРХПГ + ЕРПСТ	-	-
Стриктри дистального відділу холедоха	ЕРПСТ + ПСП		ХДА	Холедохоентероанастомоз (ХЕА)
Жовчна нориця (ЗД)	-	ЕРХПГ + ЕРПСТ + ЛЕ	-	ХДА/ХЕА
Неспроможність білідигестивного анастомозу	-	Ендоскопічна ревiзiя анастомозу + ЛЕ + назобілярне дрeнування	-	Гепатико-єюноанастомоз

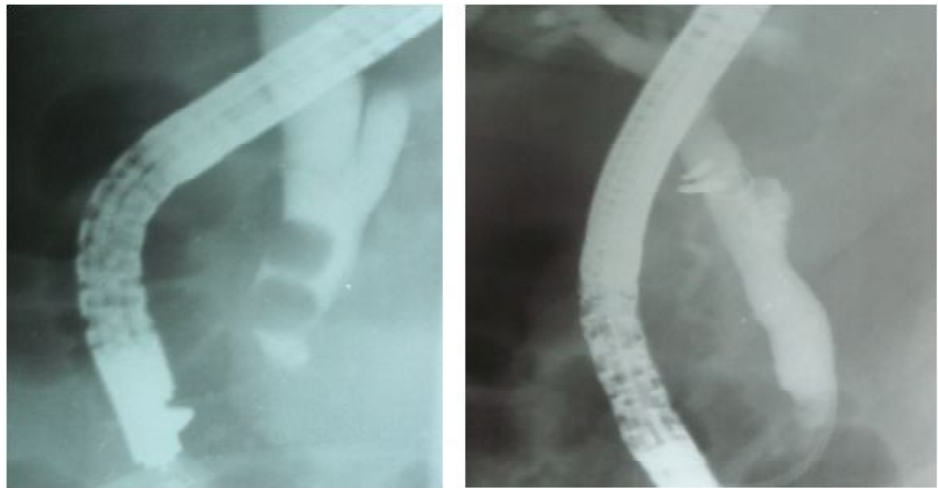


Рис. 1. ЕРХПГ у первинних та оперованих хворих.

матичністю оперативного втручання, тривалістю ендоскопічної операції в середньому складає 60±15 хв., відкритих оперативних втручань 138±21 хв., меншою ймовірністю інфікування як післяопераційних ран так і білярної системи та шлунково-кишкового тракту так, як більшість ендоскопічного інструментарію є одноразовим, мінімальною ймовірністю розвитку злуквих про-

Таблиця 3. Структура післяопераційних ускладнень в основній і контрольних групах.

	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Гострий післяопераційний панкреатит	1	3,33	4	13,3
Шлунково-кишкова кровотеча	1	3,33	1	3,33
Холангіт	-	-	3	10
Неспроможність білідигестивного анастомозу	-	-	3	10
Нагноєння післяопераційних ран	-	-	5	16,66
Рання злукова кишкова непрохідність	-	-	2	6,66

цесів та саме головне це зумовлено етіопатологічною доцільністю використання інтервенційної ендоскопії.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виконання ІЕ є методом вибору у хворих із запальною патологією гепаторопанкреатичної зони біліарної етіології, що доведено даним клінічним дослідженням.

2. Інтервенційна ендоскопія є методом, який зменшує ризик та частоту ускладнень в післяопераційному періоді та скорочує тривалість перебування хворого в

стаціонарі (5 ± 2 ліжко-дня) та період реабілітації.

3. Домінуючим залишаються такі фактори, як персональний досвід, досвід хірургічних, радіологічних команд, питання коштів чи соціально-економічні чинники.

На жаль, ці фактори й надалі часто переважають над такими домінуючим питаннями лікування, як біль, якість та тривалість післяопераційного періоду, відновлення нормальної життєдіяльності. Тому розробка та впровадження нових методів інтервенційної ендоскопії є нагальною проблемою та завданням у галузі абдомінальної хірургії.

Література

- Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /Балалыкин А.С. - Москва: Медицина, 1995. - 144 с.
- Кімакович В.Й. Ендоскопія травного каналу /В.Й.Кімакович, В.І.Нікішаєва. Норма, патологія, сучасні класифікації. - Львів: Вид-во Медицина світу, 2008. - 208 с.
- Soehendra N. Therapeutic Endoscopy / Soehendra N., Binmoeller K.F., Seifert H. - NewYork, 2005. - 220 p.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Петрушенко В.В., Пашинский Я.Н., Ковальчук В.П., Ходаковский С.В., Антониук Е.С.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 60 больных по поводу осложненного холедохолитиаза. Предложен выбор способа комплексного малоинвазивного лечения. Установлено, что проведение эндоскопической ретроградной папилосфинктеротомии с панкреатохолангиографией, папилосфинктеропластика и литоэкстракция в комбинации с лапароскопической холецистэктомией улучшает качество лечения и уменьшает количество осложнений и длительность пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: интервенционная эндоскопия, эндоскопическая ретроградная папилосфинктеротомия, литоэкстракция.

INTERVENTION ENDOSCOPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PATHOLOGY OF HEPATOPANCREATIC AREA OF BILIARY AETIOLOGY

Petrushenko V.V., Pashinsky Y.N., Kovalchuk V.P., Hodakovsky S.V., Antoniuk E.S.

Summary. The results of surgical treatment of the 60 patients with complicated choledocholithiasis were analyzed. The choice of way of complex miniinvasive treatment was proposed. It was established, that conducting of endoscopy reactionary papillasphincterotomy with cholangiopancreatography, spincteroplasty and endoscopy stone extraction, in combination with laparoscopic cholecystectomy improves the quality of treatment, decrease the quantity of complications and the period of stay patients in a hospital.

Key words: intervention endoscopy, endoscopy reactionary papillasphincterotomy, endoscopy stone extraction.

© Пиптюк О.В., Чурпій І.К.

УДК: 616.381-002-089

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ РОЗЧИНУ ДЕКАСАНУ У ХВОРИХ З ПЕРИТОНІТОМ

Пиптюк О.В., Чурпій І.К.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Резюме. У роботі проведений порівняльний аналіз санації черевної порожнини в двох групах із використанням розчину декасану та хлоргексидину у хворих з перитонітом.

Ключові слова: перитоніт, санація черевної порожнини, декасан.

Вступ

Зменшення інтоксикації у хворих з перитонітом є однією з важливих задач. В механізмах формування патологічних реакцій при перитоніті важливою ланкою є інтоксикація продуктами життєдіяльності збудника і речовинами, які утворюються внаслідок ферментативного розпаду та порушеного метаболізму тканин [Дзюбановський, Мігенко, 2005; Миминошвили и др., 2005]. Розвиток абдомінального сепсису виявляється неми-

нучим, якщо мікробна забрудненість перитонеального ексудату досягає 10⁵ і більше в 1 мл [Полянський, 2004]. Умовами посилення цього процесу є: порушення гемодинаміки, уповільнення пасажу по кишечнику, ендотоксемія, зниження імунореактивності, білкове голодування, парентеральне харчування, грубі мікробіологічні зрушення в результаті лікування антибіотиками широкого спектру дії [Годлевський та ін., 2005].

цесів та саме головне це зумовлено етіопатологічною доцільністю використання інтервенційної ендоскопії.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виконання ІЕ є методом вибору у хворих із запальною патологією гепаторопанкреатичної зони біліарної етіології, що доведено даним клінічним дослідженням.

2. Інтервенційна ендоскопія є методом, який зменшує ризик та частоту ускладнень в післяопераційному періоді та скорочує тривалість перебування хворого в

стаціонарі (5 ± 2 ліжко-дня) та період реабілітації.

3. Домінуючим залишаються такі фактори, як персональний досвід, досвід хірургічних, радіологічних команд, питання коштів чи соціально-економічні чинники.

На жаль, ці фактори й надалі часто переважають над такими домінуючим питаннями лікування, як біль, якість та тривалість післяопераційного періоду, відновлення нормальної життєдіяльності. Тому розробка та впровадження нових методів інтервенційної ендоскопії є нагальною проблемою та завданням у галузі абдомінальної хірургії.

Література

- Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / Балалыкин А.С. - Москва: Медицина, 1995. - 144 с.
- Кімакович В.Й. Ендоскопія травного каналу / В.Й.Кімакович, В.І.Нікішаєва. Норма, патологія, сучасні класифікації. - Львів: Вид-во Медицина світу, 2008. - 208 с.
- Soehendra N. Therapeutic Endoscopy / Soehendra N., Binmoeller K.F., Seifert H. - New York, 2005. - 220 p.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Петрушенко В.В., Пашинский Я.Н., Ковальчук В.П., Ходаковский С.В., Антониук Е.С.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 60 больных по поводу осложненного холедохолитиаза. Предложен выбор способа комплексного малоинвазивного лечения. Установлено, что проведение эндоскопической ретроградной папилосфинктеротомии с панкреатохолангиографией, папилосфинктеропластика и литоэкстракция в комбинации с лапароскопической холецистэктомией улучшает качество лечения и уменьшает количество осложнений и длительность пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: интервенционная эндоскопия, эндоскопическая ретроградная папилосфинктеротомия, литоэкстракция.

INTERVENTION ENDOSCOPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PATHOLOGY OF HEPATOPANCREATIC AREA OF BILIARY AETIOLOGY

Petrushenko V.V., Pashinsky Y.N., Kovalchuk V.P., Hodakovsky S.V., Antoniuk E.S.

Summary. The results of surgical treatment of the 60 patients with complicated choledocholithiasis were analyzed. The choice of way of complex miniinvasive treatment was proposed. It was established, that conducting of endoscopy reactionary papillasphincterotomy with cholangiopancreatography, spincteroplasty and endoscopy stone extraction, in combination with laparoscopic cholecystectomy improves the quality of treatment, decrease the quantity of complications and the period of stay patients in a hospital.

Key words: intervention endoscopy, endoscopy reactionary papillasphincterotomy, endoscopy stone extraction.

© Пиптюк О.В., Чурпій І.К.

УДК: 616.381-002-089

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ РОЗЧИНУ ДЕКАСАНУ У ХВОРИХ З ПЕРИТОНІТОМ

Пиптюк О.В., Чурпій І.К.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Резюме. У роботі проведений порівняльний аналіз санації черевної порожнини в двох групах із використанням розчину декасану та хлоргексидину у хворих з перитонітом.

Ключові слова: перитоніт, санація черевної порожнини, декасан.

Вступ

Зменшення інтоксикації у хворих з перитонітом є однією з важливих задач. В механізмах формування патологічних реакцій при перитоніті важливою ланкою є інтоксикація продуктами життєдіяльності збудника і речовинами, які утворюються внаслідок ферментативного розпаду та порушеного метаболізму тканин [Дзюбановський, Мігенько, 2005; Миминошвили и др., 2005]. Розвиток абдомінального сепсису виявляється неми-

нучим, якщо мікробна забрудненість перитонеального ексудату досягає 10⁵ і більше в 1 мл [Полянський, 2004]. Умовами посилення цього процесу є: порушення гемодинаміки, уповільнення пасажу по кишечнику, ендотоксемія, зниження імунореактивності, білкове голодування, парентеральне харчування, грубі мікробіологічні зрушення в результаті лікування антибіотиками широкого спектру дії [Годлевський та ін., 2005].

Метою роботи було проведення порівняльної характеристики способів санації черевної порожнини при перитоніті.

Матеріали та методи

Проведено комплексне обстеження і хірургічне лікування 75 хворих з гострим розповсюдженим перитонітом. У реактивній фазі було 22,8%, токсичній - 56,3%, термінальній - 20,9%. Чоловіків - 44, жінок - 31, вік їх коливався від 18 до 92 років. Хворі були поділені на клінічну групу №1 (45 хворих) - санація черевної порожнини проводилась 0,02% розчином декасану по 200 та 400 мл у флаконах виробництва ТОВ "Юрія-Фарм", Україна (патент на корисну модель №46737), група №2 (30 хворих) - санація черевної порожнини проводилась розчином хлоргексидину. Забір ексудату черевної порожнини проводили під час операції на 3 та 7 доби, в об'ємі 0,5-1 мл. Виділення та ідентифікацію чистих культур аеробних, факультативно-анаеробних та анаеробних бактерій проводили на селективних живильних середовищах за стандартними методиками. Підрахунок кількості колонієутворюючих одиниць на 1 мл матеріалу, що досліджувався (КУО/мл), проводили за формулою Cavalli-Sforza і виражали в десяткових логарифмах (lg).

Результати. Обговорення

Всім хворим проведено оперативне втручання з видаленням вогнища, санацією та класичним дрениванням черевної порожнини, а при необхідності додатковим, згідно стандартів МОЗ України.

Характер ексудату у досліджуваних групах був наступним: серозний - 9,4%, серозно-фібринозний - 44,2%, гнійний - 11,2%, гнійно-фібринозний - 16,7%, геморагічний - 8%, жовчевий - 1,1%, каловий - 9,4%.

У хворих, в яких причиною перитоніту була гостра кишкова непрохідність, гострий апендицит, перфоративні виразки, апендикулярний та міжпетлевий абсцес, в реактивній фазі, в ексудаті висівалися *Esherichia coli* (7,17±0,23 lg КУО/мл), та ентерококи (5,50±0,20 lg КУО/мл).

На третю добу після лікування кількість *Esherichia*

coli знизилась на 66% (4,74±0,20 lg КУО/мл), а ентерококи на 95,5% (5,25±0,32 lg КУО/мл), ($p < 0,01$), - у хворих I-групи, в II-групі відповідно 44,8% (3,21±0,20 lg КУО/мл), та на 86,4% (4,75±0,21lg КУО/мл), ($p < 0,01$). Перитонеальний ексудат хворих, у яких причиною перитоніту був гострий гангренозний холецистит, переважала *Klebsiella spp.*, рівень якої в реактивній фазі становив 6,12±0,13 lg КУО/мл. На третю добу лікування кількість *Klebsiella spp.* знизилась на 67% (4,12±0,21lg КУО/мл) у хворих I-групи, та на 59% (3,63±0,18 lg КУО/мл), ($p < 0,01$) - в II-групі.

При перитоніті частота аеробів та факультативних анаеробів складає 70,9%, анаеробів - 29,1% із низьким ступенем бактеріальної контамінації черевної порожнини. При токсичній і термінальній стадіях перитоніту константними мікроорганізмами вмісту черевної порожнини також були кишкова паличка та бактероїди, але кількість в два рази більша порівняно з реактивною фазою перебігу перитоніту.

При порівнянні отриманих результатів лікування у хворих першої групи нами відмічено покращення і нормалізацію основних гемодинамічних показників, температурної реакції на 1,1±0,2 добу швидше ніж в другій групі. У 2 хворих (4,9%) була застійна пневмонія. Ускладнення спостерігались у хворих старшої вікової групи на фоні супутньої серцево-легеневої патології.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Якісний склад мікрофлори відображає характер ексудату, а його кількісний склад визначає фазу перебігу перитоніту.

2. Використання розчину декасану для санації черевної порожнини є ефективним по відношенню до *Esherichia coli* в 66%, ентерококів - 95,5%, *Klebsiella spp.* - 67% та інших мікроорганізмів.

3. Розчин декасану є високо ефективним препаратом для санації черевної порожнини у хворих з перитонітом.

На кафедрі постійно проводяться розробки та науковий пошук покращення результатів санації черевної порожнини у хворих з перитонітом.

Література

Дзюбановський І.Я. Роль синдрому ентєральної недостатності у розвитку абдоминального сепсису в хворих на гострий поширений перитоніт //І.Я.Дзюбановський, Б.О.Мігенько //Шпитальна хірургія. - 2005. - №4. - С. 71-73.

Миминошвили А.И. Изучение нарушенний моторно-эвакуаторной функции

желудочно-кишечного тракта при перитоните и их коррекция //А.И.Миминошвили, И.Н.Шаповалов, С.В.Ярошак //Харківська хірургічна школа. - 2005. - №1.1(15). - С. 63-65.

Полянський І.Ю. Лікувальна тактика при гострому перитоніті //І.Ю.Полянський //Шпитальна хірургія. -

2004. - №4. - С. 28-30.

Оптимізація програми комплексного лікування хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом //Годлевський А.І., Кацал В.А., Саволук С.І., Годлевська Н.А. //Мат. XXI з'їзду хірургів України. - Запоріжжя, 2005. - Т.2. - С. 453-454.

ОБСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСТВОРА ДЕКАСАНА У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Биптюк А.В., Чурпий И.К.

Резюме. В работе проведен анализ санации брюшной полости в двух группах с использованием раствора декасана и хлоргексидина у больных с перитонитом.

Ключевые слова: перитонит, санация брюшной полости, декасан.

GROUND OF THE USE OF SOLUTION OF DEKASANU FOR PATIENTS WITH PERITONITIS

Ryptuk O.V., Churpiy I.K.

Summary. *The comparative analysis of санация of abdominal region is in-process conducted in two groups with the use of solution of декасану and chlorhexidine for patients with peritonitis.*

Key words: *peritonitis, санация of abdominal region, dekasana.*

© Погорелый В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Солейко Н.П., Дымчина Ю.А.

УДК: 616-053/.2-059-089:616.352-007.253

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАРАПРОКТИТОМ

Погорелый В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., *Солейко Н.П., Дымчина Ю.А.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), *Винницкая областная детская клиническая больница (ул. Хмельницкое шоссе, 108, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. *Проведен анализ историй болезни 81 пациента в возрасте от периода новорожденности до 14 лет, которые проходили лечение в Винницкой областной детской клинической больнице с 2002 по 2006 год. Определена сезонная зависимость частоты возникновения заболевания, основные возбудители и их чувствительность к антибиотикам, особенности хирургического и консервативного лечения. Доказана необходимость коррекции качественных и количественных характеристик питания для предотвращения запоров с целью профилактики возникновения парапроктита у детей.*

Ключевые слова: *парапроктит, параректальный абсцесс, параректальная флегмона, антибиотики, копростаз, дисбактериоз.*

Введение

Трудности лечения больных с различными формами парапроктита обусловлены разнообразностью топографоанатомических взаимоотношений в проекции ануса и перианальной области, а при хронических формах и особенностями строения свищевого хода. У детей парапроктиты встречаются реже чем у взрослых, однако количество патологии остается значительной. При этом новорожденные и дети первого года жизни составляют около 60% от общего количества больных. [Лёнюшкин, 1990]. Особенностью развития парапроктитов в этой возрастной группе является врожденная предрасположенность (аномалии развития протоков анальных желез), которая при наличии предрасполагающих факторов (дисбактериоз, синдром задержки кишечного транзита) приводит к развитию острого воспалительного процесса [Лурин, 2007].

Цель работы - улучшение результатов лечения детей с парапроктитами.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2006 годы в клинике хирургических болезней детского возраста Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова на стационарном лечении находился 81 ребенок с диагнозом парапроктит.

Из них 90% (73 случая) с острым и 8 случаев (10%) с хроническим парапроктитом. Мальчиков было 74, а девочек 7.

По возрасту распределение заболевания у детей представлено следующим образом: до 6 месяцев 47 случаев, в возрасте от 6 месяцев до 1 года - 11 детей, от одного года до 3 лет - у 7, от 4 до 7 лет - 8 детей и от 8 до 14 лет - 8 человек. Пик сезонного распределения заболеваемости отмечался в период "май-август".

Результаты. Обсуждение

Из анамнеза заболевания выяснено, что от появления первых симптомов до момента госпитализации проходило от 1 до 3 суток. При этом период лечения в хирургическом стационаре составлял в среднем $15,6 \pm 1,1$ койко-дня.

По локализации гнойника, преимущественно очаг располагался на 8-11 часах, реже - в проекции 2-3 часов.

В подавляющем большинстве случаев был диагностирован острый подкожный парапроктит. В 4-х случаях воспалительный процесс осложнялся параректальной флегмоной и множественными параректальными абсцессами, что составило 5% от общего количества наблюдений.

Как правило, выполнялось одно оперативное вмешательство. Объем операции заключался в вскрытии гнойного очага "Т"-образным или "х"-образным разрезом с обязательным иссечением краёв лоскутов, что давало возможность зияния раны и дренированию образовавшейся раневой поверхности. При этом интраоперационно, в обязательном порядке, проводили поиск сообщения полости гнойника с просветом кишки посредством кишечной крипты. Для этого выполняли обязательный поиск возможного соустья пуговчатым зондом. В сомнительных случаях, до вскрытия абсцесса, в полость последнего нагнетался краситель (раствор метиленового синего, бриллиантовая зелень) при одновременном осмотре слизистой прямой кишки ректальным зеркалом. При обнаружении крипты последняя рассекалась на всем своём протяжении с кюретажем стенок ложкой Фолькмана. Связь с криптой не прослеживалась, судя по протоколам операций, лишь в четырёх случаях.

В трёх случаях пришлось прибегнуть к повторным оперативным вмешательствам, которые выполнялись на протяжении первых 14 дней с момента госпитализации

GROUND OF THE USE OF SOLUTION OF DEKASANU FOR PATIENTS WITH PERITONITIS

Ryptuk O.V., Churpiy I.K.

Summary. *The comparative analysis of санация of abdominal region is in-process conducted in two groups with the use of solution of декасану and chlorhexidine for patients with peritonitis.*

Key words: *peritonitis, санация of abdominal region, dekasana.*

© Погорелый В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Солейко Н.П., Дымчина Ю.А.

УДК: 616-053/.2-059-089:616.352-007.253

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАРАПРОКТИТОМ

Погорелый В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., *Солейко Н.П., Дымчина Ю.А.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), *Винницкая областная детская клиническая больница (ул. Хмельницкое шоссе, 108, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. *Проведен анализ историй болезни 81 пациента в возрасте от периода новорожденности до 14 лет, которые проходили лечение в Винницкой областной детской клинической больнице с 2002 по 2006 год. Определена сезонная зависимость частоты возникновения заболевания, основные возбудители и их чувствительность к антибиотикам, особенности хирургического и консервативного лечения. Доказана необходимость коррекции качественных и количественных характеристик питания для предотвращения запоров с целью профилактики возникновения парапроктита у детей.*

Ключевые слова: *парапроктит, параректальный абсцесс, параректальная флегмона, антибиотики, копростаз, дисбактериоз.*

Введение

Трудности лечения больных с различными формами парапроктита обусловлены разнообразностью топографоанатомических взаимоотношений в проекции ануса и перианальной области, а при хронических формах и особенностями строения свищевого хода. У детей парапроктиты встречаются реже чем у взрослых, однако количество патологии остается значительной. При этом новорожденные и дети первого года жизни составляют около 60% от общего количества больных. [Лёнюшкин, 1990]. Особенностью развития парапроктитов в этой возрастной группе является врожденная предрасположенность (аномалии развития протоков анальных желез), которая при наличии предрасполагающих факторов (дисбактериоз, синдром задержки кишечного транзита) приводит к развитию острого воспалительного процесса [Лурин, 2007].

Цель работы - улучшение результатов лечения детей с парапроктитами.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2006 годы в клинике хирургических болезней детского возраста Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова на стационарном лечении находился 81 ребенок с диагнозом парапроктит.

Из них 90% (73 случая) с острым и 8 случаев (10%) с хроническим парапроктитом. Мальчиков было 74, а девочек 7.

По возрасту распределение заболевания у детей представлено следующим образом: до 6 месяцев 47 случаев, в возрасте от 6 месяцев до 1 года - 11 детей, от одного года до 3 лет - у 7, от 4 до 7 лет - 8 детей и от 8 до 14 лет - 8 человек. Пик сезонного распределения заболеваемости отмечался в период "май-август".

Результаты. Обсуждение

Из анамнеза заболевания выяснено, что от появления первых симптомов до момента госпитализации проходило от 1 до 3 суток. При этом период лечения в хирургическом стационаре составлял в среднем $15,6 \pm 1,1$ койко-дня.

По локализации гнойника, преимущественно очаг располагался на 8-11 часах, реже - в проекции 2-3 часов.

В подавляющем большинстве случаев был диагностирован острый подкожный парапроктит. В 4-х случаях воспалительный процесс осложнялся параректальной флегмоной и множественными параректальными абсцессами, что составило 5% от общего количества наблюдений.

Как правило, выполнялось одно оперативное вмешательство. Объем операции заключался в вскрытии гнойного очага "Т"-образным или "х"-образным разрезом с обязательным иссечением краёв лоскутов, что давало возможность зияния раны и дренированию образовавшейся раневой поверхности. При этом интраоперационно, в обязательном порядке, проводили поиск сообщения полости гнойника с просветом кишки посредством кишечной крипты. Для этого выполняли обязательный поиск возможного соустья пуговчатым зондом. В сомнительных случаях, до вскрытия абсцесса, в полость последнего нагнетался краситель (раствор метиленового синего, бриллиантовая зелень) при одновременном осмотре слизистой прямой кишки ректальным зеркалом. При обнаружении крипты последняя рассекалась на всем своём протяжении с кюретажем стенок ложкой Фолькмана. Связь с криптой не прослеживалась, судя по протоколам операций, лишь в четырёх случаях.

В трёх случаях пришлось прибегнуть к повторным оперативным вмешательствам, которые выполнялись на протяжении первых 14 дней с момента госпитализации

в связи с длительным гноетечением. В одном случае, у ребенка 4-х месячного возраста, который был госпитализирован из района через 2 суток от момента заболевания, было проведено три оперативных вмешательства, в связи с тем, что парапроктит был осложнен множественными параректальными абсцессами, в посеве которых длительно высевался вульгарный протей.

Посев на микрофлору в большинстве наблюдений выявлял E.coli, на втором месте находился золотистый стафилококк, на третьем - эпидермальный стафилококк, в одном случае - вульгарный протей. Рост микрофлоры отсутствовал в 6 клинических наблюдениях.

Высокая чувствительность высеваемой при первичных посевах микрофлоры определялась к цефотоксиму, левомецетину, ципрофлоксацину, цефтриаксону и гентамицину; меньше - к амикацину, фурадонину, нетилмицину, оксацилину.

В послеоперационном периоде всем детям, как правило, назначались антибиотики широкого спектра действия (цефотоксим, цефазолин, цефтриаксон, цефалорал). Дети параллельно получали лечение по поводу профилактики дисбактериоза кишечника, который часто был сопутствующим диагнозом, местно - с 3-го дня ванночки с раствором марганцевокислого калия, УВЧ, электрофорез с стрептомицином и повязки с антисептиком и диметилсульфоксидом, с последующим переходом на мазевые повязки.

Особое значение уделялось рациональному вскармливанию и регулированию ежедневных самостоятельных опорожнений кишечника. При необходимости применялись очистительные гипертонические клизмы, Нормокол, Фортранс, Форлакс.

При хронических парапроктитах у детей старше одного года проводились операции с иссечением сви-

щезового хода.

У 4-х детей в возрасте до года проводилась консервативная терапия (сидячие ванночки, промывание свищезового хода 3% раствором перекиси водорода, масляным раствором хлорофиллипта, электрофорез с антибиотиком на промежность) до полного закрытия свища.

При выписке из стационара всем детям рекомендовалось диспансерное наблюдение хирурга по месту жительства, строгое соблюдение гигиены кожи перинальной области, биопрепараты для лечения дисбактериоза.

При хроническом парапроктите, с целью подготовки к оперативному вмешательству, в амбулаторных условиях пациентам рекомендовалось регулярное промывание свища раствором антисептика.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Оперативное лечение острого парапроктита заключается в широком раскрытии гнойника, в независимости от стадии воспалительного процесса.

2. С целью профилактики возникновения парапроктитов у детей необходимо добиваться регулярного опорожнения кишечника.

3. Ликвидация запоров у детей всех возрастных групп должна осуществляться не только медикаментозным методом, но и регулировкой качественных и количественных характеристик питания.

В дальнейшем необходимо уделить внимание причинам хронизации процесса, факторам, которые этому способствуют, установить структуру возможных послеоперационных осложнений с целью улучшения результатов лечения и уменьшения сроков стационарного лечения.

Литература

Лёнюшкин А.И. Детская колопроктология /Лёнюшкин А.И. - М.: Медицина, 1990. - 352 с.

Лурін І.А. Порівняльна оцінка ефективності хірургічного лікування хворих зі складними екстрасфінктерними норицями прямої кишки з використанням основних оперативних методів /І.А.Лу-рін /Клін. хірургія.- 2007.- №1.- С.42-45.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПАРАПРОКТИТОМ

Погорілий В.В., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Солейко Н.П., Димчина Ю.А.

Резюме. Проведений аналіз історій хвороб 81 пацієнта віком від періоду новонародженості до 14 років, які проходили лікування у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні з 2002 по 2006 рік. Визначена сезонна залежність частоти виникнення захворювання, основні збудники та їх чутливість до антибіотиків, особливості хірургічного і консервативного лікування. Доведено необхідність корекції якісних і кількісних характеристик харчування для запобігання запорів з метою профілактики виникнення парапроктиту у дітей.

Ключові слова: парапроктит, пара ректальний абсцес, пара ректальна флегмона, антибіотики, копростаз, дисбактеріоз.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF CHILDREN WITH PARAPROCTITIS

Pogoreliy V.V., Konopliitskiy V.S., Soleiko D.S., Soleiko N.P., Dimchina Y.A

Summary. The analysis of case histories of 81 patients at the age from newborn period to 14 years old who were treated in the Vinnytsya Regional Children's Clinical Hospital from 2002 to 2006 was conducted. The seasonal dependence of the frequency of occurrence of disease, the main pathogens and their sensitivity to antibiotics, features of surgical and conservative treatment are determined. There is a proven need for correction of qualitative and quantitative characteristics of food to prevent constipation in order to prevent the emergence paraproctitis of the children.

Key words: paraproctitis, adrectal abscess, adrectal phlegmon, antibiotics, coprostita, constipation, disbacteriosis.

© Росул М.В., Пацкань Б.М.

УДК: 617.586-002.3/.4-02-06:616.379-008.64]-089-084:612.014.46.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОЗОНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ СТОП НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Росул М.В., Пацкань Б.М.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних дисциплін (пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. Досліджували ефективність застосування озону в комплексному лікуванні хворих цукровим діабетом із синдромом стопи діабетика. Отримані дані засвідчили, що використання озону більш суттєво поліпшує клінічний ефект, суттєво впливає на фазовий перебіг ранового процесу, сприяє покращенню показників системи перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту та, в результаті, зменшує тривалість стаціонарного лікування хворих із синдромом стопи діабетика з виразковими ураженнями стопи.

Ключові слова: озонотерапія, синдром стопи діабетика, перекисне окислення ліпідів, антиоксидантна система.

Вступ

Синдром стопи діабетика (ССД) залишається надзвичайно складною і актуальною проблемою сучасної хірургії, результати лікування якого на сьогодні не можна визнати задовільними. Якісний догляд за хворими на цукровий діабет (ЦД) суттєво зменшує частоту виникнення ураження стопи, проте не дозволяє його уникнути [Герасимчук, 2002; Королюк и др., 1988; Паньків, 2007]. ССД розвивається у 30-80% таких пацієнтів і у 30-70% випадків ускладнюється гнійно-некротичними ураженнями стопи [Малижев та ін., 2003; Белов та ін., 2005; Паньків, 2007]. Розвиток гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок є одним із найбільш частих і найнебезпечніших хірургічних ускладнень ЦД, що зумовлює високу летальність хворих, ранню втрату працездатності та інвалідизацію, значні економічні витрати на їх лікування і реабілітацію [Белов та ін., 2005; Воуко et al., 1999; Jefcoate, 2003]. Вищезазначене визначає значну актуальність проблеми ССД та обумовлює необхідність подальшого пошуку нових напрямків та ефективних методів комплексного лікування уражень нижніх кінцівок на фоні ЦД.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування озонотерапії у комплексному лікуванні хворих на ССД.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 47 хворих з 1 і 2 стадією ССД з виразками нижніх кінцівок без втягнення у процес підшкірної клітковини, зв'язок, сухожилків, м'язів; без ураження кісток та утворення абсцесів і флегмон згідно з класифікацією Meggit-Wagner (1978) [Ляпіс, Герасимчук, 2001]. Серед них жінок було 15 (31,9%), чоловіків - 32 (68,1%), середній вік - $60,06 \pm 1,28$ років.

У залежності від проведеного лікування кожна група хворих була поділена на підгрупи. В підгрупу А увійшли хворі, що отримували традиційну терапію, яка включала корекцію цукру крові, антибактеріальну терапію, антиагрегантну терапію, антикоагулянти, інфузію препаратів реологічної і дезінтоксикаційної дії. Місцеве лікування включало щоденні перев'язки з антисептиками. Всім хворим корекцію глікемії проводили за допомо-

гою дробної схеми інсулінотерапії. У підгрупу Б увійшли хворі, котрі поряд із традиційною терапією отримували курс системної та регіонарної озонотерапії протягом 12-14 днів по одному сеансу на добу. Довенно вводили 200 мл. озонованого фізіологічного розчину, озонованого при концентрації озону в озонкисневій суміші 1000 - 1300 мкг/л. з використанням апарату для озонотерапії "Озон УМ-80". Для регіонарної озонотерапії методом аплікації на раневу поверхню використовували озон, розчинений в 0,9% розчин NaCl, озоновану обліпихову олію концентрацією 4000 мкг/л [Тондій, Ганічев, 2001]. Цитологічне дослідження ексудату ран проводили методом мазків-відбитків за оригінальною методикою М.П.Покровської та М.С.Макарова [1942].

Стан перекисного окислення ліпідів оцінювали за рівнем вторинних продуктів ПОЛ - малонового діальдегіду (МДА) [Овсянікова та ін., 1999] Для оцінки стану антиоксидантного захисту ми визначали активність каталази (К) за методом М.А.Королюк та співав. [1988] та вміст церулоплазміну (ЦП) в сироватці крові (за С.В.Бестужевим, В.Г.Колбом в модифікації Ревіна) [Колб, Камышников, 1982].

Результати. Обговорення

У хворих на ССД А підгрупи після проведення курсу озонотерапії відмічалася позитивна динаміка клінічних проявів як основного захворювання (ЦД), так і його ускладнення (ССД), у вигляді покращення загального самопочуття, зникнення скарг на спрагу, сухість в роті та поліурію. Проведене комплексне лікування із включенням озонотерапії сприяло також зменшенню відчуття печучого болю в стопі (з 69,57% випадків на початку лікування до 39,13% випадків після проведеної терапії), постійної мерзлякуватості стоп (з 30,43% до 8,70%) та парестезій (з 69,57% до 34,78%). У процесі проведеного лікування із застосуванням озону покращилась чутливість шкіри, зникло відчуття оніміння стоп, пальців ніг, з'явилося приємне відчуття тепла у стопах і гомілках. Погіршення стану пацієнтів, побічних ефектів і ускладнень при проведенні озонотерапії нами не було відмічено.

Хірургічне лікування трофічних порушень у хворих полягало у висіченні нежиттєздатних тканин з подаль-

Таблиця 1. Показники перебігу ранового процесу у хворих в залежності від лікування, яке проводилось.

Групи хворих	Термін купіровки набряку та гіперемії, доба	Термін відторгнення некротичних тканин, доба	Термін появи грануляцій, доба	Початок крайової епітелізації, доба
А підгрупа (традиційна терапія), n=24	10,17±0,74*	14,08±0,43*	14,46±0,40*	19,83±0,21*
Б підгрупа (традиційна терапія+озон), n=23	7,52±0,62	9,61±0,39	9,78±0,35	14,43±0,21

Примітка. * - достовірність різниць між підгрупами - $p < 0,05$.

шою обробкою рани антисептиками (борною кислотою, розчинами хлоргексидину, діоксидину) та ведення рани під пов'язкою. Частині хворих на фоні системної озонотерапії проводили місцеву озонотерапію. Про динаміку ранового процесу судили за строками відторгнення некротичних тканин, часу появи грануляцій, крайової епітелізації, загоєння ран (табл. 1).

Із таблиці 1 слідує, що застосування місцевої і загальної традиційної терапії сприяло зменшенню набряку і гіперемії шкіри навколо рани на 10,17±0,74 добу, що супроводжувалося значним зменшенням або зникненням болю при пальпації. Строки очищення ран від гнійно-некротичних тканин склали 14,08±0,43 дб. Практично в ті ж строки відмічено і появу грануляцій (14,46±0,40 дб). Заповнення рани грануляціями і початок крайової епітелізації відмічено на 19,83±0,21 добу з моменту госпіталізації.

Включення ж до комплексного хірургічного лікування місцевої та системної озонотерапії сприяло суттєвому прискоренню фаз перебігу ранового процесу (табл. 1). Так, зменшення набрякості кінцівки і гіперемії навколо рани проходило на 7,52±0,62 добу ($p < 0,05$ у порівнянні з традиційною терапією), що супроводжувалося значним зменшенням або зникненням болю при пальпації. Під впливом лікування з включенням озонотерапії в середньому на 4,47 дб раніше ($p < 0,05$) проходило очищення рани від фібрину, гнійно-некротичних мас, а також на

Таблиця 2. Динаміка показників перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту під впливом проведеного лікування.

Показник	II група			
	Традиційна терапія (А підгрупа) n=24		Традиційна терапія + озонотерапія (Б підгрупа) n=23	
МДА, нмоль/мл	4,72±0,40	4,63±0,39	4,73±0,39	4,01±0,31
p	$p > 0,05$		$p < 0,02$	
ЦП, ммоль/л	1,577±0,08	1,636±0,09	1,597±0,10	1,847±0,09
p	$p > 0,05$		$p < 0,05$	
Каталаза, мкат/л	18,47±0,89	18,98±0,67	18,64±0,73	21,89±0,68
p	$p > 0,05$		$p < 0,001$	

Примітка. p - ступінь достовірності різниць показників у порівнянні з контролем.

4,68 дб швидше відмічалась поява грануляцій в рані ($p < 0,05$ у порівнянні з традиційним лікуванням). При цьому, грануляції були дрібнозернистими, повнокровними, легко кровоточивими. Все це в середньому на 5,4 дб прискорювало появу ознак крайової епітелізації ($p < 0,05$ у порівнянні з традиційним лікуванням). Таким чином у першій фазі під впливом озону раніше купірується запальний процес, зменшується набряк та гіперемія навколо ран, а у другій та третій фазах суттєво прискорюється процес очищення, заповнення ран грануляціями та появи крайової епітелізації ран.

При аналізі цитологічної картини мазків-відбитків із рани на момент поступлення було встановлено, що останні характеризувалися дегенеративним типом клітинної реакції. Відмічено превалювання дегенеративних нейтрофілів (84,0%) паличкоядерних і сегментоядерних форм (13,0%) на фоні масового некрозу клітин (82,7±3,4%), що супроводжувався цитолізом (32,4±6,3%), зморщенням та розпадом (46,7±4,3%). Відмічено різке зниження процесу фагоцитозу, макрофаги вміщували всього лише від 10 до 15 бактерій. Фагоцитоз носив незавершений характер.

Цитограми, отримані методом мазків-відбитків, на 3-5 добу місцевого застосування озонотерапії у вигляді аплікацій на рану, характеризувались регенеративним типом клітинної реакції. Загальне число нейтрофілів зменшилося із превалюванням регенеративних (76,0%) форм над дегенеративними (3,0%), число нейтрофілів з нормальною структурою ядра збільшилося до 79,4-83,7%. Помітно зріс процентний вміст макрофагів; серед моноцитів найбільше було клітин великих і середніх розмірів. Слід відзначити активацію процесів регенерації ран озоном, про що свідчило збільшення полібластів і молодих сполучнотканинних клітин (профібробластів, фібробластів). На фоні стихання запалення помітно зменшувалася міграція нейтрофілів із кровоносних судин (до 15 в полі зору), а у 27,3% пацієнтів у цей момент міграція нейтрофілів із кров'яного русла складала 5-8 нейтрофілів у полі зору. Мікроорганізми виявлялися у невеликій кількості у стані активного фагоцитозу.

Тривалість перебування хворих у стаціонарі становила: в підгрупі зіставлення (А підгрупа) - 23,42±0,45 дб; в основній підгрупі (Б підгрупа) - 17,09±0,27 ($p < 0,05$). Слід зазначити, що на момент виписки в усіх хворих обох груп відзначалась тенденція до повного загоєння рани. Отже, як показують отримані результати дослідження, у підгрупі хворих, де у комплексному лікуванні застосовувалась озонотерапія, середня тривалість лікування зменшилась на 6,33 доби у порівнянні з хворими, що отримували традиційний курс лікування.

Відомо, що надмірне підвищення активності процесів ПОЛ за умови виснаження АОС є одним із основних факторів, які сприяють розвитку та подальшому прогресуванню деструктивних процесів на стопі. Динаміка змін процесів ПОЛ за традиційного лікування наведена у таблиці 2.

Згідно з отриманими даними при застосуванні традиційного лікування у хворих на ССД не відбулось яких-небудь суттєвих змін показника, що характеризує стан ПОЛ. Зокрема, рівень МДА на початку лікування становив $4,72 \pm 0,40$ нмоль/мл, в кінці терапії - $4,63 \pm 0,39$ нмоль/мл ($p < 0,05$). У той же час при додатковому включенні до комплексного лікування озонотерапії нами були відмічені зменшення вмісту МДА з $4,73 \pm 0,39$ нмоль/мл на 15,22% ($p < 0,02$).

Аналіз динаміки показників АОС у хворих на ССД під впливом проведеної традиційної терапії не виявив суттєвих змін як активності сироваткової каталази, так і рівня церулоплазміну в сироватці крові. У той же час виявлені нами при застосуванні комплексного лікування із включенням озонотерапії інгібуючий вплив на стан процесів ліпопероксидації у хворих на ССД супроводжувався також позитивною динамікою актив-

ності компонентів системи антиоксидантного захисту крові. Так, у хворих на ССД під впливом озонотерапії спостерігалось достовірне підвищення активності каталази з $18,64 \pm 0,73$ мкат/л на початку терапії до $21,89 \pm 0,68$ мкат/л у кінці лікування (на 17,44%, $p < 0,001$), а також вмісту церулоплазміну - з $1,597 \pm 0,10$ до $1,847 \pm 0,09$ ммоль/л (на 15,65%, $p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведені дослідження показали, що включення до комплексного хірургічного лікування озонотерапії виявляє позитивну дію на перебіг ранового процесу, що проявляється у зміні дегенеративних процесів регенераторними, сприяє покращенню показників системи перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту та, в результаті, зменшує тривалість стаціонарного лікування хворих на ССД з виразковими ураженнями стопи.

Вищенаведене обґрунтовує правомірність впровадження озонотерапії в медичну практику та створює підґрунтя для продовження клінічного вивчення дії озонотерапії, в тому числі, й при інших захворюваннях.

Література

- Біохімічні та біофізичні методи оцінки порушень окислювального гомеостазу в осіб, що зазнали радіаційного впливу внаслідок аварії на ЧАЕС: метод. рекомендації / [Л.М.Овсянікова, С.М.Альокіна, О.В.Дробінська та ін.]. - Київ: Друкарня агентства "Чорнобильінтернформ", 1999. - 18 с.
- Генез нейропатичної форми діабетичної стопи / В.О.Малижев, О.В.Савран, С.В.Сацька [та ін.] // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2003. - №1. - С. 4-11.
- Герасимчук П.О. Результати хірургічного лікування ішемічно-гангренозної форми синдрому діабетичної стопи / П.О.Герасимчук // Клініч. хірургія. - 2002. - №9. - С. 44-46.
- Гнійно-септичні ускладнення синдрому діабетичної стопи. Діагностика та тактика хірургічного лікування / С.Г.Белов, Е.І.Гірка, Є.А.Кравцов [та ін.] // Шпитальна хірургія. - 2005. - №4. - С. 23-27.
- Колб В.Г. Справочник по клинической химии / В.Г.Колб, В.С.Камышников. - Минск: Беларусь, 1982. - 366 с.
- Ляпіс М.О. Синдром стопи діабетика / М.О.Ляпіс, П.О.Герасимчук. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 276 с.
- Метод определения активности каталазы / М.А.Королюк, Л.И.Иванова, И.Г.Майорова [и др.] // Лабораторное дело. - 1988. - №1. - С. 16-18.
- Паньків В.І. Сучасні підходи до лікування інфікованих виразкових дефектів при синдромі діабетичної стопи // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2007. - №4(09). - С. 29-33.
- Покровская М.П. Цитология раневого экссудата как показатель процесса заживления ран / М.П.Покровская, М.С.Макарова. - М., 1942. - С. 3-24.
- Тондій Л.Д. Методики озонотерапії (методичні рекомендації) / Л.Д.Тондій, В.В.Ганічев. - Київ: УЦНМіПЛР, 2001. - 24 с.
- Boyko E.J. A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer: the seattle diabetic foot study / E.J.Boyko, J.H.Ahroni, V.Stensel // Diabetes Care. - 1999. - Vol.22. - P. 1036-1042.
- Jefcoate W.J. Diabetes foot ulcer / W.J.Jefcoate, K.Harding // Lancet. - 2003. - Vol.361. - P. 1545-1551.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОП НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Росул М.В., Пацкань Б.М.

Резюме. Исследовали эффективность применения озона в комплексном лечении больных сахарным диабетом с синдромом стопы диабетика. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение озона более существенно улучшает клиническое состояние больных, существенно влияет на фазное течение раневого процесса, способствует улучшению показателей перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты, что, в результате, сокращает сроки стационарного лечения больных с синдромом стопы диабетика с язвенными поражениями стоп.

Ключевые слова: озонотерапия, синдром стопы диабетика, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система.

THE EFFECTIVENESS OF THE OZONE THERAPY IN PATIENTS WITH FOOT ULCERS ON THE BACKGROUND OF THE DIABETUS MELLITUS

Rosul M.V., Packany B.M.

Summary. We studied the effects of ozone application in complex therapy of patients with diabetic foot syndrome (DFS). The received data demonstrate that the using of ozone treatment makes better the patients' condition essentially and influences phase course of traumatic process, improves the peroxidation of the lipids and antioxidative protection that is result of decreasing time of inpatient treatment of patients with syndrome diabetic foot with foot ulcers.

Key words: ozone therapy, syndrome diabetic foot.

© Сидорчук Р.І., Плегуца О.М., Багрій В.М., Білик І.І., Хомко О.Й., Плегуца І.М., Кнут Р.П., Паляниця А.С., Сидорчук Л.П.
УДК: 616.379-002.3-085.48:615.246.2

СИСТЕМНА ЕТІОТРОПНА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Сидорчук Р.І.¹, Плегуца О.М.², Багрій В.М.¹, Білик І.І.¹, Хомко О.Й.¹, Плегуца І.М.²,
Кнут Р.П.¹, Паляниця А.С.¹, Сидорчук Л.П.²

Буковинський державний медичний університет¹, кафедра загальної хірургії, Лікарня швидкої медичної допомоги²
(пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Резюме. У статті проаналізовано стан системної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. При здійсненні системної етіотропної антибактеріальної терапії слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу захворювання та тривалість його розвитку. Необхідно враховувати фармакодинаміку та фармакокінетику препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та крос-реактивності препаратів, сумациї та потенціювання побічних ефектів, що може погіршити статус хворого.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, системна антибактеріальна терапія.

Вступ

Незважаючи на стрімкий розвиток хірургічної науки і практики, у питанні розробки стратегії лікування абдомінального сепсису за останні 100 років прогрес практично відсутній [Bone, 1996; Marchall, Evans, 1998]. Принципи хірургічного лікування та супроводжуючої терапії у спрощеному вигляді включають хірургічний контроль інфекційних вогнищ, системну етіотропну терапію (СЕАТ), системну корекцію гомеостазу - синдрому поліорганної дисфункції/недостатності (СПОД/Н) та контроль регуляторно-месенджерних систем організму [Саенко и др., 2005]. Водночас, не зважаючи на крайню актуальність проблеми, СЕАТ у більшості випадків здійснюється безсистемно, недостатньо обґрунтовано, і відповідно, недостатньо ефективно.

У зв'язку із вищевикладеним ми задались метою проаналізувати існуючий стан системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису та розробити власні підходи до СЕАТ.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось ad hoc у відповідності до вимог GCP та інших нормативних актів у галузі біоетики. Дані мета-аналізу доступних баз даних джерел літератури глибиною 10 років (Sciencedirect®, Cochrane®, MedConsult®, PubMed, MedLine) послужили основою для розробки та оцінки ефективності системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. У даному дослідженні прийняло участь 149 хворих (клініка загальної хірургії Буковинського державного медичного університету, хірургічне відділення №2, Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці) на абдомінальний сепсис (АС), стратифікація яких здійснювалась за ступенями тяжкості та видами системної етіотропної антибактеріальної терапії (СЕАТ) (табл. 1.) Критерії діагнозу та стратифікації - згідно Барселонського консенсусу Міжнародного сепсис-форуму [Сидорчук, 2006; Мальцева и др., 2004]. Слід відмітити, що мова надалі йтиме, в основному, про емпіричну універсальну СЕАТ. Статистична обробка отриманих масивів да-

них здійснювалась різними аналітичними методами, залежно від виду цифрового матеріалу, із поєднаним застосуванням програмних пакетів MS Excel® 2007 for Windows® та Statsoft Statistica® v.7.5.

Результати. Обговорення

Аналіз отриманих даних показує, що СЕАТ у клініці загальної хірургії БДМУ здійснюється переважно у режимах монотерапії (28,19%), подвійної (46,31%) та потрійної антибіотикотерапії (26,85%). Монотерапія здійснювалась, як правило, у хворих з І-м ступенем тяжкості АС (60,0%), у той же час потрійний режим СЕАТ використовувався переважно у хворих з тяжким перебігом абдомінального сепсису та ПОД/Н (37,5%). Режим подвійної СЕАТ застосовували в усіх групах з приблизно рівномірним розподілом, хоча дещо більшою була частка хворих з АС 2-го ступеня тяжкості. Слід зазначити, фактично режим монотерапії СЕАТ був таким тільки відносно. Насправді хворі цієї групи отримували й інші антимікробні препарати, однак застосування додаткових агентів було з різних причин недостатньо тривалим (системним) і служило лише для потенціювання дії основного препарату.

При поглибленому дослідженні технологій СЕАТ при АС та аналізі виправданості застосування окремих з них, нами з'ясовано що при потрійному режимі СЕАТ, схема антибактеріальної терапії включала, як правило похідне нітроїмідазолу (метронідазол, метрогіль, мератин, тощо), а також напівсинтетичний пеніцилін, цефалоспорин та аміноглікозид (гентаміцин, канаміцин). У окремих хворих застосовували також антифунгальні препарати.

Найчастіше схема потрійної системної антибактеріальної терапії АС включала препарати досить обмеженого спектру дії, що вибірково діють на анаеробну мікрофлору (метронідазол - у 32 (80%) хворих) та аміноглікозиди (гентаміцин - у 24 (60%) хворих). При аналізі розподілу застосування різних препаратів у відповідних групах хворих, виявляється, що напівсинтетичні пеніциліни застосовувались, в основному, у хворих з

© Сидорчук Р.І., Плегуца О.М., Багрій В.М., Білик І.І., Хомко О.Й., Плегуца І.М., Кнут Р.П., Паляниця А.С., Сидорчук Л.П.
УДК: 616.379-002.3-085.48:615.246.2

СИСТЕМНА ЕТІОТРОПНА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Сидорчук Р.І.¹, Плегуца О.М.², Багрій В.М.¹, Білик І.І.¹, Хомко О.Й.¹, Плегуца І.М.²,
Кнут Р.П.¹, Паляниця А.С.¹, Сидорчук Л.П.²

Буковинський державний медичний університет¹, кафедра загальної хірургії, Лікарня швидкої медичної допомоги²
(пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Резюме. У статті проаналізовано стан системної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. При здійсненні системної етіотропної антибактеріальної терапії слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу захворювання та тривалість його розвитку. Необхідно враховувати фармакодинаміку та фармакокінетику препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та крос-реактивності препаратів, сумациї та потенціювання побічних ефектів, що може погіршити статус хворого.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, системна антибактеріальна терапія.

Вступ

Незважаючи на стрімкий розвиток хірургічної науки і практики, у питанні розробки стратегії лікування абдомінального сепсису за останні 100 років прогрес практично відсутній [Bone, 1996; Marchall, Evans, 1998]. Принципи хірургічного лікування та супроводжуючої терапії у спрощеному вигляді включають хірургічний контроль інфекційних вогнищ, системну етіотропну терапію (СЕАТ), системну корекцію гомеостазу - синдрому поліорганної дисфункції/недостатності (СПОД/Н) та контроль регуляторно-месенджерних систем організму [Саенко и др., 2005]. Водночас, не зважаючи на крайню актуальність проблеми, СЕАТ у більшості випадків здійснюється безсистемно, недостатньо обґрунтовано, і відповідно, недостатньо ефективно.

У зв'язку із вищевикладеним ми задались метою проаналізувати існуючий стан системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису та розробити власні підходи до СЕАТ.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось ad hoc у відповідності до вимог GCP та інших нормативних актів у галузі біоетики. Дані мета-аналізу доступних баз даних джерел літератури глибиною 10 років (Sciencedirect®, Cochrane®, MedConsult®, PubMed, MedLine) послужили основою для розробки та оцінки ефективності системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. У даному дослідженні прийняло участь 149 хворих (клініка загальної хірургії Буковинського державного медичного університету, хірургічне відділення №2, Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці) на абдомінальний сепсис (АС), стратифікація яких здійснювалась за ступенями тяжкості та видами системної етіотропної антибактеріальної терапії (СЕАТ) (табл. 1.) Критерії діагнозу та стратифікації - згідно Барселонського консенсусу Міжнародного сепсис-форуму [Сидорчук, 2006; Мальцева и др., 2004]. Слід відмітити, що мова надалі йтиме, в основному, про емпіричну універсальну СЕАТ. Статистична обробка отриманих масивів да-

них здійснювалась різними аналітичними методами, залежно від виду цифрового матеріалу, із поєднаним застосуванням програмних пакетів MS Excel® 2007 for Windows® та Statsoft Statistica® v.7.5.

Результати. Обговорення

Аналіз отриманих даних показує, що СЕАТ у клініці загальної хірургії БДМУ здійснюється переважно у режимах монотерапії (28,19%), подвійної (46,31%) та потрійної антибіотикотерапії (26,85%). Монотерапія здійснювалась, як правило, у хворих з І-м ступенем тяжкості АС (60,0%), у той же час потрійний режим СЕАТ використовувався переважно у хворих з тяжким перебігом абдомінального сепсису та ПОД/Н (37,5%). Режим подвійної СЕАТ застосовували в усіх групах з приблизно рівномірним розподілом, хоча дещо більшою була частка хворих з АС 2-го ступеня тяжкості. Слід зазначити, фактично режим монотерапії СЕАТ був таким тільки відносно. Насправді хворі цієї групи отримували й інші антимікробні препарати, однак застосування додаткових агентів було з різних причин недостатньо тривалим (системним) і служило лише для потенціювання дії основного препарату.

При поглибленому дослідженні технологій СЕАТ при АС та аналізі виправданості застосування окремих з них, нами з'ясовано що при потрійному режимі СЕАТ, схема антибактеріальної терапії включала, як правило похідне нітроїмідазолу (метронідазол, метрогіль, мератин, тощо), а також напівсинтетичний пеніцилін, цефалоспорин та аміноглікозид (гентаміцин, канаміцин). У окремих хворих застосовували також антифунгальні препарати.

Найчастіше схема потрійної системної антибактеріальної терапії АС включала препарати досить обмеженого спектру дії, що вибірково діють на анаеробну мікрофлору (метронідазол - у 32 (80%) хворих) та аміноглікозиди (гентаміцин - у 24 (60%) хворих). При аналізі розподілу застосування різних препаратів у відповідних групах хворих, виявляється, що напівсинтетичні пеніциліни застосовувались, в основному, у хворих з

Таблиця 1. Стратифікація хворих на АС за ступенями тяжкості перебігу та режимом системної етіотропної антибактеріальної терапії.

№ п/п	Група	Режим СЕАТ					
		x1 режим		x2 режим		x3 режим	
		п (абс.)	% (відн.)	п (абс.)	% (відн.)	п (абс.)	% (відн.)
1	I ступінь тяжкості n=65	24	60,0/16,11	27	39,13/18,12	14	35,0/9,40
2	II ступінь тяжкості n=44	10	25,0/6,71	23	33,33/15,44	11	27,50/7,38
3	III ступінь тяжкості n=40	6	15,0/4,03	19	27,54/12,75	15	37,50/10,07
Всього: n=149 (100%)		40	100/28,19	69	100/46,31	40	100/26,85

Примітки: x1 режим - режим моно СЕАТ; x2 режим - режим подвійної СЕАТ; x3 режим - режим потрійної СЕАТ; п (абс.) - абсолютна кількість пацієнтів у групі; % (відн.) - відсоток пацієнтів групи.

Таблиця 2. Клінічна ефективність застосування окремих режимів СЕАТ.

Клінічна група - режим СЕАТ	Параметр			
	термін госпіталізації (дн.)	летальність (%)	термін знаходження у ВРІТ (дн.)	термін регресу симптомів ССЗР/В або ПОН/Д
СЕАТх1 (А) n=24	14,43±1,17	2 (8,32%)	1,86±0,34	3,55±0,32
СЕАТх1 (В) n=10	19,56±0,72	2 (20,0%)	4,59±0,84	10,37±0,59
СЕАТх1 (С) n=6	33,47±2,21	3 (50,0%)	8,41±0,75	25,46±3,16
СЕАТх2 (А) n=27	13,08±0,62	1 (3,70%)	1,46±0,30	3,14±0,25
СЕАТх2 (В) n=23	22,46±1,14	4 (17,39%)	3,58±0,55	9,11±0,94
СЕАТх2 (С) n=19	31,12±1,47	7 (36,84%)	5,39±1,09	22,46±2,51
СЕАТх3 (А) n=14	14,47±0,93	1 (7,14%)	2,07±0,31	3,01±0,20
СЕАТх3 (В) n=11	25,14±1,35	3 (27,27%)	4,94±0,73	11,72±
СЕАТх3 (С) n=15	33,19±1,28	7 (46,67%)	8,33±1,13	28,05±

Примітки: ВРІТ - відділення реанімації та інтенсивної терапії; А - I ступінь тяжкості перебігу АС; В - II ступінь тяжкості перебігу АС; С - III ступінь тяжкості перебігу АС.

помірним ступенем тяжкості АС та абдомінальним сепсисом середнього ступеня тяжкості. Тільки у 5 (33,33%) хворих з тяжким сепсисом було використано напівсинтетичний пеніцилін (амоксцилін), модифікований блокаторм β-лактамаз - аугментин® (амоксцилін-клавулонат). Слід зазначити, що у багатьох хворих з важким сепсисом та АС II-го ступеня тяжкості відбувалась відносна "заміна" частки пеніцилінів на антибіотики фторхінолонового ряду II-III-го покоління ципрофлоксацин та левофлоксацин. Застосування інших β-лактамних антибіотиків (цефалоспоринів) було досить одноманітним в усіх групах спостереження, що на нашу думку зумовлено відносною універсальністю цих препаратів унаслідок широкого спектру їх дії.

Необхідно підкреслити, що у 2 (13,33%) хворих з тяжким перебігом АС довелось до схеми СЕАТ включити антифунгальний препарат. У хворих II групи такий препарат використано тільки у 1 (9,09%) хворого, а у I-й групі потреби застосування антифунгальної терапії не було.

Спектр антимікробних препаратів, що застосовують-

ся при подвійному режимі СЕАТ подібний до потрійного режиму, однак має певні відмінності. Як і при потрійному режимі, найбільш часто використовували препарати, що вибірково діють на анаеробну мікрофлору (похідні нітроїмідазолу - 34 (49,28%) випадки), однак значно меншою виявилась частота використання аміноглікозидів, які також володіють відносно обмеженим спектром дії, що сфокусований у першу чергу на Грамнегативну флору. Пояснюється це тим, що при СЕАТх2 більше застосовували антибіотики з дуже широким спектром антимікробної дії (карбепенеми, цефалоспоринони, фторхінолонони III-IV покоління, а також нові синтетичні пеніциліни у поєднанні з блокаторами пеніциліназ.

У цій групі хворих тільки 2 (2,90%) з них отримували протифунгозний препарат ністатин, що опосередковано свідчить про нижчу частоту розвитку дизбіотичних ускладнень та меншу частоту розвитку грибової суперінфекції при подвійній схемі СЕАТ ніж при СЕАТх3. Характеристика антимікробних препаратів, застосованих при монотерапії АС відрізняється від спектру антибіотиків, що застосовувались при подвійній та потрійній СЕАТ. Слід знову наголосити, що у більшості випадків термін "монотерапія" не є зовсім виправданим, однак оскільки мова йде тільки про СЕАТ, подібне твердження

має достатнє підґрунтя.

Хворі цієї групи отримували й інший антимікробний агент (як правило специфічно діючий на анаеробну мікрофлору, зокрема метронідазол або кліндаміцин), але сумарна отримана доза препарату не перевищувала добову, що дозволила нам виключити таких хворих з групи з подвійним режимом СЕАТ, оскільки у такому застосуванні антимікробного препарату відсутня необхідна системність. Як правило така ситуація виникала через недоступність окремих препаратів унаслідок ідіосинкразії чи надмірної чутливості пацієнтів, побічних та алергічних реакцій, а також економічних проблем.

Найбільш часто використовуваними антибіотиками при монорежимі СЕАТ були фторхінолонони II-III-го покоління, карбепенеми, а також сучасні β-лактамні бактерицидні антибіотики (амоксцилін-клавулонат, цефепім, цефтріаксон). Усі зазначені антимікробні засоби володіють дуже широким спектром антимікробної активності [Сидорчук, 2006; Мальцева и др., 2004], високоактивні по відношенню до більшості грам+ та грам- мікроорганізмів з аеробним та анаеробним типом метаболізму.

У той же час β-лактамі антибіотики перших поколінь, аміноглікозиди, протигрибкові препарати та інші засоби вузького спектру дії, зокрема метронідазол, у випадку монотерапії АС не застосовувались. Таким чином, для моно СЕАТ доцільно застосовувати тільки препарати достатньо широкого спектру дії, які володіють високою активністю до різноманітних груп мікроорганізмів.

Клінічні дані отримані при різних режимах СЕАТ при АС відрізняються досить незначно. При розгляді такого параметра, як термін госпіталізації, встановлено, що тільки у групі з потрійним режимом СЕАТ цей показник був вірогідно вищим ніж у групах СЕАТх2 та СЕАТх1. Так, у групі хворих з помірним ступенем тяжкості перебігу АС (група А) при потрійному режимі СЕАТ ліжко-день був вірогідно вищий ніж у відповідній групі з подвійним режимом СЕАТ, а при середньому ступені тяжкості АС ліжко-день достовірно перевищував аналогічний показник групи хворих з монотерапією.

Слід відмітити, що при узагальненні наведених у таблиці 2 даних, найнижчі показники тривалості госпіталізації, терміну знаходження у відділенні реанімації та інтенсивної терапії були, як правило, зафіксовані у групі з подвійною СЕАТ, а дещо вищі у групі з потрійним режимом. Водночас, при розгляді більшості показників достатньо вірогідних різниць не було встановлено, що не дозволяє однозначно рекомендувати конкретний режим системної етіотропної антибактеріальної терапії АС у якості режиму вибору, хоча такий висновок не може бути остаточним, оскільки дані отримані нами в цьому дослідженні повинні екстраполюватись на дози, вік та стать хворих, шляхи введення та інші фактори, які не вдалось адекватно рандомізувати.

Справа у тому, що режим СЕАТх2, при якому антибактеріальна терапія здійснюється двома сучасними антибактеріальними препаратами достить широкого спек-

тру дії виглядає більш обіцяюче, що, нашу думку зумовлюється гармонійним балансом між достатньо широким спектром бактерицидної активності обраних препаратів, а також відносно низьким токсичним та іншим негативним впливом на макроорганізм хворої людини. На цьому фоні очевидно, що монотерапія не завжди достатньо ефективна саме у зв'язку з недостатньою антимікробною активністю одного препарату, а масивна потрійна СЕАТ виступає додатковим обтяжуючим фактором, що ймовірно погіршує детоксикаційну функцію організму та пригнічує системи резистентності людини, зокрема імунну реактивність.

Очевидно, що незважаючи на дещо кращі результати отримані в групі з подвійним режимом СЕАТ, вибір антимікробних препаратів все ж таки залишається за хірургом у кожному конкретному випадку.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Неможливість негайного визначення патогенів призводить до єдино можливого шляху здійснення СЕАТ - початку невідкладної емпіричної антимікробної терапії. При цьому слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу АС та тривалість його розвитку.

2. При цьому слід враховувати фармакодинаміку та фармакокінетику препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та кросс-реактивності препаратів, сумачії та потенціювання побічних ефектів, що може погіршити статус хворого, тощо.

Отримані у дослідженні дані можуть бути основою для подальшого удосконалення та вибору режимів СЕАТ при абдомінальному сепсисі.

Література

- Мальцева Л.А. Сепсис: епидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия; под ред. Л.В.Усенко / Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосенцев М.Ц. - Д.: Арт-пресс, 2004. - 160 с.
- Сепсис и полиорганная недостаточность /Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А., Шаповалюк В.В. - Кр. Пор.: Минерал, 2005. - 470 с.
- Сидорчук Р.І. Абдомінальний сепсис / Сидорчук Р. - Чернівці: Вид-во БДМУ, 2006. - 462 с.
- Bone R.C. Sir Isaac Newton, sepsis, SIRS, and CARS /R.C.Bone //Crit. Care. Med. - 1996. - Vol.24. - P. 1125-1129.
- Marchall J.C. Yearbook of Intensive Care and Emergency Med; ed. J.L.Vincent. / J.C.Marchall, D.C.Evans. - Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1998. - 1091 p.

СИСТЕМНАЯ ЭТИОТРОПНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Сидорчук Р.І., Плегутца А.М., Багрич В.Н., Билік І.І., Хомко О.Й., Плегутца І.М., Кнут Р.П., Паляница А.С., Сидорчук Л.П.

Резюме. В статье проанализировано состояние системной антибактериальной терапии абдоминального сепсиса. При проведении системной этиотропной антибактериальной терапии необходимо учитывать первичную локализацию патологического очага, тяжесть заболевания и быстротечность его развития. Необходимо учитывать фармакодинамику и фармакокинетику препаратов, возможность накопления достаточных (терапевтических) концентраций в патологическом очаге и на пути транслокации, возможности комбинации, потенцирования и кросс-реактивности препаратов, сумации и потенцирования побочных эффектов, что может ухудшить состояние больного.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, системная антибактериальная терапия.

SYSTEMIC ETIOTROPIC ANTIBACTERIAL THERAPY OF ABDOMINAL SEPSIS

Sydorchuk R.I., Plegutsa O.M., Bagriy V.M., Bilik I.I., Khomko O.J., Plegutsa I.M., Knut R.P., Palyanitsa A.S., Sydorchuk L.P.

Summary. In the article, the status of systemic etiotropic antibacterial therapy of abdominal sepsis is analyzed. During the conducting the systemic etiotropic antibacterial therapy it is necessary to take into consideration the primary localization of pathologic focus, gravity

of course of disease, and its duration. It is necessary to emphasize pharmacodynamics and pharmacokinetics of drugs, ability to reach sufficient (therapeutic) concentrations in pathologic foci and ways of translocation, probability of combination, potentiation and cross-reaction of remedies, summation of side effects, which may impair patient's status.

Key words: abdominal sepsis, systemic antibacterial therapy.

© Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю.

УДК: 617.55-089.844-053.1:362.11

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ В УМОВАХ ЄДИНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ

Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю.

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України" (вул. Мануїльського, 8, м. Київ, Україна, 04050)

Резюме. У статті наводиться клінічний алгоритм перинатального лікування новонароджених з дефектами передньої черевної стінки в перинатальному центрі за умови дородової діагностики. Проведено аналіз 60 клінічних випадків. У кожному випадку внутрішньоутробно діагностованого ГШ або омфалоцеле проводиться антенатальний консилиум. Народження дітей із ГШ проводиться шляхом кесарського розтину. Хірургічна корекція виконується через 15 хвилин після народження. Запропонований клінічний протокол народження дітей шляхом кесарського розтину і ранньої хірургічної корекції ГШ дозволяє скоротити період паралітичного ілеусу і повного парентерального харчування. Хірургічна корекція омфалоцеле проводиться через 18-36 годин після народження. Прогноз у цієї групи пацієнтів визначається супутніми вадами розвитку.

Ключові слова: гастрошизис, омфалоцеле, перинатальний центр, пренатальний консилиум.

Вступ

Оптимальне лікування новонароджених з вадами передньої черевної стінки залишається дискусійним питанням. Суперечки тривають навколо місця і способу народження дитини, часу оперативного втручання, техніки закриття дефекту і показань до етапного вправлення [Stringer et al., 1991; Boyd et al., 1998]. Результати лікування новонароджених з омфалоцеле в основному визначаються тяжкістю супутніх вад розвитку, проте проблемою залишається пластика передньої черевної стінки при великих розмірах дефекту із забезпеченням задовільних функціональних і косметичних результатів [Kumar et al., 2008; St-Vil et al., 1996]. Летальність при ГШ коливається від 4-9% в розвинених країнах [Skarsgard et al., 2008] до 9,1-65% в країнах СНГ [Веселый и др., 2006]. Проте в усіх випадках існує потенційна небезпека порушення функції кишечника у післяопераційному періоді, що вимагає тривалого перебування дитини у відділенні реанімації новонароджених та проведення парентерального харчування. Ця проблема є вагомим стимулом для пошуку нових схем перинатального ведення пацієнтів.

Метою дослідження є стандартизація протоколу лікування новонароджених із вадами передньої черевної стінки в умовах єдиного перинатального центру, що включає антенатальне спостереження за участю дитячого хірурга та неонатолога, ранню хірургічну корекцію, попередження післяопераційних ускладнень, забезпечення раннього ентерального харчування та косметичного результату.

Матеріали та методи

З квітня 1986 року до січня 2010 року у відділенні

торако-абдомінальної хірургії вад розвитку у новонароджених і дітей старшого віку ДУ "ІПАГ АМН України" знаходилось на стаціонарному лікуванні 60 новонароджених дітей із вадами передньої черевної стінки, із яких із ГШ - 40 та омфалоцеле - 20. З 2006 року, з моменту створення наукового відділу хірургічної корекції вад розвитку у дітей, розпочато новий підхід до перинатального лікування пацієнтів із ГШ, який включає такі основні моменти: пренатальний УЗ-моніторинг кожні 4 тижні, дородовий консилиум у складі акушер-гінеколога, дитячого хірурга, неонатолога, госпіталізація вагітної жінки в акушерські клініки перинатального центру у термін 36-37 тижнів гестації, народження шляхом кесарського розтину, транспортування дитини в межах одного лікувального закладу в розгорнуту операційну, хірургічна корекція вади у перші хвилини після народження. З лютого 2006 року до січня 2010 року таку тактику лікування застосовано у 10 випадках новонароджених дітей, серед яких було 5 хлопчиків та 5 дівчаток. Усі діти народжені в акушерських клініках інституту педіатрії, акушерства та гінекології. Вік матерів складав від 16 до 29 років, в середньому 20,8 років. У більшості жінок (n=8) вагітність була першою та пологи перші (n=9), перебіг вагітності із загрозою переривання у першій половині (n=6). Для оцінки ефективності запропонованого протоколу лікування використовували такі критерії: післяопераційна летальність, частота післяопераційних ускладнень, тривалість повного парентерального харчування, можливість первинної пластики передньої черевної стінки, необхідність у застосуванні протезних матеріалів. Контрольну групу склали 30

of course of disease, and its duration. It is necessary to emphasize pharmacodynamics and pharmacokinetics of drugs, ability to reach sufficient (therapeutic) concentrations in pathologic foci and ways of translocation, probability of combination, potentiation and cross-reaction of remedies, summation of side effects, which may impair patient's status.

Key words: *abdominal sepsis, systemic antibacterial therapy.*

© Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю.

УДК: 617.55-089.844-053.1:362.11

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ В УМОВАХ ЄДИНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ

Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю.

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України" (вул. Мануїльського, 8, м. Київ, Україна, 04050)

Резюме. У статті наводиться клінічний алгоритм перинатального лікування новонароджених з дефектами передньої черевної стінки в перинатальному центрі за умови дородової діагностики. Проведено аналіз 60 клінічних випадків. У кожному випадку внутрішньоутробно діагностованого ГШ або омфалоцеле проводиться антенатальний консиліум. Народження дітей із ГШ проводиться шляхом кесарського розтину. Хірургічна корекція виконується через 15 хвилин після народження. Запропонований клінічний протокол народження дітей шляхом кесарського розтину і ранньої хірургічної корекції ГШ дозволяє скоротити період паралітичного ілеусу і повного парентерального харчування. Хірургічна корекція омфалоцеле проводиться через 18-36 годин після народження. Прогноз у цієї групи пацієнтів визначається супутніми вадами розвитку.

Ключові слова: *гастрошизис, омфалоцеле, перинатальний центр, пренатальний консиліум.*

Вступ

Оптимальне лікування новонароджених з вадами передньої черевної стінки залишається дискусійним питанням. Суперечки тривають навколо місця і способу народження дитини, часу оперативного втручання, техніки закриття дефекту і показань до етапного вправлення [Stringer et al., 1991; Boyd et al., 1998]. Результати лікування новонароджених з омфалоцеле в основному визначаються тяжкістю супутніх вад розвитку, проте проблемою залишається пластика передньої черевної стінки при великих розмірах дефекту із забезпеченням задовільних функціональних і косметичних результатів [Kumar et al., 2008; St-Vil et al., 1996]. Летальність при ГШ коливається від 4-9% в розвинених країнах [Skarsgard et al., 2008] до 9,1-65% в країнах СНГ [Веселый и др., 2006]. Проте в усіх випадках існує потенційна небезпека порушення функції кишечника у післяопераційному періоді, що вимагає тривалого перебування дитини у відділенні реанімації новонароджених та проведення парентерального харчування. Ця проблема є вагомим стимулом для пошуку нових схем перинатального ведення пацієнтів.

Метою дослідження є стандартизація протоколу лікування новонароджених із вадами передньої черевної стінки в умовах єдиного перинатального центру, що включає антенатальне спостереження за участю дитячого хірурга та неонатолога, ранню хірургічну корекцію, попередження післяопераційних ускладнень, забезпечення раннього ентерального харчування та косметичного результату.

Матеріали та методи

З квітня 1986 року до січня 2010 року у відділенні

торако-абдомінальної хірургії вад розвитку у новонароджених і дітей старшого віку ДУ "ІПАГ АМН України" знаходилось на стаціонарному лікуванні 60 новонароджених дітей із вадами передньої черевної стінки, із яких із ГШ - 40 та омфалоцеле - 20. З 2006 року, з моменту створення наукового відділу хірургічної корекції вад розвитку у дітей, розпочато новий підхід до перинатального лікування пацієнтів із ГШ, який включає такі основні моменти: пренатальний УЗ-моніторинг кожні 4 тижні, дородовий консиліум у складі акушер-гінеколога, дитячого хірурга, неонатолога, госпіталізація вагітної жінки в акушерські клініки перинатального центру у термін 36-37 тижнів гестації, народження шляхом кесарського розтину, транспортування дитини в межах одного лікувального закладу в розгорнуту операційну, хірургічна корекція вади у перші хвилини після народження. З лютого 2006 року до січня 2010 року таку тактику лікування застосовано у 10 випадках новонароджених дітей, серед яких було 5 хлопчиків та 5 дівчаток. Усі діти народжені в акушерських клініках інституту педіатрії, акушерства та гінекології. Вік матерів складав від 16 до 29 років, в середньому 20,8 років. У більшості жінок (n=8) вагітність була першою та пологи перші (n=9), перебіг вагітності із загрозою переривання у першій половині (n=6). Для оцінки ефективності запропонованого протоколу лікування використовували такі критерії: післяопераційна летальність, частота післяопераційних ускладнень, тривалість повного парентерального харчування, можливість первинної пластики передньої черевної стінки, необхідність у застосуванні протезних матеріалів. Контрольну групу склали 30

пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці протягом квітня 1986 року - вересня 2005 року.

Протягом листопада 1990 року - грудня 2009 року на стаціонарному лікуванні в клініці знаходилося 19 новонароджених з омфалоцеле, із яких до 2005 року - 10 (контрольна група), з 2006 по 2009 роки - 10 (дослідна група). Прооперовано 19 новонароджених. Одна дитина із двійні, недоношена, із множинними супутніми вадами розвитку померла через 3 доби після народження, не оперована. Пренатально діагноз встановлено у 9 пацієнтів (47,4%).

Результати. Обговорення

Суперечки стосовно терміну та способу народження дитини із ГШ тривають протягом останніх 20 років, тобто протягом періоду часу, коли вада у більшості випадків діагностується пренатально [Skarsgard et al., 2008; Kuroda et al., 2004].

У дослідній групі пренатально діагноз гастрошизису встановлено у 100% випадків, серед них до 22 тижнів гестації - у 7(70%), середній термін пренатально встановленого діагнозу - 19,5 тижнів гестації. Пізня діагностика (36 і 38 тижнів) мала місце у двох клінічних випадках. До 1995 року (11 дітей) достовірних даних стосовно пренатально встановленого діагнозу немає. Серед 19 пацієнтів (1996-2005 роки) пренатально діагностовано ваду у 13(68,2%) пацієнтів. Такі результати можна пояснити підвищенням якості діагностики, а також впровадженням її в широку практику [Tower et al., 2009].

У випадку пренатально встановленого діагнозу вади розвитку передньої черевної стінки жінку госпіталізують в акушерську клініку перинатального центру у 36-37 тижнів гестації. До пологів проводиться консилиум у складі акушер-гінеколога, неонатолога та дитячого хірурга, метою якого є підтвердження основного діагнозу, встановлення супутніх вад розвитку, планування ведення вагітності, тактики пологів і подальшої лікувальної тактики.

Групи авторів пропонують плановий передчасний кесарський розтин у випадку пренатально діагностовано ГШ [Logghea et al., 2005; Hadidi et al., 1996]. Час народження дитини визначають відповідно до зрілості легень [Simmons, Georgeson, 1996]. Ряд авторів рекомендують народження дитини у термін 36-38 тижнів гестації, коли легенева тканина є зрілою, а ускладнення з боку кишечника ще не розвинулись [Vegunta et al., 2005]. Згідно з протоколом, розробленим у нашій клініці, кесарів розтин проводили у термін відповідно до акушерської ситуації. В середньому термін народження дітей становив 38,3 тижні гестації. Маса дітей при народженні в середньому становила 2434 г, що на 7% більша, ніж у дітей, народжених передчасним кесаревим розтином [Abdel-Latif et al., 2008]. Згідно літературних даних, у дітей, народжених до 35 тижнів гестації, не відмічено більш швидкого розвитку толерантності до їжі та більшої частки первинного закриття дефекту, навіпаки, американські автори отримали зворотні по-

рівняльні результати [Simmons, Georgeson, 1996].

Перевагами народження дитини з ГШ шляхом кесаревого розтину вважають захист органів черевної порожнини від травми та ішемії, попередження контакту евентрованих органів із мікрофлорою вагіни, зменшення імовірності зтяжних патологічних пологів, які спричинені евентрацією кишечника [Molik et al., 2001]. Крім цього, нами відмічено мінімальні прояви "симптому лушпайки", тобто відсутність фібринозних нашарувань на петлях кишечника, незначний набряк стінки, її еластичність, а також можливість попередження евентрації додаткових кишкових петель під час пологів.

Під час народження дитини в акушерській операційній, крім неонатолога, знаходяться дитячий хірург та реаніматолог, які розпочинають лікувальні заходи відразу після народження дитини: оцінка стану новонародженої дитини та підтвердження діагнозу; розміщення евентрованих органів по серединній лінії та ізоляція їх стерильною пелюшкою для попередження стиснення вен в дефекті черевної стінки і запобігання переохолодженню дитини; введення назогастрального зонда для декомпресії; ендотрахеальна інтубація; знеболення морфіном; введення вітаміну К, дицинону. Дитину транспортують до розгорнутої операційної.

Хронічні зміни у неприкритому кишечнику пов'язують із зменшенням продукції кишкових ферментів і повільним відновленням його моторики, що є передумовою багатьох післяопераційних ускладнень, зокрема, розвитку некротичного ентероколіту, тривалого ілеусу та пов'язаних з ними необхідністю тривалого парентального харчування [Hadidi et al., 2008]. Для попередження ускладнень з боку кишечника оперативне лікування проводилося у перші 10-15 хвилин після народження.

В операційній залі під загальним знечуванням проводили іригацію товстої кишки теплим ізотонічним розчином NaCl для евакуації меконію. Оперативне втручання виконували під загальним знечуванням, із застосуванням м'язових релаксантів та апаратної вентиляції легень. Одномоментне вправлення органів в черевну порожнину проведено у всіх 10 пацієнтів дослідної групи, пластику передньої черевної стінки проводили місцевими тканинами, інші синтетичні чи біологічні матеріали у пацієнтів з ГШ не використовували. Серед 29 оперованих пацієнтів контрольної групи протезні матеріали використано у 10 (34,5%), зокрема, консервовану очеревину (n=1), целофановий мішок (n=1), консервовану мозкову оболонку (n=4), плацентарні оболонки матері (n=4).

Для забезпечення косметичного результату проводили пластику пупкового кільця шляхом зшивання між собою країв розпластаного пуповини. Шкіру мобілізували по периметру від апоневрозу і пластику передньої черевної стінки проводили із формуванням вентральної грижі, що попереджувало підвищення внутрішньочеревного тиску.

Враховуючи наявність супутніх аномалій шлунково-кишкового тракту, К.А.Молік з співав. [2001], пропонують розділяти дві категорії ГШ: низького ризику (простий) та високого ризику (комплексна, для якої характерно наявність атрезії, стенозу, перфорації або ішемії кишечника). Для пацієнтів другої категорії (комплексної) характерно: продовжений період паралітичного ілеусу, більша тривалість парентерального харчування, вищий відсоток післяопераційних ускладнень та летальності [Molik et al., 2001].

Серед 10 пацієнтів до групи високого ризику можна віднести 5(50%), у яких діагностовано такі ураження кишечника: атрезія тонкої кишки, тип II (n=1), атрезія тонкої кишки за типом "яблучної шкірки" з внутрішньо-оутробною перфорацією кишечника, внутрішньо-оутробним перитонітом (n=1), дисплазія кишечника (n=1), мікроколони правої половини ободової кишки з дефектом брижі (n=1), флегмона стінки тонкої кишки (n=2). Типовим для усіх дітей із вадами передньої черевної стінки є синдром мальротатії, проте ризик виникнення завороту середньої кишки є мінімальним, оскільки йому перешкоджають злуки, які формуються під час хірургічного втручання [Marven, Owen, 2008]. Корекцію мальротатії не проводили під час операції і таких дітей до групи високого ризику не відносили. Серед пацієнтів групи низького ризику у 4-х дітей тривалість повного парентерального харчування становила 7-9 діб, післяопераційних ускладнень не було. Відновлення моторики кишечника відмічено на другий тиждень життя. Летальних випадків не було, віддалені результати добрі. В однієї дитини перебіг післяопераційного періоду ускладнився розвитком некротичного ентероколіту (НЕК) II та шлунково-кишковою кровотечею на 11-ту добу після операції, тривалість повного парентерального харчування збільшено до 18 днів. Дитина одужала.

У дітей із групи високого ризику виникли післяопераційні ускладнення: НЕК II (n=2), синдром короткої кишки (n=1), тривалий паралітичний ілеус, що супроводжувався розходженням країв рани та евентрацією кишечника (n=2), сепсис, поліорганна недостатність (n=2). Вкрай тяжким був перебіг післяопераційного періоду у дитини із атрезією тонкої кишки за типом "яблучної шкірки", флегмоною стінки тонкої і ободової кишки. Враховуючи ураження кишечника від зв'язки Трейца до сигмовидної кишки, в пасаж при повторній операції була включена тонка кишка, яка мала вузьку брижу, а проксимальний і дистальний кінець її закінчувалися сліпо. Вдалося відновити пасаж по кишечнику, проте зберігався синдром короткої кишки, дитина засвоювала не більше 40-50 мл гідролізованої суміші, була необхідність у постійному частковому парентеральному харчуванні. При виписці дитина засвоювала до 70 мл частково гідролізованої суміші. В іншого новонародженого хлопчика, доношеного, масою при народженні 3738 г, видимих уражень кишечника під час первинного огляду не виявлено, проте весь післяопераційний

період утримувався паралітичний ілеус, на тлі якого виникли повторні евентрації кишечника, відмічалось прогресивне розширення кишкових петель. Проведені повторні оперативні втручання: розділення злук, інтубація кишечника, створення обхідного здухвинно-сигмоанастомозу кінець-в-бік (оскільки виявлено нефункціонуючу ділянку термінального відділу здухвинної кишки). Дитина померла на 44 добу від сепсису, поліорганної недостатності на тлі дисплазії кишечника. Діагноз нейродисплазії стінки на усіх досліджуваних ділянках тонкої кишки підтверджено гістологічно.

Серед 29 пацієнтів контрольної групи післяопераційна летальність становила 41,4%. Одна дитина із множинними вадами розвитку не оперована. В умовах перинатального центру народилось 11 пацієнтів із контрольної групи, із яких одужало 7, післяопераційна летальність становила 36,3%. Решта пацієнтів доставлені з інших лікувальних закладів України, поступили в стаціонар від 6 до 36 годин після народження. Більшість дітей поступали з інших клінік з ознаками переохолодження, відмічались вираженні вторинні зміни евентрованого кишечника.

На відміну від гастрошизису, при омфалоцелеологи планують згідно з акушерською ситуацією. Кесарів розтин можна рекомендувати при омфалоцеле великих розмірів з метою попередження травмування печінки. Необхідності в екстремому оперативному втручанні немає за умови збереженої цілісності ембріональних оболонок.

Супутні вади розвитку діагностовано у 9(45%) пацієнтів з омфалоцеле, найчастіше - це природжені вади серця: дефект міжшлуночкової перегородки (n=2), тетрада Фало (n=1), загальний артеріальний стовбур (n=1), стеноз легеневих вен (n=1), додаткова верхня порожниста вена (n=1), частковий аномальний дренаж легеневих вен (n=1), а також пентада Кантрелла (n=1), френікоперикардальна грижа (n=2), правобічна істинна діафрагмальна грижа (n=1), необлітерована жовточна протока (n=2).

Пренатальна діагностика омфалоцеле є достатньо ефективною: до 2005 року до родів ваду діагностовано у 30% випадків, у період 2006-2009 років пренатально діагноз встановлено у 80% пацієнтів, причому у ранні терміни (14-19 тижнів) гестації. Не діагностовано омфалоцеле малих розмірів у 2-х пацієнтів, несправжньо-позитивний результат спостерігали в одному випадку (після пологів діагностовано екстрофію сечового міхура).

Оперативне лікування - пластика передньої черевної стінки - проводилось через 18-36 годин після народження, після стабілізації стану дитини та проведення додаткових методів обстеження, враховуючи високоту частоту супутніх вад розвитку.

Під час пластики передньої черевної стінки важливим моментом є формування пупкового кільця. У 1986 році Wesson і Baesl вперше запропонували нову техніку

пластики передньої черевної стінки із збереженням пупка [цит. за Uceda, 1996]. Збереження пупкового канатика є першочерговою умовою для забезпечення хорошого косметичного результату і є можливим при всіх способах закриття дефекту [Marven, Owen, 2008]. Під час висічення ембріональних оболонок ми рекомендуємо збереження тієї їх частини, які вкривають елементи пупкового канатика, з допомогою яких буде формуватися кукаса пуповини. Муміфікація останньої забезпечить утворення пупкової ямки найбільш природної форми.

У пацієнтів з великими дефектами передньої черевної стінки застосовувалась етапна хірургічна корекція із використанням плацентарних оболонок для ізоляції кишкових петель. На шкіру накладали програмовані провізорні шви на поліхлорвінілових прокладках, які дозволяли зменшувати діастаз між краями рани шляхом їх дозованого натягування. З 2007 року використовували біоімпланти "Тугопласт-перикард", який фіксували по периметру до країв мобілізованого апоневрозу, у випадках вираженої вісцеро-абдомінальної диспропорції.

Післяопераційна летальність при омфалоцеле у контрольній групі становила 40%, у дослідній групі пацієнтів летальних випадків не було. Первинна пластика пупкового кільця дозволила отримати добрі косметичні ре-

зультати: типове розміщення і форма пупка.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікування дітей із природженими вадами передньої черевної стінки в умовах єдиного перинатального центру дозволяє виключити етап транспортування новонародженого з іншого лікувального закладу, попередити можливі ускладнення та забезпечує умови для ранньої хірургічної корекції.

2. Пологи шляхом кесаревого розтину при гастрошизисі дозволяють запобігти пошкодженню кишечника під час проходження родових шляхів і розвитку травматичного шоку, зменшити тривалість післяопераційного ілеусу і парентерального харчування.

3. Відстрочене оперативне лікування омфалоцеле дозволяє діагностувати супутні вади розвитку та обрати оптимальний спосіб пластики передньої черевної стінки.

4. Первинна пластика пупка при вадах передньої черевної стінки дозволяє досягнути добрих косметичних результатів.

Запропонований клінічний протокол народження дітей шляхом кесарського розтину і ранньої хірургічної корекції ГШ дозволяє скоротити період паралітичного ілеусу і повного парентерального харчування.

Література

- Методи діагностики и лечения гастрошизиса и омфалоцеле у детей / С.В.Веселый, В.Н.Грона, В.П.Перунский [и др.] //Перинатол. и педиатр. - 2006. - №3.(27). - С. 137-143.
- A randomized controlled trial of elective preterm delivery of fetuses with gastroschisis / H.L.Logghea, G.C.Mason, J.G.Thornton [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2005. - Vol.40, №11. - P.1726-1731.
- Abdel-Latif M.E. Mode of delivery and neonatal survival of infants with gastroschisis in Australia and New Zealand /M.E.Abel-Latif, S.Bolisetty, S.Abeywardana [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2008. - Vol.43. - P. 1685-1690.
- Canadian Pediatric Surgical Network: a population-based pediatric surgery network and database for analyzing surgical birth defects. The first 100 cases of gastroschisis /E.D.Skarsgard, J.Claydon, S.Bouchard [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2008. - Vol.43. - P. 30-34.
- Chromosomal Anomalies in Newborns With Omphalocele /D.St-Vil, K.S.Shaw, M.Lallier [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 1996. - Vol.31. - №6. - P. 831-834.
- Early elective cesarean delivery before 36 weeks vs late spontaneous delivery in infants with gastroschisis /A.Hadidi, U.Subotic, M.Goeppl [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2008. - Vol.43. - P. 1342-1346.
- Gastroschisis: A Plea For Risk Categorization /K.A.Molik, C.A.Gingalewski, K.W.West [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2001. - Vol.36, №1. - P. 51-55.
- Kumar H.R. Impact of omphalocele size on associated conditions /H.R.Kumar, A.L.Jester, A.P.Ladd//J. of Pediatr. Surg. - 2008. - Vol.43. - P. 2216-2219.
- Marven S. Contemporary postnatal surgical management strategies for congenital abdominal wall defects /S.Marven, A.Owen //Seminars in Ped.c Surg. - 2008. - Vol.17. - P. 222-235.
- Outcome of prenatally diagnosed anterior abdominal wall defects P.A.Boyd, A.Bhattacharjee, S.Gould [et al.] // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. - 1998. - Vol.78. - P. F209-F213.
- Prenatal diagnosis and management of abdominal diseases in pediatric surgery /T.Kuroda, Y.Kitano, T.Honna [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2004. - Vol.39, №12. - P. 1819-1822.
- Prognosis in isolated gastroschisis with bowel dilatation: a systematic review / C.Tower, S.S.C.Ong, A.K.Ewer [et al.] //Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. - 2009. - Vol.94. - P. F268-F274.
- Simmons M. The Effect of Gestational Age at Birth on Morbidity in Patients With Gastroschisis /M.Simmons, K.E.Georgeson //J. of Pediatr. Surg. - 1996. - Vol.31. - №8. - P. 1060-1062.
- Stringer M. Controversies in the management of gastroschisis: a study of 40 patients / M.D.Stringer, R.J.Brereton, V.M.Wright //Arch. of Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. - 1991. - Vol.66. - P. 34-36.
- Uceda J. Umbilical Preservation in Gastroschisis /J.Uceda //J. of Pediatr. Surg. - 1996. - Vol.31, №10. - P. 1367-1368.
- Vegunta R.K. Perinatal management of gastroschisis: analysis of a newly established clinical pathway /R.K.Vegunta, L.J.Wallace, M.R.Leonardi [et al.] //J. of Pediatr. Surg. - 2005. - Vol.40, №4. - P. 528-534.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЕДИНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Слепов А.К., Сорока В.П., Бензар И.Н., Гордиенко И.Ю., Давыдова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкина И.С., Пономаренко А.П., Мигур М.Ю.

Резюме. В статье приводится клинический алгоритм перинатального лечения новорожденных с дефектами передней брюшной стенки в перинатальном центре при условии дородовой диагностики. Проведен анализ 6 клинических случаев. В каждом случае внутриутробного диагностированного ГШ или омфалоцеле проводится антенатальный консилиум. Родоразрешение происходит путем кесарева сечения. Хирургическую коррекцию выполняют через 15 минут после рождения.

Изложенный клинический протокол рождения детей путем кесаревого сечения и ранней хирургической коррекции ГШ позволяет сократить период паралитического илеуса и продолжительность полного парентерального питания. Хирургическая коррекция омфалоцеле производится через 16-38 часов после рождения. Прогноз в этой группе пациентов определяется сопутствующими пороками развития.

Ключевые слова: гастрошизис, омфалоцеле, перинатальный центр, пренатальный консилиум.

SURGICAL CORRECTION OF THE CONGENITAL ABDOMINAL WALL DEFECTS AT THE NEWBORNS IN THE PERINATAL CENTER

Slepov A.K., Soroka V.P., Benzar I.M., Gordienko I.Y., Davydova Y.V., Slepova L.F., Dzham O.P., Palkina I.S., Ponomarenko A.P., Mygur M.Y.

Summary. *In the article a clinical algorithm of perinatal treatment of the newborns with the congenital abdominal wall defects in the perinatal centre at the condition of antenatal diagnosis is given. The analysis of 6 clinical cases was examined. Antenatal counselling was provided for every case of intrauterine diagnosis of gastroschisis and omphalocele. Babies with gastroschisis are born by cesarean section. Surgical correction is performed in 15 minutes after birth. Stated clinical protocol of children's birth by cesarean section and early surgical correction of gastroschisis allows to shorten the period of the paralytic ileus and the duration of total parenteral nutrition. Surgical correction of omphalocele is performed in 18-36 hours after birth. Prognosis in this group of patients depends on the accompanied congenital defects.*

Key words: *gastroschisis, omphalocele, perinatal centre, antenatal counselling.*

© Усенко Л.В., Макарчук О.І.

УДК: 611.778.018

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ДИНАМІКА ЗМІН ШКІРИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ФРОНТЛІФТИНГУ З ІНТРАОПЕРАЦІЙНИМ ВИКОРИСТАННЯМ ПЕРФТОРАНУ У ПАЦІЄНТІВ ГРУПИ РИЗИКУ

Усенко Л.В., Макарчук О.І.

Дніпропетровська державна медична академія (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), клініка "Арт-медика" (вул. Свердлова, 65, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Резюме. *У роботі визначена динаміка апаратних діагностичних критеріїв стану шкіри протягом 1 року після відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу у залежності від вихідного ступеня інволютивних змін, наявності супутньої патології та за умов інтраопераційного використання перфторану. У 65 пацієнтів загальної клінічної групи під час проведення відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу застосовували стандартне анестезіологічне забезпечення. У 23 пацієнтів з 39 хворих групи ризику під час операцій 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 і II ступенів проведення фронтліфтингу за ендоскопічною технологією запобігає розвитку патологічних змін, які спостерігаються після традиційного ліфтингу за відкритою технологією через 1 і 3 місяці після втручання. У загальній клінічній групі пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня післяопераційна динаміка стану шкіри не має суттєвих розбіжностей у залежності від способу виконаної операції. У пацієнтів групи ризику з інволютивними змінами шкіри I-II ступенів після проведення фронтліфтингу відбувається різке порушення апаратних параметрів шкіри починаючи з найближчого післяопераційного періоду, проте інтраопераційне введення перфторану в дозі 5 мл/кг під час проведення ендоскопічного втручання дозволяє попередити розвиток негативної динаміки апаратних критеріїв.*

Ключові слова: фронтліфтинг, шкіра, апаратна діагностика, перфторан.

Вступ

Удосконалення технічних аспектів оперативних втручань в естетичній хірургії обумовило збільшення кількості операцій та суттєве розширення контингенту жінок, що звертаються до спеціалізованих клінік. Але при цьому також значно зросла частка пацієнтів з різноманітною супутньою патологією, що потребує пошуку нових підходів до оперативних технологій і особливої уваги у післяопераційному періоді. У пацієнтів даного контингенту саме високий ризик інтраопераційних і післяопераційних ускладнень суттєво обмежує діапазон показань [Белоусов, 1998; Toth et al., 2004; McCarty, 2005]. Тому попередження таких ускладнень є важливим питанням при плануванні операцій в естетичній хірургії обличчя. Одним з перспективних напрямків у розробці

даного питання виявилось застосування унікальних властивостей перфторвуглецевих сполук, зокрема, в щелепно-лицевій хірургії [Петрова и др., 2004] та при черепно-лицевій травмі [Закаров и др., 2007]. Також у даному аспекті заслуговують на увагу результати експериментальних досліджень, які свідчать про суттєвий нормалізуючий вплив перфторану на загоювання ран [Орлов и др., 2004а], відновлення архітекtonіки мікроциркуляторного русла, підвищення рівня капілярного кровообігу з посиленням перфузії паравазальної тканини та нормалізацією реологічних властивостей крові [Кармен и др., 2007; Магомедов и др., 2008]. Увагу дослідників також привернула здатність перфторану при внутрішньовенному введенні стимулювати не лише

Изложенный клинический протокол рождения детей путем кесаревого сечения и ранней хирургической коррекции ГШ позволяет сократить период паралитического илеуса и продолжительность полного парентерального питания. Хирургическая коррекция омфалоцеле производится через 16-38 часов после рождения. Прогноз в этой группе пациентов определяется сопутствующими пороками развития.

Ключевые слова: гастрошизис, омфалоцеле, перинатальный центр, пренатальный консилиум.

SURGICAL CORRECTION OF THE CONGENITAL ABDOMINAL WALL DEFECTS AT THE NEWBORNS IN THE PERINATAL CENTER

Slepov A.K., Soroka V.P., Benzar I.M., Gordienko I.Y., Davydova Y.V., Slepova L.F., Dzham O.P., Palkina I.S., Ponomarenko A.P., Mygur M.Y.

Summary. *In the article a clinical algorithm of perinatal treatment of the newborns with the congenital abdominal wall defects in the perinatal centre at the condition of antenatal diagnosis is given. The analysis of 6 clinical cases was examined. Antenatal counselling was provided for every case of intrauterine diagnosis of gastroschisis and omphalocele. Babies with gastroschisis are born by cesarean section. Surgical correction is performed in 15 minutes after birth. Stated clinical protocol of children's birth by cesarean section and early surgical correction of gastroschisis allows to shorten the period of the paralytic ileus and the duration of total parenteral nutrition. Surgical correction of omphalocele is performed in 18-36 hours after birth. Prognosis in this group of patients depends on the accompanied congenital defects.*

Key words: *gastroschisis, omphalocele, perinatal centre, antenatal counselling.*

© Усенко Л.В., Макарчук О.І.

УДК: 611.778.018

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ДИНАМІКА ЗМІН ШКІРИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ФРОНТЛІФТИНГУ З ІНТРАОПЕРАЦІЙНИМ ВИКОРИСТАННЯМ ПЕРФТОРАНУ У ПАЦІЄНТІВ ГРУПИ РИЗИКУ

Усенко Л.В., Макарчук О.І.

Дніпропетровська державна медична академія (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), клініка "Арт-медика" (вул. Свердлова, 65, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Резюме. *У роботі визначена динаміка апаратних діагностичних критеріїв стану шкіри протягом 1 року після відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу у залежності від вихідного ступеня інволютивних змін, наявності супутньої патології та за умов інтраопераційного використання перфторану. У 65 пацієнтів загальної клінічної групи під час проведення відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу застосовували стандартне анестезіологічне забезпечення. У 23 пацієнтів з 39 хворих групи ризику під час операцій 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 і II ступенів проведення фронтліфтингу за ендоскопічною технологією запобігає розвитку патологічних змін, які спостерігаються після традиційного ліфтингу за відкритою технологією через 1 і 3 місяці після втручання. У загальній клінічній групі пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня післяопераційна динаміка стану шкіри не має суттєвих розбіжностей у залежності від способу виконаної операції. У пацієнтів групи ризику з інволютивними змінами шкіри I-II ступенів після проведення фронтліфтингу відбувається різке порушення апаратних параметрів шкіри починаючи з найближчого післяопераційного періоду, проте інтраопераційне введення перфторану в дозі 5 мл/кг під час проведення ендоскопічного втручання дозволяє попередити розвиток негативної динаміки апаратних критеріїв.*

Ключові слова: фронтліфтинг, шкіра, апаратна діагностика, перфторан.

Вступ

Удосконалення технічних аспектів оперативних втручань в естетичній хірургії обумовило збільшення кількості операцій та суттєве розширення контингенту жінок, що звертаються до спеціалізованих клінік. Але при цьому також значно зросла частка пацієнтів з різноманітною супутньою патологією, що потребує пошуку нових підходів до оперативних технологій і особливої уваги у післяопераційному періоді. У пацієнтів даного контингенту саме високий ризик інтраопераційних і післяопераційних ускладнень суттєво обмежує діапазон показань [Белоусов, 1998; Toth et al., 2004; McCarty, 2005]. Тому попередження таких ускладнень є важливим питанням при плануванні операцій в естетичній хірургії обличчя. Одним з перспективних напрямків у розробці

даного питання виявилось застосування унікальних властивостей перфторвуглецевих сполук, зокрема, в щелепно-лицевій хірургії [Петрова и др., 2004] та при черепно-лицевій травмі [Закаров и др., 2007]. Також у даному аспекті заслуговують на увагу результати експериментальних досліджень, які свідчать про суттєвий нормалізуючий вплив перфторану на загоювання ран [Орлов и др., 2004а], відновлення архітекtonіки мікроциркуляторного русла, підвищення рівня капілярного кровообігу з посиленням перфузії паравазальної тканини та нормалізацією реологічних властивостей крові [Кармен и др., 2007; Магомедов и др., 2008]. Увагу дослідників також привернула здатність перфторану при внутрішньовенному введенні стимулювати не лише

системний, а й місцевий кровообіг на фоні зниження периферичного судинного опору [Орлов и др., 20046]. Отже, зважаючи на відомі загальні властивості перфторану в анестезіологічному забезпеченні [Усенко, 1998; Мороз и др., 1995; 2006], 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 відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу у залежності від вихідного ступеня інволютивних змін, наявності супутньої патології та за умов інтраопераційного використання перфторану.

Матеріали та методи

У роботі здійснювали апаратну діагностику ("Light Check-up", RBV, Італія) шкіри 104 жінок віком від 19 до 73 років при проведенні традиційних та ендоскопічних хірургічних втручань для корекції інволютивних дефектів шкіри верхньої зони обличчя. Розподілення контингенту пацієнтів за ступенем інволютивних змін шкіри проводили за процедурою, розробленою нами раніше [Макарчук, 2008]. Дослідження проводили диференційовано у пацієнтів загальної клінічної групи та групи ризику [Макарчук, 2009]. Розподіл контингенту пацієнтів за видами операцій та ступенем інволютивних змін шкіри наведено в таблиці 1.

У 65 пацієнтів загальної клінічної групи під час проведення відкритого та ендоскопічного фронтліфтингу застосовували стандартне анестезіологічне забезпечення. У 23 пацієнтів з 39 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; стан кислотної гідроліпідної плівки; загальну, внутрішньоклітинну та міжклітинну гідратацію шкіри; рівень стресової напруги шкіри; біологічний вік шкіри; відносний вміст колагену;

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 фронтліфтинг	6	10	12	28
Ендоскопічний фронтліфтинг	8	18	11	37
Група ризику				
Традиційний фронтліфтинг	0	6	4	10
Ендоскопічний фронтліфтинг	4	12	13	29
Загалом	18	46	40	104

ну; 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 Д.У.Снедекора [1961]. Розрахунки інтегральних параметрів стану шкіри кожної пацієнтки за блоками апаратних критеріїв ґрунтували на принципах політетичного кластерного аналізу [Bailey, 1985], 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; Xj - позначення і-го показника; ai - коефіцієнт діагностичної вагомості (значущості) і-го показника серед інших показників; i - середнє квадратичне відхилення і-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 Стюдента (нормальне розподілення) або X-критерію Вандер-Вардена (відхилення від нормального розподілення) [Лакин, 1990].

Результати. Обговорення

У пацієнтів загальної клінічної групи з I ступенем інволютивних змін шкіри через 1 місяць після проведення традиційного фронтліфтингу спостерігалось різке підвищення значень інтегрального апаратного параметру інволютивних змін шкіри у порівнянні з передопераційним станом (+98,4%; p<0,05), в той час як ендоскопічне втручання суттєво запобігало зростанню показника у цей термін післяопераційного періоду (рис. 1). Апаратна діагностика стану шкіри пацієнтів через 3 місяці після проведення фронтліфтингу показала, що ступінь патоморфологічних змін шкіри за умов проведення відкритого втручання значно зменшувався, проте продовжував перевищувати передопераційний рівень на 59,0% (p<0,05). На протилежність цьому, після ендоскопічної операції величина інтегрального параметру не відрізнялася достовірно від вихідних значень у більшості пацієнтів. Лише після 6 місяців післяопераційного періоду результати традиційного і ендоскопічного втручань істотно не розрізнялися між собою, наближаючись до передопераційних величин. Проведення фронтліфтингу за ендоскопічною технологією у пацієнтів групи ризику призводило до значного зростання інтегрального апаратного показника змін шкіри через 1 і 3 місяці після операції (на 67,7% і 58,8% відповідно; p<0,05). Навіть у віддаленому післяопераційному періоді середнє значення досліджуваного параметру статистично вагомо перевищувало передопераційний рівень. Інтраопераційне застосування перфторану під час проведення ен-

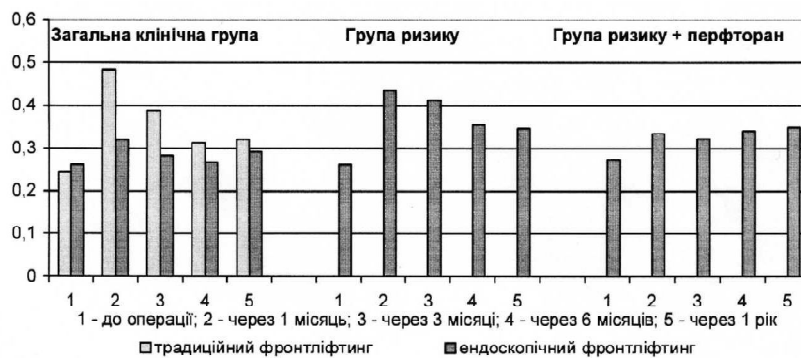


Рис. 1. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного та ендоскопічного фронтліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри I ступеня.

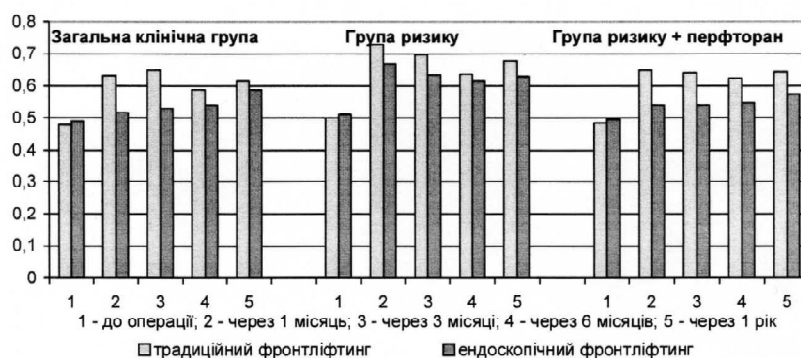


Рис. 2. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного та ендоскопічного фронтліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри II ступеня.

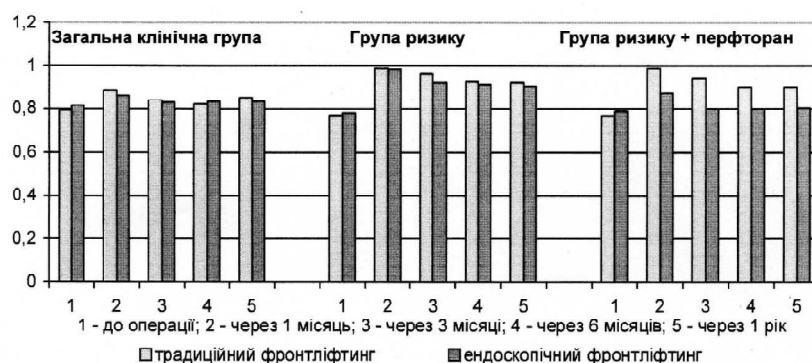


Рис. 3. Динаміка змін інтегрального параметру апаратних критеріїв після виконання традиційного та ендоскопічного фронтліфтингу у пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня.

ендоскопічного втручання дозволяло запобігти різкому зростанню ступеня патоморфологічних змін шкіри через 1 і 3 місяці після операції: значення інтегрального параметру достовірно поступалося його різко підвищеному рівню у зазначені терміни після ендоскопічного фронтліфтингу і лише у віддаленому післяопераційному періоді істотно від нього не відрізнялося.

Аналіз динаміки змін інтегрального параметру апаратних критеріїв у пацієнтів з патоморфологічними змінами шкіри II ступеня через 1 місяць від моменту проведення традиційного фронтліфтингу встановив

значне збільшення величини даного токазнику в порівнянні з величинами доопераційного періоду на 31,3% ($p < 0,05$) на відміну від групи пацієнтів після ендоскопічного фронтліфтингу, у яких значення інтегральних параметрів майже не відрізнялось від вихідних величин (рис. 2). Лише після 6-го місяця післяопераційного періоду відзначалось зменшення величини інтегрального апаратного параметру, а також різниці його значень у групах хворих після застосування традиційного й ендоскопічного фронтліфтингу, які відтепер суттєво не відрізнялись від величини даного показника до операції. У групі ризику, де фронтліфтинг проводився закритим методом без застосування перфторану, динаміка змін інтегрального апаратного параметру характеризувалась достовірним підвищенням значень показника через 1 та 3 місяці після операції (на 45,6% і 39,2% відповідно). Зниження даної величини у віддаленому післяопераційному періоді було не суттєвим, тож інтегральний параметр шкіри алишався достовірно вищим за доопераційні показники. При застосуванні перфторану під час традиційного фронтліфтингу динаміка змін було аналогічною, але дещо нижчою, ніж після втручання без застосування перфторану: міни інтегрального параметру через 1 і 3 місяці становили 33,9% ($p < 0,05$) та 2,2% ($p < 0,05$) відповідно. Після ендоскопічного фронтліфтингу у хворих групи ризику без застосування перфторану тенденція змін показника була подібна до описаних вище, при цьому значення були дещо меншими, ніж у групі пацієнтів після операції із застосуванням перфторану, проте достовірно вищими за доопераційні показники. Найкращі результати були отримані після ендоскопічної операції з використанням

перфторану: величина інтегрального параметру достовірно не відрізнялася від вихідних значень у більшості пацієнтів.

У пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня динаміка змін інтегрального апаратного параметру після виконання традиційного та ендоскопічного фронтліфтингу характеризувалась помірним збільшенням показника, коливання якого протягом всього післяопераційного періоду не набувало достовірних відмінностей відносно вихідних даних та вагомо не відрізнялося один від одного при обох видах операції (рис. 3). У

групі ризику проведення фронтліфтингу обома застосовуваними способами призвело до суттєвого збільшення величини інтегрального параметру через 1 місяць після операції: на 28,9% ($p < 0,05$) після відкритого (традиційного) ліфтингу та на 26,2% ($p < 0,05$) після проведення операції за ендоскопічною технологією. У свою чергу значення досліджуваного показника істотно не розрізнялися між собою й на наступних етапах післяопераційного періоду. Вони дещо зменшувались, але зберігали достовірну різницю з вихідними значеннями. Застосування перфторану при традиційному фронтліфтингу не справило очікуваного ефекту на величину інтегрального параметру й різниця з проведенням операції без залучення перфторану була мінімальною. Навпаки, комбінація ендоскопічного фронтліфтингу з використанням перфторану суттєво запобігала зростанню показника у післяопераційному періоді: його значення статистично не відрізнялись від величини інтегрального параметру, визначеного перед операцією.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За даними апаратної діагностики стану шкіри про-

тягом 1 року післяопераційного періоду, у пацієнтів загальної клінічної групи з інволютивними змінами шкіри I і II ступенів проведення фронтліфтингу за ендоскопічною технологією запобігає розвитку патологічних змін, які спостерігаються після традиційного ліфтингу за відкритою технологією через 1 і 3 місяці після втручання.

2. У загальній клінічній групі пацієнтів з інволютивними змінами шкіри III ступеня післяопераційна динаміка стану шкіри не має суттєвих розбіжностей у залежності від способу виконаної операції.

3. У пацієнтів групи ризику з інволютивними змінами шкіри I-II ступенів після проведення фронтліфтингу відбувається різке порушення апаратних параметрів шкіри починаючи з найближчого післяопераційного періоду, проте інтраопераційне введення перфторану в дозі 5 мл/кг під час проведення 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 фейсліфтингу.

Література

Белоусов В.А. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия /Белоусов В.А. - СПб: Гиппократ, 1998. - 744 с.

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.

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.

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.

Магомедов Х.М. Коррекция паравазальной микроциркуляции комплексной регионарной тром-болитической терапией /Х.М. Магомедов, М.А.Магомедов, Р.Д.Мейланова //Сибирский медицинский журнал. - 2008. - Т.28, №1-2. - С. 30-38.

Макарчук О.І. Діагностика ступеня інволютивних змін шкіри обличчя на ґрунті морфологічних критеріїв і за допомогою апарату "Light check-up" /О.І.Макарчук //Морфологія. - 2008. - ТЛІ, №2. - С. 20-29.

Макарчук О.І. Патоморфологія шкіри обличчя у різних вікових категорій жінок із супутньою внутрішньою патологією /О.І.Макарчук //Морфологія. - 2009. - Т.Ш, №4. - С. 34-42.

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.

Мороз В.В. Применение перфторана в клинической медицине /В.В.Мороз, Н.А.Крылов, А.Н.Кайдаш //Анестезиология реаниматология. - 1995. - №6. - С. 12-17.

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.

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.

Снедекор Д.У. Статистические методы в применении к исследованиям в сельском хозяйстве и биологии; [пер. с англ.]. /Снедекор Д.У. - М.: Мир, 1961. - 262 с.

Усенко Л.В. Новые возможности и старые опасности инфузионно-трансфузионной терапии /Л.В.Усенко // Лікування та діагностика. - 1998. - №4. - С. 42-45.

Экспериментально-клиническое исследование перфторана в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии /И.Н.Петрова, А.А.Орлов, В.П.Ипполитов [и др.] //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2004. - №3/4. - С. 79-81.

Bailey K. Systems as clusters /K.Bailey // Behav. Sci. - 1985. - Vol.30, №2. - P. 98-107.

McCarty M.L. Minimal incision facelift surgery /M.L.McCarty //Ophthalmol. Clin. North. Am. - 2005. - Vol.18, №20. - P. 305-310.

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.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ ФРОНТЛИФТИНГА С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФТОРАНА У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА
Усенко Л.В., Макарчук А.И.

Резюме. В работе определена динамика аппаратных диагностических критериев состояния кожи в течение 1 года после открытого и эндоскопического фронтлифтинга в зависимости от исходной степени инволютивных изменений, наличия сопутствующей патологии и в условиях интраоперационного применения перфторана. У 65 пациентов общей клинической группы во время проведения открытого и эндоскопического фронтлифтинга применяли стандартное анестезиологическое обеспе-

чение. У 23 пациентов из 39 больных группы риска во время операций дополнительно осуществляли интраоперационное внутривенное введение плазмозаменителя с функцией переноса кислорода перфторана (Россия), в дозе 5 мл/кг. У пациентов общей клинической группы с инволютивными изменениями кожи I и II степеней проведение фронтлифтинга по эндоскопической технологии предотвращает развитие патологических изменений, которые наблюдаются после традиционного лифтинга по открытой технологии через 1 и 3 месяца после вмешательства. В общей клинической группе пациентов с инволютивными изменениями кожи III степени послеоперационная динамика состояния кожи не имеет существенных расхождений в зависимости от способа выполненной операции. У пациентов группы риска с инволютивными изменениями кожи I-III степеней после проведения фронтлифтинга происходит резкое нарушение аппаратных параметров кожи, начиная с ближайшего послеоперационного периода, однако интраоперационное введение перфторана в дозе 5 мл/кг во время проведения эндоскопического вмешательства позволяет предупредить развитие негативной динамики аппаратных критериев.

Ключевые слова: фронтлифтинг, кожа, аппаратная диагностика, перфторан.

POSTOPERATIVE DYNAMICS OF CHANGES IN A SKIN AFTER PERFORMING DIFFERENT VARIANTS OF FRONTLIFT WITH INTRAOPERATIONAL USE OF PERFTORAN AT PATIENTS OF RISK GROUP

Usenko L.V., Makarchuk A.I.

Summary. In this investigation dynamics of hardware diagnostic criteria of a condition of a skin within 1 year after opened and endoscopic frontlift depending on initial degree of involutive changes, presence of an accompanying pathology and under conditions of intraoperational use of perftoran is defined. At 65 patients of the general clinical group during carrying out opened and endoscopic frontlift standard anesthetic maintenance was applied. At 23 patients from 39 sick of risk group during operations in addition intraoperational intravenous injection of plasma substitute with function of carrying over of oxygen, perftoran (Russia), in a dose of 5 ml/kg was carried out. At patients of the general clinical group with involutive skin changes I and II degrees carrying out frontlift on endoscopic technologies prevents development of pathological changes which are observed after traditional lifting by open technology in 1 and 3 months after intervention. In the general clinical group of patients with involutive skin changes III degree postoperative dynamics of a condition of a skin has no essential divergences depending on a way of the executed operation. Patients of risk group with involutive skin changes I-III degrees after carrying out frontlift have a sharp infringement of hardware parameters of a skin, since the nearest postoperative period, however intraoperational injection of perftoran in a dose of 5 ml/kg during carrying out endoscopic interventions allows to warn development of negative dynamics of hardware criteria.

Key words: frontlift, skin, hardware diagnostic, perftoran.

© Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К.

УДК: 616.36-006.55-07-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ПЕЧЕНИ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна (просп. Ильича, 14, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 163 пациента с доброкачественными очаговыми образованиями печени, среди которых аденомы печени имели 14 (8,6%). Возраст больных составил 27-60 лет, женщин было 12 (85,7%), мужчин - 2 (14,3%). Применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клинико-лабораторные, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, пункционная биопсия. 10 (71,4%) больным выполнена резекция печени, 4 (28,6%) - энуклеация опухоли, причем 3 больным с помощью устройства для удаления желчного пузыря или кисты паренхиматозного органа (патент на полезную модель № 42186 от 25.06.2009 г.). В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечалось временное подтекание желчи из дренажа. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: аденома печени, диагностика, хирургическое лечение.

Введение

По настоящее время доброкачественные очаговые образования печени являются актуальной проблемой хирургии. Анализ современной литературы и клинического опыта свидетельствует о необходимости критического определения патогенеза этих заболеваний, разработки четких дифференциально-диагностических и прогностических критериев и показаний к консервативному и оперативному лечению [Колкин и др., 2008; Шаталов та ін., 2008].

С каждым годом частота выявления аденом печени значительно увеличивается в связи с широким внедрением УЗИ, КТ, МРТ и других высокоинформатив-

ных методов исследований, что открыло путь к развитию малоинвазивной хирургии. Однако проблема своевременного выявления и лечебной тактики при АП полностью не решена, что обусловлено отсутствием углубленного исследования данного раздела хирургии [Хацко и др., 2009; Колкин и др., 2008].

По данным различных авторов, частота встречаемости АП составляет 0,12 на 100000 населения. Страдают данным заболеванием преимущественно в молодом возрасте, чаще женщины, что связывают с приемом гормональных контрацептивов: при их приеме более 9 лет данная патология встречается в 25 раз

чение. У 23 пациентов из 39 больных группы риска во время операций дополнительно осуществляли интраоперационное внутривенное введение плазмозаменителя с функцией переноса кислорода перфторана (Россия), в дозе 5 мл/кг. У пациентов общей клинической группы с инволютивными изменениями кожи I и II степеней проведение фронтлифтинга по эндоскопической технологии предотвращает развитие патологических изменений, которые наблюдаются после традиционного лифтинга по открытой технологии через 1 и 3 месяца после вмешательства. В общей клинической группе пациентов с инволютивными изменениями кожи III степени послеоперационная динамика состояния кожи не имеет существенных расхождений в зависимости от способа выполненной операции. У пациентов группы риска с инволютивными изменениями кожи I-III степеней после проведения фронтлифтинга происходит резкое нарушение аппаратных параметров кожи, начиная с ближайшего послеоперационного периода, однако интраоперационное введение перфторана в дозе 5 мл/кг во время проведения эндоскопического вмешательства позволяет предупредить развитие негативной динамики аппаратных критериев.

Ключевые слова: фронтлифтинг, кожа, аппаратная диагностика, перфторан.

POSTOPERATIVE DYNAMICS OF CHANGES IN A SKIN AFTER PERFORMING DIFFERENT VARIANTS OF FRONTLIFT WITH INTRAOPERATIONAL USE OF PERFTORAN AT PATIENTS OF RISK GROUP

Usenko L.V., Makarchuk A.I.

Summary. In this investigation dynamics of hardware diagnostic criteria of a condition of a skin within 1 year after opened and endoscopic frontlift depending on initial degree of involutive changes, presence of an accompanying pathology and under conditions of intraoperational use of perftoran is defined. At 65 patients of the general clinical group during carrying out opened and endoscopic frontlift standard anesthetic maintenance was applied. At 23 patients from 39 sick of risk group during operations in addition intraoperational intravenous injection of plasma substitute with function of carrying over of oxygen, perftoran (Russia), in a dose of 5 ml/kg was carried out. At patients of the general clinical group with involutive skin changes I and II degrees carrying out frontlift on endoscopic technologies prevents development of pathological changes which are observed after traditional lifting by open technology in 1 and 3 months after intervention. In the general clinical group of patients with involutive skin changes III degree postoperative dynamics of a condition of a skin has no essential divergences depending on a way of the executed operation. Patients of risk group with involutive skin changes I-III degrees after carrying out frontlift have a sharp infringement of hardware parameters of a skin, since the nearest postoperative period, however intraoperational injection of perftoran in a dose of 5 ml/kg during carrying out endoscopic interventions allows to warn development of negative dynamics of hardware criteria.

Key words: frontlift, skin, hardware diagnostic, perftoran.

© Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К.

УДК: 616.36-006.55-07-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ПЕЧЕНИ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна (просп. Ильича, 14, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 163 пациента с доброкачественными очаговыми образованиями печени, среди которых аденомы печени имели 14(8,6%). Возраст больных составил 27-60 лет, женщин было 12(85,7%), мужчин - 2(14,3%). Применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клинико-лабораторные, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, пункционная биопсия. 10(71,4%) больным выполнена резекция печени, 4(28,6%) - энуклеация опухоли, причем 3 больным с помощью устройства для удаления желчного пузыря или кисты паренхиматозного органа (патент на полезную модель № 42186 от 25.06.2009 г.). В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечалось временное подтекание желчи из дренажа. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: аденома печени, диагностика, хирургическое лечение.

Введение

По настоящее время доброкачественные очаговые образования печени являются актуальной проблемой хирургии. Анализ современной литературы и клинического опыта свидетельствует о необходимости критического определения патогенеза этих заболеваний, разработки четких дифференциально-диагностических и прогностических критериев и показаний к консервативному и оперативному лечению [Колкин и др., 2008; Шаталов та ін., 2008].

С каждым годом частота выявления аденом печени значительно увеличивается в связи с широким внедрением УЗИ, КТ, МРТ и других высокоинформатив-

ных методов исследований, что открыло путь к развитию малоинвазивной хирургии. Однако проблема своевременного выявления и лечебной тактики при АП полностью не решена, что обусловлено отсутствием углубленного исследования данного раздела хирургии [Хацко и др., 2009; Колкин и др., 2008].

По данным различных авторов, частота встречаемости АП составляет 0,12 на 100000 населения. Страдают данным заболеванием преимущественно в молодом возрасте, чаще женщины, что связывают с приемом гормональных контрацептивов: при их приеме более 9 лет данная патология встречается в 25 раз



Рис. 1. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной С. Аденома правой доли печени.

чаще. Довольно редко АП встречается у мужчин, которые принимают анаболические стероидные гормоны [Brunt et al., 2005; Момот и др., 2002].

Этиология и патогенез аденом печени до настоящего времени окончательно не изучены. Многие авторы считают, что аденомы могут быть обусловлены приемом оральных контрацептивов, беременностью, сахарным диабетом или заболеванием, связанным с нарушением гликогенового запаса, причем при *гликогенозе типа I* чаще встречаются множественные аденомы печени. В литературе упоминается, что аденомы печени способны превращать *тестостерон* и *предшественники стероидогенеза в эстрогены*, играющие важную роль в патогенезе данной патологии [Колкин и др., 2008; Шаталов та ін., 2008; Dietrich et al., 2005].

Примерно у 30% пациентов (особенно во время менструаций, беременности или в послеродовом периоде) происходит разрыв аденомы и возникает кровотечение в брюшную полость. Летальность при этом осложнении составляет 90%. Риск злокачественного перерождения аденом составляет 10%, при крупных (более 10 см в диаметре) и множественных аденомах он выше [Хацко и др., 2009, Колкин и др., 2008, Lewin et al., 2006].

Таким образом, в настоящее время значительно возросло число больных с АП, что связано в первую очередь с улучшением диагностики их, а также с широким использованием пероральных контрацептивов и анаболических стероидных гормонов, однако до настоящего времени не разработан четкий алгоритм

диагностики, много вопросов по тактике ведения пациентов с данной патологией остаются без окончательного решения.

Цель исследования: оптимизация алгоритма диагностики и разработка тактики хирургического лечения АП.

Материал и методы

За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т.Овнатаняна лечилось 163 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени, среди которых аденомы печени имели 14(8,6%). Возраст больных составил 27-60 лет, женщин было 12(85,7%), мужчин - 2(14,3%). Применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия, пункционная биопсия.

Для УЗИ применяли сонографический аппарат "Dornier-5200" (Франция) в режиме цветного доплера с датчиками 3,5 и 5 мГц, для КТ - аппарат "СТ-9000" ("General electric", США), для МРТ - "Siemens" (Германия). Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем использовали аппараты и инструменты фирм "Wolf" и "Karl Storz" (Германия). Диагностические пункции выполнялись иглами 18-22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки "MedStat".

Результаты. Обсуждение

В правой доле печени аденому наблюдали у 10(71,4%) пациентов, в левой - у 3(21,4%), опухоль в IV и V сегментах выявлена у 1(7,2%) больного. У 5 пациентов размер АП варьировал от 4 до 8 см, у 4 больных размер опухоли составил 3 см, у 5-1 см.

При УЗИ картина аденом печени была вариабельной, они были гипо- и гиперэхогенными, часто имели неоднородную структуру. При КТ-исследовании АП име-

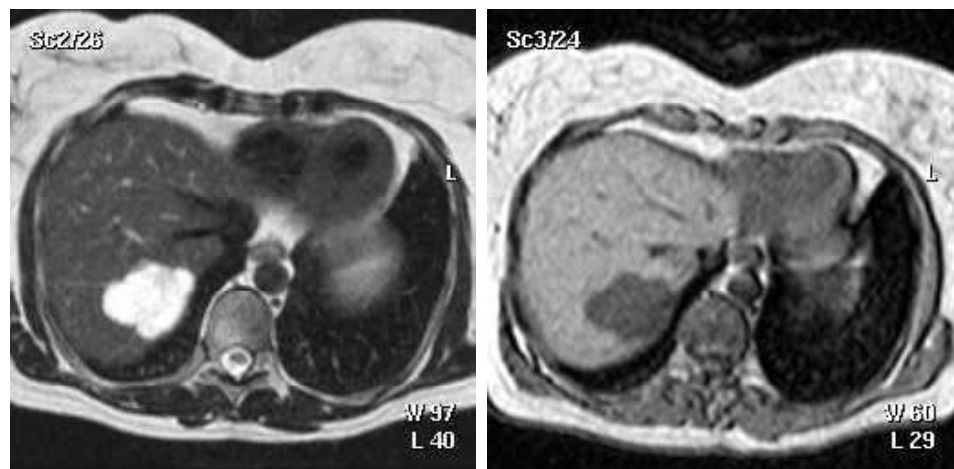


Рис. 2. МР-томограммы печени больной Г. Аденома правой доли печени. Высокий сигнал в T2, низкий сигнал в T1.

ли пониженную плотность за счёт наличия жировых включений и гликогена, довольно чёткие контуры (рис. 1). При МРТ часто визуализировалась фиброзная капсула аденомы пониженной интенсивности. Крупные аденомы имели гетерогенное строение за счёт содержания крови и жировой инфильтрации, имеющих высокий сигнал в T1, а также участков некроза, имеющих низкий сигнал в T1 - и высокий в T2 - изображении (рис. 2). Некоторые аденомы незначительно накапливали контрастное вещество по периферии.

При аденоме печени максимальное значение общей диагностической точности УЗИ достигало 88,5%, а чувствительности - 93,2%. Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 79,6%, а чувствительности - 100,0%, МРТ-параметров - 97,3% и 100,0% соответственно.

10(71,4%) больным выполнена резекция печени, 4(28,6%) - энуклеация опухоли, причем 3 больным с помощью устройства для удаления желчного пузыря

или кисты паренхиматозного органа (патент на полезную модель № 42186 от 25.06.2009 г.). Данное устройство позволяет уменьшить степень травматизации печеночной ткани, провести более полную и качественную энуклеацию АП. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечалось временное подтекание желчи из дренажа. Летальных исходов не было.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Для диагностики аденом печени целесообразно использовать УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопию, пункционную биопсию.

Следует отметить, что наиболее информативными неинвазивными методами исследования при АП являются УЗИ и МРТ. При АП целесообразно выполнять резекцию печени и энуклеацию опухоли, используя разработанное в клинике устройство.

Литература

Доброчастные очаговые образования печени (научный обзор) /Я.Г.-Колкин, В.В.Хацко, А.Д.Шаталов [и др.] //Вестн. неотл. и восстанов. медицины. - 2008. - Т.9, №4. - С. 584-587.

Момот Н.В. Сравнительная характеристика компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике очаговых поражений печени / Н.В.Момот, С.А.Шпак, Е.М.Соловьева //Променева діагностика, променева терапія: зб. наук. робіт асоціації радіологів України. - Київ, 2002. - Вип.13. - С. 49 - 54.

Хацко В.В. Оптимизация алгоритма ди-

агностики добротных 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, 16-18.09.2009 г. - Екатеринбург (Россия), 2009. - С. 19.

Шаталов О.Д. Мозливісті променевиx методів дослідження в діагностиці доброякісних вогнищевих новоутворень печінки /О.Д.Шаталов, Н.В.Момот, В.В.Хацко, К.І.Павлов /Архів клін. та експерим. медицини. - 2008. - Т.17, №2. - С. 202204.

Brunt E.M. Bening hepatocellular tumors (adenomatosis) in nonalcoholic steatohepatitis : a case report / E.M.Brunt, M.N.Wolverson, A.M.DiBisceglie //Semin. Liver. - 2005. - Vol. 25, №2. - P. 230-226.

Dietrich D. Differential of focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma in ultrasound /D.Dietrich, G.Schuessler, J.Trojan //Br. J. Radiol. - 2005. - Vol.23. №23. - P. 704-707.

Lewin M. Liver Adenomatosis: Classification of MRI Imaging and comparison with pathological findings /M.Lewin, A.Handra-Luca, L.Arrive //Radiol. - 2006. - Vol.241. - P. 433-440.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОМ ПЕЧІНКИ

Хацко В.В., Шаталов О.Д., Павлов К.І., Лукьянець П.Л., Войтюк В.Н., Базіян Н.К.

Резюме. За останні 10 років в клініці хірургії ім. К.Т. Овнатяна лікувалося 163 хворих з доброякісними осередковими утвореннями печінки, серед яких аденоми печінки склали 14 (8,6%). Вік хворих склав 27-60 років, жінок було 12 (85,7%), чоловіків - 2 (14,3%). Застосовані (у різних поєднаннях) наступні методи дослідження: клініко-лабораторні, УЗД, КТ, МРТ, лапароскопія, пункційна біопсія. 10 (71,4%) хворим виконана резекція печінки, 4 (28,6%) - енуклеація пухлини, причому 3 хворим за допомогою пристрою для видалення жовчного міхура або кисти паренхіматозного органу (патент на корисну модель № 42186 від 25.06.2009 р.). У ранньому післяопераційному періоді в 1 хворого мало місце тимчасове підтікання жовчі з дренажу. Летальних результатів не було.

Ключові слова: аденома печінки, діагностика, хірургічне лікування.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC ADENOMAS

Khatsko V.V., Shatalov A.D., Pavlov K.I., Lukyanets P.L., Voytyuk V.N., Baziyan N.K.

Summary. For the last 10 years in the clinic of surgery named after K.T. Ovnatanyan 163 patients with benign focal formations of liver (BFFL) have been treated. Among them - hepatic adenomas - 14 cases (8,6%), patients were aged between 27-60 years old, women amounted 12 (85,7%), men - 2 (14,3%). There were applied the following methods of diagnostics: clinic-laboratory US, MRI, CT, laparoscopy, puncture biopsy. Resection of liver was executed to 10 (71,4%) patients, an enucleation of tumour to 4 (28,6%), to 3 patients by a device for the extraction of gall-bladder or cyst of parenchymatous organ (patent on an useful model N 42186 from 25.06.2009). In an early post-operation period 1 patient had the temporal flowing of bile from drainage. There were not fatal outcomes.

Key words: adenoma of liver, diagnostics, surgical treatment.

© Заруцький Я.Л., Денисенко В.М., Король С.О., Бурлука В.В., Петка В.В., Пастушков О.В.

УДК: 616.36/.37+616.411J-001-089

РЕАНІМАЦІЙНО-ХІРУРГІЧНІ ПРОТИШОКОВІ ЗАХОДИ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ

Заруцький Я.Л., Денисенко В.М., Король С.О., Бурлука В.В., Петка В.В., Пастушков О.В.

Українська військово-медична академія (вул. Курська, 13а, м. Київ, Україна, 03049), Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 02660)

Резюме. Проведено порівняльне комплексне клінічне обстеження 508 постраждалих з шокогенною поєднаною травмою. Із них у 294 був тяжкий травматичний шок, у 214 - вкрай тяжкий травматичний шок. На підставі проведеного статистичного аналізу розроблений анатомо-функціональний показник тяжкості і прогнозу травматичного шоку. Автори вважають, що шок-овий індекс Алговера може бути використаний для попередньої оцінки тяжкості травматичного шоку, а для визначення прогнозу травматичного шоку і вибору оптимальної тактики хірургічних втручань необхідний індивідуальний підхід з урахуванням наявності компенсованого, декомпенсованого зворотнього і декомпенсованого незворотнього перебігу торпідної фази шоку.

Ключові слова: диференційована хірургічна тактика, поєднана травма, травматична хвороба, травматичний шок, оцінка тяжкості.

Вступ

Травматичний шок на нашу думку це гостро фазовий критичний стан, який виникає при тяжкій механічній травмі і супроводжується взаємообумовленими порушеннями гомеостазу у вигляді нейроендокринних розладів, порушень гемодинаміки, дихання, обміну речовин функцій життєво важливих органів, імунологічного стану, клінічні прояви якого залежать від тяжкості і локалізації травми. Такий підхід до визначення тяжкості травматичного шоку можливий на підставі об'єктивної анатомо-функціональної оцінки шокогенності травми, динамічного спостереження та прогнозу наслідків травматичного шоку. При надходженні критичні прояви травматичного шоку спостерігаються у 2/3 постраждалих з тяжкою та вкрай тяжкою поєднаною травмою [Заруцький, 2004; Барамиа и др., 2002]. Летальність становить 40-60% [Заруцький, Анкин, 2006]. При поєднаних травмах, анатомічна градація тяжкості травми та травматичного шоку не відповідають один одному, тому що тяжкість травматичного шоку визначається особливістю компенсаторних можливостей організму, своєчасністю та якістю протишокових заходів [Денисенко, Король, 2004; Денисенко и др., 2002]. Ступінь незворотних патофізіологічних змін при травматичному шоці не має ранніх клінічних проявів, тому що в 16,7% випадків визначається невідповідність анатомічної оцінки тяжкості поєднаної травми та травматичного шоку [Заруцький та ін., 2006; Денисенко та ін., 2000]. В залежності від характеру пошкоджень і тяжкості травматичного шоку операційне лікування є невід'ємним елементом реанімаційно-хірургічних протишокових заходів і повинно виконуватися за життєвими показаннями в мінімальному обсязі [Денисенко та ін., 2002].

Мета дослідження: розробити систему кількісної оцінки тяжкості травматичного шоку, яка б дозволяла об'єктивізувати диференційовану хірургічну тактику при поєднаній травмі в гострому періоді травматичної хвороби.

Матеріали та методи

Дослідження виконано в три етапи: на першому етапі

визначені найбільш інформативні показники гомеостазу, що характеризують тяжкість травматичного шоку, на другому етапі - визначені критерії оцінки тяжкості травматичного шоку, а на третьому - розроблена система прогнозування наслідків травматичного шоку та реалізовані реанімаційно-хірургічні заходи, як перший етап хірургічної тактики Damage control при поєднаній шокогенній травмі.

Клінічна група становила 508 постраждалих з тяжкою та вкрай тяжкою поєднаною травмою, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні політравми та травматології Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період з 2003 по 2009 роки. У 197 постраждалих домінуючим було пошкодження печінки та/або селезінки живота, у 97 постраждалих домінуючим були множинні переломи довгих кісток, у 118 - травма грудної клітини, у 96 - травма тазу та тазових органів.

Усі постраждалі клінічної групи в залежності від тяжкості домінуючого анатомічного пошкодження були розподілені на дві підгрупи:

- 1 підгрупа - 294 постраждалих (57,9%) із закритою тяжкою поєднаною травмою, у яких тяжке пошкодження однієї анатомо-функціональної ділянки поєднувалося з нетяжким пошкодженням іншої анатомо-функціональної ділянки;

- 2 підгрупа - 214 (42,1%) постраждалих із вкрай тяжкою поєднаною травмою, у яких тяжке пошкодження однієї анатомо-функціональної ділянки поєднувалося з тяжкими пошкодженнями інших анатомо-функціональних ділянок.

Інтегральну реографію тіла реєстрували за загальноприйнятою методикою, розробленою М.І.Тищенком на частоті 30 кГц апаратом КСВГ-1. Визначення тяжкості та прогнозу наслідків травматичного шоку проводили на персональній обчислювальній машині, результати одержували через 5 хвилин. Згідно нашим дослідженням визначено, що показники інтегральної реографії тіла істотно характеризують дихально-циркуляторні

порушення при травматичному шоці і у поєднанні з шкалою оцінки тяжкості анатомічних пошкоджень PTS (Ганновер), обраної нами як найбільш інформативної, можуть бути використані для анатомо-функціональної оцінки тяжкості та прогнозування наслідків травматичного шоку.

На підставі визначення анатомо-функціональних показників тяжкості травматичного шоку у постраждалих з шокогенною поєднаною травмою застосована етапна хірургічна тактика в гострому періоді травматичної хвороби, яка визначена нами, як реанімаційно-хірургічні протишочкові заходи першого етапу хірургічного лікування тяжкої поєднаної травми.

Результати. Обговорення

У 508 постраждалих з поєднаною травмою нами проведений порівняльний клінічно-статистичний аналіз за 50 показниками гомеостазу при надходженні в приймальне відділення, через 6 годин, на 1 та 3 добу після травми. Визначено, що у постраждалих із вкрай тяжкою поєднаною травмою, коли тяжке пошкодження одної анатомо-функціональної ділянки поєднувалося з тяжкими пошкодженнями інших анатомо-функціональних ділянок, розвивались специфічні розлади гомеостазу у відповідь на механічну травму у вигляді "синдрому взаємного обтяження", що і визначало летальний наслідок. Найбільше істотно тяжкість стану постраждалих із поєднаною травмою в гострому періоді травматичної хвороби характеризували такі показники гомеостазу, як разова продуктивність серця (УІС), коефіцієнт інтегральної тонічності судин (КІТС), показник напруги дихання (ПНД), показник стабілізації тону судин (ПСТС), показник виразності дихально-циркуляційних розладів (ПВДЦР), відносне число паличкоядерних нейтрофілів (ПН) ($p < 0,01$).

На підставі проведеного кореляційного, регресійного та багатофакторного аналізу з урахуванням тяжкості анатомічних пошкоджень при поєднаній травмі за шкалою PTS та обраних найбільш інформативних показників гомеостазу нами розроблений анатомо-функціональний показник тяжкості та прогнозу травматичного шоку:

$$\begin{aligned}
 ПТТШ &= PTS - 0,13ПН + 302,9 - 2,75УІС + \\
 &+ 5,2ПНД + ПСТС + 2,43КІТС; \\
 ШПТТШ &= \frac{0,15УІС + 0,45ПНД + 0,117КІТС + \\
 &+ 0,0647ПСТС + 2,33ПН - 37}{37,3},
 \end{aligned}$$

де ПТТШ - показник тяжкості травматичного шоку;
 ШПТТШ - індекс прогнозу травматичного шоку.

Цифрові значення коефіцієнтів регресії, за допомогою яких визначені статистично істотні рівні взаємозв'язків дихально-циркуляційних показників з рівнем сечовини, фібриногену та загального білку крові ($p < 0,01$),

в залежності від тяжкості та прогнозу травматичного шоку характеризували як:

активний час рекальціфікації плазми = - 1,46УІС + 122,1;
 концентрація сечовини = 1,43КІТС + 67,8;
 концентрація фібриногену = 4,2ПНД + 3,8;
 концентрація загального білку = - 2,29УІС + 72,1
 відносна концентрація Т-лімфоцитів хелперів = - 1,13ПН + 37,1

З урахуванням анатомо-функціонального компонента шокогенності поєднаної травми та підставі ПТТШ визначені наступні ступені тяжкості травматичного шоку в пунктах:

- травматичний шок I ступеня (нетяжкий) - ПТТШ від 500 до 520 пунктів;
 - травматичний шок II ступеня (тяжкий) - ПТТШ від 520 до 620 пунктів;
 - травматичний шок III ступеня (вкрай тяжкий) - ПТТШ більше 620 пунктів.

"Сприятливий" прогноз для життя відмічено при ПТТШ менше 600 пунктів, а ІПТШ - менше 0,8 пунктів; "несприятливий" прогноз відповідно ПТТШ - понад 600, а ІПТШ - понад 0,8; "сумнівний" прогноз визначали при невідповідності показників один до одного.

У постраждалих з тяжкою поєднаною травмою, що вижили, у яких тяжке пошкодження одної анатомо-функціональної ділянки поєднувалося з нетяжкими пошкодженнями інших анатомо-функціональних ділянок, ПТТШ становив $586 \pm 10,2$ пункти, що відповідало тяжкому шоку, шоківий індекс Алговера - $0,94 \pm 0,03$ пункти, що за класифікацією Кісса вказувало на відсутність травматичного шоку. У цих постраждалих в 55% випадків був "сприятливий" прогноз для життя, а у інших 45% - "сумнівний".

У постраждалих з вкрай тяжкою поєднаною травмою, що вижили і у яких поєднувались два тяжких компоненти, ПТТШ становив $612,6 \pm 28,6$ пункти, що відповідало тяжкому травматичному шоку. Шоковий індекс Алговера був $1,15 \pm 0,06$ пункти, що вказувало на II ступень тяжкості шоку за Кіссом. ІПТШ в 32% випадків вказував на "несприятливий" прогноз, а у інших 71% - на "сумнівний".

У постраждалих з вкрай тяжкою поєднаною травмою, що померли, при надходженні ПТТШ становив $651 \pm 33,6$ пункти, що відповідало вкрай тяжкому травматичному шоку. Шоковий індекс Алговера був $1,16 \pm 0,04$ пункти та вказував на II ступень тяжкості травматичного шоку за Кіссом, що не відповідало оцінці тяжкості травматичного шоку за ПТТШ. ІПТШ в 68% випадків вказував на "несприятливий" прогноз, а у інших 32% - на "сумнівний" прогноз. У всіх померлих за 12-24 години до смерті ПТТШ був $844,9 \pm 35,1$ пункти, що відповідало вкрай тяжкому травматичному шоку. Шоковий індекс Алговера становив $1,6 \pm 0,03$ пункти і вказував на III ступень тяжкості травматичного шоку за Кіссом, що також не відповідало ПТТШ. ІПТШ у всіх померлих вказував на "несприятливий" прогноз.

Таким чином, при поєднаній травмі виявлена невідповідність шокового індекса Алговера анатомічній оцінці тяжкості та анатомо-функціональному підходу ПТТШ і ІПТШ. Останні є найбільш інформативними та істотними ($p < 0,05$). На підставі проведених досліджень ми вважаємо, що при показнику тяжкості травматичного шоку більше 800 пунктів та "несприятливому" прогнозі для життя, травматичний шок доцільно вважати декомпенсованим незворотнім станом. При ПТТШ від 600 до 800 пунктів та "сумнівному" прогнозі для життя травматичний шок - декомпенсований зворотній стан. При ПТТШ до 600 пунктів та "сприятливому" прогнозі для життя, травматичний шок - компенсований стан.

Істотність відповідності анатомічної оцінки тяжкості травми і анатомо-функціональної оцінки тяжкості травматичного шоку при надходженні становила 70%, а на 2-3 добу істотність прогнозу зросла до 100%.

Таким чином, індивідуальний підхід з урахуванням тяжкості травматичного шоку та періодів компенсованого, декомпенсованого зворотного та декомпенсованого незворотного травматичного шоку в торпідній фазі має принципове практичне значення для визначення прогнозу та вибору оптимальної тактики інтенсивної терапії та хірургічних втручань.

На нашу думку, тривала операція за невідкладними показаннями є чинником збільшення летальних наслідків у постраждалих з шокогенною поєднаною травмою. При наявності травматичного шоку II-III ступеня на фоні протишоккових заходів використовували мінімальний обсяг операційних втручань, які були спрямовані в першу чергу на тимчасову зупинку кровотечі і тимчасову корекцію пошкодженого органу. З триваючою внутрішньою кровотечею і стабільною гемодинамікою спочатку виконували тимчасово-стабільний гемостаз одним із простих методів (накладання джгута на кінцівку, легування або затискання судини, туге тампонування марлевими серветками, компресуючі манжети розтрощених паренхімних органів, тампонада дирчастих ран паренхімних органів балонними катетерами, туга тампонада заочеревені клітковини, зупинка ретроперитоніальної кровотечі при нестабільних пошкодженнях тазового кільця протишокковими щипцями Ганца). Травматичні розриви порожнистих органів тимчасово герметизували м'якими кишковими затискачами із подальшою санацією та дренуванням. Після тимчасово-стабільного гемостазу і реанімаційної паузи на фоні якої несприятливий прогноз перебігу травматичної хвороби змінювався на сумнівний, операцію продовжували - виконували остаточно-стабільний гемостаз або корекцію функції пошкодженого органу. У випадках відсутності стабілізації гемодинаміки на фоні інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії операцію закінчували без виконання остаточного стабільного гемостазу або реконструктивно-відновних елементів. Таким постраждалим продовжували протишокову терапію у відділенні реанімації та інтенсивної терапії загального

профілю з подальшою етапною хірургічною корекцією. При скелетній травмі без ознак триваючої кровотечі використовували консервативні методи імобілізації: гіпсову імобілізацію, або закриту ручну репозицію уламків з подальшою фіксацією переломів довгих кісток в стрижневому апараті зовнішньої фіксації. Основними перевагами методу є мінімальна інвазивність, швидкість накладання, мобілізація постраждалого в ліжку, можливість подальшого виконання внутрішнього остеосинтезу на етапі спеціалізованої хірургічної допомоги. При торакальній травмі з ознаками внутрішньоплевральної кровотечі і травматичного шоку II-III ступеня виконували дренування плевральної порожнини, реінфузію крові з подальшим проведенням протишоккових заходів і спостереженням за інтенсивністю кровотечі. При тампонаді серця, відкритому, напруженому пневмотораксі, внутрішньо плевральної кровотечі, яка продовжується показана реанімаційно-протишокова торакотомія за екстреними показаннями. При закритому пневмотораксі проводили торакоцентез із дренуванням грудної порожнини за Бюллау.

З 508 постраждалих клінічної групи з вкрай тяжкою поєднаною травмою померло 160. Летальність - 31,5%. Основною причиною смерті були: травматичний шок - 21,88%, поліорганна недостатність - 75%, тромбоемболія легеневої артерії - 3,13%.

Таким чином, у рішенні наукової задачі хірургічного лікування постраждалих з тяжкою та вкрай тяжкою поєднаною травмою за даними сучасних джерел літератури існують протиріччя щодо показань, черговості і способів виконання операцій. Дискусійність та невирішеність цих питань потребує подальших досліджень. Покращити результати лікування постраждалих при закритій шокогенній поєднаній травмі, на наш погляд, дозволяє впровадження диференційованої хірургічної тактики з врахуванням анатомо-функціональної тяжкості травми та прогнозування перебігу гострого періоду травматичної хвороби. Профілактична спрямованість диференційованої хірургічної тактики визначається адекватним тяжкості стану постраждалих обсягом лікувальних заходів, попередженням розвитку "синдрому взаємного обтяження" і дозволяє поліпшити результати лікування постраждалих. Критеріями стабілізації стану постраждалого та ефективності протишоккових заходів є: АТ > 90 мм рт. ст., шоковий індекс < 1,0, ЧСС < 100/хв., ПВДЦР > 3 ум.од, ІПТШ < 0,8 пунктів, ПТТШ < 600 пунктів, діурез > 50 мл/годину. В подальшому при наданні спеціалізованої хірургічної допомоги виконується остаточно хірургічна корекція пошкоджень, що передбачає остаточно стабільний гемостаз, остаточно остеосинтез, ампутації кінцівок при мінно-вибухових пораненнях, реконструктивно-відновні операції.

Отримані нами позитивні результати при впровадженні методів прогнозування перебігу гострого періоду травматичної хвороби перспективні і рекомендуються для широкого використання в системі практичної охо-

рони здоров'я. Завдяки запропонованій нами тактиці лікування постраждалих з шокогенною поєднаною травмою летальність зменшилась до 31,5%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Шоківий індекс Алговера не є раннім та своєчасним показником тяжкості травматичного шоку при поєднаній травмі і може бути використаний для попередньої оцінки. За розробленою нами методикою при показнику тяжкості (ПТТШ) до 600 пунктів та індексі прогнозу (ІПТШ) до 0,8 пунктів травматичний шок слід вважати компенсованим, при ПТТШ від 600 до 800 пунктів - декомпенсованим зворотнім, при ПТТШ понад 800 пунктів, а ІПТШ понад 0,8 пунктів - декомпенсованим незворотнім станом.

2. В гострому періоді травматичної хвороби необ-

ідно використовувати диференційовану хірургічну тактику з врахуванням тяжкості поєднаної травми та прогнозу перебігу травматичної хвороби. Реанімаційно-хірургічні протишокові заходи повинні розглядатись, як перший етап хірургічного лікування шокогенної поєднаної травми. Ці заходи включають проведення екстрених, невідкладних і термінових операційних втручань з використанням мінімально інвазивних технологій.

3. Впровадження в практику диференційованої хірургічної тактики в гострому періоді травматичної хвороби дозволило підвищити ефективність лікування постраждалих з тяжкою та вкрай тяжкою поєднаною травмою і знизити летальність до 31,5%.

Розроблені реанімаційно-хірургічні заходи в подальшому потребують більш широкого впровадження в медичних закладах цивільної та військової охорони здоров'я.

Література

- Денисенко В.М. Про єдині підходи до класифікації тяжкості поєднаної травми /В.М.Денисенко, С.О.Король //Одеський медичний журнал. - 2004. - №4(84). - С. 33-34.
- Заруцький Я.Л. Некоторые нерешенные проблемы лечения пострадавших с политравмой /Я.Л.Заруцький, Л.Н.Анкин //Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії. - Вип.17. - Київ, 2006. - С. 43-53.
- Заруцький Я.Л. Клінічно-організаційні основи та принципи діагностики і хірургічного лікування постраждалих з травматичною хворобою: автореф. дис. ... доктора мед. н.: 14.01.03 /Заруцький Я.Л. - Укр. науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. - Київ, 2004. - 32 с.
- Клинико-патфизиологическое обоснование феномена взаимного отягощения у пострадавших при сочетанной закрытой травме /В.Н.Денисенко, В.В.Бурлука, Я.Л.Заруцький [та ін.] //Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії; за ред. проф. В.Я.Білого. - Вип.11. - Київ, 2002. - С. 15-22.
- Методологія оцінки тяжкості і особливості хірургічної реанімації при закритій поєднаній травмі /В.М.Денисенко, Я.Л.Заруцький, В.В.Бурлука [та ін.]; зб. наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. - К., 2000. - Вип.9, Кн.1. - С. 129-137.
- Некоторые аспекты оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелой закрытой абдоминальной травмой /Н.Н.Барамия, Ф.Н.Новиков, А.В.Воробей [и др.] //Політрав-
- ма - сучасна концепція надання медичної допомоги: зб. тез I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. - К. - 16-17 травня 2002. - С. 91-92.
- Об'єктивізація оцінки тяжкості та хірургічної тактики при поєднаних пошкодженнях /Я.Л.Заруцький, Л.М.Анкин, В.М.Денисенко [та ін.] //Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії. - Вип.17. - Київ, 2006. - С. 127-135.
- Оценка тяжести и прогноз травматического шока у пострадавших с сочетанной травмой /В.Н.Денисенко, В.В.Бурлука, С.А.Король [та ін.] //Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії. - Вип.11. - Київ, 2002. - С. 8-14.

РЕАНИМАЦИОННО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОТИВОШОКОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Заруцький Я.Л., Денисенко В.Н., Жороль С.А., Бурлука В.В., Петкау В.В., Пастушков А.В.

Резюме. Проведено сравнительное комплексное обследование 508 пострадавших. Из них у 294 была тяжелая сочетанная травма, а у 214 - крайне тяжелая сочетанная травма. На основе проведенного статистического анализа разработана анатомо-функциональная модель оценки тяжести и прогноза травматического шока, выделены степени тяжести травматического шока в баллах. Авторы считают, что шок индекс Алговера может быть использован только для предварительной оценки тяжести травматического шока, а для определения прогноза и выбора оптимальной тактики хирургического лечения необходим индивидуальный подход с учетом тяжести и периодов травматического шока: компенсированного, декомпенсированного обратимого и декомпенсированного необратимого в клиническом течении торпидной фазы шока.

Ключевые слова: дифференцированная хирургическая тактика, сочетанная травма, травматический шок, оценка тяжести, травматическая болезнь.

INTENSIVE CARE SURGERY MANAGEMENT OF POLYTRAUMA PATIENS

Zarutsky Y.L., Denisenko V.M., Korol S.O., Burluka V.V., Petkau V.V., Pastushkov O.V.

Summary. The comparative complex clinical examination of 508 injured persons is conducted. 294 patients of them had hard polytrauma and 214 patients had extremely hard polytrauma. On the basis of conducted statistic analysis the anatomic-functional model to estimate severity and forecast traumatic shock is developed, the degrees of severity of traumatic shock in balls are marked. The authors consider, that shock index of Algovver can be used only for preliminary estimation of severity of traumatic shock and to forecast and choice optimal tactic intensive therapy and surgical operation the individual approach is necessary with mean of severity of traumatic shock and period compensative, decompensative reverse and decompensative norevers traumatic shock in clinical current torpidal phase of shock.

Key words: differentiated surgical tactic, polytrauma, traumatic shock, estimation of severity, traumatic disease.

© Коваленко А.Є., Таращенко Ю.М., Мельник М.Д.

УДК: 616.441-006.5-07-089.87

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБА

Коваленко А.Є., Таращенко Ю.М., Мельник М.Д.

Державна установа "Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України" (вул. Вишгородська, 69, м. Київ, Україна, 04114)

Резюме. Розглянуті питання хірургічного лікування вузлових форм зоба. Встановлено, що показання для операції слід визначати залежно від клініко-морфологічних форм захворювання, об'єктивної оцінки ступеня онкологічного ризику і реальної клінічної значимості для здоров'я пацієнта. Мінімальне оперативне втручання в об'ємі гемітиреоїдектомії можливе при вузловому зобі з ураженням однієї частки щитоподібної залози, фолікулярній неоплазії, солітарній токсичній аденомі. При багатовузловому колоїдному зобі з ураженням обох часток щитоподібної залози, хронічному аутоімунному тиреоїдиті з вузлоутворенням, багатовузловому зобі з гіпертиреозом патогенетично виправдане виконання тиреоїдектомії.

Ключові слова: вузлові форми зоба, хірургічне лікування.

Вступ

Вірогідність розвитку вузлового зоба протягом життя в середньому становить 5-10%, а захворюваність досягає 30-40 чоловік на 100000 населення. Використання сучасних методів візуалізації значно поліпшило виявлення органічних змін у щитоподібній залозі, до 1/3 жінок, старших 30 років можуть мати ті або інші вогнищеві зміни тиреоїдної тканини при ультразвуковому дослідженні. Частота виявлення вузлового зоба у жінок після 50 років за даними пальпації становить 21%, ультразвукового дослідження - 67%, аутопсії - 50% [Дедов і др., 2005; Gharib et al., 2006; Welker, Orlov, 2003].

За статистичними даними, в Україні щорічно збільшується кількість хворих на вузлові форми зоба. Так у 2006 році було зареєстровано 180055 хворих на вузловий зоб (385,2 на 100 тис. населення), що на 10,8% перевищує показники попереднього 2005 року [Стан ендокринологічної служби..., 2007].

Клінічне поняття "вузловий зоб" об'єднує морфологічно різноманітні патологічні стани щитоподібної залози, що вимагають різних підходів у лікуванні, а висока поширеність захворювання у популяції обумовлює актуальність цієї проблеми. З'ясування патогенетичних механізмів формування зоба дозволяє говорити про клінічну значущість захворювання, вибрати метод лікування та оцінити прогноз [Фадеев, 2003; Welker, Orlov, 2003]. З клінічної точки зору доцільно виділити три основні типи зобної трансформації.

Зоб унаслідок неоплазії. Клінічно виявляється у вигляді солітарного фокального неопластичного процесу. Найчастіше це моноклональне доброякісне пухлинне захворювання без змін у навколишній тиреоїдній тканині. Доброякісні солітарні неоплазії щитоподібної залози можуть мати функціональну автономію з розвитком субклінічного або клінічного тиреотоксикозу.

Зоб, пов'язаний з аутоімунним тиреоїдитом. Імунозалежне захворювання, що характеризується активацією рецепторів ТТГ антитиреоїдними антитілами з подальшою проліферацією тироцитів і вузлоутворенням.

Багатовузловий колоїдний різного ступеня проліферувальний зоб. Найбільш поширений і патогенетично складний варіант збільшення щитоподібної залози, пе-

реважно гетерогенного поліфокального та поліклонального характеру, в основі якого лежить генетична схильність і незавершений синтез тиреоїдних гормонів, залежний від рівня споживання йоду. Поза сумнівом, що ці механізми можуть поєднуватися і брати участь у формуванні зоба у одного і того ж пацієнта, а з'ясування основних причин вузлоутворення у кожного обстежуваного хворого допоможе визначити оптимальну терапевтичну програму.

Матеріали та методи

Лікувально-діагностична програма клініки ДУ "Інститут ендокринології та обміну речовин"

Програма діагностики вогнищевих змін у щитоподібній залозі базується на використанні ультразвукових, гормональних, цитологічних, радіонуклідних, рентгенологічних методів, що дозволяють верифікувати морфологічну структуру зоба до початку лікування, прийняти правильне рішення щодо показань та об'єму операції.

Мета клінічного обстеження хворих з тиреоїдними вузлами полягає у вирішенні трьох основних діагностичних питань, що визначають вибір методу лікування:

- об'єктивна оцінка можливості малігнізації;
- наявність місцевих компресійних ускладнень і косметичних змін;
- оцінка клінічних і субклінічних порушень тиреоїдної функції.

Анамнез захворювання і дані фізикального дослідження мають велике значення при обстеженні пацієнта. Важлива інформація про наявність захворювань щитоподібної залози у родичів, чи відмічалися в минулому пацієнта які-небудь інші захворювання шиї та як їх лікували. Необхідно оцінювати розміри шиї, звертати увагу на охриплість голосу, дисфонію, дисфагію, задишку. При пальпації щитоподібної залози потрібно оцінювати розташування, щільність, розміри вузлового утворення, болючість у ділянці шиї, наявність шийної лімфаденопатії. Слід звертати увагу на наявність симптомів гіпертиреозу або гіпотиреозу.

Ультразвуковий метод дослідження щитоподібної за-

лози є основним скринінговим тестом і на сьогодні дозволяє не тільки виявити захворювання, але й опосередковано оцінити онкологічний ризик вогнищевих утворень у щитоподібній залозі. На велику можливість малігнізації вузла вказують такі сонографічні характеристики: наявність мікрокальцифікатів, гіпоехогенність вузла, його неправильна форма і нерівні контури, наявність солідного компонента, хаотична інтранодулярна гіперваскуляризація. Сучасна з широкими можливостями ехографія дозволяє точно оцінити доброякісність і злаякісність новоутворень щитоподібної залози з точністю до 81,8%.

Єдиним доопераційним методом прямої оцінки структурних змін у щитоподібній залозі, що дозволяє визначити онкологічну небезпеку виявлених вузлів, є їх тонкоігловий пункційна біопсія, яку проводять під контролем ультразвукового дослідження. Натепер в умовах, які склалися в Україні після аварії на Чорнобильській АЕС, правомірний принцип: всі солітарні та ехографічно підозрілі тиреоїдні вузли, доступні для проведення пункції, повинні бути цитологічно досліджені. Можна утриматися від проведення біопсії вузлових утворень у щитоподібній залозі розміром менше 10 мм, за відсутності підозрілих ехографічних даних, високого анамнестичного ризику і при обов'язковому ультразвуковому контролі 1-2 рази на рік.

Результати цитологічного дослідження заведено описувати у вигляді чотирьох стандартизованих варіантів, що значно полегшує прийняття рішення про характер лікування: доброякісні пухлини; злаякісні пухлини: папілярні, анапластичні, метастатичні, підозра на злаякісність; "сіра зона" невизначених висновків (фолікулярні і В-клітинні неоплазії); неінформативні мазки.

За останні роки інформативне цитологічне дослідження вузлів значно потіснило *радіонуклідне дослідження* щитоподібної залози, яке використовували раніше. Застосування сцинтиграфії щитоподібної залози препаратами ^{123}I , $^{99\text{m}}\text{Tc}$ не втратило свого діагностичного значення при дослідженні токсичних аденом щитоподібної залози, коли рівень ТТГ знаходиться на нижній межі норми або нижчий норми ($<0,5$ мЕд/л), а також для топічної діагностики загрудинного, рецидивного зоба, ектопованої тиреоїдної тканини.

Одним з важливих діагностичних питань є визначення ступеня компресійних ускладнень анатомічних структур і органів шиї зобом, який індивідуальний і достатньо суб'єктивний у кожного пацієнта. Тому при визначенні показань для хірургічного лікування зоба великого розміру, внутрішньогрудного зоба необхідне проведення об'єктивної оцінки порушень легеневої вентиляції і ступеня обструкції аеродигістивного тракту. У цих випадках показане застосування таких досліджень, як стандартна рентгенографія грудної клітки, ларинготрахеоскопія, езофагоскопія, статична і динамічна спірометрія.

Сучасна рентгенологічна діагностика (магнітно-резонансна, мультиспіральна комп'ютерна томографія з

болюсним контрастуванням) дозволяють виявити особливості хірургічної анатомії органів шиї та середостіння при загрудинному зобі, визначити глибину розташування щитоподібної залози, уточнити взаємозв'язок зоба з органами і магістральними судинами грудної порожнини та переднього середостіння, намітити оптимальний оперативний доступ і припустити можливі особливості проведення операції.

Консервативне лікування вузлових форм зоба. Враховуючи, що переважна більшість колоїдних проліферувальних вузлових утворень без порушення функції щитоподібної залози має невеликий розмір, що не представляє загрози компресії або косметичної проблеми, їхнє патологічне значення для організму часто сумнівне. Особливо це стосується дрібних, випадково виявлених вузлів. Тому при виявленні вузлового (багатовузлового) проліферувального зоба активне медикаментозне і, тим більше, інвазивне втручання (операція, склеротерапія) в більшості випадків необов'язкове.

Погляди на можливість ефективного лікування вузлових форм зоба проведенням супресивної терапії тиреоїдними препаратами з часом переглядаються і стали більш обмеженими. Терапевтичного ефекту у лікуванні вузлового або багатовузлового зоба можна досягти призначенням тиреоїдних препаратів при явному клінічному та субклінічному гіпотиреозі. Призначення супресивної терапії L-тироксина може мати ефект у молодих пацієнтів з невеликими вузловими утвореннями, що проживають у районах йодного дефіциту, при рівні ТТГ 2,5 мЕд/л і вищому, без ознак функціональної автономії. При проведенні супресивної терапії вузлових форм зоба слід уникати повного пригнічення рівня ТТГ, не менше $<0,1$ мЕд/л. За відсутності ефекту протягом 6-12 місяців лікування можна припинити, а при зменшенні розмірів вузлового утворення терапію бажано продовжити.

Хірургічна тактика лікування пацієнтів з вузовими формами зоба, яка застосовується нами в останні роки, зазнала значних змін. Показання для оперативного лікування вузлів щитоподібної залози стали більш помірними у зв'язку з можливістю об'єктивної оцінки ризику злаякісності впершедіагностованих вогнищевих утворень у щитоподібній залозі.

У структурі нашого госпітального реєстру після впровадження цитологічної діагностики, починаючи з 1992 року, значно знизилася частка оперативних втручань, що виконуються з приводу вузлових форм зоба. Так, якщо в 1987 році в структурі всіх операцій на щитоподібній залозі з приводу вузлового зоба було виконано 66,8% втручань, а злаякісних пухлин - 5,5%, то через 20 років у 2007 році частка операцій у зв'язку з вузовим зобом зменшилася до 37,2%, а кількість втручань з приводу карцином щитоподібної залози зросла до 44,8%.

Показаннями до оперативного лікування у пацієнтів з вузовим зобом є: цитологічно підтверджені карциноми; новоутворення, підозрілі відносно злаякісного

характеру; випадки складної цитоморфологічної діагностики (фолікулярні і В-клітинні пухлини - частота злоякісності в цій групі досягає 30%); локальний компресійний синдром органів шиї великими доброякісними новоутвореннями; тиреотоксикоз при вузловому і багатовузловому зобі великого розміру.

Змінилися також підходи до об'єму операцій, що виконуються з приводу вузлових форм зоба. На вибір об'єму втручання впливали результати поєднаного інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження методом заморожених зрізів і методом мазків-відбитків. При солітарних неоплазіях з ураженням однієї частки перевагу віддавали гемітиреоїдектомії. Широке впровадження в клінічну практику синтетичних препаратів левотироксину, перегляд патогенезу аутоімунних захворювань щитоподібної залози, дозволили розширити об'єми операцій при багатовузловому колоїдному зобі з ураженням обох часток, гіперпластичних формах аутоімунного тиреоїдиту з вузлуотворенням, багатовузловому зобі з функціональною автономією до тиреоїдектомії або втручанням близьких до тиреоїдектомії. За нашими даними, частота тиреоїдектомій при вузлових формах зоба зростає з 6,6% в 1996 до 37,1% у 2005 році.

Результати. Обговорення

Проведено аналіз лікування 5023 хворих, які оперовані з приводу вузлового зоба в хірургічній клініці ДУ "Інститут ендокринології та обміну речовин" за період з 1996 по 2007 рр. (табл. 1). Серед них було 4351(86,6%) жінок і 672(13,4%) чоловіків, вік обстежених пацієнтів коливався від 9 до 77 років, при цьому хворі у віці 9-20 років склали 3,2%, від 21 до 40 років - 21,6%, від 41 до 60 років - 64,8%, від 61 до 77 років - 10,4%.

Найчастіше операції проводили з приводу вузлового колоїдного різного ступеня проліферувального зоба - 3552 пацієнтів (70,7%). У 912 хворих (18,2%) показаннями для операції були доброякісні неоплазії. У 439 випадках (8,7%) вузлуотворення у щитоподібній залозі було наслідком хронічного аутоімунного процесу. У 120 пацієнтів (2,4%) вузли щитоподібної залози були клінічно функціонально автономними.

У пацієнтів молодого віку від 9 до 20 років зі всіх клініко-морфологічних форм переважали солітарні неоплазії - до 10,6%. У цій віковій групі показання для операції визначали частіше у зв'язку зі складною диференційною діагностикою доброякісних і злоякісних солітарних неоплазій. У віковій групі 21-40 років також великою була кількість випадків аденом щитоподібної залози (34,4%) і значно збільшилася частка пацієнтів з колоїдним проліферу-

вальним зобом (20,4%). У хворих вікових груп 41-60 і 61-77 років зростала кількість випадків вузлового колоїдного зоба (68,6% і 68,3% відповідно). У пацієнтів 61-77 років вузловий зоб часто поєднувався з автономною гіперфункцією вузлів (30,0%) і аутоімунним гіперпластичним процесом (20,2%).

Вибір об'єму операції з приводу вузлових форм зоба залежав від клініко-морфологічної форми захворювання (табл. 2). При солітарних неоплазіях в більшості випадків проводили операції на одній ураженій частці в об'ємі гемітиреоїдектомії (67,9%), а при багатовузловому колоїдному зобі частіше виконували повне видалення щитоподібної залози, до 76,6% втручання. При хронічному аутоімунному гіперпластичному процесі та вузловому зобі з проявами тиреотоксикозу переважали операції резекційного характеру на обох частках щитоподібної залози (44,9% і 38,3% відповідно), або тиреоїдектомії (49,4% і 32,5% відповідно).

Проаналізовано історії хвороб 31 хворого, яким проведено повторне оперативне втручання з приводу вузлового зоба (табл. 3). Зі всіх клініко-морфологічних форм найчастіше рецидивував колоїдний, різного ступеня проліферувальний зоб - 58,1%. Доброякісні неоплазії відмічено при першому оперативному втручанні у 29% пацієнтів. У 12,9% спостережень причиною рецидиву був хронічний аутоімунний тиреоїдит з вузлуотворенням. Понад половину повторних операцій виконано в ранні терміни до 5 років після першого втручання, в строк від 6 до 10 років було відмічено 32,3% і

Таблиця 1. Розподіл хворих за статтю та віком в залежності від клініко-морфологічних форм вузлового зоба.

Вік	Колоїдний, різного ступеня проліферувальний зоб n = 3552		Доброякісні неоплазії n = 912		Аутоімунні тиреопатії з вузлуотворенням n = 439		Багатовузловий токсичний зоб n = 120	
	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.
9-20 років	37	12	68	29	11	3	2	-
21-40 років	669	55	271	43	27	9	9	1
41-60 років	2074	365	391	55	274	26	58	14
61-77 років	311	29	46	9	76	13	27	9
Всього	3091	461	776	136	388	51	96	24

Таблиця 2. Характер оперативних втручань при вузлових формах зоба.

	Операції на одній частці щитоподібної залози	Операції на двох частках щитоподібної залози резекційного характеру	Тиреоїдектомія
Колоїдний, різного ступеня проліферувальний зоб n = 3552	117(3,3%)	714(20,1%)	2721 (76,6%)
Доброякісні неоплазії n = 912	619(67,9%)	225 (24,7 %)	68 (7,4%)
Аутоімунні тиреопатії з вузлуотворенням n = 439	25 (5,7%)	197 (44,9%)	217(49,4%)
Багатовузловий токсичний зоб n = 120	35 (29,2%)	46 (38,3%)	39 (32,5%)

від 11 до 15 років - 9,6% рецидивів.

Закономірно, що чим меншим був об'єм резекційного оперативного втручання на щитоподібній залозі, тим частіше розвивалися рецидиви захворювання. Понад половину первинних оперативних втручань

(54,9%) виконували на одній частці щитоподібної залози. Операції на двох частках щитоподібної залози резекційного характеру з видаленням від 50% до 90% тиреоїдної тканини також призвели до розвитку рецидивів захворювання у 41,9% пацієнтів. Найменше рецидивів було при операціях близьких до повного видалення щитоподібної залози із залишенням менше 10% тиреоїдної тканини - 3,2% повторних операцій.

На закінчення необхідно відмітити, що визначення показань та об'єму операції при вузлових формах зоба вимагає від хірурга глибоких знань патофізіології і патанатомії органа, класифікації захворювань щитоподібної залози, чітких уявлень про сучасні принципи лікування. Надзвичайно важливий нозологічний принцип побудови діагнозу та індивідуальний підхід до кожного конкретного пацієнта.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. На сучасному етапі розвитку ендокринної хірургії

Таблиця 3. Повторні оперативні втручання, виконані з приводу вузлового зоба.

Клініко-морфологічний варіант вузлового зоба під час першої операції	Колоїдний, різного ступеня проліферувальний зоб 18 (58,1%)	Доброякісні неоплазії 9 (29,0%)	Аутоімунні тиреопатії з вузлуотворенням 4 (12,9%)
Час між першою та повторною операціями	Від 1 до 5 років 18 (58,1%)	Від 6 до 10 років 10 (32,3%)	Від 11 до 15 років 3 (9,6%)
Об'єм первинного оперативного втручання	Операції на одній частці щитоподібної залози (видалення менше 50% тиреоїдної тканини) 17 (54,9%)	Операції на двох частках щитоподібної залози резекційного характеру (видалення від 50% до 90% тиреоїдної тканини) 13 (41,9%)	Майже тотальна тиреоїдектомія (залишається менше 10% тиреоїдної тканини) 1 (3,2%)

при визначенні тактики лікування вузлових утворень у щитоподібній залозі в першу чергу необхідно мати адекватну інформацію про їхню морфологічну структуру. Показання для операції при вузлових формах зоба слід визначати залежно від клініко-морфологічних форм захворювання, об'єктивної оцінки ступеня онкологічного ризику і реальної клінічної значимості для здоров'я пацієнта.

2. Мінімальне оперативне втручання в об'ємі гемитиреоїдектомії можливе при вузловому зобі з ураженням однієї частки щитоподібної залози, фолікулярній неоплазії, солітарній токсичній аденомі. При багатовузловому колоїдному зобі з ураженням обох часток щитоподібної залози, хронічному аутоімунному тиреоїдиті з вузлуотворенням, багатовузловому зобі з гіпертиреозом патогенетично виправдане виконання тиреоїдектомії.

Дотримання викладених вище умов дозволить зменшити кількість неадекватних, непотрібних операцій на щитоподібній залозі.

Література

Дедов И.И. Клинические рекомендации российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба /И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев //Проблемы эндокринологии. - 2005. - Т.51, №5. - С. 40-42.
 Стан ендокринологічної служби України в 2006 р. та підходи до розв'я-

зання проблемних питань. МОЗ України. Київ, 2007. - 36 с.
 Фадеев В.В. Эутиреоидный зоб: патогенез, диагностика, лечение / В.В.Фадеев //Клиническая тиреоидология. - 2003. - Т.1, №1. - С. 3-13.
 Gharib H. American association of clinical endocrinologists and associazione medici endocrinology medical

guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules /H.Gharib, E.Papini, R.Valcavi //Endocr. Practice. - 2006. - Vol.12, №1. - P. 63-102.
 Welker M.J., Orlov D. Thyroid nodules / M.J.Welker, D.Orlov //Am. Fam. Physician. - 2003. - Vol.67, №3. - P. 559-566.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА

Коваленко А.Е., Тарашченко Ю.М., Мельник М.Д.

Резюме. Рассмотрены вопросы хирургического лечения узловых форм зоба. Установлено, что показание для операции нужно определять в зависимости от клинико-морфологических форм заболевания, объективной оценки степени онкологического риска и реальной клинической значимости для здоровья пациента. Минимальное оперативное вмешательство в объеме гемитиреоидэктомии возможно при узловом зобе с поражением одной доли щитовидной железы, фолликулярной неоплазии, солитарной токсической аденоме. При многоузловом коллоидном зобе с поражением обеих долей щитовидной железы, хроническом аутоиммунном тиреоидите с узлообразованием, многоузловом зобе с гипертиреозом патогенетически оправдано выполнение тиреоидэктомии.

Ключевые слова: узловые формы зоба, хирургическое лечение.

SURGICAL TREATMENT OF NODULAR GOITER

Kovalenko A.Y., Tarashchenko Y.M., Melnik M.D.

Summary. The questions of surgical treatment of nodular goiter are considered. It is established that the indication for operation needs to be defined depending on clinic-morphological forms of disease, an objective estimation of degree of oncological risk and the real clinical importance for health of the patient. The minimum operative intervention in volume hemithyroidectomy is possible in the case of nodular goiter with affection of one share of a thyroid gland, follicular neoplasia, solitary to a toxic adenoma. In the case of

multinodal colloidal goiter with affection of both shares of a thyroid gland, chronic autoimmune thyroiditis with nodal formation, a multinodal goiter with hyperthyroidism pathogenetically performance thyroidectomy is justified.

Key words: nodular goiter, thyroid gland, multimodal colloidal goiter.

© Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В.

УДК: 616.441-006.6-053.27.-089.87:614.876

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В.

Державна установа "Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України" (вул. Вишгородська, 69, м. Київ, Україна, 04114)

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 481 пацієнта дитячого та підліткового віку з гістологічно підтвердженим папілярним раком щитоподібної залози. Встановлено, що проведення тотальної тиреоїдектомії і середньої дисекції шиї незалежно від ступеня поширеності пухлини разом з подальшою терапією радіоактивним йодом і супресивною гормонотерапією, знижує ризик розвитку рецидивів захворювання в 3,2 рази: з 2,3% до 0,7%, порівняно з органозберігаючими операціями та забезпечує десятирічну виживаність у 99,5% пацієнтів.

Ключові слова: папілярний рак, щитоподібна залоза, діти, підлітки, аварія на Чорнобильській АЕС.

Вступ

Аварія на Чорнобильській АЕС є найбільшою техногенною катастрофою в історії людства. Відомо, що 26 квітня 1986 року о 1-й годині 23 хвилини після півночі на четвертому енергоблоці станції стався вибух, що призвів до викиду в атмосферу колосальної кількості радіоактивних речовин. Особливу роль відіграв викид ізотопу I^{131} , термін напіврозпаду якого 8 днів. За уточненими розрахунками його було викинуто від 40 до 50 мільйонів кюрі, Сі (або приблизно 1.7×10^{18} беккерелів, Вк). Протягом першого місяця після аварії найнебезпечнішим джерелом внутрішнього опромінення був саме I^{131} , який потрапляв в організм інгаляційним шляхом і через використання в їжу забруднених продуктів харчування. Особливе значення в цей період мало споживання населенням, особливо дітьми, молока, забрудненого I^{131} [Герасимов, Фиге, 2006].

Починаючи з 1989 року, був відмічений ріст захворюваності на папілярний рак щитоподібної залози серед дітей постраждалих регіонів України з 0,4-0,6 випадків на мільйон дитячого населення в доаварійний період до 4 випадків на мільйон в 1992-1994 роках. При цьому 60% захворювань були виявлені у 5 північних областях (Київській, Чернігівській, Житомирській, Черкаській та Рівненській), найбільше забруднених радіоактивним йодом після аварії. У них захворюваність досягала 11,5 випадків на мільйон дитячого населення [Комісаренко і др., 2006; Тронько, Богданова, 1997].

Мінімальний латентний період розвитку пухлинного процесу в щитоподібній залозі становив 3-4 роки від моменту аварії. Зростання захворюваності відбувалося, в основному, за рахунок хворих, що потрапили під дію іонізуючого випромінювання у віці 0-4 років [Комісаренко і др., 2006; Тронько, Богданова, 1997].

Пік захворюваності на папілярні карциноми у дітей минув, але це лише означає, що група ризику плавно перейшла в когорту дорослих осіб (20 років і старші).

На сьогодні треба виходити з того, що підвищений ризик розвитку карцином щитоподібної залози збережеться на все життя, яке залишилося, у осіб 1970-1986 років народження, котрі перебували в період з кінця квітня до червня 1986 року в північних областях України.

На сьогодні експертами ВООЗ визначене найбільш оптимальне формулювання поняття "радіаційно-індукований рак щитоподібної залози". Можна сказати, що це не особлива нозологічна форма захворювання, а зареєстрований медичний наслідок ядерної катастрофи на Чорнобильській АЕС, який визначається сукупністю клінічних, епідеміологічних і морфологічних чинників.

Ситуація, що склалася, примусила хірургів переглянути підходи до лікування пацієнтів з пухлинами щитоподібної залози і змінити раніше існуючу думку, що високодиференційовані карциноми щитоподібної залози мають відносно сприятливий клінічний перебіг і прогноз.

Мета роботи: аналіз результатів хірургічного лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 481 пацієнта дитячого та підліткового віку з гістологічно підтвердженим папілярним раком щитоподібної залози. Порівнювали клінічні прояви захворювання, характер оперативного лікування, результати спостереження.

Результати. Обговорення

Відомо, що рак щитоподібної залози у дітей в цілому має агресивніший перебіг, ніж у дорослих [Jarzab et al., 2005; Schlumberger et al., 2004]. Злоякісні новоутворення у щитоподібній залозі, що спостерігалися у пацієнтів дитячого і підліткового віку, відрізняються за своїми характеристиками і мають високий біологічний

multinodal colloidal goiter with affection of both shares of a thyroid gland, chronic autoimmune thyroiditis with nodal formation, a multinodal goiter with hyperthyroidism pathogenetically performance thyroidectomy is justified.

Key words: nodular goiter, thyroid gland, multimodal colloidal goiter.

© Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В.

УДК: 616.441-006.6-053.27.-089.87:614.876

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В.

Державна установа "Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України" (вул. Вишгородська, 69, м. Київ, Україна, 04114)

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 481 пацієнта дитячого та підліткового віку з гістологічно підтвердженим папілярним раком щитоподібної залози. Встановлено, що проведення тотальної тиреоїдектомії і середньої дисекції шиї незалежно від ступеня поширеності пухлини разом з подальшою терапією радіоактивним йодом і супресивною гормонотерапією, знижує ризик розвитку рецидивів захворювання в 3,2 рази: з 2,3% до 0,7%, порівняно з органозберігаючими операціями та забезпечує десятирічну виживаність у 99,5% пацієнтів.

Ключові слова: папілярний рак, щитоподібна залоза, діти, підлітки, аварія на Чорнобильській АЕС.

Вступ

Аварія на Чорнобильській АЕС є найбільшою техногенною катастрофою в історії людства. Відомо, що 26 квітня 1986 року о 1-й годині 23 хвилини після півночі на четвертому енергоблоці станції стався вибух, що призвів до викиду в атмосферу колосальної кількості радіоактивних речовин. Особливу роль відіграв викид ізотопу I^{131} , термін напіврозпаду якого 8 днів. За уточненими розрахунками його було викинуто від 40 до 50 мільйонів кюрі, Сі (або приблизно 1.7×10^{18} беккерелів, Вк). Протягом першого місяця після аварії найнебезпечнішим джерелом внутрішнього опромінення був саме I^{131} , який потрапляв в організм інгаляційним шляхом і через використання в їжу забруднених продуктів харчування. Особливе значення в цей період мало споживання населенням, особливо дітьми, молока, забрудненого I^{131} [Герасимов, Фиге, 2006].

Починаючи з 1989 року, був відмічений ріст захворюваності на папілярний рак щитоподібної залози серед дітей постраждалих регіонів України з 0,4-0,6 випадків на мільйон дитячого населення в доаварійний період до 4 випадків на мільйон в 1992-1994 роках. При цьому 60% захворювань були виявлені у 5 північних областях (Київській, Чернігівській, Житомирській, Черкаській та Рівненській), найбільше забруднених радіоактивним йодом після аварії. У них захворюваність досягала 11,5 випадків на мільйон дитячого населення [Комісаренко і др., 2006; Тронько, Богданова, 1997].

Мінімальний латентний період розвитку пухлинного процесу в щитоподібній залозі становив 3-4 роки від моменту аварії. Зростання захворюваності відбувалося, в основному, за рахунок хворих, що потрапили під дію іонізуючого випромінювання у віці 0-4 років [Комісаренко і др., 2006; Тронько, Богданова, 1997].

Пік захворюваності на папілярні карциноми у дітей минув, але це лише означає, що група ризику плавно перейшла в когорту дорослих осіб (20 років і старші).

На сьогодні треба виходити з того, що підвищений ризик розвитку карцином щитоподібної залози збережеться на все життя, яке залишилося, у осіб 1970-1986 років народження, котрі перебували в період з кінця квітня до червня 1986 року в північних областях України.

На сьогодні експертами ВООЗ визначене найбільш оптимальне формулювання поняття "радіаційно-індукований рак щитоподібної залози". Можна сказати, що це не особлива нозологічна форма захворювання, а зареєстрований медичний наслідок ядерної катастрофи на Чорнобильській АЕС, який визначається сукупністю клінічних, епідеміологічних і морфологічних чинників.

Ситуація, що склалася, примусила хірургів переглянути підходи до лікування пацієнтів з пухлинами щитоподібної залози і змінити раніше існуючу думку, що високодиференційовані карциноми щитоподібної залози мають відносно сприятливий клінічний перебіг і прогноз.

Мета роботи: аналіз результатів хірургічного лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 481 пацієнта дитячого та підліткового віку з гістологічно підтвердженим папілярним раком щитоподібної залози. Порівнювали клінічні прояви захворювання, характер оперативного лікування, результати спостереження.

Результати. Обговорення

Відомо, що рак щитоподібної залози у дітей в цілому має агресивніший перебіг, ніж у дорослих [Jarzab et al., 2005; Schlumberger et al., 2004]. Злоякісні новоутворення у щитоподібній залозі, що спостерігалися у пацієнтів дитячого і підліткового віку, відрізняються за своїми характеристиками і мають високий біологічний

потенціал злоякісності, порівняно зі спостереженнями доаварійного періоду. Клінічно це виражалося коротким попереднім періодом розвитку захворювання з відсутністю ознак зміни загально-соматичного статусу, високою органо- і лімфоінвазивністю.

Клінічна картина карцином щитоподібної залози меншою мірою визначалася формою, а більше залежала від ступеня поширеності пухлинного процесу, часу, що минув від початку захворювання, віку пацієнта. У клінічній симптоматиці можна виявити загально-соматичні та локальні симптоми. Загальний стан пацієнтів, особливо на ранніх стадіях захворювання, істотно не змінювався. Основним місцевим симптомом раку щитоподібної залози була наявність вузлового пухлиноподібного утворення на передній або бічній поверхні щити, що виявляється пальпаторно або при ультразвуковому дослідженні. Важливе значення для його оцінки мали такі ознаки, як щільність, рухливість, характер поверхні. За нашими даними, наявність вузлового утворення на щити пальпаторно виявлено у 92,2% дітей і підлітків.

Доопераційна діагностична програма була заснована на визначенні онкологічної небезпеки всіх виявлених новоутворень у щитоподібній залозі. Об'єктивізацію даних первинного огляду здійснювали ультразвуковим дослідженням щитоподібної залози і лімфатичних вузлів щити. Використовувалися високочастотні датчики (7,5-10 МГц) з обов'язковим скануванням щитоподібної залози у декількох площинах і доплерівським дослідженням інтратиреоїдного кровотоку. Допустима здатність ультразвукового дослідження складала 2-3 мм, що дозволяло виявляти карциноми на ранніх етапах розвитку.

Вирішальним моментом підтвердження діагнозу карциноми щитоподібної залози було проведення тонкоігольової аспіраційної біопсії осередкових утворень з цитологічним дослідженням пунктату пухлини. При цьому чутливість цитологічного дослідження при папілярній карциномі щитоподібної залози становила 97,3%, специфічність - 88,5% і діагностична точність - 97,7%.

Основним дискусійним питанням є необхідність проведення біопсії вузлів щитоподібної залози невеликого розміру, що часто виявляються, менші 10 мм в діаметрі. У цих випадках враховували сонографічні ознаки, характерні для злоякісності: наявність мікрокальцифікатів, гіпоехогенність вузла, його неправильна форма і нерівні контури, наявність солідного компонента, хаотична інтранодулярна гіперваскуляризація. При непрямої ехографічних ознаках злоякісності і певному досвіді діагноста можна одержати достатню для інтерпретації кількість цитологічного матеріалу з карцином найменшнього розміру, до 5-6 мм у діаметрі.

Ступінь поширеності пухлинного процесу оцінювали за 6-ю редакцією класифікації TNM. У половини хворих (52,4%) спостерігали екстратиреоїдне розповсюдження пухлини (категорія T₄). Практично у всіх випадках у дітей були виявлені не мікрокарциноми, а клінічно значущі пухлини. Локальне розповсюдження пухлин-

ного процесу за межі щитоподібної залози у деяких випадках викликало порушення з боку дихальних шляхів, стравоходу, магістральних судин, нервів. Хворі скаржилися на утруднення ковтання (0,9%), дихання (0,6%), осиплість голосу (3,2%), біль у ділянці щити (0,3%). Пухлини категорії T₂ і T₃ були у 40,6% хворих. Рідше спостерігалися прогностично сприятливі пухлини категорії T₁ (7,0%). У 55,0% пацієнтів було виявлене регіонарне метастазування в лімфатичні вузли щити. У 11,6% хворих - віддалене метастазування в легені.

Морфологічне дослідження пухлин показало, що більш ніж у 90% випадків це були папілярні карциноми. Проте типові папілярні карциноми у хворих дитячого і підліткового віку були відмічені лише у невеликій кількості спостережень. Найбільш поширені папілярні карциноми солідної, фолікулярної і змішаної солідно-фолікулярної будови. Подібні карциноми об'єднані в єдиний солідно-фолікулярний варіант, який характеризується широким внутрішньозалозистим розповсюдженням, проростанням за межі анатомічної капсули залози, лімфатичною і кровоносною інвазією, частим метастазуванням у лімфатичні вузли щити.

Питання методу лікування і вибору обсягу оперативного втручання при папілярній карциномі щитоподібної залози дискутується протягом багатьох років [Комиссаренко и др., 2006; Jarzab et al., 2005; Schlumberger et al., 2004]. Зараз вже ні у кого не виникає сумніву, що методом вибору в лікуванні папілярних карцином щитоподібної залози у пацієнтів дитячого і підліткового віку є екстрафасціальна тиреоїдектомія. Виконання тиреоїдектомії дозволяє проводити подальшу терапію радіоактивним йодом, досягти ліпших результатів лікування і знизити ризик розвитку рецидивів захворювання, порівняно з органозберігальними операціями. Тотальна тиреоїдектомія при папілярній карциномі щитоподібної залози була виконана у більшості пацієнтів - 413(85,9%). Необхідно відзначити обов'язковість проведення інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження пухлини методом заморожених зрізів.

Найбільш складною проблемою для хірурга є вибір об'єму оперативного втручання при пухлинах щитоподібної залози фолікулярної будови (follicular neoplasm), коли до і під час операції має високу складність цитоморфологічна діагностика злоякісності [Комиссаренко и др., 2006; Schlumberger et al., 2004]. У цих випадках мінімальним об'ємом втручання слід вважати екстрафасціальну гемитиреоїдектомію. Такі операції були виконані у 68 хворих (14,1%).

У разі первинної операції органозберігаючого характеру і встановлення діагнозу карциноми при остаточному гістологічному дослідженні обговорювалися показання для проведення другим етапом "остаточної тиреоїдектомії". При цьому враховувалися несприятливий гістологічний варіант карциноми, інтратиреоїдна дисемінація, розміри пухлини понад 10 мм, вираженість капсулярної та судинної інвазії, радіаційне оп-

роміювання в анамнезі. У наших спостереженнях "остаточна тиреоїдектомія" була виконана у 17 хворих (3,5%). У 51 пацієнта (10,6%) при мінімально інвазивній капсульованій папілярній карциномі до 1 см, проведений обсяг операції у вигляді гемітиреоїдектомії, був визнаний радикальним.

Дискутабельним питанням залишається вибір об'єму оперативного втручання на лімфатичних колекторах шиї при папілярній карциномі щитоподібної залози. Важливим моментом операції є проведення ревізії регіонарних колекторів лімфовідтоку з інтраопераційною експрес-біопсією "сторожових" лімфатичних вузлів центрального відсіку шиї і омо-гіоїдальній групі яремного колектора на боці ураження. При підтвердженні наявності метастазів виконували радикальну лімфаденектомію, згідно з анатомічними орієнтирами шиї.

Найчастіше метастази виявлялися в претрахеальних, паратрахеальних, передгортанних лімфовузлах центрального відсіку шиї 6-го рівня. У цих випадках виконували серединну дисекцію шиї. Зараз активно обговорюється проведення профілактичної лімфаденектомії серединного відсіку шиї, за відсутності доказів явного метастазування. Безумовно, розширення об'єму операції підвищує ризик розвитку ускладнень. Опоненти виконання профілактичної серединної дисекції шиї вказують на вищий рівень розвитку ларингеальних порушень і паратиреоїдної недостатності, що розвивається після операції.

Не зважаючи на це, в останній час ми розширюємо показання для виконання профілактичної дисекції серединного відсіку шиї, визначаючи їх з індивідуальних позицій, враховуючи морфологічні характеристики та поширеність первинної пухлини щитоподібної залози. При цьому прецизійна техніка операції в абсолютно сухому операційному полі дозволяє візуалізувати хід поворотних горлових нервів, кровопостачання і життєздатність прищитоподібних залоз впродовж усього втручання, що мінімізує кількість специфічних для тиреоїдної хірургії ускладнень.

Вдосконалення техніки виконання операцій за останні роки дозволило знизити кількість післяопераційних специфічних ускладнень (2,9%) (стійкий ларингеальний парез - 2,1%, стійкий гіпаратиреоз - 0,8%).

Виконання однічної або двобічної модифікованої дисекції шиї проводилося при виявленні метастазів у глибоких шийних лімфатичних вузлах яремного колектора і заднього трикутника шиї. Селективні дисекції та видалення поодиноких лімфовузлів слід вважати онкологічно невиправданими.

Література

Герасимов Г.А. Чернобыль: Двадцать лет спустя /Г.А.Герасимов, Д.Фиге / /Клиническая и экспериментальная тиреоидология. - 2006. - №2. - С. 67.

Заболевания щитовидной железы, возникшие после аварии на ЧАЭС и

требующие хирургического лечения /Комиссаренко И.В., Рыбаков СИ., Коваленко А.Е. [и др.] //Международный журнал радиационной медицины. - 2006. - Т.8, №1.- С. 52-53.

Тронько Н.Д. Рак щитовидной железы у

Всім хворим після радикального оперативного втручання проводили абляцію залишкової тиреоїдної тканини і терапію метастазів радіоактивним йодом, з подальшою супресивною терапією тиреоїдними препаратами.

Аналіз результатів лікування папілярних карцином щитоподібної залози у дітей і підлітків показав, що перехід на радикальний терапевтичний протокол, заснований на виконанні первинної тиреоїдектомії з подальшим лікуванням радіоактивним йодом, дозволив знизити ризик розвитку рецидивів захворювання у 3,2 разу з 2,3% до 0,7%, порівняно з органозберігаючими операціями. У наших спостереженнях десятирічна виживаність дітей і підлітків становить 99,5%. На теперішній час ці пацієнти вже виросли. Практично всі вони повністю працездатні. Не постраждала їхня репродуктивна функція, у багатьох є здорові діти.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Зростання захворюваності на рак щитоподібної залози серед населення України на сьогодні є єдиним безсумнівно доведеним медичним наслідком Чорнобильської катастрофи. Починаючи з 1990 року спостерігається значне збільшення кількості випадків раку щитоподібної залози в когорті осіб, яким було від 0 до 18 років на час аварії. Переважна більшість пухлин (понад 90%) є папілярними карциномами.

2. Ризик розвитку карцином щитоподібної залози в осіб, потерпілих у дитячому віці в результаті аварії на Чорнобильській АЕС, збережеться ще тривалий час. Проведення постійного тиреоїдного скринінгу цієї групи населення дозволить виявити захворювання на ранніх стадіях розвитку.

3. При доопераційному цитологічному діагнозі "карцинома щитоподібної залози" у пацієнтів, які були в період Чорнобильської аварії дітьми, обов'язкове виконання тотальної тиреоїдектомії і серединної дисекції шиї незалежно від ступеня поширеності пухлини. Проведення тиреоїдектомії знижує ризик розвитку рецидивів захворювання в 3,2 рази: з 2,3% до 0,7%, порівняно з органозберігаючими операціями.

Оптимальним протоколом лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків є радикальне оперативне втручання на щитоподібній залозі і регіонарних колекторах лімфовідтоку з подальшою терапією радіоактивним йодом і супресивною гормонотерапією, що дозволяє досягти десятирічної виживаності у 99,5% пацієнтів.

детей Украины (последствия Чернобыльской катастрофы) /Н.Д.Тронько, Т.И.Богданова. - К: Чернобыль-интеринформ, 1997. - 200 с.

Follow-up of low-risk patients with differentiated thyroid carcinoma: a European perspective /M.Schlu-

mberger, G.Berg, O.Cohen [et al.] // Eur. J. of Endocr. - 2004. - Vol.150. - P. 105-112.

Jarzab B. Juvenile differentiated thyroid carcinoma and the role of radioiodine in its treatment: a qualitative review /

B.Jarzab, D.Handkiewicz-Junak, J.Wloch //Endocr. Relat. Cancer. - 2005. - Vol.12. - P. 773-803.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Комисаренко И.В., Коваленко А.Е., Омельчук А.В.

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 481 пациента детского и подросткового возраста с гистологически подтвержденным папиллярным раком щитовидной железы. Установлено, что проведение тотальной тиреоидэктомии и срединной диссекции шеи независимо от степени распространенности опухоли совместно с дальнейшей терапией радиоактивным йодом и супрессивной гормонотерапией, снижает риск развития рецидивов заболевания в 3,2 раза: с 2,3% до 0,7%, сравнительно с органосохраняющими операциями и обеспечивает десятилетнюю выживаемость у 99,5% пациентов.

Ключевые слова: папиллярный рак, щитовидная железа, дети, подростки, авария на Чернобыльской АЭС.

SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY CARCINOMA OF THYROID GLAND OF CHILDREN AND TEENAGERS
Komisarenko I.V., Kovalenko A.E., Omelchuk A.V.

Summary. The analysis of results of treatment of 481 patients of children's and teenage age with histological confirmed papillary carcinoma of thyroid gland is conducted. It is established that conduction of total thyroidectomy and median dissection of neck, independent on the degree of prevalence of a tumour in common with the further therapy by radioactive iodine and suppressive hormone therapy, reduces risk of development of relapses of disease in 3,2 times: from 2,3% to 0,7%, compared with organsaved operations also provides ten years' survival rate of 99,5% patients.

Key words: papillary carcinoma, thyroid gland, children, teenagers, the accident of Chernobyl APS.

© Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаётов А.М.

УДК: 616.36-002.951.21:617

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаётов А.М.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино (пр. Рудаки, 139, г. Душанбе, Республика Таджикистан, 734003)

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 366 больных с эхинококкозом печени. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, имелся у 73 (19,9%) пациентов. При обследовании применяли УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ и лапароскопию. Предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопических вмешательств. ЭПСТ, инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки и назобилиарное дренирование выполнили у 39,7% пациентов. Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 60,3% больных. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений до 8,2%, летальность - до 4,1%.

Ключевые слова: осложненный эхинококкоз, обтурационная желтуха, эндоскопические вмешательства, назобилиарное дренирование.

Введение

Прорыв в желчные протоки с развитием обтурационной желтухи и холангита является вторым по частоте осложнением эхинококкоза печени, который наблюдается в 15,8-20,1% случаев [Гульмурадов и др., 2005, Курбонов, Даминова, 2006]. Причины прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки различны и зависят от многих условий [Ильхамов, 2000; Меджидов и др., 2000]. При локализации кисты вблизи небольших желчных протоков, в случае гибели паразита, происходит уменьшение кисты в размерах, что способствует проникновению желчи в перикистозное пространство с нагноением и отслойкой хитиновой оболочки [Османов, 1997; Мовчун и др., 2004]. Большая или нагноившаяся киста, расположенная вблизи крупных желчных протоков, может вызвать их сдавление с развитием обтурационной желтухи либо сопровождаться прорывом содержимого кисты в желчные протоки [Могаме-

дов А.З. и др., 1996; Мовчун А.А. и др., 2004]. В последних ситуациях мертвые или живые дочерние пузыри кист или обрывки хитиновой оболочки обтурируют желчные протоки с развитием тяжелого инфекционно-аллергического холангита с явлениями печеночной недостаточности [Меджидов и др., 1996; 2000; Kern, 2003] или даже острого холангиогенного панкреатита [Ayadin et al., 1997]. При прорыве гидатидозной кисты в желчные пути в клинической картине заболевания доминирует гепатобилиарная симптоматика. Клинические проявления эхинококкоза печени с поражением желчных путей зависят во многом от характера поврежденных последних. Наиболее опасное проявление прорыва кисты в желчные протоки - холангит, при котором хирургическое лечение не всегда эффективно, а летальность достигает 25-47% [Меджидов и др., 2000].

Цель исследования: улучшение результатов хи-

mberger, G.Berg, O.Cohen [et al.] // Eur. J. of Endocr. - 2004. - Vol.150. - P. 105-112.

Jarzab B. Juvenile differentiated thyroid carcinoma and the role of radioiodine in its treatment: a qualitative review /

B.Jarzab, D.Handkiewicz-Junak, J.Wloch //Endocr. Relat. Cancer. - 2005. - Vol.12. - P. 773-803.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Комисаренко И.В., Коваленко А.Е., Омельчук А.В.

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 481 пациента детского и подросткового возраста с гистологически подтвержденным папиллярным раком щитовидной железы. Установлено, что проведение тотальной тиреоидэктомии и срединной диссекции шеи независимо от степени распространенности опухоли совместно с дальнейшей терапией радиоактивным йодом и супрессивной гормонотерапией, снижает риск развития рецидивов заболевания в 3,2 раза: с 2,3% до 0,7%, сравнительно с органосохраняющими операциями и обеспечивает десятилетнюю выживаемость у 99,5% пациентов.

Ключевые слова: папиллярный рак, щитовидная железа, дети, подростки, авария на Чернобыльской АЭС.

SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY CARCINOMA OF THYROID GLAND OF CHILDREN AND TEENAGERS
Komisarenko I.V., Kovalenko A.E., Omelchuk A.V.

Summary. The analysis of results of treatment of 481 patients of children's and teenage age with histological confirmed papillary carcinoma of thyroid gland is conducted. It is established that conduction of total thyroidectomy and median dissection of neck, independent on the degree of prevalence of a tumour in common with the further therapy by radioactive iodine and suppressive hormoneotherapy, reduces risk of development of relapses of disease in 3,2 times: from 2,3% to 0,7%, compared with organsaved operations also provides ten years' survival rate of 99,5% patients.

Key words: papillary carcinoma, thyroid gland, children, teenagers, the accident of Chernobyl APS.

© Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаётов А.М.

УДК: 616.36-002.951.21:617

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаётов А.М.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино (пр. Рудаки, 139, г. Душанбе, Республика Таджикистан, 734003)

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 366 больных с эхинококкозом печени. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, имелся у 73 (19,9%) пациентов. При обследовании применяли УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ и лапароскопию. Предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопических вмешательств. ЭПСТ, инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки и назобилиарное дренирование выполнили у 39,7% пациентов. Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 60,3% больных. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений до 8,2%, летальность - до 4,1%.

Ключевые слова: осложненный эхинококкоз, обтурационная желтуха, эндоскопические вмешательства, назобилиарное дренирование.

Введение

Прорыв в желчные протоки с развитием обтурационной желтухи и холангита является вторым по частоте осложнением эхинококкоза печени, который наблюдается в 15,8-20,1% случаев [Гульмурадов и др., 2005, Курбонов, Даминова, 2006]. Причины прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки различны и зависят от многих условий [Ильхамов, 2000; Меджидов и др., 2000]. При локализации кисты вблизи небольших желчных протоков, в случае гибели паразита, происходит уменьшение кисты в размерах, что способствует проникновению желчи в перикистозное пространство с нагноением и отслойкой хитиновой оболочки [Османов, 1997; Мовчун и др., 2004]. Большая или нагноившаяся киста, расположенная вблизи крупных желчных протоков, может вызвать их сдавление с развитием обтурационной желтухи либо сопровождаться прорывом содержимого кисты в желчные протоки [Могаме-

дов А.З. и др., 1996; Мовчун А.А. и др., 2004]. В последних ситуациях мертвые или живые дочерние пузыри кист или обрывки хитиновой оболочки обтурируют желчные протоки с развитием тяжелого инфекционно-аллергического холангита с явлениями печеночной недостаточности [Меджидов и др., 1996; 2000; Kern, 2003] или даже острого холангиогенного панкреатита [Ayadin et al., 1997]. При прорыве гидатидозной кисты в желчные пути в клинической картине заболевания доминирует гепатобилиарная симптоматика. Клинические проявления эхинококкоза печени с поражением желчных путей зависят во многом от характера поврежденных последних. Наиболее опасное проявление прорыва кисты в желчные протоки - холангит, при котором хирургическое лечение не всегда эффективно, а летальность достигает 25-47% [Меджидов и др., 2000].

Цель исследования: улучшение результатов хи-

руггического лечения больных эхинококкозом печени, осложнившийся обтурационной желтухой.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 366 больных с эхинококкозом печени, оперированных в клинике за период с 1998 по 2008 г. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, выявлен у 73 (19,9%) пациентов. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Подавляющее большинство больных (91,7%) осложненным эхинококкозом печени были лица трудоспособной возрастной категории от 15 до 50 лет. Среди них: мужчин было 154 (42,1%), женщин - 212 (57,9%). При выборе диагностического алгоритма предпочтение отдавали как эндоскопическим (ЭГДС, лапароскопия), так и инструментальным методам (рентгенография, УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, КТ, МРТ и т.д.). Большим преимуществом этих методов исследования, помимо высокой информативности, есть возможность использования их в качестве лечебных мероприятий, главным образом для декомпрессии желчевыводящих путей. Информативность исследования значительно повышалась при сочетанном применении эндоскопических и рентгеноконтрастных диагностических методов.

Длительность заболевания у больных имела свои особенности. У 23 (31,5%) пациентов как у женщин, так и у мужчин, развитию механической желтухи предшествовала боль в область эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией межлопаточную область. В то же время у 15 (20,6%) пациентов болевой синдром и механическая желтуха появились одновременно, а у 35 (47,9%) больных механическая желтуха развилась без болевого синдрома, но сопровождалась выраженной воспалительной реакцией и гипертермией. Длительность клинических проявлений заболевания варьировало от нескольких часов до 16 суток. Сопутствующие заболевания выявлены у 19 (26,0%) пациентов. Признаки холангита отмечены в 21 (28,7%) наблюдении.

Результаты. Обсуждение

Клиническая картина перфорации содержимого эхинококковой кисты в желчные ходы различна и была связана с диаметром цистобилиарного свища и уровнем его прорыва в билиарный тракт. В зависимости от выраженности клинической картины, мы разделили больных на три группы. В 1 группу вошли 37 (50,7%) больных с тяжелой (желтушной) формой заболевания. Клиническая картина у этих больных богата симптоматикой и характеризовалась тяжелым течением. Она была обусловлена сдавлением кистой желчных протоков (n=20) и прорывом содержимого кисты в крупные долевые или внепеченочные желчные протоки (n=17) с их обтурацией и развитием механической желтухи, острого холангита, острого холецистита, печеночной недостаточности с выраженной интоксикацией, болевым синдромом, гипертермией и ознобом.

Ко 2 группе отнесли 22 (30,1%) больных, у которых наблюдалась стертая клиническая картина, обусловленная образованием цистобилиарного свища с сегментарными желчными протоками, когда полной их обтурации элементами эхинококковой кисты не наступает в связи с тем, что в них не могут попасть большие дочерние пузыри и крупные частицы хитиновой оболочки. Клинические симптомы осложнения заболевания у этих больных были скудными: в 59,1% имели место субиктеричность склер, в анамнезе у 40,9% - кратковременная маловыраженная желтуха и приступ болей в правом подреберье. У 14 больных 3 группы (19,2%) отмечалась легкая форма клинического течения заболевания. Она обусловлена малым размером перфоративного отверстия и часто целостью хитиновой оболочки паразита, а также фактически наличием только перичистобилиарного свища. Необходимо отметить, что такие свищи отмечены нами, как и рядом других авторов и наиболее часто они составляли 26,4% от всех 53 цистобилиарных свищей. Больные этой группы представляли определенный клинический интерес, прежде всего в связи с трудностью диагностики. В этих случаях клинические проявления отсутствовали, и желчные свищи выявлены только интраоперационно.

Лечебный эффект предоперационного дренирования у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликвидацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита. Все это в совокупности способствует нормализации печеночной гемодинамики и улучшению функционального состояния гепатоцитов.

С целью декомпрессии внепеченочного желчного протока, а также рациональности тактики двухэтапного лечения больных эхинококкозом печени, осложнившийся обтурационной желтухой, у 29 пациентов на первом подготовительном этапе выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Достижение последнего, в основном, зависела от общего состояния больных, длительности желтухи, локализации паразитарной кисты и характера поражения органа.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 21 больным. В ходе проведения ЭПСТ производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка (13). Нормализация показателей билирубина и результатов других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

С целью одновременной декомпрессии остаточной полости эхинококковой кисты и общего желчного протока, нами после эндоскопической папиллосфинктеро-

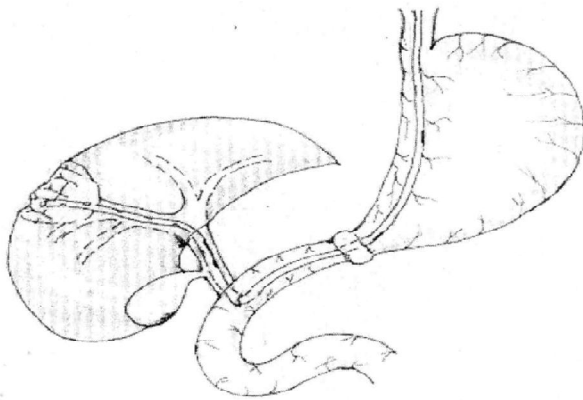


Рис. 1. Схематическое изображение назобилиарного дренирования.

томии, удаления фрагментов хитиновой оболочки из просвета общего желчного протока, произведено назобилиарное дренирование (рис. 1, 2).

Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 7 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита (4) и отек области большого дуоденального соска (3), что препятствовало пассажу желчи (рис. 1).

Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек осматривали просвет большого дуоденального соска и дистальной части холедоха. При этом в 3 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 3 случаях - эрозивного холангита и в 1 случае наблюдалась картина эрозивно-язвенного холангита (рис. 2).

Учитывая явление инфекционно-аллергического паразитарного холангита, в послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 8-9, 10-11, и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желче-

выводящих путей. В 5(71,4%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 2(28,6%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей.

Использование эндоскопических вмешательств в комплексном лечении больных этой группы было основной целью, что обосновано тяжестью их исходного состояния. Во-первых, это позволяло дозировать хирургическую агрессию: вначале выполняли минимальное вмешательство, направленное как на устранение обструкции желчевыводящих путей, так и на уменьшение воспалительных изменений в желчном пузыре и подпеченочном пространстве (первый этап). Ко второму этапу приступали на фоне улучшения состояния больного за счет ликвидации или уменьшения желтухи, холангита, а также улучшения функционального состояния печени, что было особенно важно у данного контингента больных с высокой степенью операционного и анестезиологического риска. Вторым этапом, как правило, осуществляли в отсроченном периоде.

На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненной обтурационной желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном.

У 44(60,3%) больных, у которых по разным причинам не удалось ликвидировать желчную гипертензию эндоскопически, после соответствующей предоперационной подготовки в отсроченном порядке произведены традиционные вмешательства. Во время операций после эвакуации содержимого эхинококковой кисты во всех наблюдениях выявлялись перфорантные желчные протоки, открывающиеся в ее просвет. Отмечено, что при малом диаметре устья желчных фистул, возникают определенные трудности в его выявлении. Одним из верных признаков наличия желчного свища является характерная окраска наружной поверхности хитиновой оболочки и эхинококковой жидкости. В сомнительных и неясных случаях мы использовали рыхлую тампонаду остаточной полости сухой салфеткой на короткое время. При наличии желчного протока на из-

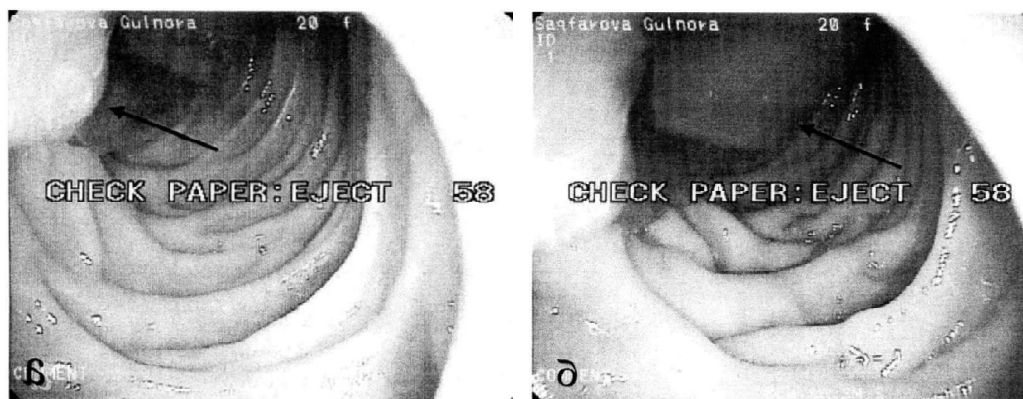


Рис. 2 (а, б). Видеоэндоскопия. Этапы выхода хитиновой оболочки из фатерова соска.

влеченной салфетке обычно появлялось желтое пятно. Этим же способом можно пользоваться для определения эффективности ликвидации перфорантного желчного протока. Для ушивания желчного свища обычно применяли нить на атравматической игле. Далее выполнили холедо-

хотомию, удаление фрагментов хитиновой оболочки, санацию желчевыводящих путей антисептиками и дренирование холедоха. Дальнейший ход оперативного вмешательства зависел от индивидуальных характеристик кисты. По показаниям производили различные способы эхинококкэктомии из печени.

Оценивая эффективность каждого способа оперативного лечения больных эхинококкозом печени, осложненным обструктивной желтухой, обязательно учитывали продолжительность пребывания в стационаре, послеоперационного периода, а также количество, характер интра- и послеоперационных осложнений.

Анализируя послеоперационную летальность и осложнений, необходимо отметить, что они развились прогнозируемо. После выполнения приведенных выше оперативных вмешательств (73) летальных исходов было 3(4,1%). Удельный вес отдельных осложнений в структуре летальности выглядело следующим образом: острая послеоперационная печеночная недостаточность имела место у 1(1,3%) больного, и у 2(2,6%) больных наблюдались осложнения, не связанные с характером

и объемом выполненной операции.

Послеоперационные осложнения выявлены у 6(8,2%) больных. Жидкостные скопления и подпеченочные абсцессы выявлены у 2(2,6%) больных, которые были ликвидированы с помощью ультразвукового пункционного датчика, кровотечение - у 1(1,3%) и эксудативный плеврит отмечен в 3(4,1%) наблюдениях.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Оперативное вмешательство при обтурационной желтухе эхинококкового генеза носит срочный или отложенный характер. Целесообразно этапное лечение. На первом этапе первостепенное значение имеют эндоскопические вмешательства, что включает одновременную декомпрессию остаточной полости эхинококковой кисты, общего желчного протока, снижение интоксикации и купирование печеночной недостаточности. Вторым этапом, при невозможности эндоскопических вмешательств, применяются традиционные хирургические вмешательства.

Литература

- Гульмуратов Т.Г. Пути улучшения результатов лечения осложненного эхинококкоза печени /Т.Г.Гульмуратов, М.Г.Паллаев, Д.М.Олимов // материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. - Душанбе, 2005. - С. 72-74.
- Ильхамов Ф.А. Осложненный эхинококкоз /Ф.А.Ильхамов //Проблемы эхинококкоза: Махачкала, 2000. - С. 58-59.
- Курбонов К.М. Желчеотводящие операции при механической желтухе вызванной эхинококкозом печени /К.М.Курбонов, Н.М.Даминова // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т.11, №3. - С. 210-211.
- Меджидов Р.Т. Холангит как осложнение эхинококкоза печени / Р.Т.Меджидов, А.И.Хамидов, И.Г.-Ахмедов //Проблемы эхинококкоза. - Махачкала, 2000. - С. 97-98.
- Мовчун А.А. Диагностика поражений желчных протоков при эхинококкозе печени /А.А.Мовчун //Хирургия. - 2004. - №2. - С. 28-32.
- Могамедов А.З. Изменения в гепатобилиарной системе при эхинококкозе печени / А.З. Могамедов //Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - №1. - С. 234-235.
- Османов А.О. Осложненный эхинококкоз печени: автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.27 /А.О.Османов. - Москва, 1997. - 17 с.
- Цхай В.Ф. Особенности клиники и диагностики механических желтух паразитарной этиологии /В.Ф.Цхай //Анналы хирургической гепатологии. - Томск, 1997. - С. 68.
- Ayadin A. Hydatid acute pancreatitis: a rare complication of hydatid liver disease. Report of two cases /A.Ayadin //Eur. J Gastroenterol Hepatol. - 1997. - Vol.2. - P. 211-214.
- Kern P. Echinococcus granulosus infection: clinical presentation, medical treatment and outcome /P.Kern //Langenbeck's Arch. Surg. - 2003. - Vol.388. - P. 413-420

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЕХІНОКОКОЗОМ ПЕЧІНКИ, УСКЛАДНЕНИМ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Махмадов Ф.І., Курбонов К.М., Дамінова Н.М., Хаєтов А.М.

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 366 хворих з ехінококкозом печінки. Ехінококкоз печінки, який ускладнився обтураційною жовтяницею, виявлено в 73(19,9%) пацієнтів. При обстеженні застосовували УЗД, ЕРХПГ, КТ, МРТ і лапароскопія. Перевагу віддавали етапному лікуванню із застосуванням ендоскопічного втручання на першому етапі. ЕПСТ, інструментальне видалення фрагментів хітинової оболонки і назобілярне дренивання виконано в 39,7% пацієнтів. Традиційні хірургічні втручання виконані в 60,3% хворих. Розроблена тактика дозволила поліпшити результати лікування, зменшити число ускладнень до 8,2%, летальність - до 4,1%.

Ключові слова: ускладнений ехінококкоз, обтураційна жовтяниця, ендоскопічне втручання, назобілярне дренивання.

WAYS OF RESULT IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HYDATID DISEASE OF LIVER COMPLICATED BY OBTURATED JAUNDICE

Mahmadov F.I., Kurbonov K.M., Daminova N.M., Haetov A.M.

Summary. The analyse of the results of treatment of 366 patients with hydatid disease of liver is conducted. The 73 (19,9%) of patients had hydatid disease of liver, complicated with obturated jaundice. For examination RGPG, CT, MRT and laparoscopy were used. Preference was given to stage treatment with use on first stage endoscopic intervention. EPST, tool extraction of echinococcoses elements and nosebiliary draining were performed to 39,7% patients. Traditional surgical interventions were performed to 60,3% patients exploited tactic improve treatment results, increased complications till 8,2%, mortality - till 4,1%

Key words: complicated echinococcosis, obturated jaundice, endoscopic intervention, nosebiliary draining.

© Хмельницький С.Й.

УДК: 616.361-089:616.33-002.44

ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Хмельницький С.Й.

Медицинський університет УАНМ, Державний заклад Вузлова лікарня № 1 станції Дарниця ДТГО "Південно-західна залізниця" (вул. Сімферопольська, 8, м. Київ, Україна, 02096)

Резюме. Узагальнені результати хірургічного лікування 127 хворих із специфічними гепатобіліарними ускладненнями хронічної дуоденальної виразки за період 1990-2007 роки. Спостереження включало два періоди: I - 80(63%) і II - 47(27%) хворих. Чоловіків було 89(70%) і жінок 38(30%). В дослідженій групі хворих виділені такі основні варіантні клініко-морфологічні форми гепатобіліарних ускладнень: іктерична - 62(49%); дуоденоілеусна - 22(17%); панкреатична - 15(12%); анемічна - 14(11%); перитонітна - 14(11%) хворих. Загальна летальність склала 9(7%), відповідно по періодах спостережень - I-й - 7(5,5%) і II - 2(1,6%) випадків. Незадовільні результати лікування були обумовлені інтраопераційними ускладненнями - додаткове пошкодження загальної жовчної і головної панкреатичної протоки, папіли, кровотечею і неспроможністю швів в післяопераційному періоді. Загальна кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів склала - 31(24,4%), при чому в I період - 27(21,2%) і II період - 4(3,2%). Позитивної динаміки результатів лікування в другий період спостережень було досягнуто за рахунок використання нових адгезивно-пластичних оперативних методик.

Ключові слова: хронічна дуоденальна виразка, пенетрація, параульцерозне поле, гепатобіліарні ускладнення, тактика лікування.

Вступ

Актуальною проблемою сучасної хірургічної гастроентерології залишаються резистентні до медикаментозної терапії дуоденальні виразки, які пенетрують в жовчні протоки і головку підшлункової залози. Довготривалий перебіг захворювання в таких випадках призводить до утворення поширеного параульцерозного поля із залученням до патологічного процесу протокових і судинних структур печінки і підшлункової залози, що незмінно призводить до розвитку нових патологічних станів, специфіка яких визначається задіяними в патологічний процес органами і анатомічними утвореннями і ескалацією агресивної дії на них різних факторів - кислоти, жовчі, ферментів, компонентів запальної реакції. Клінічною складовою при формуванні гепатобіліарних ускладнень хронічної дуоденальної виразки є насамперед симптоматичне нашарування синдромів холангіту і механічної жовтяниці, які досить швидко можуть превалювати в клінічній картині, що значно ускладнює діагностику всіх патологічних проявів, що негативно впливає на оптимальний вибір тактики лікування. Комбінований характер такої патології, виникнення значних патологічних дефектів в умовах поширених запальних інфільтратів і гострого дефіциту повноцінних місцевих тканин, які можливо використати в якості пластичного матеріалу для реконструктивних і відновлювальних операцій, завжди створюють нестандартну операційну ситуацію, що є надзвичайно складною задачею в кожному конкретному випадку. З огляду на відсутність уніфікованої тактики і узагальненого досвіду лікування такої патології питання раціонального вибору характеру, обсягу і технологій оперативних втручань при розвитку гепатобіліарних ускладнень хронічної дуоденальної виразки є проблемними і потребують подальшого дослідження і вирішення [Гальперин, Ветшева, 2009; Лобанков, 2005; Тарасенко и др., 2009].

Матеріали та методи

Узагальнені результати хірургічного лікування 127 хворих з специфічними гепатобіліарними ускладненнями хронічної дуоденальної виразки за період 1990-2007 роки. Для дослідження значення параульцерозного поля як морфологічного субстрату пенетраційного виразкового інфільтрату в етіопатогенезі гепатобіліарних ускладнень використана методика вивчення гістотопограм та морфологічний аналіз матеріалів інтраопераційної біопсії. Експериментально відпрацьовані та апробовані в клініці нові адгезивно-пластичні операційні методики і способи герметизації шовних з'єднань.

Результати. Обговорення

Спостереження включало два періоди: - 80(63%) і II - 47(27%) хворих. Чоловіків було 89(70%) і жінок 38(30%). Загальна летальність склала 9(7%), відповідно періодам спостережень: I - 7(5,5%) і II - 2(1,6%). Локалізація і характер пенетруючих виразок дванадцятипалої кишки виглядали так: бульбарні і пілоробульбарні виразки - 60(47,2%), постбульбарні виразки - 29(22,8%), юктапапілярні виразки - 7(5,5%), поширені виразкові ураження дванадцятипалої кишки (гігантські виразки) - 31(24,4%). Макроморфологічна картина патологічної зони насамперед була представлена запальними пенетраційними інфільтратами і рубцевими утвореннями (локальні щільні, поширені щільні, псевдотуморозні інфільтрати, рубцеві трансформації) та виразковими дефектами (кратероподібні глибокі, кратероподібні гігантські більш ніж 3,5 см діаметром, тангенціальні - по поверхні підлеглих анатомічних утворень). Морфологічною основою гепатобіліарних ускладнень є пенетраційний інфільтрат з розповсюдженням на жовчні протоки, папілу, тканину підшлункової залози і печінки при різних варіантах його локалізації. При цьому в залежності від ступеню запального і рубцевого уш-

кодження жовчних і панкреатичних протоків, а також судин інфільтрат призводить до звуження і обтурації протоків, перфорації їх стінок з утворенням фістул, кровотечам, стриктурам. У різноманітній палітрі клінічних проявів патогномонічними ознаками таких ускладнень є дані про порушення біліарного і панкреатичного транзиту, атаки холангіту. В дослідженій групі хворих виділені такі основні варіантні клініко-морфологічні форми гепатобіліарних ускладнень - іктерична (виразка + біліарна гіпертензія + холангіт) - 62(49%); дуоденоілеусна (виразка + біліарна гіпертензія + дуоденальна непрохідність) - 22(17%); панкреатична (виразка + біліарна гіпертензія + панкреатична гіпертензія) - 15(12%); анемічна (виразка + біліарна гіпертензія + анемія) - 14(11%); перитонітна (виразка + біліарна гіпертензія + обмежений перитоніт) - 14(11%) хворих.

За характером та обсягом первинні оперативні втручання розподілились таким чином: відновлювальні операції з зовнішнім дрениванням жовчних протоків - 49(38,6%) хворих; пластики і герметизації швів гепатикохоледоха з використанням вільних аутоотрансплантатів - 20(15,7%); реконструктивні операції з внутрішнім дрениванням жовчних протоків - 39(30,7%); реконструкція конфлюєнси жовчних протоків з внутрішнім дрениванням після резекції портальної пластинки - 8(6,3%); роздільне внутрішнє дренивання правого і лівого печінкових протоків - 4(3,2%); операції на дуоденальній папілі і протоках підшлункової залози - 7(5,5%).

При юкстапапілярних виразках у 7 хворих в результаті пенетрації виразки спостерігалась патологічна трансформація папіли, глибокі рубцево-запальні зміни головки підшлункової залози з патологічним ушкодженням інтрапанкреатичної частини холедоха та вірсунгова протока з супрастенотичною їх діляткою. У 4(11%) пацієнтів виконана папіловірсунгохоледохопластика з реімплантацією дуоденального соска в стінку дванад-

цятипалої кишки. Із них у 3 хворих виникли тяжкі ранні ускладнення з летальністю у 2. Оптимістичні результати отримані у 3(8,5%) хворих, яким виконана резекція шлунку з поперечним гастроеюноанастомозом на короткій петлі в комбінації з модифікованим способом операції Фрея. Віддалені результати у цих хворих прослідковані в терміни 4-7 років і зафіксовані як добрі.

Комбінований і поєднаний характер патологічних змін в органах гепатобіліарного і гастропанкреатодуоденального органоконкомплексів обумовлює нестандартну операційну ситуацію, що впливає на результати лікування. Визначальне значення для покращення результатів оперативних втручань у таких хворих має хірургічна профілактика неспроможності шовних з'єднань. Так загальна кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів склала - 31(24,4%), причому в I період - 27(21,2%) і II період - 4(3,2%). Позитивної динаміки результатів лікування в другий період спостережень було досягнуто за рахунок використання нових адгезивно-пластичних оперативних методик.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Розгортання гепатобіліарних ускладнень внаслідок пенетрації хронічної дуоденальної виразки в жовчні протоки свідчить про формування нових морфологічно складних і більш глибоких форм поєднаної патології, що потребує нестандартної хірургічної тактики.

Перспективою покращення результатів хірургічного лікування таких хворих є пошук раціональних технологій для маніпуляцій в умовах пенетраційного інфільтрату з метою прецизійного і анатомічного розділення і збереження протокових і судинних структур печінки і підшлункової залози, що дозволить уникнути або зменшити кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних насамперед з неспроможністю шовних з'єднань.

Література

Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. /Э.И.Гальперин, П.С.Ветшева. - М.: Издательский дом Видар-М, 2009. - 568 с.

лезни на рубеже XXI века /В.М.Лобанков //Хирургия. - 2005. - №1. - С. 58-64.

Тарасенко С.В. Юкстапапиллярные язвы двенадцатиперстной кишки,

осложненные механической желтухой /С.В.Тарасенко, О.В.Зайцев, Т.С.Рахмаев //Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - Т.14, №1 (Приложение). - С. 22-23.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Хмельницкий С.И.

Резюме. Обобщены результаты хирургического лечения 127 больных со специфическими гепатобилиарными осложнениями хронической дуоденальной язвы за период 1990-2007 годы. Исследование включало два периода: I - 80(63%) и II - 47(27%) больных. Мужчин было 89(70%) и женщин 38(30%). В исследованной группе выделены следующие варианты клинико-морфологические формы гепатобилиарных осложнений: желтушная - 62(49%); дуоденоілеусная - 22(17%); панкреатическая - 15(12%); анемическая - 14(11%); перитонитная - 14(11%) больных. Общая летальность составила 9(7%), соответственно периодам исследования: I - 7(5,5%) и II - 2(1,6%) случаев. Неудовлетворительные результаты лечения были обусловлены интраоперационными осложнениями - дополнительное повреждение общего желчного и панкреатического протока, папиллы, кровотечением и несостоятельностью швов в послеоперационном периоде. Общее количество послеоперационных осложнений связанных с несостоятельностью швов составила - 31(24,4%), при этом в I период - 27(21,2%) и II период - 4(3,2%). Позитивная динамика результатов лечения во второй период наблюдений была достигнута за счет использования новых адгезивно-пластических методик.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная язва, пенетрация, параульцерозное поле, гепатобилиарные осложнения, тактика лечения.

CHARACTERISTIC AND SURGICAL TREATMENT GEPATOBILIARIAN COMPLICATIONS OF CHRONICAL DUODENAL ULCER

Khmelnickiy S.Y.

Summary. The enrich results of surgical treatment 127 sick people with specific hepatobiliarian complications of chronical duodenal ulcer for the time from 1990 till 2007. Two periods were included in the observation: I - 80(63%) i II - 47(27%) of sick people. There are 89(70%) men and 38(30%) women. The fundamental variant clinical-morphological forms of hepatobiliarian complications in experimental group of sick people were - ikterian - 62(49%); duodenoileus - 22(17%); pancreatic - 15(12%); anemic- 14(11%); peritonic - 14(11%) ill people. The general mortality was 9(7%), in accordance of experimental periods - I - 7(5,5%) i II - 2(1,6%) cases. Unpleasure results of treatment were created by interasurgical hepatobiliarian complications - additional damages of general bilian and main pancreatic channel, papil, because of bleeding and seam absent of possibility in aftersurgical period. The general quantity of aftersurgical complications, that are connected with seam absent of possibility, was - 31(24,4%), what is more, that in I-st period - 27(21,2%) and II-d period - 4(3,2%). Positive dynamic of the treatment results in second period of observation was reached with help of using new adhesive-plastic surgical methodics.

Key words: chronical duodenal ulcer, penetration, paraulcerous field, hepatobiliarian complications, treatment tactic.

© Хоменко І.П., Рагушин Д.А., Ярощук Д.В.

УДК: 616-089:616-002.44:616.342

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАЦІЙ ГОСТРИХ ВИРАЗОК ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Хоменко І.П.¹, Рагушин Д.А.², Ярощук Д.В.¹

¹Українська військово-медична академія, ²Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" МО України (вул. Курська, 13а, Київ, Україна, 03049)

Резюме. Проаналізовано клінічну картину 1142 хворих, яким встановлено діагноз гострих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), висновки 17 аутопсій хворих, що знаходились на лікуванні в хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2002 до 2007 року. Робота була виконана за результатами клінічного аналізу лікування 87 хворих з перфораціями гострих виразок дванадцятипалої кишки (ДПК). В даному дослідженні проведений порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень, тривалості ліжка-дня, летальності у хворих з перфораціями гострих виразок ДПК, оперованих лапаротомними методами і за допомогою відеолапароскопічних втручань.

Ключові слова: гострі виразки ДПК, перфорація гострих виразок, відеолапароскопічні операції.

Вступ

Розвиток гострих виразок гастродуоденальної зони є одним з життєво небезпечних ускладнень у край важких хірургічних, травматологічних, реанімаційних й опікових хворих. За даними літератури [Дехтярева, Харченко, 1995; Луцевич, 1990; Turnage et al., 2003], клінічно гострі виразки виявляють у слизовій гастродуоденальної зони в 1% пацієнтів, при патологоанатомічних дослідженнях їх виявляють в 20-50% померлих після важких операцій, хоча до аутопсії наявність гострих виразок було діагностовано не більш ніж в 4,2%. За даними різних авторів [Вахидов и др., 1990; Adachi et al., 1993], при рутинному виконанні фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) гострі виразки ДПК були діагностовані в 96% тяжкохворих, а в 19,8% з них, вони ускладнювалися кровотечею. Іншою клінічною особливістю гострих виразок є їхній прихований розвиток, коли "шлунково-кишкова симптоматика" затушовується симптомами інших захворювань [Вахидов и др., 1990]. Досить небезпечним ускладненням для пацієнтів з гострими виразками ДПК є перфорація у вільну черевну порожнину, дане ускладнення відмічається у 3,3-4,1% хворих з даною патологією [Вахидов и др., 1990; Adachi et al., 1993]. Результати хірургічного лікування таких хворих не можуть задовольнити хірургів. Летальність після застосування різних способів оперативного втручання пере-

буває в межах 12-24% [Кузин, Егоров, 1994; Луцевич, 1990].

Матеріали та методи

Проаналізовано клінічну картину 1142 хворих, яким встановлено діагноз гострих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів ШКТ, висновки 17 аутопсій хворих, що знаходились на лікуванні у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2002 до 2007 року. З цієї групи були відібрані хворі з діагнозом перфорації гострих виразок ДПК. Слід зазначити, що для збереження репрезентативності дослідження до уваги брались не всі хворі, а тільки ті, в яких не було протипоказань для проведення оперативного лікування лапароскопічною методикою, а отже склад контрольної групи та групи спостереження був ідентичним за віковим складом, статтю, строком від початку захворювання та тяжкістю стану.

Робота була виконана за результатами клінічного аналізу лікування 87 хворих з перфораціями гострих виразок ДПК. Вік пацієнтів становив від 17 до 84 років. Усі хворі були розподілені на 6 вікових груп. Розподіл хворих за статтю та віком подано в таблиці 1.

Аналізуючи розподіл хворих за статтю та віком, можна зробити висновок, що перфорації гострих ви-

CHARACTERISTIC AND SURGICAL TREATMENT GEPATOBILIARIAN COMPLICATIONS OF CHRONICAL DUODENAL ULCER

Khmelnickiy S.Y.

Summary. The enrich results of surgical treatment 127 sick people with specific hepatobiliarian complications of chronical duodenal ulcer for the time from 1990 till 2007. Two periods were included in the observation: I - 80(63%) i II - 47(27%) of sick people. There are 89(70%) men and 38(30%) women. The fundamental variant clinical-morphological forms of hepatobiliarian complications in experimental group of sick people were - ikterian - 62(49%); duodenoileus - 22(17%); pancreatic - 15(12%); anemic- 14(11%); peritonic - 14(11%) ill people. The general mortality was 9(7%), in accordance of experimental periods - I - 7(5,5%) i II - 2(1,6%) cases. Unpleasure results of treatment were created by interasurgical hepatobiliarian complications - additional damages of general bilian and main pancreatic channel, papil, because of bleeding and seam absent of possibility in aftersurgical period. The general quantity of aftersurgical complications, that are connected with seam absent of possibility, was - 31(24,4%), what is more, that in I-st period - 27(21,2%) and II-d period - 4(3,2%). Positive dynamic of the treatment results in second period of observation was reached with help of using new adhesive-plastic surgical methodics.

Key words: chronical duodenal ulcer, penetration, paraulcerous field, hepatobiliarian complications, treatment tactic.

© Хоменко І.П., Рагушин Д.А., Ярощук Д.В.

УДК: 616-089:616-002.44:616.342

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАЦІЙ ГОСТРИХ ВИРАЗОК ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Хоменко І.П.¹, Рагушин Д.А.², Ярощук Д.В.¹

¹Українська військово-медична академія, ²Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" МО України (вул. Курська, 13а, Київ, Україна, 03049)

Резюме. Проаналізовано клінічну картину 1142 хворих, яким встановлено діагноз гострих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), висновки 17 аутопсій хворих, що знаходились на лікуванні в хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2002 до 2007 року. Робота була виконана за результатами клінічного аналізу лікування 87 хворих з перфораціями гострих виразок дванадцятипалої кишки (ДПК). В даному дослідженні проведений порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень, тривалості ліжка-дня, летальності у хворих з перфораціями гострих виразок ДПК, оперованих лапаротомними методами і за допомогою відеолапароскопічних втручань.

Ключові слова: гострі виразки ДПК, перфорація гострих виразок, відеолапароскопічні операції.

Вступ

Розвиток гострих виразок гастродуоденальної зони є одним з життєво небезпечних ускладнень у край важких хірургічних, травматологічних, реанімаційних й опікових хворих. За даними літератури [Дехтярева, Харченко, 1995; Луцевич, 1990; Turnage et al., 2003], клінічно гострі виразки виявляють у слизовій гастродуоденальної зони в 1% пацієнтів, при патологоанатомічних дослідженнях їх виявляють в 20-50% померлих після важких операцій, хоча до аутопсії наявність гострих виразок було діагностовано не більш ніж в 4,2%. За даними різних авторів [Вахидов и др., 1990; Adachi et al., 1993], при рутинному виконанні фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) гострі виразки ДПК були діагностовані в 96% тяжкохворих, а в 19,8% з них, вони ускладнювалися кровотечею. Іншою клінічною особливістю гострих виразок є їхній прихований розвиток, коли "шлунково-кишкова симптоматика" затушовується симптомами інших захворювань [Вахидов и др., 1990]. Досить небезпечним ускладненням для пацієнтів з гострими виразками ДПК є перфорація у вільну черевну порожнину, дане ускладнення відмічається у 3,3-4,1% хворих з даною патологією [Вахидов и др., 1990; Adachi et al., 1993]. Результати хірургічного лікування таких хворих не можуть задовольнити хірургів. Летальність після застосування різних способів оперативного втручання пере-

буває в межах 12-24% [Кузин, Егоров, 1994; Луцевич, 1990].

Матеріали та методи

Проаналізовано клінічну картину 1142 хворих, яким встановлено діагноз гострих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів ШКТ, висновки 17 аутопсій хворих, що знаходились на лікуванні у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2002 до 2007 року. З цієї групи були відібрані хворі з діагнозом перфорації гострих виразок ДПК. Слід зазначити, що для збереження репрезентативності дослідження до уваги брались не всі хворі, а тільки ті, в яких не було протипоказань для проведення оперативного лікування лапароскопічною методикою, а отже склад контрольної групи та групи спостереження був ідентичним за віковим складом, статтю, строком від початку захворювання та тяжкістю стану.

Робота була виконана за результатами клінічного аналізу лікування 87 хворих з перфораціями гострих виразок ДПК. Вік пацієнтів становив від 17 до 84 років. Усі хворі були розподілені на 6 вікових груп. Розподіл хворих за статтю та віком подано в таблиці 1.

Аналізуючи розподіл хворих за статтю та віком, можна зробити висновок, що перфорації гострих ви-

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних хворих за статтю і віком.

Вік	Жінки		Чоловіки		Всього	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Більше 60	-	-	2	2,3	2	2,3
50-60 років	1	1,1	3	3,4	4	4,5
40-50 років	5	5,8	10	11,5	15	17,3
30-40 років	6	6,9	17	19,6	23	26,5
20-30 років	10	11,5	25	28,7	35	40,2
Менше 20	2	2,3	6	6,9	8	9,2
Всього	24	27,6	63	72,4	87	100

Таблиця 2. Локалізація перфоративних гострих виразок ДПК.

Локалізація	Абс.	%
передня стінка ДПК	71	81,6
передньо-бічні стінки ДПК	16	18,4

разок ДПК значно частіше спостерігаються у чоловіків та жінок працездатного віку (20-50 років). Виходячи з наших досліджень видно, що частота гострих виразок ДПК, ускладнених перфорацією значно почастішала, якщо в 2003р було 29 хворих з перфорацією гострих виразок то в 2008р - 45, що можна пов'язати із несприятливими умовами життя, віковим складом населення, впливом екологічного середовища, екзогенної й ендогенної інтоксикації, збільшенням числа й обсягу оперативних втручань, прийомом різних ліків, алкоголю.

При проведенні дослідження хворі були розподілені на 2 групи: контрольну групу склали 59 хворих з гострими виразками ДПК, що ускладнилися перфорацією та були прооперовані традиційними лапаротомними методами, в основну групу ввійшло 28 хворих з тим же діагнозом, прооперовані за допомогою лапароскопічної методики.

Діагностику перфорації гострої виразки проводили на основі даних анамнеза хвороби, клінічної картини, ендоскопії. Рентгенологічні методи діагностики брались до уваги, якщо в анамнезі у хворого в останні 7-9 днів перед появою скарг чи погіршенням стану, не було оперативних втручань на черевній порожнині (оскільки в протилежному випадку може мати місце гіпердіагностика). Для уточнення діагнозу перфорації гострих виразок була виконана ФГДС 58 (66,7%) хворим, з них 25 хворих (89,3%) було з основної групи. Місцевими ендоскопічними ознаками гострої перфоративної виразки були: наявність перфоративного отвору округлої форми, діаметром до 0,5см з м'якими, рівними краями, погане розправлення стінок ДПК та посилення болю в животі в момент нагнітання повітря. На основі ендоскопії та інтраопераційних даних вивчена локалізація перфорації гострих виразок. Локалізація перфоративних виразок відображена в таблиці 2.

Результати. Обговорення

При ускладненні гострих виразок перфорацією єди-

ним способом лікування є термінова операція. На даний час питання вибору методу оперативного лікування залишається не вирішеним, внаслідок чого частота післяопераційних ускладнень та летальності є високою. Деякі автори використовували ушивання перфоративного отвору з пілоро-, дуоденопластикою і ваготомією, однак, широкого поширення такі втручання не набули. Операцією вибору гострих виразок ДПК, ускладнених перфорацією, більшість хірургів вважають просте ушивання перфоративного отвору, навіть без висічення країв виразки.

Останнім часом все активніше розробляється питання щодо можливості застосування, показань, протипоказань до застосування відеолапароскопічного ушивання перфорацій гострих виразок ДПК та шлунка. Однак, дотепер чіткості в розумінні різними авторами цього питання немає. Ми виконували зашивання перфорації гострих виразок ДПК при відсутності наступних протипоказань: розповсюджений перитоніт, комбінація перфорації з кровотечею, розміри перфорації більше 0.5 см, множинні гострі виразки, неможливість виконати ФЕГДС перед операцією.

Ушивання виконувалось шовним матеріалом, що розсмоктується 1/0 в один ряд через всі шари з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів. Середня тривалість операції становила 60 хв. (що практично дорівнює тривалості оперативних втручань за лапаротомними методиками).

Для вивчення безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих були проаналізовані в динаміці з врахуванням виду оперативного втручання клінічні, лабораторні дані, рентгенологічні методи, ФГДС (проведена 90% хворих, яким було виконано ушивання перфорації за допомогою відеолапароскопічної методики).

Оцінка методу хірургічного лікування проводилась, окрім іншого, за частотою ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, тривалістю госпіталізації та летальністю.

В контрольній групі, що склали 59 хворих, прооперованих традиційними лапаротомними методиками, частота ранніх післяопераційних ускладнень склали 8 випадків, 13,6%, серед них неспроможність швів у 3 (5,1%) хворих, нагноєння післяопераційної рани виникло у 5 хворих (8,5%).

В групі спостереження - 28 хворих, які були прооперовані за допомогою відеолапароскопічної методики - дані ускладнення склали 2 випадки, 7,1%. В одному випадку (3,6%) було відмічено неспроможність швів, що потребувало релапаротомії, нагноєння післяопераційної рани спостерігалось також у одного хворого (3,6%).

Серед пізніх післяопераційних ускладнень вентральні киля виникли у 4 випадках (6,8%) з контрольної групи.

Загальна післяопераційна летальність в контрольній групі склали 3 випадки (5,1%), у одного з цих хворих була неспроможність швів, а двоє померли від прогресуючої серцево-легеневої недостатності, на фоні

вираженої супутньої патології. В основній групі летальних випадків не було.

Також оцінювали тривалість періоду госпіталізації. Так, в основній групі хворих, яким було застосовано методику відеолапароскопічного зашивання перфоративного отвору, вона склала 5,8 ліжко-днів, а в контрольній групі, після лапаротомії - 8,9 ліжко-днів

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відеолапароскопічне зашивання гострої перфо-

равної виразки є операцією вибору у хворих з даною патологією, при відсутності протипоказань для виконання лапароскопії.

Кількість післяопераційних ускладнень, тривалість ліжкоднів, відсоток летальності при відеолапароскопічному зашиванні перфорації гострої виразки в 2 рази менші ніж при застосуванні традиційних лапаротомних методик, а відтак - застосування цієї методики можна вважати найбільш обґрунтованим з медичної та економічної точки зору у хворих з перфорацією гострих виразок ДПК.

Література

Вахидов В.В. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В.Вахидов, Ю.И.Калиш, А.Г.Богданов-Березовский //Хирургия. - 1990. - №3. - С. 17-19.
Дегтярева И.И. Острые язвы желудочно-кишечного тракта /Дегтярева И.И., Харченко Н.В. - Киев: Здоров'я, 1995. - 336 с.
Кузин Н.М. Результаты хирургического

лечения перфоративных дуоденальных язв /Н.М.Кузин, А.В.Егоров //Хирургия. - 1994. - №5. - С. 17-21.

Луцевич Э.В. Гострі ураження слизової шлунка й дванадцятипалої кишки //Хирургия. - 1990. - №2. - С. 149-154.

Benign gastric acute ulcer grossly resembling. A clinicopathologic study of 20

resected /Y.Adachi, M.Mori, M.Tsune-yoshi [et al.] //J. Clin. Gastroent. - 1993. - №16(2). - С. 103-108.

Evaluation and management of patients with recurrent acute ulcer after acid-reducing operations: a systematic review /R.H.Turnage, G.Sarosi, B.Cryer [et al.] //J. Gastrointestinal Surg. - 2003. - Vol.7, №5. - P. 606-626.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ОСТРЫХ ЯЗВ ДПК

Хоменко И.П., Рагушин Д.А., Ярошук Д.В.

Резюме. Проанализирована клиническая картина 1142 больных, которым установлен диагноз острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), выводы 17 аутопсий больных, находящихся на лечении в хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с 2002-2007 год. Работа была выполнена по результатам клинического анализа лечения 87 больных с перфорациями острых язв двенадцатиперстной кишки (ДПК). В данном исследовании проведен сравнительный анализ послеоперационных осложнений, продолжительности лечения, летальности у больных с перфорациями острых язв ДПК, оперированных лапаротомными методами и с помощью видеолапароскопических вмешательств.

Ключевые слова: острые язвы ДПК, перфорация острых язв, видеолапароскопические операции.

MODERN APPROACHES IN THE SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIONS OF ACUTE ULCERS

Khomenko I.P., Rahushyn D.A., Yaroshchuk D.V.

Summary. Clinical picture of 1142 patients who have the diagnosis of acute erosion ulcer lesion of the upper gastrointestinal tract (GIT) has been analyzed, the findings of 17 autopsies of patients who were treated in surgical departments of the Kyiv City Clinical Hospital in 2002-2007 years. The work was performed by using the clinical treatment analysis of 87 patients with perforation of acute duodenal ulcers. In this study comparative analysis of postoperative complications, duration of stay in the hospital, mortality of patients with perforations of acute ulcers, operated on using laparotomy methods and using videolaparoscopic interventions has been performed.

Key words: acute ulcer, acute ulcer perforation, videolaparoscopic operations.

© Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І.

УДК: 616.37-002:616-003.4:616.43/.45

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З СИНДРОМОМ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Викладені результати хірургічного лікування 95 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. 71 хворому було виконано операцію внутрішнього дренивання (у 48 хворих - кісти підшлункової залози, у 23 - панкреатоєюностомія), а у 18 випадках використовувалось зовнішньо-внутрішнє дренивання. У 6 хворих виконано один із варіантів резекції підшлункової залози. Зроблено висновок про розвиток панкреатичного компартмент синдрому при підвищенні тиску у протоковій системі залози, що потребує хірургічної корекції відтоку панкреатичного соку.

Ключові слова: кіста підшлункової залози, хірургічне лікування, панкреатична гіпертензія, хронічний панкреатит.

вираженої супутньої патології. В основній групі летальних випадків не було.

Також оцінювали тривалість періоду госпіталізації. Так, в основній групі хворих, яким було застосовано методику відеолапароскопічного зашивання перфоративного отвору, вона склала 5,8 ліжко-днів, а в контрольній групі, після лапаротомії - 8,9 ліжко-днів

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відеолапароскопічне зашивання гострої перфо-

равної виразки є операцією вибору у хворих з даною патологією, при відсутності протипоказань для виконання лапароскопії.

Кількість післяопераційних ускладнень, тривалість ліжкоднів, відсоток летальності при відеолапароскопічному зашиванні перфорації гострої виразки в 2 рази менші ніж при застосуванні традиційних лапаротомних методик, а відтак - застосування цієї методики можна вважати найбільш обґрунтованим з медичної та економічної точки зору у хворих з перфорацією гострих виразок ДПК.

Література

Вахидов В.В. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В.Вахидов, Ю.И.Калиш, А.Г.Богданов-Березовский //Хирургия. - 1990. - №3. - С. 17-19.
Дегтярева И.И. Острые язвы желудочно-кишечного тракта /Дегтярева И.И., Харченко Н.В. - Киев: Здоров'я, 1995. - 336 с.
Кузин Н.М. Результаты хирургического

лечения перфоративных дуоденальных язв /Н.М.Кузин, А.В.Егоров //Хирургия. - 1994. - №5. - С. 17-21.
Луцевич Э.В. Гострі ураження слизової шлунка й дванадцятипалої кишки //Хирургия. - 1990. - №2. - С. 149-154.
Benign gastric acute ulcer grossly resembling. A clinicopathologic study of 20

resected /Y.Adachi, M.Mori, M.Tsune-yoshi [et al.] //J. Clin. Gastroent. - 1993. - №16(2). - С. 103-108.
Evaluation and management of patients with recurrent acute ulcer after acid-reducing operations: a systematic review /R.H.Turnage, G.Sarosi, B.Cryer [et al.] //J. Gastrointestinal Surg. - 2003. - Vol.7, №5. - P. 606-626.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ОСТРЫХ ЯЗВ ДПК

Хоменко И.П., Рагушин Д.А., Ярошук Д.В.

Резюме. Проанализирована клиническая картина 1142 больных, которым установлен диагноз острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), выводы 17 аутопсий больных, находящихся на лечении в хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с 2002-2007 год. Работа была выполнена по результатам клинического анализа лечения 87 больных с перфорациями острых язв двенадцатиперстной кишки (ДПК). В данном исследовании проведен сравнительный анализ послеоперационных осложнений, продолжительности лечения, летальности у больных с перфорациями острых язв ДПК, оперированных лапаротомными методами и с помощью видеолапароскопических вмешательств.

Ключевые слова: острые язвы ДПК, перфорация острых язв, видеолапароскопические операции.

MODERN APPROACHES IN THE SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIONS OF ACUTE ULCERS

Khomenko I.P., Rahushyn D.A., Yaroshchuk D.V.

Summary. Clinical picture of 1142 patients who have the diagnosis of acute erosion ulcer lesion of the upper gastrointestinal tract (GIT) has been analyzed, the findings of 17 autopsies of patients who were treated in surgical departments of the Kyiv City Clinical Hospital in 2002-2007 years. The work was performed by using the clinical treatment analysis of 87 patients with perforation of acute duodenal ulcers. In this study comparative analysis of postoperative complications, duration of stay in the hospital, mortality of patients with perforations of acute ulcers, operated on using laparotomy methods and using videolaparoscopic interventions has been performed.

Key words: acute ulcer, acute ulcer perforation, videolaparoscopic operations.

© Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І.

УДК: 616.37-002:616-003.4:616.43/.45

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З СИНДРОМОМ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Викладені результати хірургічного лікування 95 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. 71 хворому було виконано операцію внутрішнього дренивання (у 48 хворих - кісти підшлункової залози, у 23 - панкреатоєюностомія), а у 18 випадках використовувалось зовнішньо-внутрішнє дренивання. У 6 хворих виконано один із варіантів резекції підшлункової залози. Зроблено висновок про розвиток панкреатичного компартмент синдрому при підвищенні тиску у протоковій системі залози, що потребує хірургічної корекції відтоку панкреатичного соку.

Ключові слова: кіста підшлункової залози, хірургічне лікування, панкреатична гіпертензія, хронічний панкреатит.

Вступ

Поняття "синдром панкреатичної гіпертензії" включає в себе, як явище ізольованого підвищення тиску всередині протокової системи підшлункової залози, так і в поєднанні з підвищення паренхімного тиску органу в результаті порушення відтоку панкреатичного соку в будь-якій частині протокової системи [Дронов та ін., 2008; Копчак и др., 2009; Beger et al., 2008]. Це призводить до розвитку характерної клінічної симптоматики та викликає відповідні морфофункціональні зміни в тканинах органу. Основними проявами підвищення внутрішньопротокового тиску є стійкий больовий синдром з розвитком морфологічних змін в підшлунковій залозі від компартмент синдрому з ішемією органу і до формування кіст. Розмір, кількість та локалізація кіст підшлункової залози в певній мірі залежать від градієнту тиску в протоковій системі органу. Для хронічного панкреатиту з синдромом панкреатичної гіпертензії характерним є формування несправжніх кіст підшлункової залози розміром понад 4 см, які виявляються при інструментальному обстеженні хворих, що звертаються в клініку із больовим синдромом. Справжні кісти підшлункової залози виявляються рідше та супроводжуються високими показниками внутрішньопротокового тиску (понад 350-400 мм вод. ст. ($9,81 \text{ Па} = 1 \text{ mm H}_2\text{O}$)) при відсутності наявних та анамнестичних даних про перенесений гострий панкреатит.

В останні роки визначається тенденція до збільшення кількості хворих з ураженням підшлункової залози, які госпіталізуються з гострими і хронічними кістами [Копчак и др., 2009; Voss, Pappas, 2002], що супроводжується рядом характерних загальноклінічних та лабораторних ознак. В основі вибору тактики лікування, зокрема вибору методу оперативного втручання, існують розбіжності в аргументації. Відсутній чіткий зв'язок між патофізіологічним станом функціонування протокової системи підшлункової залози та відповідним вибором методики хірургічного втручання. Пряме та непряме визначення величин внутрішньопротокового тиску в підшлунковій залозі до операції, інтраопераційно та в післяопераційний період у поєднанні з вивченням морфофункціональних змін дає змогу найбільш ефективно підійти щодо вибору тактики лікування, в тому числі оперативного.

Мета дослідження: провести аналіз результатів хірургічного лікування хворих на хронічний панкреатит з синдромом панкреатичної гіпертензії та визначити оптимальні методи хірургічної корекції в залежності від показників внутрішньопротокового тиску та морфофункціональних змін в ПЗ.

Матеріали та методи

На кафедрі хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, в період з 2000 по 2008 роки знаходилось на лікуванні 347 хворих на хронічний панкреатит.

Оперативну корекцію патології виконали у 95(27,4%). Серед обстежених чоловіків віком від 19 до 76 років було 72(75,8%). Серед них - жінок віком від 15 до 77 років було 23(24,2%). Найбільшою частка хворих була у працездатному віці (79 хворих - 83,2%). Тривалість захворювання у 46 пацієнтів складала 2-4 роки, у 38 - 1-2 роки, в 11 - менше одного року.

Всім хворим проведені лабораторні та інструментальні дослідження. Найбільш інформативними були комп'ютерна томографія, ультрасонографія, цистографія.

Кісти підшлункової залози діагностовано у 72 хворих. У 17 хворих кіста локалізована в ділянці головки залози, у 23 - тіла, у 21 - хвоста. Поєднані кісти головки, тіла та/або хвоста підшлункової залози - у 11 хворих. В переважній більшості випадків визначались поодинокі кісти (57 хворих - 79,2%). Множинні і багатокамерні кісти були виявлені у 15 пацієнтів (20,8%). Хворі з ускладненими кістами (нагноєння кісти, перфорація кісти в черевну порожнину, кровотеча в порожнину кісти) склали 16,7%(12 хворих). Діаметр кісти коливався в межах від 2 до 32 см. Псевдокісти констатовано у 67, справжні кісти у 5 пацієнтів. Діагноз підтверджено при морфологічному дослідженні стінки кісти.

Клінічні вияви хронічного панкреатиту без кістозного ураження системи проток підшлункової залози діагностовано у 23 оперованих хворих. Всім виконали панкреатоєюностомію (за Frey - 14, повздожня - 9 пацієнтам). Показами до оперативного втручання були дилатація панкреатичної протоки (9), виражений больовий синдром (11), панкреатоплевральні нориці (3). 7 хворим виконані симультанні оперативні втручання на жовчичних протоках.

Післяопераційні ускладнення виникли у 5(5,3%) (неспроможність панкреатоєюноанастомоза - 1, кровотеча у порожнину кісти - 2, зовнішня дуоденальна нориця - 1, нагноєння післяопераційної рани - 1). Післяопераційна летальність склала 2,1% (2 хворих).

Результати. Обговорення

Передопераційна діагностика передбачала загальні лабораторні дослідження, визначення екскреторної та інкреторної функції підшлункової залози, виконання комп'ютерної томографії (56 хворих) і магніторезонансної томографії (9 хворих), контрастної целіако-мезентеріографії за Сельдингером (7 хворих) та ультразвукове дослідження (95 хворих). Для визначення зв'язку порожнини кісти з протоковою системою підшлункової залози використовували ретроградну панкреатохолангіографію у 43 хворих, 35 з яких виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію. Використовували розчин ультравіста, а з метою профілактики гострого панкреатиту після вірсунгографії видаляли контрастну речовину і профілактично призначали 0,1 мг сандостатину до і після дослідження.

Передопераційне опосередковане визначення величин панкреатичного внутрішньопроктового тиску і панкреатичного компартменту шляхом порівняння показників денситометрії тканини підшлункової залози та діаметра протоки на різних рівнях дало змогу диференційовано підійти до вибору тактики передопераційної підготовки і наступного оперативного втручання.

Інтраопераційне уточнення діагнозу та відповідно вибору найбільш оптимального методу оперативного лікування виконувалось за допомогою інтраопераційної цистопанкреатографії та екстреного біохімічного дослідження вмісту та гістологічного дослідження стінки кісти підшлункової залози. При наявності кісти розмірами більше 2 см інтраопераційно пункційно, модифікованим апаратом типу Вальдмана визначався тиск в порожнині. Визначення панкреатичної гіпертензії дозволило об'єктивізувати вибір методики декомпресії. Високі показники рівня амілази вмісту кісти свідчили за з'єднання кісти з системою проток підшлункової залози. Проте підвищення тиску в порожнині кісти у поєднанні з високими показниками рівня амілази її вмісту можна оцінювати як предиктори панкреатичної гіпертензії. Натомість, високий внутрішній тиск в просвіті кісти без поєднання з високими показниками концентрації панкреатичних ферментів потребує морфологічного дослідження стінки кісти для верифікації діагнозу.

У 48 хворих, при показниках тиску в порожнині кісти в межах 200-350 мм вод. ст., панкреатичні кісти ліквідували шляхом внутрішнього дренивання. Така операція виконувалась у хворих з рецидивними кістами, та кістами, пов'язаними з панкреатичною протокою. Основним моментом, який викликав складність у використанні цього методу було позаочеревинне ретропанкреатичне розташування кісти невеликих розмірів.

У 18 хворих був використаний спосіб зовнішньо-внутрішнього дренивання. Для лікування хворих з ретропанкреатичними кістами використовувався метод поздовжньої панкреатоєюностомії з черезпанкреатичним панкреатоцистоеюноанастомозом і зовнішнім дрениванням кісти. При наявності гігантської напруженої кісти (4 випадки), з внутрішньопорожнинним тиском в кісті понад 400 мм вод. ст., виконувалось висічення кісти з подальшою поздовжньою панкреатоєюностомією. Загалом, панкреатоєюностомію виконали 23 хворим. При розширенні панкреатичної протоки більше 5 мм на протязі головки, тіла і хвоста органу (9 випадків) обмежилися висіченням передньої стінки протоки на всьому протязі і формуванням поздовжнього панкреатоєюноанастомозу. Натомість, при сегментарному розширенні протоки (11 випадків) і при формуванні панкреатоплевральних нориць (3 випадки) перевагу віддавали панкреатоєюностомії за Frey. Особливістю перебігу панкреатоплевральних у хворих на хронічний панкреатит нориць полягала у тривалому (12-48 місяців) існуванні болювого синдрому, який погано корегувався консер-

вативними заходами. Зміна інтенсивності і локалізації болювих відчуттів у поєднанні з розвитком легеневих ускладнень (плеврит, пневмонія), які погано піддавалися консервативному лікуванню, були першими ознаками формування панкреатоплевральної нориці. Інтраопераційна картина характеризувалася трансмедіастенальним шляхом формування право- (1 випадок) і ліво-бічної (1 випадок) панкреатоплевральної нориці і в 1 випадку - правобічного розташування трансдіафрагмального шляху.

У 6 хворих з локалізацією кісти в ділянці тіла і (або) хвоста підшлункової залози виконали корпорокаудальну резекцію. У 4 випадках уникнули спленектомії, натомість у 2 резекцію доповнили видаленням селезінки.

Патоморфологічні зміни тканини підшлункової залози характеризувалися нерівномірним розширенням і звуженням протоків різного калібру, дифузне розростання сполучної тканини з формуванням несправжніх часток, ділянки некротично змінених ацинусів з сегментарною лейкоцитарною інфільтрацією.

Післяопераційні ускладнення виникли у 9(9,5%) хворих. 3 хворих були повторно прооперовані. Померло 2 хворих, де причиною смерті був синдром поліорганної недостатності.

Віддалені результати хірургічного лікування хворих з панкреатичною гіпертензією проаналізовані у 32 хворих з проміжками часу від 6 місяців до 6 років шляхом анкетування та амбулаторного і стаціонарного обстеження. Клінічне одужання з поверненням хворих до праці було констатовано у 27(84,4%) хворих. У 5(15,6%) хворих були виявлені різні форми неускладненого та ускладненого хронічного панкреатиту (цукровий діабет - 3, рецидивна кіста і нориця - по одному хворому). Ще у 6 хворих були діагностовано післяопераційні вентральні грижі.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Інтраопераційне визначення величини панкреатичної гіпертензії у поєднанні із дослідженням змін морфофункціональної структури дозволило оптимізувати вибір методу оперативної корекції панкреатичної гіпертензії, підвищити ефективність лікування хворих на хронічний панкреатит з синдромом панкреатичної гіпертензії, знизити вартість лікування і зменшити післяопераційну летальність.

2. Підвищення внутрішньопанкреатичного тиску як в протоковій системі, так і в паренхімі підшлункової залози призводить до розвитку компартмент синдрому підшлункової залози з розвитком вираженого болювого синдрому та наступною зміною морфологічної структури органу.

Ліквідація панкреатичної гіпертензії та її профілактика в подальшому потребує адекватного вибору методу хірургічної корекції відновлення відтоку панкреатичного соку.

Література

Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози /О.І. Дронов, Є.А.Крючина, А.І.Горлач // Хірургія України. - 2008. - №2. - С. 79-87.

панкреатита /В.М.Копчак, И.В.Хомяк, Д.А.Чеве́рдюк [та ін.] //Харківська хірургічна школа. - 2009. - №2. - С. 124-125.

Berlin: Springer, 2008. - 949 p.

Voss M. Pancreatic fistula /Miranda Voss, Ted Pappas //Current treatment options in gastroenterology. - 2002. - №5. - P. 345-353.

Хирургическое лечение хронического

Beger H.G. Diseases of the Pancreas /Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. -

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СИНДРОМОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каниковський О.Е., Гнатюк Ю.П., Бабийчук Ю.В., Гребенюк Д.И.

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 95 больных хроническим панкреатитом, осложненного синдромом панкреатической гипертензии. 71 больному выполнили внутреннее дренирование (у 48 больных - кисты поджелудочной железы, у 23 - панкреатоюностомия), а в 18 случаях использовали наружно-внутреннее дренирование. У 6 больных выполнили один из вариантов резекции поджелудочной железы. Сделан вывод о развитии панкреатического компартмент синдрома при повышении давления в протоковой системе поджелудочной железы, что требует хирургической коррекции оттока панкреатического сока.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, хирургическое лечение, панкреатическая гипертензия, хронический панкреатит.

PARTICULARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH PANCREATIC HYPERTENSION SYNDROME

Kanikovskiy O.E., Hnatyuk Y.P., Babiychuk Y.V., Grebenyuk D.I.

Summary. The results of the surgical treatment of 95 of patients with chronic pancreatitis, complicated with the syndrome of pancreatic hypertension are presented. 71 patients were carried out with internal the drainage (48 patients had cysts of the pancreas, 23 patients had pancreatojejunostomy), and in 18 cases the externo-internal drainage was used. One of the variants of the resection of the pancreas was conducted on the 6 patients. The conclusion was made about the development of the pancreatic of compartment-syndrome with an increase in the pressure in the ducts system of the pancreas, which requires the surgical correction of the draining of pancreatic juice.

Key words: cyst of the pancreas, surgical treatment, pancreatic hypertension, chronic pancreatitis.

© Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С.

УДК: 616-089:616-006:616-367

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С.

Университет медицины и фармации "Н.Тестемичану", кафедра хирургии №2 (бул. Штефан чел Маре, 165, г. Кишинёв, Республика Молдова)

Резюме. Представлен опыт лечения 207 случаев ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков в Хирургической Клинике №1 кафедры хирургии №2 в период с 1982 по 2009 года. Ведение больных с ЯСВЖП подразумевает несколько обязательных этапов: 1 этап включает определение топического диагноза и этиологической причины стриктуры; 2 этап - это купирование желтухи и холангита; 3 этап - это непосредственно реконструктивная операция; 4 этап - программа наблюдения этих больных в послеоперационном периоде. Оптимальным вариантом радикального разрешения ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков следует считать билио-дигестивные анастомозы на изолированной петле по Roux, что позволяет исключить развитие рефлюкс холангита. Летальный исход наблюдали в 5(2,42%) случаях.

Ключевые слова: ятрогенные стриктуры, желчные протоки.

Введение

Ятрогенные стриктуры внепеченочных, желчных протоков (ЯСВЖП) наиболее сложная, и, в немалой степени, драматическая глава гепато-биллиарной хирургии, которая для многих больных становится началом длительной трагедии. Больной, обратившийся к хирургу, не будучи тяжело больным, становится инвалидом на длительное время, иногда на всю жизнь. Потеря социальных связей, физические ограничения приводят к нарушению психического здоровья, ухудшая качество жизни пациента.

Желчекаменная болезнь является наиболее часто встречающаяся из хирургических заболеваний органов брюшной полости, растущей по частоте, которая составляет, по данным ряда авторов, от 14 до 17% [Dusa, 1992; Bismuth, 1982; Шалимов и др., 2001]. Увеличение объема хирургических вмешательств на желчных путях неминуемо привело к росту ЯСВЖП. Из них в 80-90% случаев ятрогенные повреждения желчных путей связывают с проведением холецистэктомии [Juvaga, 1989; Quintero, Patino, 2001, Puia et al., 2002]. При обыч-

Література

Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози /О.І. Дронов, Є.А.Крючина, А.І.Горлач // Хірургія України. - 2008. - №2. - С. 79-87.

панкреатита /В.М.Копчак, И.В.Хомяк, Д.А.Чеве́рдюк [та ін.] //Харківська хірургічна школа. - 2009. - №2. - С. 124-125.

Berlin: Springer, 2008. - 949 p.

Voss M. Pancreatic fistula /Miranda Voss, Ted Pappas //Current treatment options in gastroenterology. - 2002. - №5. - P. 345-353.

Хирургическое лечение хронического

Beger H.G. Diseases of the Pancreas /Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. -

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СИНДРОМОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каниковський О.Е., Гнатюк Ю.П., Бабийчук Ю.В., Гребенюк Д.И.

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 95 больных хроническим панкреатитом, осложненного синдромом панкреатической гипертензии. 71 больному выполнили внутреннее дренирование (у 48 больных - кисты поджелудочной железы, у 23 - панкреатоюностомия), а в 18 случаях использовали наружно-внутреннее дренирование. У 6 больных выполнили один из вариантов резекции поджелудочной железы. Сделан вывод о развитии панкреатического компартмент синдрома при повышении давления в протоковой системе поджелудочной железы, что требует хирургической коррекции оттока панкреатического сока.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, хирургическое лечение, панкреатическая гипертензия, хронический панкреатит.

PARTICULARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH PANCREATIC HYPERTENSION SYNDROME

Kanikovskiy O.E., Hnatyuk Y.P., Babiychuk Y.V., Grebenyuk D.I.

Summary. The results of the surgical treatment of 95 of patients with chronic pancreatitis, complicated with the syndrome of pancreatic hypertension are presented. 71 patients were carried out with internal the drainage (48 patients had cysts of the pancreas, 23 patients had pancreatojejunostomy), and in 18 cases the externo-internal drainage was used. One of the variants of the resection of the pancreas was conducted on the 6 patients. The conclusion was made about the development of the pancreatic of compartment-syndrome with an increase in the pressure in the ducts system of the pancreas, which requires the surgical correction of the draining of pancreatic juice.

Key words: cyst of the pancreas, surgical treatment, pancreatic hypertension, chronic pancreatitis.

© Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С.

УДК: 616-089:616-006:616-367

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С.

Университет медицины и фармации "Н.Тестемичану", кафедра хирургии №2 (бул. Штефан чел Маре, 165, г. Кишинёв, Республика Молдова)

Резюме. Представлен опыт лечения 207 случаев ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков в Хирургической Клинике №1 кафедры хирургии №2 в период с 1982 по 2009 года. Ведение больных с ЯСВЖП подразумевает несколько обязательных этапов: 1 этап включает определение топического диагноза и этиологической причины стриктуры; 2 этап - это купирование желтухи и холангита; 3 этап - это непосредственно реконструктивная операция; 4 этап - программа наблюдения этих больных в послеоперационном периоде. Оптимальным вариантом радикального разрешения ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков следует считать билио-дигестивные анастомозы на изолированной петле по Roux, что позволяет исключить развитие рефлюкс холангита. Летальный исход наблюдали в 5(2,42%) случаях.

Ключевые слова: ятрогенные стриктуры, желчные протоки.

Введение

Ятрогенные стриктуры внепеченочных, желчных протоков (ЯСВЖП) наиболее сложная, и, в немалой степени, драматическая глава гепато-биллиарной хирургии, которая для многих больных становится началом длительной трагедии. Больной, обратившийся к хирургу, не будучи тяжело больным, становится инвалидом на длительное время, иногда на всю жизнь. Потеря социальных связей, физические ограничения приводят к нарушению психического здоровья, ухудшая качество жизни пациента.

Желчекаменная болезнь является наиболее часто встречающаяся из хирургических заболеваний органов брюшной полости, растущей по частоте, которая составляет, по данным ряда авторов, от 14 до 17% [Dusa, 1992; Bismuth, 1982; Шалимов и др., 2001]. Увеличение объема хирургических вмешательств на желчных путях неминуемо привело к росту ЯСВЖП. Из них в 80-90% случаев ятрогенные повреждения желчных путей связывают с проведением холецистэктомии [Juvaga, 1989; Quintero, Patino, 2001, Puia et al., 2002]. При обыч-

ной холецистэктомии уровень повреждения желчных путей на протяжении последних десятилетий был стабильным и регистрировался в 0,05-0,8% случаях [Курбанбердыев, 1998; Нечитайло, Скумс, 2006; Шалимов и др., 1993; Gazzaniga et al., 2001; Lillemoe, 1997; Hotineanu et al., 2001]. С 1990 года отмечено увеличение частоты случаев повреждений и стриктур желчных протоков, что связано с внедрением в повседневную практику лапароскопической холецистэктомии. В результате частота повреждений желчного дерева составляет 0,3-3% [Гальперин, Кузовлев, 1995; Gazzaniga et al., 2001; Lillemoe, 1997; Puia et al., 2002]. Причины повреждений при лапароскопических холецистэктомиях аналогичные, как и при открытой операции. Отличиями являются электротермическое поражение желчных путей, парциальное клипирование стенки протока и большой процент высоких травм желчного дерева [Нечитайло, Скумс, 2006; Gazzaniga et al., 2001; Lillemoe, 1997].

Основной тенденцией настоящего времени является определение истинной частоты ЯСВЖП. Большинство авторов указывают на тот факт, что лапароскопические технологии в билиарной хирургии стали повседневными и вышли из этапа освоения. А также ни длительность заболевания, ни характер операции (плановая, срочная), ни диаметр протока, и даже профессиональный стаж хирурга не влияют на вероятность повреждения протоков [Нечитайло, Скумс, 2006; Dusa, 1992; Hotineanu et al., 2001; Lee, Chari, 1993; Lee, 1996].

В современном аспекте ведение больных с ЯСВЖП подразумевает несколько обязательных этапов: 1 этап - включает определение топического диагноза и этиологической причины стриктуры; 2 этап - это купирование желтухи и холангита; 3 этап - это непосредственно реконструктивная операция; 4 этап - реабилитационный комплекс в послеоперационном периоде.

Целью нашего исследования было изучение осо-

бенностей тактики и способа хирургической коррекции ЯСВЖП.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в Хирургической Клиники №1 Кафедры Хирургии №2, в период с 1982 по 2009 года было 207 больных с ЯСВЖП. Большинство больных (190(92%)) первично были оперированы в других клиниках. Из них 139(67,15%) пациентов составляли женщины, и 68(32,85%) - мужчины. Возраст больных колебался от 20 до 77 лет, в среднем составил $51,07 \pm 1,53$ лет.

Как показал ретроспективный анализ клинко-анамнестических данных, наиболее часто ЯПВЖП возникали во время холецистэктомии - 176(85%) случаев, из них - 140(67%) были оперированы в срочном порядке. В нашем опыте при 8860 лапароскопических холецистэктомиях это осложнение произошло у 10(0,11%) больных. Все они произошли в период освоения техники лапароскопической холецистэктомии. У других 4(1,93%) больных ЯПВЖП возникло при резекции желудка по поводу язвы постбульбарного отдела с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку.

Основные клинические симптомы больных с ЯСВЖП были: механическая желтуха - 44%, холангит - 46,7%, печеночная недостаточность - 17%, наружный желчный свищ - 15%.

Диагностическая программа включала УЗИ при поступлении больного. Наши наблюдения позволили определить расширение желчных протоков выше блока в 91,2%, и уровень нарушения оттока желчи в 81% пациентов. На основании данных УЗИ прибегали к РХПГ, что позволило получить необходимую информацию об уровне и характере и протяженности стриктуры в 130(62,8%) наблюдениях (рис. 1). По показаниям у этих больных выполняли также и декомпрессионные мани-

пуляции для купирования желтухи и холангита (эндобиллиарное стентирование, балонная дилатация сужения ОЖП, назобиллиарное дренирование).

В тех наблюдениях, когда проведение РХПГ было невозможно из-за отсутствия анатомического доступа и для купирования желчной гипертензии и уточнения диагноза, провели ЧХХГ у 31 (15%) больных (рис. 2).

При наличии наружного желчного

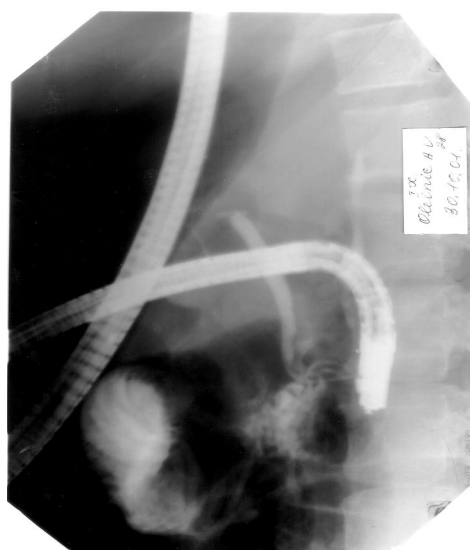


Рис. 1. РХПГ. Стриктура Bismuth III.



Рис. 2. ЧХХГ Стриктура Bismuth III.

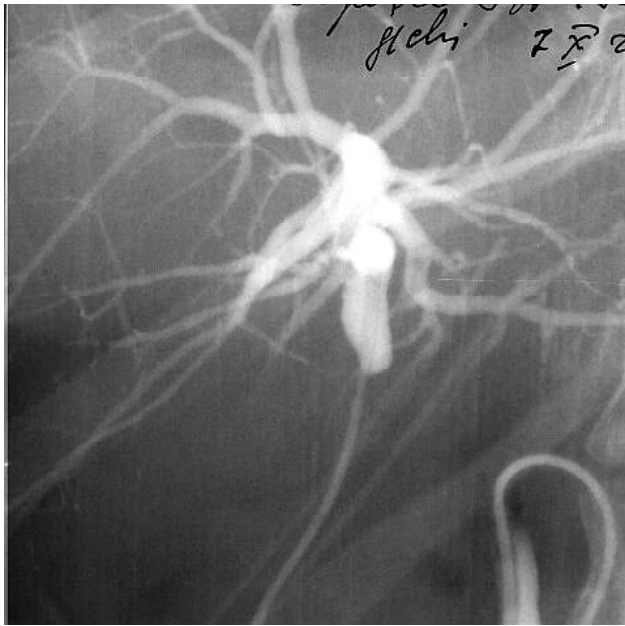


Рис. 3. Фистуло-холангиография. Стриктура Bismuth II

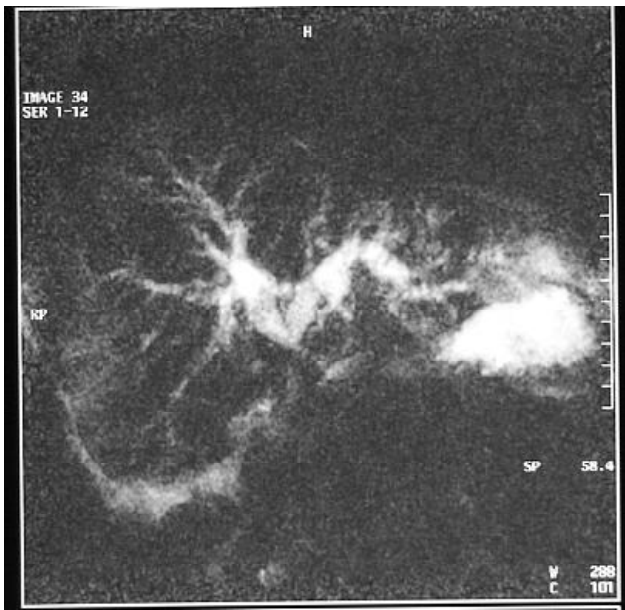


Рис. 4. ЯМХГ Стриктура Bismuth III.

свища и желчеистечения высоко информативным методом диагностики явилась фистулохолангиография. Метод позволил получить ценную диагностическую информацию в 35(17%) случаев (рис. 3). В некоторых случаях было целесообразно комбинированное исследование - фистулография в сочетании с РХПГ, что позволило более детально определить в 8 случаях характер стриктуры, объём диастаза между концами протоков и соотношение с другими анатомическими структурами.

Следует отметить, что в 21(10%) случаях ни один из перечисленных методов не был информативным. В этих случаях альтернативным исследованием явля-

ется проведение ядерно-магнитного резонанса в режиме холангиографии (ЯМХГ), которое имеет определенные преимущества: полная неинвазивность, отсутствие необходимости применения контрастного вещества и наличия осложнений. ЯМХГ позволила определить в 100% наблюдений уровень и причину обструкции (рис. 4). Активное вхождение ЯМХГ в арсенал хирургии позволяет изменить существующие установки в диагностике ЯСВЖП. На базе нашего опыта мы считаем этот метод обязательным в каждом случае ЯСВЖП, что позволяет уточнить информацию, полученную при прямом контрастировании желчного дерева.

Анализ полученного диагноза позволил сделать следующее распределение стриктур по Bismuth: I типа - 57(27,54%); II типа - 79(38,16%); III типа - 59(28,5%); IV типа - 12(5,8%) случаев.

Проводили комплексное предоперационное лечение с обязательной миниинвазивной декомпрессией желчного дерева, что позволило купировать желтуху и признаки холангита в течение $7,7 \pm 0,3$ дней. Этап хирургической реконструкции выполнялся в условиях стабилизации функции печени и основных жизненно-важных органов и систем. Объём, вид оперативного вмешательства зависел от уровня, протяженности и степени поражения ОЖП. До 90-х годов мы, как правило, для стриктур II-V типа проводили гепатикоеюностомию по Брауну (40(19,32%) случаев), и для стриктур I типа - холедоходуоденостомию (14(6,67%) случаев). После 90-х в клинике введено выполнение анастомоза с выключенной кишкой по Roux длиной в 80-100см с обязательным дренированием соустья. Отношение в клинике к дренированию желчоеюнального соустья для стриктур I-II типа претерпело эволюцию в сторону отказа от последнего. Показанием к дренированию, по нашему заключению, стали размеры желчного хода меньше 15 мм, наличие персистирующего холангита, цирроз печени, выраженные местные гнойно-инфильтративные изменения, а также технические трудности при наложении анастомоза. Предпочтение отдавали методу дренирования по Voelker. Так, в 60(29%) случаях удалось выполнить гепатикоеюностомию по Roux без дренирования анастомоза, тогда как у 54(26,09%) пациентов были абсолютные показания к дренированию анастомоза, что и было выполнено по методу Voelker. Отказ от дренирования позволил значительно сократить время госпитализации и ускорить социальную реабилитацию этих больных. Для стриктур III-V типа использовали обязательное раздельное дренирование правого и левого печеночного протока по Voelker, что и было успешно выполнено в 39(18,84%) наблюдениях. Летальный исход наблюдали в 5(2,42%) случаях. Причиной смерти было тромбэмболия легочной артерии - 1 больной и 4 случая острой печеночной недостаточности.

Одним из новых критериев эффективности лечения, получивших в последние годы широкое распро-

транение, является качество жизни. Методом оценки качества жизни являлись анкеты, заполняемые больными. В отдалённом периоде степень выраженности различных расстройств регистрируется по данным лабораторных и инструментальных методов. Качество жизни исследовали у 95 пациентов с максимальным периодом наблюдения 9 лет. Анализ результатов исследования позволил разделить всех больных на три группы. В первую включили все случаи хорошего результата, где определяли полное выздоровление больного - 74(78%)случаев. Вторая группа включала все наблюдения, где отмечали хороший отдалённый результат, за исключением наличия сопутствующих заболеваний органов гепато-биллиарной зоны (цирроза печени, хронического гепатита, хронического панкреатита) и необходимостью перехода на другую работу. В эту группу включили 17(18%) наблюдений. Во всех случаях не было необходимости в дальнейшем стационарном лечении. И последняя группа из 4(4,21%) случаев неудовлетворительных результатов. У всех пациентов в различные периоды дебютировала клиника механической желтухи и холангита. Так, в 3 наблюдениях определили стриктуру гепатикоеноанастомоза, что потребовало проведение повторной операции с ликвидацией стеноза и пластикой анастомоза. У другого больного выявили желчный камень на нити, использованной при реализации анастомоза. Ситуация была разрешена путём гепатикотомии и удаления камня с ревизией анастомоза. Отдаленные результаты у

всех четырёх больных хорошие.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Для лечения ЯСВЖП необходима продуманная программа действий в высоко специализированных центрах, включая оценку причин или факторов риска и возможных осложнений и применения обоснованной тактики при выборе способа хирургической коррекции.

2. Единственным радикальным методом лечения доброкачественных стриктур является своевременная и полноценная их хирургическая коррекция. По нашему мнению, оптимальным вариантом разрешения стриктур является биллио-дигестивный анастомоз с выключением кишки по Roux. Показаниями к дренированию анастомоза есть: размер желчного хода меньше 15 мм, наличие персистирующего холангита, цирроза печени, выраженных местных гнойно-инфильтративных изменений, а также технические трудности при наложении анастомоза. Для высоких стриктур (III-V типа) рекомендовано обязательное раздельное дренирование желчных протоков. В наших наблюдениях предпочтительно отдавали методу Voelker.

Разработанная нами программа наблюдения этих больных в послеоперационном периоде может быть рекомендована для применения при анализе отдалённых результатов после реконструктивных вмешательств на желчных путях.

Литература

- Гальперин Э.И. Рубцовые стриктуры печёночных протоков и области их слияния /Э.И.Гальперин, Н.Ф.Кузовлев. - 1995. - С. 26-31.
- Курбанбердыев К.К. Интраоперационный хроматический способ диагностики ятрогенного микроповреждения холедоха /К.К.Курбанбердыев //Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т.3, №3. - С. 78.
- Нечитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия /М.Е.Нечитайло, А.В.Скумс. - Киев: Маком, 2006. - С. 343.
- Рубцовые стриктуры протоков: наш опыт лечения /Шалимов А.А, В.М.Копчак, В.П.Сердюк [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т.5, №1. - С. 85-89.
- Хирургия печени и желчевыводящих путей /Шалимов А.А. Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В.]. - Киев, 1993. - 508 с.
- Холецистэктомия минилапаротомным доступом: Ретроспективный анализ 10-летней работы /Шалимов А.А, В.М.Копчак, А.И.Дронов [и др.] //Клин. хирургия. - 2001. - №5. - С. 12-15.
- Bismuth H. Postoperative strictures of the bile duct. Vol.5. In The Biliary tract Clinical Surgery International; editor L.H.Blumgart /H.Bismuth. - Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982. - P. 209-218.
- Colecistectomy laparoscopica si leziunile arborelui biliar /I.Puia, S.Duca, C.Iancu [et al.] //Curier Medical. - 2002, №1. - P. 10-12.
- Duca S. Sindromul Biliarilor operati, profilaxie, diagnostic, tratament /S.Duca //Cluj. - 1992. - P. 204.
- Gazzaniga G.M. Surgical treatment of iatrogenic lesion of the proximal common bile duct /G.M.Gazzaniga, M.Filauro, L.Mori //World J.Surg. - 2001. - Vol.25. - P. 1254-1259.
- Iatrogenic injuries of biliary ducts-experience of surgery /V.V.Hotineanu, A.Ferdohleb, A.Cotonets, A.Hotineanu //Вісник Морської Медицини. - 2001. - №2. - P. 347-350.
- Juvara I. Chirurgia cailor biliare extrahepatice /Juvara I. - Bucuresti, 1989. - P. 367.
- Lee S., Chari S.R. Complications of laparoscopic cholecystectomy /S.Lee, S.R.Chari //Am. J. Surg. - 1993. - Vol.165. - P. 527-532.
- Lee T.G. Operative complications and quality improvement /T.G.Lee //Am. J. Surg. - 1996. - Vol.171. - P. 545-547.
- Lillemoe K.D. Benign post-operative bile duct strictures /Lillemoe K.D. //Baillieres Clin. Gastroenterology, 1997. - Vol.11. - P. 749.
- Quintero G.A. Surgical management of benign strictures of the biliary tract. /G.A.Quintero, J.F.Patino //World J.Surg. - 2001. - Vol.25. - P. 1245-1250.

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ СТРИКТУР МАГІСТРАЛЬНИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С.

Резюме. Представлений досвід лікування 207 випадків ятрогенних стриктур позапечінкових жовчних проток у Хірургічній Клініці №1 кафедри хірургії №2 у період з 1982 по 2009 року. Ведення хворих з ЯСВЖП передбачає кілька обов'язкових етапів: 1 етап включає визначення топічного діагнозу й етіологічної причини стриктури; 2 етап - це купірування жовтяниці й холангіту; 3 етап - це безпосередньо реконструктивна операція; 4 етап - програма спостереження за цими хворими у

післяопераційному періоді. Оптимальним варіантом радикального вирішення ятрогенних стриктур позапечіночних жовчних проток варто вважати біліо-дигестивні анастомози на ізольованій петлі за Roux, що дозволяє виключити розвиток рефлюкс холангіту. Летальний результат спостерігали в 5(2,42%) випадках.

Ключові слова: ятрогенні стриктури, жовчні протоки.

COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL STRICTURE OF THE MAIN BILE DUCTS

Hotynanu V.F., Ferdohleb A.G., Hotynanu A.V., Marga S.

Summary. The experience of treatment of 207 cases of iatrogenesis strictures of anhepatic bile ducts is presented in the surgical clinic №1 of the surgical department №2 within from 1982 to 2009. The management of patients with ISABD means some obligatory phases: 1 phase includes the definition of topical diagnosis and aetiological reasons of stricture, 2 phase - reduction of jaundice and cholangitis, 3 phase - is reconstructive operation, 4 phase - the program of observation of these patients in the postoperative period. The optimum variant of radical resolution of iatrogenesis strictures of anhepatic bile ducts is necessary to consider biliary-enteric bypass on isolated loop by Roux, that allows to except the development of reflux of cholangitis. Postoperative lethality was 2,42% (n=5).

Key words: iatrogenesis strictures, bile ducts.

© Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

УДК: 617.55-089.844

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ В ГВМКЦ "ГВКГ"

Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" МО України (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01133)

Резюме. У роботі проаналізований досвід лікування 131 пацієнта з вентральними грижами, обґрунтований індивідуальний підхід до вибору хірургічної тактики лікування, визначена частота післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, алопластика, алотрансплантат, спосіб герніопластики.

Вступ

Післяопераційна вентральна грижа має розглядатися як поліетіологічне захворювання, що призводить до численних розладів функціонування внутрішніх органів, а не тільки як локальний патологічний процес в черевній стінці. Кількість хворих з післяопераційними вентральними грижами продовжує зростати і складає 20-22% хворих з грижами взагалі. Зріст кількості післяопераційних гриж обумовлений збільшенням хірургічної активності при захворюваннях органів черевної порожнини [Найма, 1995; Амренов, 1990].

Результати лікування післяопераційних гриж живота, не дивлячись на широке впровадження в клінічну практику нових хірургічних технологій, в даний час не можна визнати задовільними. Частота рецидивів при використанні аутопластичних методів лікування післяопераційних вентральних гриж перевищує 25% [Гатаулин и др., 1990; Жебровський и др., 1996]. При гігантських грижах передньої черевної стінки кількість рецидивів ще більша і становить 64%. Летальність у цієї категорії хворих досягає 7-10%.

Будь-який метод м'язово-апоневротичної пластики призводить до надмірного натягу тканин, що беруть участь в закритті дефекту, що призводить надалі до їхньої дегенерації і атрофії. Крім того, при зашиванні дефектів передньої черевної стінки значно зростає внутрішньочеревний тиск, що серйозно порушує функцію серцево-судинної і легеневої систем - стан відомий як "абдомінальний компартмен синдром" [Ороховський, 2001; Шауки, 1996].

Матеріали та методи

До найбільш поширених методів пластики черевної стінки відноситься аутоалопластика. Цей метод передбачає використання власних тканин хворого (частини грижового мішка, великий чепець, рубцові тканини одночасно з алотрансплантатом, що розташовується "onlay", "inlay" або "sublay").

Техніка "onlay" передбачає укріплення грижових воріт підшиванням трансплантату зверху аутопластики. Недоліком цього методу є скопичення серозної рідини через пересічення численних лімфатичних кровоносних капілярів через велику площу відділення підшкірної клітковини від апоневрозу. Це досить часто веде до розвитку сером, гематом в підшкірній клітковині і значно збільшує ризик нагноєння післяопераційної рани. У функціональному відношенні таке розташування експлантату найменш доцільне.

Техніка "inlay" передбачає розміщення алотрансплантату між м'язово-апоневротичним шаром. Метод має перевагу в тому, що не супроводжується значним підвищенням внутрішньочеревного тиску, але має недоліки першого.

Техніка "sublay" передбачає укріплення зони пластики за допомогою експлантата, що розміщують між очеревиною і м'язово-апоневротичним шаром. Це найбільш раціональний в функціональному відношенні метод алопластики, що має найменшу кількість ускладнень.

У відділенні абдомінальної хірургії ГВКГ в період з 2007 по 2009 роки виконано 131 оперативне втручання з приводу післяопераційних вентральних гриж. З них у 27(20,6%) з приводу рецидивних вентральних

післяопераційному періоді. Оптимальним варіантом радикального вирішення ятрогенних стриктур позапечіночних жовчних проток варто вважати біліо-дигестивні анастомози на ізольованій петлі за Roux, що дозволяє виключити розвиток рефлюкс холангіту. Летальний результат спостерігали в 5(2,42%) випадках.

Ключові слова: ятрогенні стриктури, жовчні протоки.

COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL STRICTURE OF THE MAIN BILE DUCTS

Hotynanu V.F., Ferdohleb A.G., Hotynanu A.V., Marga S.

Summary. The experience of treatment of 207 cases of iatrogenesis strictures of anhepatic bile ducts is presented in the surgical clinic №1 of the surgical department №2 within from 1982 to 2009. The management of patients with ISABD means some obligatory phases: 1 phase includes the definition of topical diagnosis and aetiological reasons of stricture, 2 phase - reduction of jaundice and cholangitis, 3 phase - is reconstructive operation, 4 phase - the program of observation of these patients in the postoperative period. The optimum variant of radical resolution of iatrogenesis strictures of anhepatic bile ducts is necessary to consider biliary-enteric bypass on isolated loop by Roux, that allows to except the development of reflux of cholangitis. Postoperative lethality was 2,42% (n=5).

Key words: iatrogenesis strictures, bile ducts.

© Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

УДК: 617.55-089.844

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ В ГВМКЦ "ГВКГ"

Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" МО України (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01133)

Резюме. У роботі проаналізований досвід лікування 131 пацієнта з вентральними грижами, обґрунтований індивідуальний підхід до вибору хірургічної тактики лікування, визначена частота післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, алопластика, алотрансплантат, спосіб герніопластики.

Вступ

Післяопераційна вентральна грижа має розглядатися як поліетіологічне захворювання, що призводить до численних розладів функціонування внутрішніх органів, а не тільки як локальний патологічний процес в черевній стінці. Кількість хворих з післяопераційними вентральними грижами продовжує зростати і складає 20-22% хворих з грижами взагалі. Зріст кількості післяопераційних гриж обумовлений збільшенням хірургічної активності при захворюваннях органів черевної порожнини [Найма, 1995; Амренов, 1990].

Результати лікування післяопераційних гриж живота, не дивлячись на широке впровадження в клінічну практику нових хірургічних технологій, в даний час не можна визнати задовільними. Частота рецидивів при використанні аутопластичних методів лікування післяопераційних вентральних гриж перевищує 25% [Гатаулін і др., 1990; Жебровський і др., 1996]. При гігантських грижах передньої черевної стінки кількість рецидивів ще більша і становить 64%. Летальність у цієї категорії хворих досягає 7-10%.

Будь-який метод м'язово-апоневротичної пластики призводить до надмірного натягу тканин, що беруть участь в закритті дефекту, що призводить надалі до їхньої дегенерації і атрофії. Крім того, при зашиванні дефектів передньої черевної стінки значно зростає внутрішньочеревний тиск, що серйозно порушує функцію серцево-судинної і легеневої систем - стан відомий як "абдомінальний компартмен синдром" [Ороховський, 2001; Шауки, 1996].

Матеріали та методи

До найбільш поширених методів пластики черевної стінки відноситься аутоалопластика. Цей метод передбачає використання власних тканин хворого (частини грижового мішка, великий чепець, рубцові тканини одночасно з алотрансплантатом, що розташовується "onlay", "inlay" або "sublay").

Техніка "onlay" передбачає укріплення грижових воріт підшиванням трансплантату зверху аутопластики. Недоліком цього методу є скопичення серозної рідини через пересічення численних лімфатичних кровоносних капілярів через велику площу відділення підшкірної клітковини від апоневрозу. Це досить часто веде до розвитку сером, гематом в підшкірній клітковині і значно збільшує ризик нагноєння післяопераційної рани. У функціональному відношенні таке розташування експлантату найменш доцільне.

Техніка "inlay" передбачає розміщення алотрансплантату між м'язово-апоневротичним шаром. Метод має перевагу в тому, що не супроводжується значним підвищенням внутрішньочеревного тиску, але має недоліки першого.

Техніка "sublay" передбачає укріплення зони пластики за допомогою експлантата, що розміщують між очеревиною і м'язово-апоневротичним шаром. Це найбільш раціональний в функціональному відношенні метод алопластики, що має найменшу кількість ускладнень.

У відділенні абдомінальної хірургії ГВКГ в період з 2007 по 2009 роки виконано 131 оперативне втручання з приводу післяопераційних вентральних гриж. З них у 27(20,6%) з приводу рецидивних вентральних

гриж. Усі хірургічні втручання проведені в плановому порядку. Серед хворих переважали люди старшої вікової групи (старше 40 років) - 123 чоловіка (93,9%). До 40 років - 8 пацієнтів (6,1%). З них чоловіків було 35(26,7%), жінок - 96(73,3%) (табл. 1).

Більшість хворих поступали у відділення за один день до операції, проходили обстеження (загальноклінічні аналізи крові та сечі, група крові та резус фактор, коагулограма, флюорографія органів грудної клітини, електрокардіограма, консультація терапевта, огляд анестезіолога). Всі хворі оперовані під загальним знеболенням.

При оперативному втручанні у пацієнтів використовувався алотрансплантат фірми Ethicon поліпропіленові сітки PMS розміром 15см x 15 см або 30 см. x 30см., а також сітку Ультрапро тієї ж фірми. Характер первинних операцій у хворих з післяопераційними вентральними грижами представлений у таблиці 2.

Вибір способу пластики базувався на визначенні: розміру дефекту; його локалізації; ступеня руйнування м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки; анатомічних особливостей будови тіла пацієнта; ступеня компенсації серцево-судинної і дихальної систем. У залежності від методу виконаної герніопластики пацієнти розподілилися таким чином (табл. 3).

Результати. Обговорення

Добре зарекомендували себе способи алопластики за методикою "sublay" без розкриття черевної порожнини з розташуванням алотрансплантату між листками вагін прямих м'язів живота з дренажуванням підапоневротичного простору і підшкірної клітковини. Метод зробив можливим алопластику більшості, навіть значних, грижових дефектів, при цьому без зайвої інтраопераційної травми і з мінімальною кількістю ускладнень післяопераційного періоду.

Непогана, на наш погляд, також операція за способом Devlin (1993), яка виконується при неможливості закриття без натягу дефекту м'язово апоневротичного шару.

Операція за способом Romіrez (1990) більш травматична і потребує ретельного гемостазу і дренажування не тільки підапоневротичного простору а і підшкірної клітковини на великій площі, але вона має перевагу при закритті дуже значних дефектів черевної стінки при

Таблиця 4. Частота і характер ускладнень у хворих з післяопераційними вентральними грижами в післяопераційному періоді.

Характер ускладнення	Kockerling (2000) "onlay" (n=4)		Devlin (1993) "inlay" + "sublay" (n=15)		Rives (1977), Stoppa (1990) "sublay" (n=98)		Romіrez (1990) "sublay" (n=2)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гематоми					2			
Інфільтрати			2		1		1	
Нагноєння рани	3	75			1			
Всього:	3	75	2	13	4	4,1	1	50

Таблиця 1. Розподіл хворих з вентральними грижами за статтю та віком.

Вік (років)	До 30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старші 70	Всього
Чоловіки	1	3	13	11	6	1	35
Жінки	-	4	30	27	31	4	96
Всього	1	7	43	38	37	5	131

Таблиця 2. Характер первинних операцій у хворих з післяопераційними вентральними грижами.

Назва операції	Число хворих	%
Операції на жовчному міхурі і протоках	25	19,1
Гінекологічні операції	22	16,8
Операції при деструктивному панкреатиті	14	10,7
Грижеластіки вентральних гриж	27	20,6
Операції на шлунку і кишечнику	15	11,4
Апендектомія	11	8,4
Операції на нирках, сечоводах	9	6,9
Операції при травмах органів черевної порожнини	7	5,3
Ендоскопічні операції	1	0,8
Всього	131	100

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів у залежності від методу виконаної герніопластики.

Спосіб герніопластики	Число хворих	
	абс.	%
Kockerling 2000 "onlay"	4	3,0
Rives 1977, Stoppa 1990 "sublay"	98	74,8
Romіrez 1990 "sublay"	2	1,5
Devlin 1993 "inlay" + "sublay"	15	11,5
Лапароскопічна герніопластика "sublay"	12	9,2
Всього	131	100

частковій дегенерації і атрофії м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Способи "onlay", незважаючи на свою простоту, мають дуже малу ефективність і велику кількість післяопераційних ускладнень: нерідко визначається "міграція" трансплантату, утворення сером, гематом, нагноєння післяопераційної рани, що часто потребує видалення трансплантату (табл. 4). Численні ускладнення методу в нашій і інших клініках роблять необхідною відмову від нього.

Окремо хочеться зупинитися на лапароскопічному методі лікування післяопераційних вентральних гриж.

За останній рік в відділенні виконано понад 10 таких оперативних втручань. Метод має деякі переваги перед стандартною методикою, а саме: малотравматичний доступ; можливість оцінки стану внутрішніх органів у хворих, що перенесли оперативні втручання з приводу онкологічних захворювань органів черевної порожнини; можливість виконання ентеролізу, якщо це потрібно; глибоке підапоневротичне розташування алотранс-плантату "sublay"; короткий термін лікування хворих, швид-

ша післяопераційна реабілітація.

Все це дає підстави вважати, що метод є ефективним і потребує подальшого впровадження і вдосконалення.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами найбільш ефективними виявилися методи з використанням для пластики синтетичних матеріалів.

2. Не дивлячись на те, що при використанні пласти-

ки без натягу із застосуванням синтетичних матеріалів помітно покращали результати лікування післяопераційних вентральних гриж, залишаються проблеми, пов'язані з вибором способу операції, залишаються відкритими питання техніки виконання операцій, вибору варіантів розміщення протезів.

Доцільне подальше вдосконалення техніки оперативного втручання. Зберігається необхідність продовжити пошуки раціонального способу ведення післяопераційного періоду, який запобіг би розвитку післяопераційних ускладнень, що впливають прямим чином на безпосередні і віддалені результати лікування.

Література

Аль-Али Найма. Осложнения со стороны раны после операции по поводу грыж живота и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Аль-Али Найма. - Днепропетровск, 1995. - 24 с.

Амренов М.Т. Профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Амренов М.Т. - Барнаул. - 1990. - 22 с.

Гатаулин Н.Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота / Н.Г.Гатаулин, П.Г.Корнилаев, В.В.Плечев //Клин. хир. - 1990. - №2. - С. 1-4.

Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В.Жебровский, К.Д.Тоскин, Ф.Н.Ильченко [и др.] //Вестн. хир. - 1996. - №2. - С. 102-108.

Ороховский В.И. Основные грыжесечения /Ороховский В.И. - МУМЦЕХ, КИТИС, Ганновер-Донецк-Коттбус. - 2001. - 236 с.

Шауки А.Ф. Комплексное лечение больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шауки А.Ф. - Симферополь. - 1997. - 134 с.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В ГВМКЦ "ГВКГ"

Чернев В.Н., Кудинов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

Резюме. В работе проанализирован опыт лечения 131 пациента с вентральными грыжами, обоснован индивидуальный подход к выбору хирургической тактики лечения, определена частота послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, аллопластика, аллотрансплантат, способ герниопластики.

EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN CHMD

Chernyev V.M., Kudinov G.V., Gibalo R.V., Rahushyn D.A., Slobodyanik V.P., Dmitrenko O.A., Trofymchuk P.P.

Summary. This paper analyzes the experience of treatment of 131 patients with postoperative ventral hernia, the individual approach to surgical treatment of choice is grounded, the frequency of postoperative complications is determined.

Key words: postoperative ventral hernia alloplasty, allotransplantant, hernioplasty way.

© Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библик Ж.Н., Кукуруза И.Л.

УДК: 616-006.363.03:616.13.:618.14-08.87

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ - РЕВОЛЮЦИОННАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ГИСТЕРЭКТОМИИ

Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библик Ж.Н., Кукуруза И.Л.

Медицинский центр "Людмила" ЧМП "Видар" (г. Винница, Квятека 1а, Украина, 21000), Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. В статье раскрывается современная концепция взглядов на возможность широкого применения и внедрения в практическую деятельность органосохраняющей методики лечения фибромиомы матки - эмболизации маточных артерий. Приводится опыт успешного лечения 62 пациенток в тесном сотрудничестве со специалистами института им. Шалимова к.м.н. И.В.Альтманом и к.м.н. В.А.Кондратюком.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, гистерэктомия, экспульсия узла.

Введение

"Сохранить орган - наша задача, удаление - последнее дело". Н.И.Пирогов.

Фибромиома матки - это доброкачественная моноклональная опухоль из мезенхимальной ткани, выявляемая у 40% женщин как симптомная, а в остальных случаях определяемая случайно. Каждая четвертая женщины в возрасте после 30 лет имеет данную патологию, что

делает это заболевание самым частым у женщин репродуктивного возраста. Степень малигнизации очень низкая от 0,1 до 0,004% [Тихомиров, Лубнин, 2006], что равносильно развитию рака в абсолютно здоровой матке. К сожалению, после установления диагноза "фибромиома матки", в 90% случаев гинекологи предлагают оперативное лечение - гистерэктомию, то есть удале-

ша післяопераційна реабілітація.

Все це дає підстави вважати, що метод є ефективним і потребує подальшого впровадження і вдосконалення.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами найбільш ефективними виявилися методи з використанням для пластики синтетичних матеріалів.

2. Не дивлячись на те, що при використанні пласти-

ки без натягу із застосуванням синтетичних матеріалів помітно покращали результати лікування післяопераційних вентральних гриж, залишаються проблеми, пов'язані з вибором способу операції, залишаються відкритими питання техніки виконання операцій, вибору варіантів розміщення протезів.

Доцільне подальше вдосконалення техніки оперативного втручання. Зберігається необхідність продовжити пошуки раціонального способу ведення післяопераційного періоду, який запобіг би розвитку післяопераційних ускладнень, що впливають прямим чином на безпосередні і віддалені результати лікування.

Література

Аль-Али Найма. Осложнения со стороны раны после операции по поводу грыж живота и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Аль-Али Найма. - Днепропетровск, 1995. - 24 с.

Амренов М.Т. Профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Амренов М.Т. - Барнаул. - 1990. - 22 с.

Гатаулин Н.Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота / Н.Г.Гатаулин, П.Г.Корнилаев, В.В.Плечев //Клин. хир. - 1990. - №2. - С. 1-4.

Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В.Жебровский, К.Д.Тоскин, Ф.Н.Ильченко [и др.] //Вестн. хир. - 1996. - №2. - С. 102-108.

Ороховский В.И. Основные грыжесечения /Ороховский В.И. - МУМЦЕХ, КИТИС, Ганновер-Донецк-Коттбус. - 2001. - 236 с.

Шауки А.Ф. Комплексное лечение больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шауки А.Ф. - Симферополь. - 1997. - 134 с.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В ГВМКЦ "ГВКГ"

Чернев В.Н., Кудинов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П.

Резюме. В работе проанализирован опыт лечения 131 пациента с вентральными грыжами, обоснован индивидуальный подход к выбору хирургической тактики лечения, определена частота послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, аллопластика, аллотрансплантат, способ герниопластики.

EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN CHMD

Chernyev V.M., Kudinov G.V., Gibalo R.V., Rahushyn D.A., Slobodyanik V.P., Dmitrenko O.A., Trofymchuk P.P.

Summary. This paper analyzes the experience of treatment of 131 patients with postoperative ventral hernia, the individual approach to surgical treatment of choice is grounded, the frequency of postoperative complications is determined.

Key words: postoperative ventral hernia alloplasty, allotransplantant, hernioplasty way.

© Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библияк Ж.Н., Кукуруза И.Л.

УДК: 616-006.363.03:616.13.:618.14-08.87

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ - РЕВОЛЮЦИОННАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ГИСТЕРЭКТОМИИ

Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библияк Ж.Н., Кукуруза И.Л.

Медицинский центр "Людмила" ЧМП "Видаар" (г. Винница, Квятека 1а, Украина, 21000), Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. В статье раскрывается современная концепция взглядов на возможность широкого применения и внедрения в практическую деятельность органосохраняющей методики лечения фибромиомы матки - эмболизации маточных артерий. Приводится опыт успешного лечения 62 пациенток в тесном сотрудничестве со специалистами института им. Шалимова к.м.н. И.В.Альтманом и к.м.н. В.А.Кондратюком.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, гистерэктомия, экспульсия узла.

Введение

"Сохранить орган - наша задача, удаление - последнее дело". Н.И.Пирогов.

Фибромиома матки - это доброкачественная моноклональная опухоль из мезенхимальной ткани, выявляемая у 40% женщин как симптомная, а в остальных случаях определяемая случайно. Каждая четвертая женщины в возрасте после 30 лет имеет данную патологию, что

делает это заболевание самым частым у женщин репродуктивного возраста. Степень малигнизации очень низкая от 0,1 до 0,004% [Тихомиров, Лубнин, 2006], что равносильно развитию рака в абсолютно здоровой матке. К сожалению, после установления диагноза "фибромиома матки", в 90% случаев гинекологи предлагают оперативное лечение - гистерэктомию, то есть удале-

ние органа, выдвигая формулировку угрозы развития рака - саркомы, что вовсе не оправдано.

Гистерэктомия - это устаревшая калечащая операция, применяемая с 19 века. Уже 100 лет назад врачи гинекологи отмечали симптомы выпадения функций организма после гистерэктомии, инвалидизации женщин.

Матка в организме женщине выполняет не только функцию плодородности, но и активно участвует в нейроэндокринном функционировании организма: нормальной функции яичников, молочных желез, щитовидной железы, жирового обмена, состояние костной системы, обмена катехоламинов, простоглицинов. После удаления матки часто возникает посткастрационный синдром. Около 70% женщин [Татарчук и др., 2002] становятся хронически больными людьми, продолжают свое лечение у психиатров, эндокринологов, терапевтов, кардиологов, травматологов, борясь с последствиями гистерэктомии. 37% женщин нуждаются в реконструктивных операциях по поводу спаек кишечника и развития кишечной непроходимости. Через 7-10 лет у женщины в 7 раз повышается вероятность возникновения рака груди, так как, удалив матку, остаются органы мишени - молочные железы и шейка матки, на которые приходится действие эстрогенов, вырабатываемых яичниками. После удаления матки возникает тяжелый стресс - психоэмоциональный синдром, женщины месяцами не могут стабилизировать свое психическое состояние. Матка участвует в обмене медиаторов катехоламинов - норадреналина, адреналина, регулирует баланс гормонов. После гистерэктомии превалируют гормоны щитовидной железы - что приводит к повышению чувствительности тканей к адренемиметикам и возникновению гипертонических кризов с инфарктами и инсультами у женщин. После гистерэктомии нарушается кровообращение яичников в 2 раза, падает выработка эстрадиола. В течении 2-х лет начинается процесс инволюции яичников, что приведет к раннему старению женщин, климаксу и преждевременной смерти. При снижении эстрогенов у женщин после гистерэктомии или лечения гормонами - возникают нарушения обмена кальция, снижается синтез остеокластов, возникает остеопороз. Через 6 месяцев возможны переломы костей, повышается угроза тромбоза сосудов. Поэтому гормональная терапия должна применяться только с целью предоперационной подготовки и не более 6 месяцев.

Удаляя матку женщинам при фибромиомах и решив вопрос кардинально, гинекологи закладывают массу проблем своим пациенткам



Рис. 1. Доступ по Сельдингеру.

в ближайшем будущем. Удаляется не только матка и доброкачественная опухоль, но и возможность нормально и долго жить, иметь детей, сохранить или создать семью. Гистерэктомия приводит к нарушению полиорганных функций организма женщины, является глубоко травмирующей, инвалидизирующей методикой. Иногда последствия гистерэктомии приносят больше проблем здоровью, чем сама миома.

На сегодняшний день в протоколах министерства здравоохранения Украины приказ №583 от 15.12.2003 года о лечении фибромиом матки четко сказано, что удалять матку при фибромиоме в целях профилактики рака не рекомендуется.

Многие женщины по разным причинам неохотно соглашаются на гистерэктомию или вовсе отказываются от неё. Желание сохранить матку, а так же травматичность самой операции и время, необходимое для восстановления, вынуждают многих женщин обращаться к менее инвазивным методам лечения. Большая частота возникновения фибромиом матки среди женщин репродуктивного возраста, в том числе и среди не рожавших, требует разработки и широкого внедрения в практику консервативных методов лечения данной патологии. С 1995 года в мире появилась методика - революционная по своей сути - эмболизация маточных артерий (ЭМА) [Ravina, 1995; Worthington-Kirsch et al., 1998].

Материалы и методы

ЭМА - эндоваскулярное малоинвазивное лечение миомы матки без наркоза, разрезов, удаления органов, шрамов и всех последующих осложнений, характерных для гистерэктомии. Данное вмешательство - результат совместной работы гинекологов и эндоваскулярных хирургов. Успех от 80 до 97%. Операция заключается в блокировке кровотока миоматозных узлов с минимальным повреждением неизменённых маточных артериальных веток, а так же сохранении дополнительного кровоснабжения матки через яичниковые артерии. Это возможно благодаря разнице диаметра сосу-

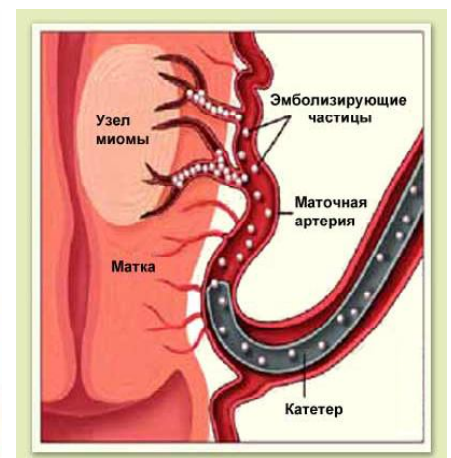


Рис. 2. Эмболизация сосудов.

дов нормального миометрия и сосудистой сетки миомы, а так же тому, что питание узлов производится с перифиброидного сплетения сосудистой сетки, что ограничивает миому по периферии. Методика выполнения: пункция правой бедренной артерии по Сельдингеру под местной анестезией, через бедренную артерию под рентгенконтролем заводится катетер к сосудам миомы и закрывается их просвет. Блокирование сосудов, питающих фибромиому, производится эмболами (мелкими частицами ПВА 0,4-0,9 мкм или частицами гемостатической желатиновой губки), периодически делается ангиография (рис. 1, 2). Критерии достаточной эмболизации: отсутствие контрастирования тканей миомы, обратный ток контрастного вещества по артерии. Давящая повязка на место пункции. Продолжительность вмешательства в среднем 10-15 минут. Операционный риск в 40-60 раз меньше, чем при гистерэктомии.

После ЭМА фибромиома и матка уменьшаются в размерах на 50%, исчезает кровотечение, синдромы сдавления соседних органов и тканей, восстанавливается детородная способность женщин, не нарушается функция яичников, не возникают постгистерэктомические нарушения. Миомы, расположенные субмукозно в полости матки, могут рождаться путём экспульсии - выход через естественные родовые пути самостоятельно или удаляется гинекологом. Данная методика может быть использована в 90% случаев миомы матки, учитывая показания и противопоказания к её применению. В мире на данный момент выполнено более 1 млн. операций, в Украине, с 1997 года - около 2 тыс. (г.Киев, г.Винница, г.Черкассы, г.Хмельницкий, г.Одесса, г.Симферополь, г.Днепропетровск).

Результаты. Обсуждение

На базе медицинского центра "Людмила" за 2 года было проведено 62 вмешательства ЭМА. Сразу после проведения ЭМА отмечалось уменьшение объёма и продолжительности менструальных кровотечений.

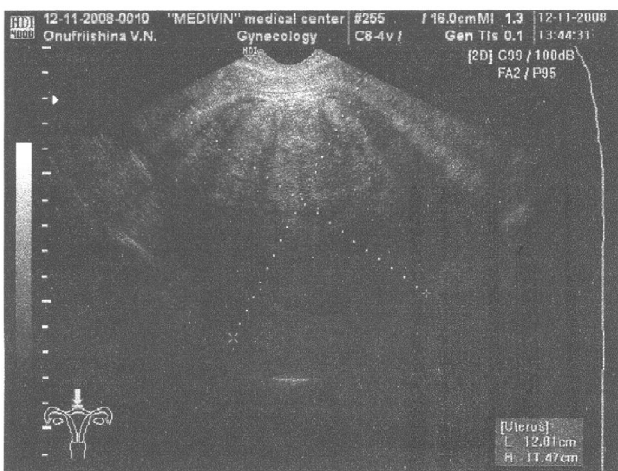


Рис. 3. Узловая фибромиома матки 15-16 недель.

Таблица 1. Результаты проведения ЭМА.

Снижение кровопотери, нормализация месячных	90,3%
Исчезновение либо уменьшение болей	80%
Исчезновение либо уменьшение симптомов компрессии	85,7%

Таблица 2. Возможные осложнения после проведения ЭМА.

Гематома места пункции	4 (0,8%)
Ложная аневризма места пункции	0
Длительная гипертермия	0
Длительные боли	1%
Инфекционные	0
Экспульсия узлов	9%
ТЭЛА	0
Тотальный некроз матки	0
Гистерэктомия - 0	Летальность - 0

Через месяц после вмешательства - уменьшение объёма матки с узлами. Процессы деградации узлов миомы и замещение на рубцовую ткань продолжают 6-12 месяцев, в это время, по данным УЗИ, продолжается уменьшение узлов и симптомов сдавления окружающих тканей (табл. 1). Степень уменьшения зависит от интенсивности передоперационного внутриузлового кровотока. Вероятность повторного возникновения узлов после ЭМА значительно ниже, чем после миомэктомии.

Наблюдается наступление беременности у женщины через 3 месяца после ЭМА. Имеются случаи беременности после ЭМА и рождение здорового ребенка.

Клинический пример: пациентка В.С., 38 лет. После проведения ЭМА матка уменьшилась с 16 до 6 недель беременности, через 1,5 месяца после ЭМА через естественные родовые пути удалено до 1 кг ткани фибромиоматозных узлов (рис. 3, 4), прекратились кровотечения.

ЭМА можно использовать при акушерских кровотечениях, приращении плаценты, артериовенозных мальформациях, внутреннем аденомиозе, овариоко-



Рис. 4. Экспульсия узлов.

целле у женщин. Варикоцеле у мужчин - тоже можно лечить эмболизацией вен.

Преимущества ЭМА: меньший объем кровопотери; меньшая частота инфекционных осложнений; меньший уровень летальности; сокращение сроков выздоровления; сохранения детородной способности.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Современное развитие эндоваскулярной хирургии позволяет широко применять инновационную методику эмболизации маточных артерий для успешно-

го лечения миом матки, улучшения качества жизни женщин, демографических показателей, снижение смертности и инвалидности пациенток.

2. Внедрение ЭМА, приводит к отказу от применения гинекологами архаичных и устаревших методов лечения миом матки - гистерэктомии, кастрации женщин.

Современная эндоваскулярная хирургия является рычагом, способным перевернуть наше представление о традиционной хирургии, подтверждая мысли Н.И.Пирогова, что "...будущее за медициной предохранительной".

Литература

- Татарчук Т.Ф. Клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста /Т.Ф.Татарчук, О.В.Булаченко, О.И.Бодрягова // Репродуктивное здоровье женщины. - 2006. - №1. - С. 25.
- Тихомиров А.Л. Новый принцип лечения миомы матки /А.Л.Тихомиров, Д.М.Лубнин // Медицинская газета. - 7.07.2004. - №51. - С. 12.
- Value of pre-operative embolisation of a uterine fibroma: Report of a multicentre series of 31 cases /J.H.Ravina, J.M.Bouret, D.Fried [et al.] // Contraception Fertility Sexualite. - 1995. - Vol.23. - P. 45-49.
- Worthington-Kirsch R. Uterine arterial embolisation for management of leiomyomas: Quality of life assessment and clinical response /R.Worthington-Kirsch, G.L.Popky, F.L.Hutchins // Radiology. - 1998. - Vol.208. - P. 625-629.

ЕМБОЛІЗАЦІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ МІОМІ МАТКИ - РЕВОЛЮЦІЙНА АЛЬТЕРНАТИВА ГІСТЕРЕКТОМІЇ Трегуб В.В., Сливка Е.В., Бібляк Ж.Н., Кукуруза І.Л.

Резюме. В статті розкривається сучасна концепція поглядів на можливість широкого застосування і впровадження в практичну діяльність органозберігаючих методик лікування фіброміоми матки - емболізації маткових артерій. Представлено досвід успішного лікування 62 пацієток у тісному співробітництві зі спеціалістами інституту ім. Шалімова к.м.н. І.В.Альмана і к.м.н. В.А.Кондратюка.

Ключові слова: міома матки, емболізація маткових артерій, гістеректомія, експульсія узла.

EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERY IN THE CASE OF UTERINE MYOMA - REVOLUTIONARY ALTERNATIVE TO HYSTERECTOMY

Tregub V.V., Slyvka E.V., Biblyak G.N., Kukuruza I.L.

Summary. The article the modern concept of views on the possibility of wide application and implementation in practice of organ conservation methods in a treatment of uterine fibroids, uterine arterial embolization discloses. An experience of successful treatment of 62 patients in close cooperation with specialists from the Institute of Shalimov MD Altman I.V. and MD Kondratyuk V.A is given.

Key words: uterine myoma, uterine artery embolization, hysterectomy, expulsion site.

© Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А.

УДК: 616.36-002.4-006-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО КОНЦЕНТРАТА В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна (просп. Ильича 14, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. Цель исследования - изучение возможности использования концентрата тромбоцитов при хирургическом лечении доброкачественных очаговых образований печени. Проанализирован опыт применения концентрата тромбоцитов у 16 больных (I группа) с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Среди них было 9 женщин и 7 мужчин в возрасте 27-52 лет. II группу (контрольную) составили 20 пациентов, которым проведено комплексное лечение без применения концентрата тромбоцитов. Больным I и II групп сделаны лапароскопические операции (соответственно): резекция стенок кисты, деэпителизация - 13 и 12; резекция печени - 2 и 5; энуклеация - 1 и 3. Концентрат тромбоцитов готовили по одноэтапной методике с применением медицинской лабораторной центрифуги ОПн-8. Через 6 месяцев степень зрелости в области операции была почти в два раза выше, а плотность ткани - на 20-25% выше, чем во II группе. У пациентов I группы при лучевом исследовании дефекта печени не было видно, в отличие от II группы. Таким образом, применение КТ в хирургии печени ускоряет ее регенерацию, улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: концентрат тромбоцитов, хирургия, доброкачественные очаговые образования печени.

целле у женщин. Варикоцеле у мужчин - тоже можно лечить эмболизацией вен.

Преимущества ЭМА: меньший объем кровопотери; меньшая частота инфекционных осложнений; меньший уровень летальности; сокращение сроков выздоровления; сохранения детородной способности.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Современное развитие эндоваскулярной хирургии позволяет широко применять инновационную методику эмболизации маточных артерий для успешно-

го лечения миом матки, улучшения качества жизни женщин, демографических показателей, снижение смертности и инвалидности пациенток.

2. Внедрение ЭМА, приводит к отказу от применения гинекологами архаичных и устаревших методов лечения миом матки - гистерэктомии, кастрации женщин.

Современная эндоваскулярная хирургия является рычагом, способным перевернуть наше представление о традиционной хирургии, подтверждая мысли Н.И.Пирогова, что "...будущее за медициной предохранительной".

Литература

- Татарчук Т.Ф. Клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста /Т.Ф.Татарчук, О.В.Булаченко, О.И.Бодрягова // Репродуктивное здоровье женщины. - 2006. - №1. - С. 25.
- Тихомиров А.Л. Новый принцип лечения миомы матки /А.Л.Тихомиров, Д.М.Лубнин // Медицинская газета. - 7.07.2004. - №51. - С. 12.
- Value of pre-operative embolisation of a uterine fibroma: Report of a multi-centre series of 31 cases /J.H.Ravina, J.M.Bouret, D.Fried [et al.] // Contraception Fertility Sexualite. - 1995. - Vol.23. - P. 45-49.
- Worthington-Kirsch R. Uterine arterial embolisation for management of leiomyomas: Quality of life assessment and clinical response /R.Worthington-Kirsch, G.L.Popky, F.L.Hutchins // Radiology. - 1998. - Vol.208. - P. 625-629.

ЕМБОЛІЗАЦІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ МІОМІ МАТКИ - РЕВОЛЮЦІЙНА АЛЬТЕРНАТИВА ГІСТЕРЕКТОМІЇ Трегуб В.В., Сливка Е.В., Бібляк Ж.Н., Кукуруза І.Л.

Резюме. В статті розкривається сучасна концепція поглядів на можливість широкого застосування і впровадження в практичну діяльність органозберігаючих методик лікування фіброміоми матки - емболізації маткових артерій. Представлено досвід успішного лікування 62 пацієток у тісному співробітництві зі спеціалістами інституту ім. Шалімова к.м.н. І.В.Альтмана і к.м.н. В.А.Кондратюка.

Ключові слова: міома матки, емболізація маткових артерій, гістеректомія, експульсія узла.

EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERY IN THE CASE OF UTERINE MYOMA - REVOLUTIONARY ALTERNATIVE TO HYSTERECTOMY

Tregub V.V., Sliyka E.V., Biblyak G.N., Kukuruza I.L.

Summary. The article the modern concept of views on the possibility of wide application and implementation in practice of organ conservation methods in a treatment of uterine fibroids, uterine arterial embolization discloses. An experience of successful treatment of 62 patients in close cooperation with specialists from the Institute of Shalimov MD Altman I.V. and MD Kondratyuk V.A is given.

Key words: uterine myoma, uterine artery embolization, hysterectomy, expulsion site.

© Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А.

УДК: 616.36-002.4-006-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО КОНЦЕНТРАТА В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна (просп. Ильича 14, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. Цель исследования - изучение возможности использования концентрата тромбоцитов при хирургическом лечении доброкачественных очаговых образований печени. Проанализирован опыт применения концентрата тромбоцитов у 16 больных (I группа) с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Среди них было 9 женщин и 7 мужчин в возрасте 27-52 лет. II группу (контрольную) составили 20 пациентов, которым проведено комплексное лечение без применения концентрата тромбоцитов. Больным I и II групп сделаны лапароскопические операции (соответственно): резекция стенок кисты, деэпителизация - 13 и 12; резекция печени - 2 и 5; энуклеация - 1 и 3. Концентрат тромбоцитов готовили по одноэтапной методике с применением медицинской лабораторной центрифуги ОПн-8. Через 6 месяцев степень зрелости в области операции была почти в два раза выше, а плотность ткани - на 20-25% выше, чем во II группе. У пациентов I группы при лучевом исследовании дефекта печени не было видно, в отличие от II группы. Таким образом, применение КТ в хирургии печени ускоряет ее регенерацию, улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: концентрат тромбоцитов, хирургия, доброкачественные очаговые образования печени.

Введение

Богатая тромбоцитами плазма все шире используется во многих областях медицины (пластическая и реконструктивная хирургия, стоматология, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия и др.) [Шаталов, 2008; Altmeppen et al., 2004; Адда, 2003; Pertungaro], это одно из новых направлений тканевой инженерии и клеточной терапии.

Применение КТ увеличивает концентрацию продуцируемых тромбоцитами естественных факторов роста, стимулирует местный ангиогенез, привлекает недифференцированные стволовые клетки в область повреждений и запускает процесс деления клеток, участвующих в регенерации ткани. В обогащенной тромбоцитами плазме содержатся тромбоцитарный фактор роста (PDGF), трансформирующий фактор роста (TGF), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), фактор роста эпителия (EGF) и адгезивные молекулы (фибрин, фибронектин, витронектин). Комбинация данных факторов позволяет сократить сроки роста и созревания ткани [Адда 2003, Pertungaro].

Преимуществами использования КТ являются: безопасность (отсутствие риска инфекционных заболеваний или возникновения иммуногенных реакций) и неинвазивность самой процедуры; доставка факторов роста и цитокинов непосредственно в область раны; быстрота и несложность приготовления препарата [Шаталов, 2008, Altmeppen et al., 2004].

Цель исследования: изучение возможности использования концентрата тромбоцитов при хирургическом лечении доброкачественных очаговых образований печени.

Материалы и методы

В течение 2007-2009 гг. в клинике хирургии им. К.Т.Овнатаяна Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького концентрат тромбоцитов использовался нами в комплексе лечения 16 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени (I группа), среди них было 9 женщин и 7 мужчин в возрасте 27-52 лет. Распределение пациентов по нозологическим единицам было следующим: непаразитарная киста печени - 13, гемангиома - 2, аденома - 1.

II группу (контрольную) составили 20 пациентов, которым проведено комплексное лечение без применения тромбоцитарного концентрата. Непаразитарная киста печени была у 12 человек, гемангиома - у 5, аденома - у 3. По всем показателям обе группы были однородными. Больным I и II групп сделаны лапароскопические операции (соответственно): резекция стенок кисты, деэпителизация - 13 и 12; резекция печени - 2 и 5; энуклеация - 1 и 3.

Концентрат тромбоцитов готовили по одноэтапной методике с применением медицинской лабораторной центрифуги ОПн-8, в которой могут одновременно

находиться от 2 до 8 пробирок при скорости до 2000 оборотов в минуту. В центрифуге устранена вибрация, что является необходимым условием для получения КТ в форме мембраны.

После извлечения сгустка из пробирки и отделения от него с помощью ножниц нижней части фракции, использовали его в разных формах: в виде сгустка - для восстановления объема и для заполнения полости в области резекции печени; в виде мембраны - для обеспечения процессов направленной тканевой регенерации. Во время выполнения операции (после резекции стенок кисты печени с деэпителизацией или резекции участка печени) оставшуюся полость заполняли одним или несколькими (в зависимости от объема полости) сгустками концентрата тромбоцитов. В 3 случаях выполнена операция с применением Тахокомба.

Результаты. Обсуждение

Методика получения концентрата тромбоцитов была успешно осуществлена нами на отечественном оборудовании, что позволило снизить материальные затраты.

Использование концентрата тромбоцитов в комплексном лечении больных с ДООП позволило снизить вероятность развития воспалительных осложнений на 2,6%, уменьшить сроки лечения и реабилитации на 5-7 суток благодаря созданию оптимальных условий для регенерации ткани печени.

Проведенные ультразвуковые и компьютерно-томографические исследования подтвердили определенную нами клиническую эффективность использования концентрата тромбоцитов для ускорения регенерации. У пациентов I и II групп оценку проводили через 2, 4 и 6 месяцев после операции. Через 6 месяцев степень зрелости ткани в области операции в I группе была почти в 2 раза выше, а плотность ткани на 20-35% выше, чем во II группе. У пациентов основной группы при лучевом исследовании дефекта печени не было видно, в отличие от контрольной группы.

Данная методика не несет никакого риска для пациентов, поскольку их кровь используется относительно быстро. Кроме того, устраняется опасность переноса заболеваний или возникновения иммуногенных реакций, которые существуют при использовании аллогенных или ксеногенных материалов. Поскольку концентрат тромбоцитов подготавливают во время операции, то отсутствует опасность возникновения ошибок при маркировке упаковки т.е. переливания пациенту неаутогенной крови.

Небольшой опыт применения тромбоцитарного концентрата при лечении больных с ДООП пока еще не дает возможности сделать нам какие-то определенные выводы, но первые результаты показали целесообразность эффективного использования данного

препарата в хирургии печени.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Концентрат тромбоцитов является эффективным гепатозаместительным препаратом, в том числе в сочетании с другими синтетическими или биологическими препаратами. КТ можно получать также и на оте-

чественном лабораторном оборудовании. Его применение в хирургии печени показало высокую эффективность при минимальных материальных затратах.

Для определения оптимальной концентрации различных факторов роста и идентификации неизвестных факторов роста, которые могут находиться в тромбоцитарном концентрате, необходимо проведение дальнейших исследований.

Литература

Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина /Ф.Адда //Клин. стоматология. - 2003. - №1. - С. 67-69.
Патент 35718 Україна, МПК А61В 17/00.
Спосіб ліквідації залишкових порожнин печінки /Шаталов О.Д. - №

200709160; Заявл. 10.08.2007; Опубл. 10.10.2008; Бюл.№ 19.
Composition and characteristics of an autologous thrombocyte gel /Altmeppen Altmeppen J., Hansen E., Bonnlander G.L. [et al.]. //J. Surg. Res. - 2004. -

Vol.117. - P. 202-207.

Pertungaro P.S. Применение богатой тромбоцитами плазмы с факторами роста (аутогенный тромбоцитарный гель) /P.S.Pertungaro. - Http://www.rusdent.com/articles.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО КОНЦЕНТРАТУ У ХІРУРГІЇ ПЕЧІНКИ

Шаталов О.Д., Хацко В.В., Базіян Н.К., Павлов К.І., Лукьянець П.Л., Петренко Е.І., Решетняк С.О.

Резюме. Мета роботи - вивчення можливості застосування концентрату тромбоцитів при хірургічному лікуванні доброякісних осередкових утворів печінки. Проаналізовано досвід застосування концентрату тромбоцитів у 16 хворих (I група) на доброякісні осередкові утворення печінки. Серед них було 9 жінок та 7 чоловіків у віці 27-52 років. II групу (контрольну) склали 20 пацієнтів, котрим проведено комплексне лікування без застосування концентрату тромбоцитів. Хворим I та II груп виконані лапароскопічні операції (відповідно): резекція стінок кісти, деепітелізація - 13 і 12; резекція печінки - 2 і 5; енуклеація - 1 і 3. Концентрат тромбоцитів отримували за одноетапною методикою із застосуванням медичної лабораторної центрифуги ОПн-8. Через 6 місяців ступінь зрілості у місці операції був майже у два рази вищий, а щільність тканини - на 20-25% більша, ніж у II групі. У пацієнтів I групи під час променевого обстеження дефекта печінки не було на відміну від II групи. Таким чином, застосування КТ прискорює регенерацію печінки, поліпшує результати лікування.

Ключові слова: концентрат тромбоцитів, хірургія, доброякісні осередкові утвори печінки.

THE USE OF PLATELET CONCENTRATE IN SURGERY OF LIVER

Shatalov A.D., Khatsko V.V., Baziyan N.K., Pavlov K.I., Lukyanets P.L., Petrenko E.I., Reshetnyak S.A.

Summary. The purpose of research is to study the opportunity of use of a concentrate of platelet at surgical treatment of good-quality focal formations of a liver. Experience of application of a platelet concentrate at 16 patients (I group) with benignant focal formations of liver is analyzed. Among them there were 9 women and 7 men at the age of 27-52 years. The II group (control) consisted of 20 patients who received the complex treatment without application of a platelet concentrate. The patients of the I and II groups are made laparoscopic operations (accordingly): a resection of cyst walls, deepithelization - 13 and 12; a resection of a liver - 2 and 5; enucleation - 1 and 3. A platelet concentrate was prepared on onestage technique with application of medical laboratory centrifuge OPn-8. In 6 months the degree of a maturity in the field of operation was almost twice above, and density of a fabric - on 20-25% above, than in the II group. At patients of the I group at beam research the defect of a liver was not visible, as apposed to the II group. Thus, the application CP in surgery of a liver accelerates its neogenesis, enriches results of treatment.

Key words: platelet concentrate, surgery, benignant focal formations of liver.

© Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю.

УДК: 616.33/.342-002.44-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Городская больница № 7 (пр. Иллича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. Представлены результаты лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией (248) за период 1997-2007 г.г., с учетом особенностей анамнеза, возраста, сопутствующей патологии и половых признаков. Язвенный анамнез отсутствовал у 42,2% больных. Операцию ушивания перфоративной язвы применяли у 25(10%) пациентов. Резекция желудка (РЖ) у 34(14,8%), СВ с иссечением язвы - у 63(27,4%). Применение усовершенствованной техники пилородуоденопластики - у 42(18,3%) больных. Осложнения отмечались у 34(13,7%), умерло 15 больных - летальность 7,2%. Наиболее высокая летальность отмечалась после операций ушивания перфоративной язвы.

Ключевые слова: перфоративная язва, двенадцатиперстная кишка, объем операции.

препарата в хирургии печени.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Концентрат тромбоцитов является эффективным гепатозаместительным препаратом, в том числе в сочетании с другими синтетическими или биологическими препаратами. КТ можно получать также и на оте-

чественном лабораторном оборудовании. Его применение в хирургии печени показало высокую эффективность при минимальных материальных затратах.

Для определения оптимальной концентрации различных факторов роста и идентификации неизвестных факторов роста, которые могут находиться в тромбоцитарном концентрате, необходимо проведение дальнейших исследований.

Литература

Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина /Ф.Адда //Клин. стоматология. - 2003. - №1. - С. 67-69.
Патент 35718 Україна, МПК А61В 17/00.
Спосіб ліквідації залишкових порожнин печінки /Шаталов О.Д. - №

200709160; Заявл. 10.08.2007; Опубл. 10.10.2008; Бюл.№ 19.
Composition and characteristics of an autologous thrombocyte gel /Altmeppen Altmeppen J., Hansen E., Bonnlander G.L. [et al.]. //J. Surg. Res. - 2004. -

Vol.117. - P. 202-207.

Pertungaro P.S. Применение богатой тромбоцитами плазмы с факторами роста (аутогенный тромбоцитарный гель) /P.S.Pertungaro. - Http://www.rusdent.com/articles.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО КОНЦЕНТРАТУ У ХІРУРГІЇ ПЕЧІНКИ

Шаталов О.Д., Хацко В.В., Базіян Н.К., Павлов К.І., Лукьянець П.Л., Петренко Е.І., Решетняк С.О.

Резюме. Мета роботи - вивчення можливості застосування концентрату тромбоцитів при хірургічному лікуванні доброякісних осередкових утворів печінки. Проаналізовано досвід застосування концентрату тромбоцитів у 16 хворих (I група) на доброякісні осередкові утворення печінки. Серед них було 9 жінок та 7 чоловіків у віці 27-52 років. II групу (контрольну) склали 20 пацієнтів, котрим проведено комплексне лікування без застосування концентрату тромбоцитів. Хворим I та II груп виконані лапароскопічні операції (відповідно): резекція стінок кісти, деепітелізація - 13 і 12; резекція печінки - 2 і 5; енуклеація - 1 і 3. Концентрат тромбоцитів отримували за одноетапною методикою із застосуванням медичної лабораторної центрифуги ОПн-8. Через 6 місяців ступінь зрілості у місці операції був майже у два рази вищий, а щільність тканини - на 20-25% більша, ніж у II групі. У пацієнтів I групи під час променевого обстеження дефекта печінки не було на відміну від II групи. Таким чином, застосування КТ прискорює регенерацію печінки, поліпшує результати лікування.

Ключові слова: концентрат тромбоцитів, хірургія, доброякісні осередкові утвори печінки.

THE USE OF PLATELET CONCENTRATE IN SURGERY OF LIVER

Shatalov A.D., Khatsko V.V., Baziyan N.K., Pavlov K.I., Lukyanets P.L., Petrenko E.I., Reshetnyak S.A.

Summary. The purpose of research is to study the opportunity of use of a concentrate of platelet at surgical treatment of good-quality focal formations of a liver. Experience of application of a platelet concentrate at 16 patients (I group) with benignant focal formations of liver is analyzed. Among them there were 9 women and 7 men at the age of 27-52 years. The II group (control) consisted of 20 patients who received the complex treatment without application of a platelet concentrate. The patients of the I and II groups are made laparoscopic operations (accordingly): a resection of cyst walls, deepithelization - 13 and 12; a resection of a liver - 2 and 5; enucleation - 1 and 3. A platelet concentrate was prepared on onestage technique with application of medical laboratory centrifuge OPn-8. In 6 months the degree of a maturity in the field of operation was almost twice above, and density of a fabric - on 20-25% above, than in the II group. At patients of the I group at beam research the defect of a liver was not visible, as apposed to the II group. Thus, the application CP in surgery of a liver accelerates its neogenesis, enriches results of treatment.

Key words: platelet concentrate, surgery, benignant focal formations of liver.

© Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю.

УДК: 616.33/.342-002.44-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Городская больница № 7 (пр. Иллича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. Представлены результаты лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией (248) за период 1997-2007 г.г., с учетом особенностей анамнеза, возраста, сопутствующей патологии и половых признаков. Язвенный анамнез отсутствовал у 42,2% больных. Операцию ушивания перфоративной язвы применяли у 25(10%) пациентов. Резекция желудка (РЖ) у 34(14,8%), СВ с иссечением язвы - у 63(27,4%). Применение усовершенствованной техники пилородуоденопластики - у 42(18,3%) больных. Осложнения отмечались у 34(13,7%), умерло 15 больных - летальность 7,2%. Наиболее высокая летальность отмечалась после операций ушивания перфоративной язвы.

Ключевые слова: перфоративная язва, двенадцатиперстная кишка, объем операции.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения [Василенко, Верхулецкий, 2003; Красильников и др., 2005]. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы [Красильников и др., 2005; Кузин, 2001].

Одним из грозных осложнений гастродуоденальных язв (ГДЯ) является перфорация язвы, частота которой составляет 4-30% [Красильников и др., 2005; Панцирев, Михалев, 2003]. В настоящее время на долю перфоративных ГДЯ приходится 0,1% среди всех хирургических заболеваний, а при острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6% [Красильников и др., 2005; Панцирев, Михалев, 2003]. Летальность при перфоративных ГДЯ остается высокой и составляет 5-15% [Красильников и др., 2005; Панцирев, Михалев, 2003].

В настоящее время при перфоративных пилорoduоденальных язвах (ПДЯ) не существует "идеального" хирургического вмешательства, вопросы хирургической тактики остаются спорными и продолжают обсуждаться в периодической печати и на форумах хирургов.

Цель исследования - разработать дифференцированный подход к выбору способов операций для улучшения результатов оперативного лечения больных с перфоративными ГДЯ.

Материалы и методы

Работа основана на опыте оперативного лечения 248 больных с перфоративными ГДЯ, поступившими в хирургическое отделение №1 ГБ №7, г.Енакиево с 1997 по 2007 гг. Мужчин было 195(78,6%), женщин - 53(21,4%), в соотношении 3,6:1, в возрасте от 16 до 83 лет. Наибольшая частота перфораций отмечена в возрасте от 20 до 50 лет - 198(80%) больных, наименьшая в группе до 20 лет - 22(9%) и старше 60 лет - 28(11%) больных.

Большинство больных - 196(79%) поступили до 6 часов от начала заболевания. В сроки от 6 до 12 часов госпитализированы 17(6,7%) пациентов, от 12 до 24 часов - 19(7,7%), через сутки и позже - 16(6,6%) больных.

Язвенный анамнез отсутствовал у 106(42,2%) больных. У 58(23,6%) больных язвенный анамнез был в пределах от 1 до 3 лет; у 35(14,8%) - от 3 до 6 лет и у 49(19,4%) - свыше 6 лет.

Результаты. Обсуждение

При оперативном лечении выполнялись следующие операции: ушивание перфорации; иссечение язвы с пилоропластикой; резекция желудка; иссечение язвы, пилоропластика с ваготомией.

Операция ушивания перфоративной язвы проведена у 25(10%) больных. В возрасте от 20 до 40 лет было 7

человек, от 40 до 60 лет - 9, и от 60 до 83 лет - 8 больных. У 2 больных с каллезными язвами тела желудка с выраженным перифокальным воспалением и общим гнойным перитонитом перфорация ушита по Оппелю-Поликарпову. Каких-либо серьезных затруднений при ушивании перфорации не встречалось.

Резекции желудка (РЖ) проведены у 34(14,8%) пациентов. Показанием к РЖ считали перфоративные язвы желудка 11(32,4%), включая область привратника, сочетание перфорации с кровотечением (6), пенетрирующие и стенозирующие язвы пилорoduоденальной зоны (5) и язвы ДПК, протекающие на фоне хронических нарушений дуоденальной проходимости 23(67,6%). При язве ДПК стандартной операцией была резекция 2\3 желудка по Бильрот-I. Восстановительный этап чаще всего проводили наложением прямого противостенотического гастродуоденоанастомоза по методике проф. Л.И.Василенко у 13(56,5%) больных или терминолатерального гастродуоденоанастомоза - у 10(43,5%) пациентов. При перфорации язвы желудка объем резекции зависел от ее локализации. При язвах антрального отдела и средней трети ограничивались органосохраняющей резекцией в пределах 1?3-1?2 желудка. При высокорасположенных язвах и гигантских язвах тела желудка объем резекции соответствовал субтотальной трубчатой резекции желудка (с удалением всей малой кривизны).

Селективная ваготомия (СВ) с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой проведена у 63(27,4%) больных с перфоративной язвой ДПК. Показанием к проведению этой операции считали отсутствие клинических и интраоперационных признаков хронической дуоденальной непроходимости. Возраст больных колебался от 22 до 76 лет. Из этой группы больных у 21(9,1%) произведено иссечение перфоративной язвы с пилорoduоденопластикой по Гейнеке-Микуличу. Усовершенствованная нами техника пилорoduоденопластики применялась у 42(18,3%) больных (патент на корисну модель № 38102 и 38159). Некоторая особенность нашей техники заключается лишь в том, что мы иссекали язву двумя дугообразными разрезами по направлению от ДПК к желудку.

Лечение больных в послеоперационном периоде проводилось с учетом тяжести состояния и варианта перенесенной операции. Наиболее тяжелую группу составили больные, у которых ограничили ушиванием перфорации. Тяжесть их состояния обычно была обусловлена распространенным гнойным перитонитом, а у больных пожилого возраста еще и тяжелой сопутствующей патологией.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 34(13,8%) больных: гнойные осложнения - 18(5,3%); кровотечения в брюшную полость или в просвет ЖКТ - 3(1%); легочно-сердечные осложнения - 12(4,4%); моторно-эвакуаторные нарушения - 9

(3%); прогрессирование сопутствующей патологии - 1(0,3%). Осложнения, обусловленные прогрессированием перитонита, сочетанием двух и более осложненных язвенной болезни, у больных пожилого и старческого возраста и наличия у них тяжелых сопутствующих заболеваний.

Из 248 человек с перфоративными язвами умерло 15 больных. Общая летальность составила 7,2%. Наиболее высокая летальность была после ушивания перфоративной язвы, у тяжелой категории больных с выраженными сопутствующими заболеваниями. Из 25 больных этой категории после ушивания перфоративной язвы умерли 9(36%) человек. Анализ летальности в группе больных с ушитой перфорацией язвы свидетельствует, что основной причиной смерти был прогрессирующий перитонит 5(33,3%) с давностью заболевания более суток, легочные осложнения 3(20%), осложнения со стороны сердечнососудистой системы 7(46,7%).

Из 34 больных после РЖ умерли 4(11,7%). У больных были гигантские каллезные язвы, осложненные перфорацией и кровотечением; перфорация произошла на фоне пилорoduodenального стеноза и выраженного периульцерозного воспалительного инфильтрата. Из 4 умерших 1 больной находился в возрасте 68 лет и стра-

дал тяжелой сопутствующей патологией.

Из 63 больных после иссечения перфорации пилорoduodenопластики в сочетании с селективной ваготомией умерло 2(3,17%) больных (произведена пилорoduodenопластика по Гейнеке-Микуличу). Больные умерли от несостоятельности швов на фоне прогрессирующего перитонита.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Выбор операции при перфоративных язвах должен быть индивидуальным с учетом локализации язвы, наличия других осложнений язвенной болезни, тяжести сопутствующих заболеваний, сроков госпитализации, общего состояния больного и квалификации хирурга.

2. Развитие в послеоперационном периоде гнойных осложнений и моторно-эвакуаторных расстройств обусловлено в большей степени исходной тяжестью патологического процесса брюшной полости, чем характером выполненного оперативного вмешательства.

Высокий процент послеоперационной летальности и развития послеоперационных осложнений у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами диктует необходимость поиска и разработки более эффективных интраоперационных методов их профилактики.

Литература

Василенко Л.И. Трубчатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв /Л.И.Василенко, И.Е.Верхулецкий. - Донецк, 2003. - 336 с.
Красильников Д.М. /Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и две-

надцатиперстной кишки /Красильников Д.М., Хайрулин И.И., Фаррахов А.З.. - Казань: Медицина, 2005. - 152 с.

Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки /М.И.-

Кузин //Хирургия. - 2001. - №1. - С. 27-32.

Панцирев Ю.М. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни: 50 лекций по хирургии /Панцирев Ю.М., Михалев А.И. - М.: Медиа Медика, 2003.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РАНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Шкіренко Ю.О., Василенко Л.І., Шкіренко О.Ю.

Резюме. Наведено результати лікування пацієнтів з виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією (248) за період 1997-2007 рр., з урахуванням особливостей анамнезу, віку, супутньої патології, статевих ознак. Виразковий анамнез відсутній у 42,2% хворих. Операція ушивання перфоративної виразки застосована у 25(10%) пацієнтів. Резекція шлунка (РШ) - у 34(14,8%), СВ з висіченням виразки - у 63(27,4%); застосування удосконаленої техніки пилорoduodenопластики - у 42(18,3%) хворих. Ускладнення спостерігалися у 34(13,7%), померло 15 хворих - летальність 7,2%. Найбільш висока летальність після операції ушивання перфоративної виразки.

Ключові слова: перфоративна виразка, дванадцятипала кишка, обсяг операції.

COMPARATIVE EVALUATION OF EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS WITH PERFORATION OF GASTRODUODENAL ULCERS

Shkirenko Y.A., Vasilenko L.I., Shkirenko A.Y.

Summary. Results of treatment of patients with a peptic ulcer of a stomach and a peptic ulcer of a duodenal intestine with perforation (248) were presented for the period with 1997-2007, with the peculiarities of an anamnesis, the age, an accompanying pathology, sexual attributes. Ulcerous anamnesis was absent at 42,2% patients. The operation of suture perforation ulcer was used at 25(10%) patients. The resection of the stomach (RS) was used at 34(14,8%), SV with excision of the ulcer at 63(27,4%); using the advanced technology pyloroduodenoplasty at 42 (18,3%) patients. The complications were noted at 34(13,7%), 15 patients died - lethality (7,2%). The most high lethal was noted after operation suturing perforation ulcer.

Key words: perforations, ulcer, a duodenal intestine, volume operation.

© Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер М.Д., Мальцев В.М., Криворук М.И.

УДК: 616-084:616-002.3:616-089:616.34

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер М.Д., Мальцев В.М., Криворук М.И.

Кафедра хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца (бульв. Шевченко, 13, г. Киев, Украина, 01601), колопроктологический центр Украины

Резюме. В работе обобщены данные результатов лечения 1243 больных, оперированных на толстом кишечнике, восстановительного характера. Установлено, что комплексная профилактика гнойно-септических осложнений предусматривает соблюдение принципов антибиотикопрофилактики, радикализма, применение однорядного эвертированного шва, илеоэндаоанального и коллоэндаоанального анастомозов. Все это в совокупности уменьшило частоту осложнений с 10,1% до 6,4%.

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, восстановительные вмешательства, анастомоз.

Введение

Гнойно-септические осложнения после восстановительных операций на толстой кишке: распространенный перитонит, абсцесс брюшной полости, тазовый целлюлит, анастомозит, нагноение операционной раны возникают у 4-30% больных. Профилактика указанных осложнений представляет недостаточно решенную проблему современной колопроктологии в связи с тем, что их возникновение сопровождается высокой летальностью, в пределах 18-52%, частой инвалидизацией, значительным ухудшением функциональных результатов и качества жизни оперированных больных.

Материалы и методы

Основные положения профилактики гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке направлены на адекватную подготовку больного к оперативному вмешательству, правильный выбор показаний, оптимальных сроков и объема его выполнения, способа завершения, а также медикаментозное обеспечение на этапах предоперационной подготовки, выполнения операции и, особенно, в раннем послеоперационном периоде.

Чрезвычайно важное значение для эффективной профилактики гнойно-септических осложнений имеет соблюдение известных принципов подготовки к выполнению оперативных вмешательств на толстой кишке. К числу которых, относят терапевтическую коррекцию нарушения функции жизненно важных органов и систем, механическую очистку толстой кишки, уменьшение степени контаминации микрофлоры ее слизистой оболочки, проведение современной предоперационной антибиотикопрофилактики, послеоперационной антибиотикотерапии.

Профилактические мероприятия во время выполнения радикального этапа операции заключаются в обоснованном выборе границ резекции органа в зависимости от диагноза основного заболевания, с учетом особенностей кровоснабжения толстой кишки, достаточной мобилизации ее отрезков, необходимой для свободной их дислокации в другие анатомические отделы брюшной полости, достижении тщательного гемостаза, предупреждении лимфорейки путем преимуществен-

ного использования диатермии, лазерного скальпеля, электросварки при рассечении тканей.

Во время выполнения восстановительного этапа операции чрезвычайно важно соблюдать мероприятия, направленные на обеспечение достаточной перфузии тканей, проводить оценку жизнеспособности соединяемых отрезков кишки, выбор наиболее оптимального способа формирования анастомоза, его протекции в зависимости от анатомических особенностей и вариантов взаиморасположения указанных отрезков кишки. Формирование анастомозов при выполнении восстановительных операций на толстой кишке преимущественно производим при помощи современных сшивающих аппаратов, что упрощает технику формирования низких колоректальных анастомозов, способствует увеличению механической прочности кишечного шва за счет стандартизации его наложения. К традиционным методам профилактики осложнений заживления межкишечных анастомозов относят декомпрессионную интубацию тонкой кишки, трансанальную интубацию толстой кишки проксимальнее соустья, формирование отключающей илеостомы или колостомы, охранительный пищевой режим в раннем послеоперационном периоде. Основу этих методов составляет создание условий для "функционального покоя" сформированному анастомозу путем уменьшения или предупреждения транзита кишечного содержимого и, соответственно, давления в его зоне.

Существенное значение для предупреждения послеоперационного перитонита и тазового целлюлита оказывают методы профилактики некроза низведенного кишечного трансплантата. Они предусматривают соблюдение принципов мобилизации толстой кишки и формирования толстокишечного трансплантата с учетом особенностей ее ангиоархитектоники, обеспечение стабильной гемодинамики и перфузии тканей во время низведения и, особенно, в раннем послеоперационном периоде. Важным и патогенетически обоснованным методом профилактики является дивульсия сфинктера прямой кишки, выполнение которой способствует значительному уменьшению давления на избыток низведенного трансплантата и ее брыжейку, что способствует сохранению в тканях указанного трансплан-

тата адекватного кровоснабжения и микроциркуляции.

В послеоперационном периоде для профилактики гнойно-септических осложнений особое значение приобретают методы коррекции метаболических нарушений, особенно анемии, микроциркуляции, нарушений белково-энергетического, водно-электролитного обмена, функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, почек, декомпрессии пищеварительного канала, антибиотикотерапии.

В комплексе с указанными известными мероприятиями, направленными на предупреждение гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке во время выполнения радикального и восстановительного этапов оперативного вмешательства, а также в раннем послеоперационном периоде используем разработанные нами способы профилактики осложнений, которые сопровождаются возникновением указанного гнойно-септического процесса. Это способы гемостаза при демуккозации анального канала, наложения однорядного эвертированного кишечного шва, формирования колоэктоанального, а также илеэктоанального анастомозов, профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов, ишемии и некроза толстокишечного трансплантата, анастомозита. Указанные способы способствуют предупреждению возникновения внутрибрюшных гематом, улучшению сопоставления отрезков кишки при формировании анастомозов, трофики тканей, репаративных процессов в зоне сращения и, как следствие, гнойно-септических осложнений.

За период с 2005 до 2009 г. в Колопроктологическом центре Украины восстановительные операции на толстой кишке выполнены у 1243 больных: 679(56,1%) мужчин и 564(43,7%) женщин, возраст которых составил 16-85 (56±17,8) лет. Первичные восстановительные операции выполнены - у 1031(82,9%) больных, вторичные - у 212(17,1%). Наибольшее количество пациентов были оперированы по поводу колоректального рака - 982(79,1%), значительно меньше - по поводу язвенного колита, Болезни Крона, семейного полипоза, дивертикулярной болезни толстой кишки, хронического декомпенсированного колостоза.

Оперированные больные условно распределены на две группы, контрольную - 706(56,8%) и исследуемую - 537(43,2%). Указанные группы были сопоставимы в зависимости от возраста, пола, диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний, объема радикальных и восстановительных операций.

Преимущественно выполняли переднюю резекцию прямой кишки - у 702(56,5%) пациентов, менее часто брюшно-анальную резекцию, правостороннюю, левостороннюю гемиколэктомию, субтотальную дистальную резекцию ободочной кишки, колэктомию, колэктомию с низкой, предельно низкой передней резекцией прямой кишки, мукоэктomieй хирургического анального канала до гребенчатой линии. Преимущественно фор-

мировали колоректальные анастомозы, реже илеотрансверзоанастомозы, илеоанальные, илеоректальные, колоанальные, межободочные.

У пациентов контрольной группы использовали традиционные методы профилактики осложнений, обусловленных выполнением восстановительных операций на толстой кишке. У больных исследуемой группы в комплексе с традиционными методами использовали разработанные способы соединения отрезков кишечника, остановки кровотечения из демуккозированной поверхности хирургического анального канала, профилактики физической несостоятельности швов анастомозов, некроза низведенного на область промежности толстокишечного трансплантата, анастомозита, которые способствовали предупреждению осложнений, сопровождающихся гнойно-септическим процессом.

Результаты. Обсуждение

В раннем послеоперационном периоде гнойно-септические осложнения, обусловленные выполнением восстановительных операций на толстой кишке, возникли у 162(13,0%) больных. Преобладали нагноение операционной раны - у 47(3,7%), физическая несостоятельность швов межкишечных анастомозов - у 32(2,6%), распространенный перитонит - у 19(1,5%), инфильтраты брюшной полости - у 19(1,5%). Реже наблюдали некроз низведенного кишечного трансплантата и тазовый целлюлит - у 15(1,2%), абсцесс брюшной полости - у 8(0,7%). Указанные осложнения отмечены у 128(18,1%) пациентов контрольной группы и у 34(6,4%) - исследуемой ($p < 0,05$). Это способствовало уменьшению послеоперационной летальности с 17(2,4%) до 3(0,5%) ($p < 0,05$).

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке предусматривает скрупулезное соблюдение принципов подготовки больных к выполнению оперативных вмешательств, диагностику заболеваний толстой кишки, антибиотикопрофилактику, антибиотикотерапию, достаточный радикализм оперативных вмешательств, применение более эффективных способов соединения отрезков кишечника: однорядного эвертированного шва, илеоэктоанального, колоэктоанального анастомозов, способов гемостаза из демуккозированной поверхности хирургического анального канала, физической несостоятельности швов межкишечных анастомозов, некроза низведенного кишечного трансплантата, анастомозита.

Соблюдение указанного подхода к профилактике гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке способствовало уменьшению частоты их возникновения с 128(18,1%) до 34(6,4%) случаев, послеоперационной летальности с 17(2,4%) до 3(0,5%) случаев.

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер М.Д., Мальцев В.М., Криворук М.І.

Резюме. У роботі узагальнені дані результатів лікування 1243 хворих, оперованих на товстому кишечнику, відновного характеру. Встановлено, що комплексна профілактика гнійно-септичних ускладнень передбачає дотримання принципів антибіотикопрофілактики, радикалізму, застосування однорядного евертированого шва, ілеоендоанального і колоендоанального анастомозів. Все це у сукупності зменшило частоту ускладнень з 10,1% до 6,4%.

Ключові слова: гнійно-септичні ускладнення, відновні втручання, анастомоз.

COMPLEX PROPHYLAXIS OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN RESTORATIVE SURGERY OF LARGE INTESTINE

Zaharash M.P., Poyda A.I., Melnik V.M., Kucher M.D., Maltsev V.M, Krivoruk M.I.

Summary. In the work the data of results of treatment of 1243 patients operated on large intestine, restorative character is generalised. It is established that complex prophylaxis of purulent-septic complications provides for maintenance of principles of antibiotic prophylaxis, radicalism, application single-row everting sutures, ileoendoanal and coloendoanal anastomosis. This everything in totality reduced frequency of complications from 10,1% to 6,4%.

Key words: purulent-septic complications, restorative interventions, anastomosis.

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

© Ковальчук А.П.

УДК: 543.061:577:618.19.006.6:616-089

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Ковальчук А.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Робота присвячена оцінці якості життя хворих на рак молочної залози після радикального хірургічного лікування. Через 3 місяці після операції порівнювались показники загального і фізичного стану хворих, які перенесли традиційну мастектомію та електрохірургічну операцію. Встановлено, що електрохірургічне лікування в значній мірі поліпшує (в 5,3 рази) такі показники фізичного стану хворих, як працездатність і відчуття фізичного здоров'я, зменшує на 13,2% біль в руці і операційній рані, на 15,8% - частоту набряку руки з боку операції, на 13,22% - порушення її функції, у 8,2 рази зменшує потребу хворих у сторонній допомозі і в 1,84 рази - потребу хворих в знеболюючих засобах.

Ключові слова: рак молочної залози, електрохірургічна операція, якість життя хворих.

Вступ

Хірургічне лікування раку молочної залози (РМЗ), за даними різних авторів, у 25-95% випадків супроводжується розвитком різного роду ускладнень, які негативно впливають на якість життя (ЯЖ) хворих [Пак і др., 2007; Хурані, 2003]. Тому вивчення якості життя хворих на сьогоднішній день є обов'язковим критерієм, що дозволяє судити про переваги того, чи іншого методу лікування [Седаков, 2003]. У країнах заходу жоден лікарський препарат не проходить клінічні випробування без вивчення ЯЖ хворих, і жоден новий метод лікування не може бути використаний, якщо не проведений аналіз ЯЖ. Багатофункціональна оцінка ЯЖ включає різні сфери діяльності людини: фізичну, функціональну, фізіологічну, психологічну, соціальну [Новик, Іонова, 2002]. У сучасній онкології для оцінки ЯЖ запропоновано і використовується безліч загальних і спеціальних опитувальників [Curbow et al., 1997]. Стандартними анкетами-опитувальниками є: FACT - Functional Assessment of Cancer Therapy (функціональна оцінка протипухлинної терапії); EORTC - QLQ - C30 - опитувальник Європейської організації досліджень у лікуванні раку, котрий містить 30 питань, 5 параметрів + параметри загальної ЯЖ; RSQL - Роттердамська школа оцінки ЯЖ, що включає 38 питань, 3 параметри та оцінку загальної ЯЖ; CARES-SF система оцінки після ракової реабілітації - 59 питань, 5 параметрів + оцінка загальної ЯЖ, і безліч інших [Новик, Іонова, 2002].

Адаптована для хворих на рак молочної залози анкета EORTC QLQ була використана нами для дослідження фізичного і загального стану пацієнток в післяопераційному періоді

Метою дослідження було: визначити вплив різних методів оперативного втручання на загальний стан та функціональні показники якості життя хворих на рак молочної залози.

Матеріали та методи

Анкетуванню підлягали хворі на рак молочної залози, які перенесли радикальну мастектомію за традиційним методом (ТМ) - 76 жінок; та 80 хворих, яким була виконана електрохірургічна операція (ЕХО) за допомогою високочастотного електрокоагулятора ЕК-300М1.

Статистичний аналіз матеріалу проводився за допомогою стандартних методів із застосуванням пакету прикладних програм "Exel 7.0" для персонального комп'ютера.

Результати. Обговорення

Рівень і якість життя жінок України є досить низьким, а виявлення у них, до того ж, онкологічного захворювання, значно погіршує їх соціальний статус та психоемоційний стан. Страх операції і послідувочої хіміотерапії іноді вводить жінок в стан важкої депресії, що значно утруднює об'єктивну оцінку ними якості свого життя. Тому ми вирішили провести анкетування хворих через 3 місяці після операції. Хворі були рандомізовані за віком, стадією процесу і схемами лікування.

Проведення хірургічного лікування за різними методами по різному впливало на якість життя хворих. Так, типова мастектомія за Маденом, яка супроводжувалась більш тривалою лімфореею та розвитком ряду післяопераційних ускладнень, суттєво погіршувала функцію верхньої кінцівки і плечового поясу, що призводило до зниження фізичної активності хворих, частіше призводило до розвитку депресивних станів і погіршувало загальний стан хворих.

Всі хворі цієї групи через 3 місяці після операції ще потребували сторонньої допомоги (табл. 1). Для 72,4% потрібна була незначна допомога, а для 27,6% - суттєва. Всі хворі цієї групи відмічали порушення фізичного здоров'я. Незначне - 14,5%, суттєве - 55,2% і значною мірою - 30,3%. У всіх пацієнток порушилась працездатність. Незначно - у 40,8%, суттєво - у 40,9% і знач-

Таблиця 1. Оцінка фізичного та загального стану пацієнток на рак молочної залози, оперованих ТМ (n=76).

Показник	Ні		Незначно		Суттєво		Значною мірою	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чи є потреба в сторонній допомозі	0	0	55	72,36	21	27,63	0	0
Чи порушилося фізичне здоров'я	0	0	11	14,47	42	55,26	23	30,26
Чи порушилась працездатність	0	0	31	40,78	31	40,79	14	18,42
Чи є втрата ваги	3	3,94	48	63,15	25	32,89	0	0
Чи були болі в плечі і руці	10	13,15	54	71,05	11	14,47	1	1,31
Чи набухала рука або кисть	12	15,78	51	67,1	12	15,78	1	1,31
Чи важко підняти руку і рухати нею	14	18,42	51	67,1	11	14,47	0	0
Чи були болі в ділянці рани	12	17,09	51	67,1	12	15,78	0	0
Чи важко нести щось в руках	2	2,63	37	48,68	27	35,52	10	13,15
Чи є відчуття себе хворою	0	0	9	11,84	24	31,57	43	56,57
Чи приймаються знеболюючі засоби	40	52,63	35	46,05	1	1,31	0	0
Чи є незадоволення сном	4	5,26	56	73,68	16	21,26	0	0
Чи є незадоволення їжею	56	73,68	20	26,31	0	0	0	0
Чи доводиться лежати в ліжку весь день	0	0	62	81,57	14	18,42	0	0

Таблиця 2. Оцінка фізичного та загального стану пацієнток на рак молочної залози, оперованих ЕХО (n=80).

Показник	Ні		Незначно		Суттєво		Значною мірою	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чи є потреба в сторонній допомозі	4	5	73	91,25	3	3,75	0	0
Чи порушилося фізичне здоров'я	1	1,25	66	82,5	13	16,25	0	0
Чи порушилась працездатність	13	16,25	58	72,5	9	11,25	0	0
Чи є втрата ваги	38	47,5	37	46,25	5	6,25	0	0
Чи були болі в плечі і руці	48	60	31	38,75	1	1,25	0	0
Чи набухала рука або кисть	49	61,25	30	37,5	1	1,25	0	0
Чи важко підняти руку і рухати нею	53	66,25	26	32,5	1	1,25	0	0
Чи були болі в ділянці рани	33	41,25	46	57,5	1	1,25	0	0
Чи важко нести щось в руках	19	23,75	59	73,75	2	2,5	0	0
Чи є відчуття себе хворою	4	5	53	66,25	22	27,5	1	1,25
Чи приймаються знеболюючі засоби	60	7,5	20	25	0	0	0	0
Чи є незадоволення сном	21	26,25	59	73,75	0	0	0	0
Чи є незадоволення їжею	78	97,5	2	2,5	0	0	0	0
Чи доводиться лежати в ліжку весь день	21	26,25	59	73,75	0	0	0	0

ною мірою - у 18,4%. Більшість пацієнток даної групи (96%) відмічали втрату ваги. Незначну - 63,1%, суттєву - 32,9%.

На біль в руці скаржились 87% хворих. У 71% біль був незначний, у 14,5% - суттєвий і значною мірою турбував одну пацієнтку (1,3%), що потребувало майже постійного застосування знеболюючих засобів. У значної частини хворих цієї групи тривалий час відмічався також біль в ділянці рани. У 67,1% - незначний, а у 15,78% - суттєвий, що в цілому змусило періодично приймати знеболюючі засоби до 46,05% хворих.

Набряк руки з боку операції зустрічався у 84,22% хворих після ТМ. Незначний - у 67,1%, суттєвий - у 15,78% і у однієї хворої (1,31%) - значний.

Біль та набряк в руці призводили до зниження її функції, що проявилось у зниженні амплітуди рухів, важкості підняти руку або виконувати інші рухи. Даний симптом спостерігався у 81,6% хворих. У 67,1% він був виражений незначно, а у 14,47% - суттєво. Особливий дискомфорт пацієнтки відчували, коли доводилось щось нести у хворій руці. Майже всі хворі (97,4%) відмічали, що в руці з боку операції важко нести навіть невелику вагу. Незначною мірою це відмічалось у 48,68% хворих, суттєвою - у 35,52% і в значній мірі - у 13,15%.

Погані показники фізичного стану суттєво впливали і на загальний стан пацієнток з ТМ. Всі вони через 3 місяці після операції вважали себе хворими. До того ж більше половини (56,57%) - в значній мірі, 31,57% - суттєво і лише 9 чоловік (11,84%) - в незначній мірі. Це змушувало хворих тривалий час знаходитись в ліжку. Більшу частину доби - 18,42% хворих і в меншій мірі - 81,57%. Разом з тим, незадоволення сном відмічали 94,74% хворих. Незначне - 73,68%, суттєве - 21,26%.

Частина хворих (26,31%) відмічали також незначне зниження апетиту і незадоволення їжею.

Результати електрохірургічної операції були значно кращими. Так хворі, які перенесли ЕХО через 3 місяці після операції потребували сторонньої допомоги значно в меншій мірі (табл. 2). Зовсім

не потребували 5%, потрібна була незначна допомога 91,5% і суттєвої допомоги потребували лише 3 хворих (3,37%), що у 8,2 рази менше ніж в групі з ТМ ($p \leq 0,05$). Більшість хворих цієї групи (82,5%) відмічали лише незначне порушення фізичного здоров'я, суттєве відмічалось у 16,25%, що в 5,3 рази вірогідно менше, ніж у групі хворих, яким була виконана традиційна операція, де суттєве і значне порушення здоров'я відмічалось у 85,52% хворих.

Працездатність в групі з ЕХО не порушувалась зовсім у 16,25%, незначно порушувалась у 72,5% хворих і суттєво порушувалась у 11,25%, що порівняно з групою ТМ в 5,3 рази менше, де суттєва і значна втрата працездатності зустрічалась у 59,3% пацієнток.

Втрату ваги відмічали 54,5% пацієнток даної групи. Незначну - 46,25%, суттєву - 6,25%, що також в 5,3 рази менше ніж при ТМ ($p \leq 0,05$).

На біль в руці скаржились лише 40% хворих порівняно з 87% в групі ТМ. У 38,75% біль був незначний і лише у однієї хворої (1,25%) - суттєвий, що на 13,15% менше, ніж в групі з ТМ. У частини хворих групи з ЕХО (32,5%) відмічався незначний біль в ділянці рани. На суттєвий біль скаржилась лише одна пацієнтка (1,25%), що на 14,45% менше, ніж в групі з ТМ ($p \leq 0,05$).

У цілому знеболюючі засоби періодично приймали в незначній кількості 25% хворих з ЕХО порівняно з 46,05% хворих після ТМ.

Набряк руки з боку операції в групі ЕХО був незначним і зустрічався у 37,5% хворих. Лише у однієї пацієнтки (1,25%) набряк був суттєвим, що на 15,84% менше ніж у хворих групи ТМ, де суттєвий і значний набряк зустрічався у 17,09% хворих ($p \leq 0,05$).

Зниження функції руки з боку операції спостерігалось у 33,75% хворих з ЕХО, що в 2,6 рази менше порівняно з групою ТМ, до того ж суттєве зниження амплітуди рухів, важкість підняти руку відмічала лише одна хвора (1,25%) в групі ЕХО проти 14,47% в групі ТМ. Особливий дискомфорт пацієнтки відчували, коли доводилось щось нести у хворій руці. Коли майже всі хворі (97,4%) в групі ТМ відмічали, що в руці важко нести навіть невелику вагу, а суттєво і значною мірою це відмічали 48,67% хворих, то в групі з ЕХО лише дві пацієнтки (2,5%) відмічали суттєву важкість і незначними ці прояви були у 73,75% хворих.

Загальний стан пацієнток з ЕХО також був кращим ніж в групі з ТМ. Так через 3 місяці після операції 5% хворих взагалі не вважали себе хворими, 66,25% вва-

жали себе хворими в незначній мірі, 27,5% - в суттєвій мірі і лише одна хвора (1,25%) в значній мірі, тоді як більше половини хворих з ТМ (56,57%) вважали себе хворими в значній мірі і 31,57% - в суттєвій.

Незначне незадоволення сном відмічали 73,7% хворих з ЕХО, коли в групі з ТМ таких було 94,74% і суттєве безсоння турбувало 21,26% хворих. Серед хворих групи ЕХО зниження апетиту і незадоволення їжею відмічали всього дві пацієнтки (2,5%), що в 10,5 рази менше, ніж в групі з ТМ, де цей симптом відмічали 26,31% хворих.

Більшу частину доби хворі після ЕХО проводили активно, займались побутовими справами, а деякі вийшли на роботу, хоча 73,75% відмітили, що протягом доби знаходяться в ліжку дещо більше ніж до операції. В групі з ТМ це відмічали всі без винятку хворі, а 18,42% з них змушені були знаходитись в ліжку більшу частину доби через погане самопочуття.

Таким чином через 3 місяці після проведення ЕХО такі показники якості життя хворих, як загальний і фізичний стан, значно кращі ніж у хворих, які перенесли традиційну мастектомію. Покращення загального і фізичного стану пацієнток з ЕХО зумовлене суттєвими перевагами даного методу оперативних втручань. Це такі, як зменшення анемізації хворих, за рахунок меншої крововтрати, зменшення післяопераційних ускладнень, зменшення лімфореї і прискорення строків загоєння рани, зменшення періоду перебування під наркозом, за рахунок прискорення операції та строків перебування в хірургічному відділенні [Хурані, 2003].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Операції за допомогою електрозварювання в порівнянні з традиційними методами значно покращують якість життя хворих на рак молочної залози, шляхом зменшення через 3 місяці після радикального лікування: набряку руки з боку операції на 15,84%, больового синдрому на 14,45%, збільшення об'єму рухів у руці в 2,6 рази, зменшення потреби в сторонній допомозі у 8,2 рази, зменшення в 5,3 рази втрати ваги і відчуття порушення фізичного здоров'я, посилення фізичної активності хворих і зменшення потреби тривалий час знаходитись в ліжку.

Подальших досліджень потребує вивчення психоемоційного стану та соціального статусу хворих, які перенесли традиційну мастектомію і електрохірургічну операцію.

Література

Ковальчук А.П. Результати електрохірургічного лікування раку молочної залози за матеріалами онкохірургічної клініки ВОКОД // Діагностика та лікування метастатичного колоректального раку: мат. науково-практичної конференції / А.П. Ковальчук. - Вінниця, 2010. - С. 13-16.
 Новик А.А. Руководство по исследова-

нию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - С-Пб, 2002. - С. 15-40.
 Пак Д.Д. Применение воздушно-плазменных потоков для профилактики лимфореи при хирургическом лечении рака молочной железы / Д.Д. Пак, В.В. Соколов, М.В. Ермошкова // Российский онкологический журнал.

- 2007. - №5. - С. 29-33.
 Седаков І.Е. Місцево-поширений, первинно-неоперабельний рак молочної залози: патоморфологічна оцінка ефективності комбінованого лікування / І.Е. Седаков // Медико-соціальні проблеми сім'ї. - 2003. - Т.8, №4. - С. 55-61.
 Хурані І.Ф. Деякі віддалені ускладнен-

ня комбінованого лікування раку медичного університету. - 2003. -
молочної залози /І.Ф.Хурані // Т.7, №1/1. - С. 104-105.
Вісник Вінницького державного Quality of life in cancer chemotherapy

randomised trials /B.Curbow,
J.V.Bowie, A.C.Martin [et al.] //Quality
Life Res. - 1997. - Vol.6. - P. 684.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ковальчук А.Ф.

Резюме. Работа посвящена оценке качества жизни больных раком молочной железы, после радикального хирургического лечения. Через 3 месяца после операции сравнивались показатели общего и физического состояния больных, перенесших традиционную мастэктомию и электрохирургическое операцию. Установлено, что электрохирургическое лечение в значительной степени улучшает (в 5,3 раза) такие показатели физического состояния больных, как работоспособность и ощущение физического здоровья, уменьшает на 13,2% боль в руке и операционной ране, на 15,8% - частоту отека руки со стороны операции, на 13,22% - нарушения ее функции, в 8,2 раза уменьшает потребность больных в посторонней помощи и в 1,84 раза потребность больных в обезболивающих средствах.

Ключевые слова: рак молочной железы, электрохирургическая операция, качество жизни больных.

COMPARATIVE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS, DEPENDING ON THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT

Kovalchuk A.P.

Summary. The work is dedicated to the assessment of the breast cancer patients quality of life after the radical surgical treatment. In 3 months after the operation the general and physical condition indices of patients after the traditional mastectomy and electrosurgical operation were compared. It was determined, that the electrosurgical treatment considerably improves (in 5,3 times) such indices of patient's physical condition as efficiency and physical health feeling, decreases in 13,2% - hand pain and operative wound, in 15,8% - frequency of main succulente on the operation side, in 13,22% - its malfunction, in 8,2 times - the need of patients in the outside help and in 1,84 times - the need of patients in anesthetics.

Key words: breast cancer, electrosurgical operation, quality of life of patients.

© Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М.

УДК: 617.55:614.86

АБДОМІНАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНІЙ ТРАВМІ

Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М.

Сумський державний університет, Медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології (вул. М. Вовчок, 2, м. Суми, Україна, 40007)

Резюме. Проведений аналіз абдомінальних пошкоджень при дорожньо-транспортній травмі у 171 травмованого. Частіше травмуються чоловіки працездатного віку. Більшість абдомінальних пошкоджень отримують водії транспортних засобів 76(44,6%), та пішоходи - у 57(33,4%). Монотравма живота діагностована у 7(3,9%), поєднана - у 164(96,1%). Серед абдомінальних пошкоджень переважала селезінка - у 84(48,9%), печінка - у 65(37,7%), тонка кишка - у 56(32,8%). Загальна летальність склала 88(51,5%): від пошкоджень живота померло 21(12,5%), від екстраабдомінальних - 67(39,0%).

Ключові слова: дорожньо-транспортна травма, абдомінальні ушкодження.

Вступ

За останні роки прогресивно зростає кількість механічних травм. Це пов'язують з підвищенням темпу життя та впливаючої з цього дорожньо-транспортної травми [Рошін та ін., 2008; Шейко и др., 2009; Guerrini, Priolet, 1999; Motamedi, 2009].

Ще у 1998р. президент американської асоціації хірургів-травматологів А.Мейер прогнозував, що у 2020р. летальність від травматизму займатиме перше місце у світі [Мейер, 1998].

Найбільш частими причинами поєднаних та множинних пошкоджень живота є дорожньо-транспортні пригоди. У дослідженні французьких авторів Р.Guerrini, В.Priolet [1999], зазначено, що серед постраждалих 50% - водії автомобілів, 18% - водії двоколісних транспортних засобів, 8% - пішоходи, а решта отримали травми внаслідок падіння з висоти, стиснення чи побутових

сварок. При дорожньо-транспортних пригодах травма всередині автомобіля займає перше місце і є причиною найбільшої летальності. При лобовому зіткненні автомобілів переважають пошкодження органів черевної порожнини, які зустрічаються у 20-30% потерпілих, причому паренхіматозні органи травмуються частіше, ніж порожнисті [Запорожченко та ін., 2004; Guerrini, Priolet, 1999; Asensio et al., 2007; Murray, et al., 1997].

Поєднання пошкоджень, як правило, супроводжується розвитком синдрому взаємного обтяження, що значно ускладнює своєчасну діагностику, погіршує перебіг хвороби і збільшує летальність [Молитвословов А.Б. и др., 2002; Соколов В.А. и др., 2006; Asensio J.A. et al., 2007].

У літературі є різні дані стосовно як частоти, так і тяжкості пошкоджень водіїв, пасажирів та пішоходів.

ня комбінованого лікування раку медичного університету. - 2003. -
молочної залози /І.Ф.Хурані // Т.7, №1/1. - С. 104-105.
Вісник Вінницького державного Quality of life in cancer chemotherapy

randomised trials /B.Curbow,
J.V.Bowie, A.C.Martin [et al.] //Quality
Life Res. - 1997. - Vol.6. - P. 684.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ковальчук А.Ф.

Резюме. Работа посвящена оценке качества жизни больных раком молочной железы, после радикального хирургического лечения. Через 3 месяца после операции сравнивались показатели общего и физического состояния больных, перенесших традиционную мастэктомию и электрохирургическое операцию. Установлено, что электрохирургическое лечение в значительной степени улучшает (в 5,3 раза) такие показатели физического состояния больных, как работоспособность и ощущение физического здоровья, уменьшает на 13,2% боль в руке и операционной ране, на 15,8% - частоту отека руки со стороны операции, на 13,22% - нарушения ее функции, в 8,2 раза уменьшает потребность больных в посторонней помощи и в 1,84 раза потребность больных в обезболивающих средствах.

Ключевые слова: рак молочной железы, электрохирургическая операция, качество жизни больных.

COMPARATIVE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS, DEPENDING ON THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT

Kovalchuk A.P.

Summary. The work is dedicated to the assessment of the breast cancer patients quality of life after the radical surgical treatment. In 3 months after the operation the general and physical condition indices of patients after the traditional mastectomy and electrosurgical operation were compared. It was determined, that the electrosurgical treatment considerably improves (in 5,3 times) such indices of patient's physical condition as efficiency and physical health feeling, decreases in 13,2% - hand pain and operative wound, in 15,8% - frequency of main succulente on the operation side, in 13,22% - its malfunction, in 8,2 times - the need of patients in the outside help and in 1,84 times - the need of patients in anesthetics.

Key words: breast cancer, electrosurgical operation, quality of life of patients.

© Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М.

УДК: 617.55:614.86

АБДОМІНАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНІЙ ТРАВМІ

Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М.

Сумський державний університет, Медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології (вул. М. Вовчок, 2, м. Суми, Україна, 40007)

Резюме. Проведений аналіз абдомінальних пошкоджень при дорожньо-транспортній травмі у 171 травмованого. Частіше травмуються чоловіки працездатного віку. Більшість абдомінальних пошкоджень отримують водії транспортних засобів 76(44,6%), та пішоходи - у 57(33,4%). Монотравма живота діагностована у 7(3,9%), поєднана - у 164(96,1%). Серед абдомінальних пошкоджень переважала селезінка - у 84(48,9%), печінка - у 65(37,7%), тонка кишка - у 56(32,8%). Загальна летальність склала 88(51,5%): від пошкоджень живота померло 21(12,5%), від екстраабдомінальних - 67(39,0%).

Ключові слова: дорожньо-транспортна травма, абдомінальні ушкодження.

Вступ

За останні роки прогресивно зростає кількість механічних травм. Це пов'язують з підвищенням темпу життя та впливаючої з цього дорожньо-транспортної травми [Рошін та ін., 2008; Шейко и др., 2009; Guerrini, Priolet, 1999; Motamedi, 2009].

Ще у 1998р. президент американської асоціації хірургів-травматологів А.Мейер прогнозував, що у 2020р. летальність від травматизму займатиме перше місце у світі [Мейер, 1998].

Найбільш частими причинами поєднаних та множинних пошкоджень живота є дорожньо-транспортні пригоди. У дослідженні французьких авторів Р.Guerrini, В.Priolet [1999], зазначено, що серед постраждалих 50% - водії автомобілів, 18% - водії двоколісних транспортних засобів, 8% - пішоходи, а решта отримали травми внаслідок падіння з висоти, стиснення чи побутових

сварок. При дорожньо-транспортних пригодах травма всередині автомобіля займає перше місце і є причиною найбільшої летальності. При лобовому зіткненні автомобілів переважають пошкодження органів черевної порожнини, які зустрічаються у 20-30% потерпілих, причому паренхіматозні органи травмуються частіше, ніж порожнисті [Запорожченко та ін., 2004; Guerrini, Priolet, 1999; Asensio et al., 2007; Murray, et al., 1997].

Поєднання пошкоджень, як правило, супроводжується розвитком синдрому взаємного обтяження, що значно ускладнює своєчасну діагностику, погіршує перебіг хвороби і збільшує летальність [Молитвословов А.Б. и др., 2002; Соколов В.А. и др., 2006; Asensio J.A. et al., 2007].

У літературі є різні дані стосовно як частоти, так і тяжкості пошкоджень водіїв, пасажирів та пішоходів.

Тому з'ясування цього питання є метою нашого дослідження.

Матеріали та методи

Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 171 пацієнтів із пошкодженнями органів черевної порожнини внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП).

Традиційно більшість травмованих складали чоловіки - 133(77,8%), віком у середньому 33 роки. Термін від отримання травми до шпиталізації склав 1,2 години. Із 171 хворого всередині автомобіля було 115(67,3%): 76(44,6%) водіїв транспортних засобів, 38(22,0%) пасажирів, 57(33,4%) пішоходів.

Ізольовані пошкодження органів черевної порожнини діагностували у 7(3,9%), поєднані - у 164(96,1%). Травма двох частин тіла була у 52(30,6%), трьох - у 67(39,2%), чотирьох - у 45(26,3%), у середньому - по 2,9 пошкоджених анатомічних ділянок на травмованого. Екстраабдомінальні травми: ЧМТ - у 17(9,6%), торакальна травма - у 22(12,8%), скелетна - у 14(8,1%), краніо-торакальна - у 37(21,8%), краніо-скелетна - у 23(13,2%), торако-скелетна - у 7(4,3%), краніо-торако-скелетна - у 45(26,3%). Середня кількість балів за шкалою ISS становила 31,5±9, за шкалою RTS - 6,1. Серед пошкоджень паренхіматозних органів найбільш часто травмувалась селезінка - у 84(49,1%) та печінка - у 65(38,0%), рідше підшлункова залоза - у 12(7,0%), порожнистих - тонка кишка - у 56(32,7%), товста кишка - у 32(18,7%), дванадцятипала кишка - у 4(2,3%), шлунок - у 3(1,8%). У середньому в кожного потерпілого було по 1,5 травмовані органи.

Загальна летальність становила 51,5% (померло 88 хворих).

Отримані дані обробляли за допомогою методів пакету прикладних програм Statgraphic на базі Excell для Windows XP. Для оцінки результатів використовували коефіцієнт кореляції Пірсона (r), критерій відповідності (χ²), критерій Стюдента (t).

Результати. Обговорення

Усі травмовані були розподілені на 3 групи: перша включила 76 водіїв, друга - 38 пасажирів, третя - 57 пішоходів.

Більшість травмованих (76 або 44,6%) були водіїв транспортних засобів, серед яких переважали чоловіки - 71(53,4%), t=2,7. Середні строки госпіталізації становили 0,65 год., середній вік травмованих - 33 роки. Серед потерпілих монотравма живота була діагностована лише у 2(2,6%), поєднана (абдомінальні та екстраабдомінальні пошкодження) - у 74(97,4%) пацієнтів. Травма двох ділянок тіла виявлена у 26(34,2%), переважно за рахунок поєднання зі скелетною травмою (12 або 15,8%). Пошкодження трьох ділянок тіла діагностували у 24(31,6%): краніо-торакальна поєднана травма - у 9(11,8%), краніо-скелетна - у 10(13,2%); краніо-торако-скелетна - у 24(31,6%) (табл. 1).

Домінуюча (найтяжча) травма живота виявлена у 40(52,6%), ЧМТ - у 21(27,6%), опорно-рухового апарату - у 12(15,8%), грудної клітки - у 3(3,9%). Травму одного органу черевної порожнини діагностували у 32(42,1%) травмованих. Серед множинних пошкоджень травма лише паренхіматозних органів виявлена у 12(7,9%), порожнистих - у 9(10,5%), поєднання травми порожнистих та паренхіматозних органів - у 23(15,8%). Найбільш часто травмувались селезінка - у 36(47%), печінка - у 26(34,2%) та тонка кишка - у 30(39,5%). Отже, у водіїв усього було пошкоджено 69 паренхіматозні та 51 порожнистий орган, у середньому по 1,58 органа на травмованого (табл. 2).

Оцінка важкості травми проводилась за загальною визнаною шкалою ISS (Injury Severity Score), яка базується на виділенні трьох домінуючих пошкоджень тіла за системою AIS (Abbreviated Injury Score) та сумі їх квадратів. Середній показник травмованих водіїв за шкалою ISS становив 31,9±9 балів, за RTS - 6,03. Померло 43(56%) хворих.

Серед пасажирів (38 або 22,0%) переважали жінки - 21(55,3%). Середні терміни доставки пасажирів до лікарні - 1,1 год. Монотравма органів черевної порожнини діагностована у 5(13,9%) постраждалих. Пошкодження двох ділянок тіла виявлено у 10(27,8%), трьох - у 19(52,8%), із яких 12 мали краніо-торакальну травму. Краніо-торако-скелетні пошкодження виявлені у - 4(10,5%). У цих хворих домінуюча травма живота була у 27(69,2%), ЧМТ - у 7(17,9%), грудної клітки - у 4(10,5%). Пошкодження одного органу черевної порожнини діагностували у 21(55,3%) травмованих, решта мали мно-

жинні пошкодження: травма паренхіматозних органів - у 3(7,9%), поєднання травми порожнистих та паренхіматозних органів - у 14(36,8%). Частіше пошкоджувались печінка - 20(52,6%) та тонка кишка - у 7(18,4%). Всього травмовано 57 паренхіматозних органів та 14 порожнис-

Таблиця 1. Розподіл хворих за домінуючими пошкодженнями.

Домінуюча травма	Водії			Пасажири			Пішоходи			Всього		
	Всього	Померло		Всього	Померло		Всього	Померло		Всього	Померло	
		чол.	%		чол.	%		чол.	%		чол.	%
Живіт	40	14	32,6	27	5	55,6	19	2	5,6	86	21	12,3
Грудна клітка	3	3	7,0	4	2	22,2	5	5	13,9	12	10	5,8
Опорно-руховий апарат	12	12	27,9	0	0	0,0	10	7	19,4	22	19	11,1
ЧМТ	21	14	32,6	7	2	22,2	23	22	61,1	51	38	22,2
Всього	76	43	100	38	9	100	57	36	100	171	88	51,5

Таблиця 2. Розподіл травмованих за абдомінальними пошкодженнями.

Травмовані органи	Водії	Пасажири	Пішоходи	Всього
Печінка	26	20	19	65
Селезінка	36	17	31	84
Підшленкова залоза	7	4	1	12
Тонка кишка	30	7	19	56
Товста кишка	18	5	9	32
Шлунок	0	1	2	3
Дванадцятипала кишка	3	1	0	4

тих, в середньому по 1,87 органи на потерпілого.

Середній показник травмованих пасажирів за шкалою ISS становив 28,6±10 балів, за шкалою RTS - 6,08. Загинуло 9(24%) хворих.

Серед 57(33,4%) пішоходів травмувались частіше чоловіки - 45(33,83)%. Середні терміни шпиталізації - 1,0 год. Діагностовано лише поєднані пошкодження живота: травма двох ділянок тіла виявлена у 17(29,8%), в основному, за рахунок краніо-абдомінальної травми (10 або 17,5%), пошкодження трьох частин тіла - у 23(40,3%) переважно (14 або 24,6%) з краніо-торакальною травмою, травма чотирьох ділянок тіла - у 17(29,8%) травмованих. У цих хворих домінували пошкодження голови та живота - у 23(40,3%) та 19(33,3%) відповідно. Травму одного органа черевної порожнини діагностували у 31(54,4%) хворого, множинні пошкодження у 26(45,6%): паренхіматозні органи - у 6(10,5%), порожнисті - у 8(10,5%), поєднання порожнистих та паренхіматозних органів - у 12(14,0%). Частіше виявляли травму селезінки - у 31(54,4%) та тонкої кишки - у 19(33,3%). Отже, у пішоходів пошкоджено 51 паренхіматозний та 30 по-

рожнистих органів, в середньому по 1,42 органи на травмованого. Середній показник травмованих пішоходів за шкалою ISS становив 32,9±8 балів, за шкалою RTS - 6,10. Померло 36(63%) хворих.

Таким чином, основний показник важкості травми, стану потерпілих кількісний та якісний склад абдомінальних пошкоджень суттєво не відрізняється серед усіх травмованих. Виявляється прямий сильний вплив кількості балів за шкалою ISS на показники летальності ($r=0,9$; $\chi^2=509,7$; $t>3$, $p<0,05$). Найвищі показники летальності відзначаються серед водіїв та пішоходів (56% та 63% відповідно) порівняно з пасажирами - 24% ($t>3$, $p<0,05$).

Домінує пошкодження органів черевної порожнини переважало серед усіх травмованих. - у 86(50,3%).

Аналіз летальності показав, що водії транспортних засобів померли переважно від пошкодження живота та ЧМТ (по 14 або 32,6%), пасажири - також від травми живота (5 або 55,6%), а серед пішоходів домінуючою травмою була ЧМТ - у 21(58,3%).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дорожньо-транспортна травма за своїми механізмами та проявами різноманітна.

2. Найбільш достовірним методом оцінки тяжкості травми є шкала ISS, яка дає змогу характеризувати тяжкість пошкоджень.

3. ISS все ж таки не враховує стан травмованих, тому доцільне її застосування разом із шкалою RTS.

Отримані результати свідчать про необхідність комплексного підходу до оцінки тяжкості травми та стану потерпілих у травмованих в ДТП з урахуванням механізму травми. Це й стане предметом наших подальших досліджень.

Література

Возможности улучшения результатов лечения пациентов с политравмами /В.Д.Шейко, С.И.Панасенко, В.И.Ляховский [и др.] //Харківська хірургічна школа. - 2009. - №3.1(35). - С. 321-322.

Г.Г.Роцін, А.О.Ткаченко, Н.М.Барамія [та ін.] Невирішені питання надання невідкладної медичної допомоги потерпілим із політравмою // Харківська хірургічна школа. - 2008. - №2(29). - С. 346-348.

Діагностика поврежденной живота при сочетанной травме /А.Б.Молитвословов, М.И.Бокарев, Р.Е.Мамонтов [и др.] // Хирургия. - 2002. - № 9. - С. 22-26.

Синдром взаимного отягощения повреж-

дений у пострадавших с сочетанной травмой /В.А.Соколов, В.И.Картавенко, Д.А.Гараев [и др.] //Вестник хирургии. - 2006. - №6, Т.165. - С. 25-29.

Тактичні підходи до діагностики та лікування закритої абдомінальної травми /Б.С.Запороженко, В.В.Мищенко, В.І.Шишов [та ін.] //Шпитальна хірургія. - 2004. - №4. - С. 127-129.

Guerrini P. Закрита травма живота. Діагностика та лікувальні підходи / P.Guerrini, V.Priolet //Медицина світу. - 1999. - №8. - С. 369-378.

Meyer A.A. Death and disability from injury: a global challenge /A.A.Meyer //J.Trauma. - 1998. - Vol.44. - №1. - P. 1-12.

Motamedi M. Assessment of severity,

causes, and outcomes of hospitalized trauma patients at a Major Trauma Center /M.Motamedi, S.Khatami, P.Tarighi //J. Trauma. - 2009. - Vol.66, №2. - P. 516-518.

Multidisciplinary approach for the management of complex hepatic injuries AAST-OIS grades IV-V a prospective study /J.A.Asentio, P.Petrone, L.Garsia-Nunez [et al.] // Scand. J. Surgery. - 2007. - Vol.96, №2. - P. 214-220.

Murray C.J., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study /C.J.Murray, A.D.Lopez //Lancet. - 1997. - Vol.24, №349 (9064). - P. 1498-1504.

АБДОМИНАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЕ

Кононенко Н.Г., Коробова С.П., Кашченко Л.Г., Ситник А.Л., Бугаев В.И., Пак В.Я., Жданов С.Н.

Резюме. Проведен анализ абдоминальных повреждений при дорожно-транспортной травме у 171 травмированного. Чаще травмируются мужчины трудоспособного возраста. Большинство абдоминальных повреждений получают водители транспортных средств 76(44,6%) и пешеходы - у 57(33,4%). Монотравма живота диагностирована у 7(3,9%), сочетанная - у 164(96,1%). Среди абдоминальных повреждений преобладали селезенка - у 84(48,9%), печень - у 65(37,7%), тонкая

кишка - у 56(32,8%). Общая летальность составила 88(51,5%): от поврежденных живота умерло 21(12,5%), от экстраабдоминальных - 67(39,0%).

Ключевые слова: дорожно-транспортная травма, абдоминальные повреждения.

ABDOMINAL INJURY IN THE CASE OF TRAFFIC ACCIDENT

Kononenko M.G., Korobova S.P., Kashchenko L.G., Sytnik O.L., Bugayov V.I., Pak V.Y., Zhdanov S.M.

Summary. The analysis of abdominal injury is conducted on the 171 patients in the case of traffic accident. The working-age men are more often injured. The most abdominal injuries are received by the drivers - 76(44,6%) and the pedestrians - 57(33,4%). Monotrauma was diagnosed at 7(3,9%), complex - at 164(96,1%). Among abdominal injury spleen has made at 84(48,9%), liver at 65(37,7%), smallbowel - at 56(32,8%) (basically with dominating damages of a stomach and a craniocerebral trauma). The comon death is 88(51,5%): from abdominal injury - 21(12,5%), extraabdominal injury 67(39,0%).

Key words: traffic accident, abdominal injury.

© Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю.

УДК: 616.441-006.6:616.428-033.2:616.379-008.64

ПАПІЛЯРНИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З КІСТОЗНИМИ ЗМІНАМИ

Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, кафедра хірургії та проктології (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 00112)

Резюме. Метою роботи було вивчення клініко-морфологічних особливостей кістозно-папілярного рака щитоподібної залози для добору оптимальної хірургічної тактики. Дослідження базується на ретроспективному аналізі історій хвороб 88 пацієнтів з папілярним раком щитоподібної залози (ПРЩЗ). Прооперовані у 2007-2009 рр. ПРЩЗ із кістозними змінами за основними клініко-морфологічними ознаками не відрізняються від класичного варіанта папілярного раку (ПР). Частота метастазування кістозного ПР виявилася у 2,3 рази більшою за таку для ПРЩЗ без кістозної дегенерації. Отримані дані можуть бути використані для добору оптимальної хірургічної тактики лікування пацієнтів зі злякисними вузлами щитоподібної залози з наявністю кістозної дегенерації.

Ключові слова: папілярний рак, щитоподібна залоза, кістозні зміни.

Вступ

Папілярний рак щитоподібної залози (ЩЗ) є однією з найпоширеніших форм диференційованого раку ЩЗ [Sherman, 2003].

Злякисні утвори ЩЗ, можуть піддаватися кістозній трансформації. Кістозні утвори можна виявити у вузлах ЩЗ будь-якого походження [Рибаков, Шидловський и др., 2008].

Саме характер солідного компонента в кістах має первинне клінічне значення [Ларін, Хоперія и др., 2009].

Більшість кістозних вузлів відповідають доброякісним аденомам ЩЗ. За деякими даними, лише у 3% кіст шляхом тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) виявляють злякисні пухлини [Santos et al., 1990; Meko et al., 1986].

Невеликі фокуси кістозної дегенерації трапляються досить часто за ПРЩЗ, але раки, представлені кістами, що займають майже всю пухлину -рідке явище. Виникнення кістозних порожнин у злякисних вузлах пов'язують із дегенеративними змінами та некрозом пухлини. Кістозні ПРЩЗ часто бувають інкапсульованими, тому їх клінічний перебіг вважався традиційно більш сприятливим через зменшений ризик метастазування [Castro-Gomez et al., 2007; Bui et al., 2006].

Метою роботи було вивчення клініко-морфологічних особливостей кістозного папілярного раку ЩЗ для визначення оптимальної хірургічної тактики лікування пацієнтів на ПРЩЗ.

Матеріали та методи

Дослідження ґрунтується на ретроспективному аналізі історій хвороб 88 пацієнтів на ПРЩЗ, прооперованих за період з 2007 по 2009 рік у Київській обласній клінічній лікарні. Усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, ультразвукове дослідження щитоподібної залози, ТАПБ з наступним цитологічним аналізом, а також виконано тиреоїдектомію з дисекцією лімфатичних вузлів з приводу ПРЩЗ. В усіх випадках, окрім двох (підозра на папілярний рак), цитологічний діагноз було встановлено у передопераційний період. В усіх випадках діагноз ПРЩЗ було підтверджено під час остаточного патоморфологічного дослідження.

За результатами патогістологічного дослідження пацієнтів розподілили на 2 групи. До I групи (основної) увійшло 44 пацієнта із кістозними ПРЩЗ віком від 20 до 75 років з розміром пухлини від 0,5-3,0 см. Серед них жінок було 39(88,6%), чоловіків - 5(11,3%). Кістозними вважали ті пухлини, в яких вміст кістозного компонента складав $\geq 50\%$. До групи порівняння включили 44 пацієнта віком від 20 до 75 років. Розподіл за статтю (жінок - 36(81,8%), чоловіків - 8(18,1%)) і розміром пухлини (від 0,5 до 3,0 см) не відрізнявся від основної групи.

Для встановлення клініко-морфологічних особливостей кістозного ПРЩЗ досліджували загальноновизнані прогностичні критерії пухлин (розмір, гістологічний варіант, наявність капсули, екстраорганної інвазії, багатофокусного росту, інвазії судин, метастазування у регіо-

кишка - у 56(32,8%). Общая летальность составила 88(51,5%): от поврежденных живота умерло 21(12,5%), от экстраабдоминальных - 67(39,0%).

Ключевые слова: дорожно-транспортная травма, абдоминальные повреждения.

ABDOMINAL INJURY IN THE CASE OF TRAFFIC ACCIDENT

Kononenko M.G., Korobova S.P., Kashchenko L.G., Sytnik O.L., Bugayov V.I., Pak V.Y., Zhdanov S.M.

Summary. The analysis of abdominal injury is conducted on the 171 patients in the case of traffic accident. The working-age men are more often injured. The most abdominal injuries are received by the drivers - 76(44,6%) and the pedestrians - 57(33,4%). Monotrauma was diagnosed at 7(3,9%), complex - at 164(96,1%). Among abdominal injury spleen has made at 84(48,9%), liver at 65(37,7%), smallbowel - at 56(32,8%) (basically with dominating damages of a stomach and a craniocerebral trauma). The comon death is 88(51,5%): from abdominal injury - 21(12,5%), extraabdominal injury 67(39,0%).

Key words: traffic accident, abdominal injury.

© Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю.

УДК: 616.441-006.6:616.428-033.2:616.379-008.64

ПАПІЛЯРНИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З КІСТОЗНИМИ ЗМІНАМИ

Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, кафедра хірургії та проктології (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 00112)

Резюме. Метою роботи було вивчення клініко-морфологічних особливостей кістозно-папілярного рака щитоподібної залози для добору оптимальної хірургічної тактики. Дослідження базується на ретроспективному аналізі історій хвороб 88 пацієнтів з папілярним раком щитоподібної залози (ПРЩЗ). Прооперовані у 2007-2009 рр. ПРЩЗ із кістозними змінами за основними клініко-морфологічними ознаками не відрізняються від класичного варіанта папілярного раку (ПР). Частота метастазування кістозного ПР виявилася у 2,3 рази більшою за таку для ПРЩЗ без кістозної дегенерації. Отримані дані можуть бути використані для добору оптимальної хірургічної тактики лікування пацієнтів зі злякисними вузлами щитоподібної залози з наявністю кістозної дегенерації.

Ключові слова: папілярний рак, щитоподібна залоза, кістозні зміни.

Вступ

Папілярний рак щитоподібної залози (ЩЗ) є однією з найпоширеніших форм диференційованого раку ЩЗ [Sherman, 2003].

Злякисні утвори ЩЗ, можуть піддаватися кістозній трансформації. Кістозні утвори можна виявити у вузлах ЩЗ будь-якого походження [Рибаков, Шидловський и др., 2008].

Саме характер солідного компонента в кістах має первинне клінічне значення [Ларін, Хоперія и др., 2009].

Більшість кістозних вузлів відповідають доброякісним аденомам ЩЗ. За деякими даними, лише у 3% кіст шляхом тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) виявляють злякисні пухлини [Santos et al., 1990; Meko et al., 1986].

Невеликі фокуси кістозної дегенерації трапляються досить часто за ПРЩЗ, але раки, представлені кістами, що займають майже всю пухлину -рідке явище. Виникнення кістозних порожнин у злякисних вузлах пов'язують із дегенеративними змінами та некрозом пухлини. Кістозні ПРЩЗ часто бувають інкапсульованими, тому їх клінічний перебіг вважався традиційно більш сприятливим через зменшений ризик метастазування [Castro-Gomez et al., 2007; Bui et al., 2006].

Метою роботи було вивчення клініко-морфологічних особливостей кістозного папілярного раку ЩЗ для визначення оптимальної хірургічної тактики лікування пацієнтів на ПРЩЗ.

Матеріали та методи

Дослідження ґрунтується на ретроспективному аналізі історій хвороб 88 пацієнтів на ПРЩЗ, прооперованих за період з 2007 по 2009 рік у Київській обласній клінічній лікарні. Усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, ультразвукове дослідження шиї, ТАПБ з наступним цитологічним аналізом, а також виконано тиреоїдектомію з дисекцією лімфатичних вузлів з приводу ПРЩЗ. В усіх випадках, окрім двох (підозра на папілярний рак), цитологічний діагноз було встановлено у передопераційний період. В усіх випадках діагноз ПРЩЗ було підтверджено під час остаточного патоморфологічного дослідження.

За результатами патогістологічного дослідження пацієнтів розподілили на 2 групи. До I групи (основної) увійшло 44 пацієнта із кістозними ПРЩЗ віком від 20 до 75 років з розміром пухлини від 0,5-3,0 см. Серед них жінок було 39(88,6%), чоловіків - 5(11,3%). Кістозними вважали ті пухлини, в яких вміст кістозного компонента складав $\geq 50\%$. До групи порівняння включили 44 пацієнта віком від 20 до 75 років. Розподіл за статтю (жінок - 36(81,8%), чоловіків - 8(18,1%)) і розміром пухлини (від 0,5 до 3,0 см) не відрізнявся від основної групи.

Для встановлення клініко-морфологічних особливостей кістозного ПРЩЗ досліджували загальноновизнані прогностичні критерії пухлин (розмір, гістологічний варіант, наявність капсули, екстраорганної інвазії, багатофокусного росту, інвазії судин, метастазування у регіо-

Таблиця 1. Характеристика клініко-патологічних чинників у пацієнтів із кістозним і некістозним папілярним раком щитоподібної залози.

Клініко-морфологічний критерій	Група I	Група II
Стать, ч/ж	5/39	8/36
Середній вік пацієнтів, роки	46,147 2,77	46,177 2,76
Середній розмір пухлини, см	2,5	2,5
Наявність капсули пухлини	24 (54,5%)	31 (70,4%)
Гістологічний варіант папілярного раку		
- класичний	39 (88,63%)	27 (61,3%)
- колоноклітинний	3	-
- фолікулярний	3	6
- солідний	-	2
- висококлітинний	1	2
Екстраорганна інвазія	24 (54,5%)	26 (59,0%)
Багатофокусність	14 (31,8%)	11 (25,0%)
Метастази у регіонарних лімфатичних вузлах	29 (65,9%)	15 (34,0%)
Nx	3	0
No	10	29
N1a	13	5
N1b	19	10

нарні лімфовузли), а також кількість і розмір метастатичних лімфовузлів. Для характеристики метастазування у регіонарні лімфатичні вузли використовували класифікацію TNM [UICC-AJCC, 2003].

Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою параметричних (t-критерій Стьюдента для незалежних груп) із використанням пакета прикладних

програм STATISTICA (США) для персонального комп'ютера.

Результати. Обговорення

Порівняльну характеристику клініко-патологічних чинників у пацієнтів обох груп наведено у таблиці 1.

Більшість злоякісних кістозних папілярних пухлин мали розмір від 1,0 до 2, 5 см. Серед гістологічних варіантів ПРЦЗ в обох групах найчастіше траплявся класичний варіант: 39 і 27 відповідно. Інкапсульовані форми зафіксовано у 24 випадку в основній групі та 31 осіб групи порівняння. Ознаки екстраорганної інвазії спостерігалися в I групі у 24 випадках, в II групі - у 26. Серед пацієнтів із кістозним раком частота метастазування була більшою порівняно з некістозним раком (29 і 15). Це свідчить про агресивнішу поведінку кістозних раків та високий ризик їх метастазування.

ПРЦЗ із кістозними змінами за основними клініко-морфологічними ознаками не відрізняється від звичайного, і тактика ведення пацієнтів є однаковою, за нашими результатами частота метастазування кістозного раку більша за таку для ПРЦЗ без кістозної дегенерації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Частота метастазування папілярного раку щитоподібної залози із кістозними змінами є більшою порівняно з ПРЦЗ без кістозних змін.

Отримані дані будуть використані для добору оптимальної хірургічної тактики лікування пацієнтів зі злоякісними вузлами щитоподібної залози з наявністю кістозної дегенерації у хірургічному відділенні лікарні.

Література

- Папілярний рак щитоподібної залози із кістозними змінами: клініко-морфологічні особливості /О.С.Ларін, В.Г.Хоперія, О.О.Гузь [та ін.] // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2009. - №3(28). - С. 7-10.
- Тиреоїдна хірургія /[Рибаков С.Й., Шидловський В.О., Комісаренко І.В. та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ "Укрмед-книга", 2008. - С. 196-231.
- Cystic thyroid nodules. The dilemma of malignant lesions /E.T.Santos, S.Keyhani-Rofagha, J.J.Cunningham [et al.] //Arch. intern. med. - 1990. - Vol.150, №7. - P. 1422-1427.
- Cytologic criteria of cystic papillary carcinoma of the thyroid /L.Castro-Gomez, S.Cordova-Ramirez, R.Duarte-Torres [et al.] //ANZ J Surg. - 2007. - Vol.77, №6. - P. 450-454.
- Meko J.B. Large cystic/solid thyroid nodules: a potential false-negative fine-needle aspiration /J.B.Meko, J.A.Norton //Surgery. - 1986. - Vol.100, №4. - P. 606-613.
- Sherman S.I. Thyroid carcinoma / S.I.Sherman //Lancet. - 2003. - Vol.361. - P. 501-511.
- UICC-AJCC. TNM classification of malignant tumours. - 6th edn. Head and neck tumours, thyroid gland. - New York: Wiley, 2003. - 52 p.

ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С КИСТОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Мамчич В.И., Погорелов А.В., Воскобойник О.Ю.

Резюме. Целью данной работы было изучение клинико-морфологических особенностей кистозного рака щитовидной железы для определения оптимальной тактики лечения пациентов. Исследование базируется на ретроспективном анализе историй болезни 88 пациентов с ПРЦЖ, прооперированных в 2007-2009 гг. Клинико-морфологические признаки ПРЦЖ с кистозными изменениями схожи с таковыми для классического варианта ПР. Частота метастазирования кистозного папиллярного рака в 2,3 раза выше, чем при ПРЦЖ без кистозной дегенерации. Полученные данные могут быть использованы для подбора более эффективной тактики хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: папиллярный рак, щитовидная железа, кистозные изменения.

PAPILLARY THYROID CARCINOMA WITH CYST CHANGES

Мамчич В.И., Погорелов А.В., Воскобойник О.Ю.

Summary. The aim of this work was to study the clinical morphological peculiarities cyst thyroid carcinoma for determination of optimal tactic of treatment. The research is basic on the retrospective analysis of medical cards of 88 patients with PTC, operated in

2007-2009. The clinical morphological symptoms of PTC with cyst changes are similar with the classical variant of PC. The frequency of metastasis cyst papillary cancer is 2.3 higher than the PTC without cyst degeneration. The received data can be used for choosing more effective tactic of surgical treatment for the patients with this pathology.

Key words: papillary cancer, thyroid, cyst changes.

© Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л.

УДК: 616-082:611.831:616-001:711:437

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І.Ющенко (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. З метою оцінки якості надання медичної допомоги в умовах стаціонару постраждалим з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) сільської місцевості проаналізовано 280 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися у 2007-2009рр. Встановлені та перераховані порушення дотримання протоколів ЧМТ на госпітальному етапі надання медичної допомоги хворим. Наголошується на необхідності розробки та впровадження уніфікованої спеціалізованої форми історії хвороби, обґрунтованого вибору методів діагностики та лікування.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, стаціонар, сільська місцевість.

Вступ

Відповідно до "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України" (Наказ МОЗ України від 27.07.1998 р. № 226), в гострому періоді черепно-мозкової травми, незалежно від ступеня важкості, необхідно проводити наступні діагностичні заходи, що є стандартом діагностики при черепно-мозковій травмі:

I. Визначення важкості стану хворого (за ШКГ), неврологічний та соматичний огляд. Оцінка місцевих змін м'яких тканин голови та тулуба.

II. Визначення групи крові, резус-фактора. Загальні аналізи крові, сечі. Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю.

III. Краніографія в передній та боковій проекціях, за необхідності - спеціальні укладки.

IV. Ехоенцефалоскопія.

V. Комп'ютерна томографія головного мозку.

VI. Люмбальна пункція (ЛП) з визначенням лікворного тиску та аналіз ліквору (при відсутності протипоказів).

VII. При необхідності з урахуванням показів, за відсутності можливості проведення КТ, застосовується церебральна ангіографія та пошукові фрезьові отвори.

Обов'язковим є проведення моніторингу стану пацієнта, що повинен включати в себе:

- Неінвазивний контроль АТ (проводився в усіх випадках)

- Пульсоксиметрія (дані в щоденниках історій хвороб свідчать про те, що він проводився лише в 10% випадків).

Мета роботи: оцінити якість надання медичної допо-

моги постраждалим з черепно-мозковою травмою сільської місцевості в умовах стаціонару.

Матеріали та методи

Згідно виконання завдань галузевої науково-технічної програми "Медична допомога при черепно-мозковій травмі на 2007-2012 рр.", затвердженої спільним наказом Міністерства Охорони Здоров'я України та Академії медичних наук України № 556/52 від 11.06.1998 р., проаналізовано 280 історій хвороб пацієнтів з гострою ЧМТ, отриманій в сільській місцевості центрального регіону області за три роки.

Результати. Обговорення

Аналіз історій хвороб постраждалих з ЧМТ показав, що при госпіталізації до стаціонару оцінка стану хворого за шкалою АВС відображена лише в 10% випадків. У половині історій хвороб немає чіткої вказівки на місце (47%), обставини (52%) та час (47%) отримання травми. У 20% спостережень неврологічний статус описаний не повністю, формально.

Біля 25% пацієнтам було проведено ПХО рани, при цьому не у всіх випадках зафіксовано введення протиправцевого анатоксину.

Лабораторні обстеження виконані усім пацієнтам в повному обсязі.

Краніографія проведена в 69,7% випадків, а в 12% постраждалих опис краніографії відсутній. При переломах основи черепа, піраміди скроневої кістки не вказано на використання спеціальних укладок. Ехоенцефалоскопія виконана лише в 3 випадках (1,1%).

Дані в історіях хвороб про проведення нейровізуалізації (КТ, МРТ) наявні лише в 1/3 постраждалих. По-

2007-2009. The clinical morphological symptoms of PTC with cyst changes are similar with the classical variant of PC. The frequency of metastasis cyst papillary cancer is 2.3 higher than the PTC without cyst degeneration. The received data can be used for choosing more effective tactic of surgical treatment for the patients with this pathology.

Key words: papillary cancer, thyroid, cyst changes.

© Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л.

УДК: 616-082:611.831:616-001:711:437

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І.Ющенко (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. З метою оцінки якості надання медичної допомоги в умовах стаціонару постраждалим з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) сільської місцевості проаналізовано 280 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися у 2007-2009рр. Встановлені та перераховані порушення дотримання протоколів ЧМТ на госпітальному етапі надання медичної допомоги хворим. Наголошується на необхідності розробки та впровадження уніфікованої спеціалізованої форми історії хвороби, обґрунтованого вибору методів діагностики та лікування.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, стаціонар, сільська місцевість.

Вступ

Відповідно до "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України" (Наказ МОЗ України від 27.07.1998 р. № 226), в гострому періоді черепно-мозкової травми, незалежно від ступеня важкості, необхідно проводити наступні діагностичні заходи, що є стандартом діагностики при черепно-мозковій травмі:

I. Визначення важкості стану хворого (за ШКГ), неврологічний та соматичний огляд. Оцінка місцевих змін м'яких тканин голови та тулуба.

II. Визначення групи крові, резус-фактора. Загальні аналізи крові, сечі. Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю.

III. Краніографія в передній та боковій проекціях, за необхідності - спеціальні укладки.

IV. Ехоенцефалоскопія.

V. Комп'ютерна томографія головного мозку.

VI. Люмбальна пункція (ЛП) з визначенням лікворного тиску та аналіз ліквору (при відсутності протипоказів).

VII. При необхідності з урахуванням показів, за відсутності можливості проведення КТ, застосовується церебральна ангіографія та пошукові фрезьові отвори.

Обов'язковим є проведення моніторингу стану пацієнта, що повинен включати в себе:

- Неінвазивний контроль АТ (проводився в усіх випадках)

- Пульсоксиметрія (дані в щоденниках історій хвороб свідчать про те, що він проводився лише в 10% випадків).

Мета роботи: оцінити якість надання медичної допо-

моги постраждалим з черепно-мозковою травмою сільської місцевості в умовах стаціонару.

Матеріали та методи

Згідно виконання завдань галузевої науково-технічної програми "Медична допомога при черепно-мозковій травмі на 2007-2012 рр.", затвердженої спільним наказом Міністерства Охорони Здоров'я України та Академії медичних наук України № 556/52 від 11.06.1998 р., проаналізовано 280 історій хвороб пацієнтів з гострою ЧМТ, отриманій в сільській місцевості центрального регіону області за три роки.

Результати. Обговорення

Аналіз історій хвороб постраждалих з ЧМТ показав, що при госпіталізації до стаціонару оцінка стану хворого за шкалою АВС відображена лише в 10% випадків. У половині історій хвороб немає чіткої вказівки на місце (47%), обставини (52%) та час (47%) отримання травми. У 20% спостережень неврологічний статус описаний не повністю, формально.

Біля 25% пацієнтам було проведено ПХО рани, при цьому не у всіх випадках зафіксовано введення протиправцевого анатоксину.

Лабораторні обстеження виконані усім пацієнтам в повному обсязі.

Краніографія проведена в 69,7% випадків, а в 12% постраждалих опис краніографії відсутній. При переломах основи черепа, піраміди скроневої кістки не вказано на використання спеціальних укладок. Ехоенцефалоскопія виконана лише в 3 випадках (1,1%).

Дані в історіях хвороб про проведення нейровізуалізації (КТ, МРТ) наявні лише в 1/3 постраждалих. По-

вторна комп'ютерна томографія проводилась тільки в 14% випадків.

Поперековий прокол з визначенням лікворного тиску виконаний у 31%, хоча дана цифра, враховуючи отримані результати щодо структури ЧМТ, має бути значно вищою. 68% хворим з легкою ЧМТ, за існуючими стандартами, показано проведення люмбальної пункції. У багатьох випадках спостерігаються письмові відмови пацієнтів, або їх родичів від люмбальної пункції, що свідчить про відсутність роз'яснень важливості та лікувально-діагностичної цінності зазначеної маніпуляції.

Згідно аналізу вивчених історій хвороб накладання пошукових фрезевих отворів було проведено лише в 3-х випадках.

Загалом виконано 155 операцій: 33 - з приводу оболонкових гематом, 31 - з приводу вдавнених переломів та забою головного мозку (20 та 11 операцій відповідно), 91 - первинна хірургічна обробка ран голови. Хірургічна активність склала 19,2%. Загальна летальність - 18%. Післяопераційна летальність - 15,5%.

При встановленні показів до оперативного втручання не завжди були перераховані стандартні позиції: ступінь зміщення серединних структур, клінічні прояви компресійно-дислокаційного синдрому, глибина порушення свідомості, неврологічний дефіцит, динаміка перебігу захворювання.

Особливе значення в лікувальній тактиці хворих з ЧМТ середнього та важкого ступеня є визначення внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), центрального венозного тиску (ЦВТ), контроль та корекція осмолярності плазми крові.

В жодній історії хвороби не було знайдено даних щодо визначення ЦПТ, розрахунку САТ, відповідно - даних про ВЧТ лікарі не мали.

При консервативному веденні хворих з ЧМТ корекція ВЧТ проводилась в 10% спостережень. В інших випадках емпірично використовувались петльові діуретики (фуросемід).

Вимірювання ЦВТ у вивчених історіях хвороб згадується лише епізодично.

У жодному випадку показник осмолярності плазми крові в історіях хвороб не фігурує.

Привертає увагу високий відсоток призначення ноотропних препаратів в гострому періоді ЧМТ, застосування гормональних препаратів, низький рівень анальгоседації. В 20% випадків спостерігалась поліпрагмазія. Загалом недоліки фармакотерапії були виявлені в 46%.

Усі пацієнти з тяжкою ЧМТ, у тому числі, після оперативних втручань, повинні проходити лікування у відділенні інтенсивної терапії. Базова інтенсивна терапія у хворих із тяжкою ЧМТ включає: ранню інтубацію і проведення ШВЛ, анальгоседацію, підтримку нормального чи підвищеного АТ (інфузія, вазопресори), запобігання гіпертермії, підтримку нормоглікемії.

Відповідно до проведеного аналізу встановлено, що в 14% випадків при наявності показів інтубація трахеї

не виконувалась, анальгоседація проводилась в 63,2% випадків, в жодній історії хвороби немає даних про контрольовану артеріальну гіпертензію. При наявності у пацієнта гіпертермії недостатньо уваги приділяється частоті та адекватності фізичних методів охолодження. При важкій ЧМТ трахеостомія виконана у 13% спостережень.

Численні дослідження довели взаємозв'язок між наслідками тяжкої ЧМТ, що супроводжується стисненням головного мозку, і термінами оперативного втручання. За даними К. Haselberger з співавторами [1988], у випадку часового інтервалу між розвитком коматозного стану при гострій субдуральній гематомі та хірургічним втручанням, що перевищував 2 год., летальність збільшувалась з 45% до 80%, а частка позитивних результатів зменшується з 32% до 4%.

Проведений аналіз часу виконання оперативного втручання від моменту травми показав, що лише 6% операцій виконані в перші 2 години та біля 46% в перші 6 годин після госпіталізації. Середній термін у всіх випадках оперативних втручань від моменту ЧМТ до операції складав 52 год. При оцінці структури травматичного стиснення головного мозку виявлено, що субдуральні гематоми, переважають над іншими факторами компресії головного мозку (56%). В 1/5 всіх протоколів операцій не спостерігається опису стану твердої мозкової оболонки (ТМО) після трепанації. Недостатня декомпресійна трепанація - обсяг резекції менший 8x8см, було виявлено в 33% випадків. У третині протоколів операцій не вказані розміри трепанаційного вікна, стану речовини мозку, його пролабування чи западіння, відстань від мозку до ТМО. У 26% щоденників немає відображення динаміки за ШКГ.

У 40% історій хвороб після проведення адміністративних обходів приймається рішення лише про консультації суміжних спеціалістів та про продовження подальшої тактики лікування. Немає висновків про зміни в тактиці лікування, уточнення діагнозів, медикаментозній корекції.

У більшості вивчених історій хвороб не дотриманий термін лікування постраждалих з легкою ЧМТ, який передбачений існуючими стандартами лікування ЧМТ.

Висновки та перспективи подальших розробок

І. На госпітальному етапі надання медичної допомоги хворим з ЧМТ спостерігаються порушення дотримання протоколів ЧМТ:

1) терміни від моменту отримання травми до госпіталізації в стаціонар занадто тривалі і мають бути значно скорочені;

2) об'єм та повнота діагностичних заходів при первинному огляді хворого недостатні (відсутність Рографій черепа, спеціальних укладок, відсутність оцінки стану хворого по АВС, використання шкал, опис неврологічного статусу, соматичного статусу, місцевих змін);

3) моніторинг хворих з ЧМТ недостатній: не проводиться визначення основних показників роботи мозку, та водно-електролітного балансу, а, відповідно, і їх корекція (визначення ЦПТ, розрахунку САТ, ВЧТ, осмолярності плазми крові);

4) вибір тактики лікування здійснюється емпіричним шляхом без виконання ехоенцефалоскопії, люмбальної пункції, КТ голови та ін.;

5) не дотримуються покази та терміни проведення інтубації та трахеостомії хворим з ЧМТ;

6) медикаментозне лікування схильне до поліпрагмації, не відповідає протоколам надання допомоги при ЧМТ;

7) терміни проведення оперативних втручань від моменту вступу в стаціонар до початку оперативного втручання занадто тривалі;

8) під час перебування хворих у відділенні реанімації не враховуються особливості надання допомоги хворим з ЧМТ (припіднятий головний кінець, фізичне охолодження, гіпервентиляція для корекції ВЧТ, контрольована артеріальна гіпертензія);

9) терміни перебування в стаціонарі хворих з ЧМТ не відповідають діючим стандартам;

10) при відсутності КТ майже не використовується накладання пошукових фрезевих отворів при підозрі на внутрішньочерепну гематому;

11) при веденні медичної документації виявлено багато недоліків (формальні, малоінформативні щоденники, неповні передопераційні розбори, протоколи операцій без відображення всіх етапів);

12) адміністративні обходи та консилиуми носять формальний характер, не призводять до прийняття стратегічних рішень та суттєвих змін у тактиці ведення хворого.

II. Недотримання протоколів надання медичної допомоги хворим з ЧМТ пояснюється як необізнаністю лікарів первинної ланки із стандартами діагностики та лікування такої категорії хворих, так і недостатньою матеріально-технічною базою.

III. Покращання якості діагностики та лікування хворих з ЧМТ можливе при якнайшвидшому транспортуванні таких хворих у профільний стаціонар, покращанні матеріально-технічної бази, подальшому впровадженні та удосконаленні протоколів діагностики та лікування хворих з ЧМТ. Наявні недоліки оформлення медичної документації.

Наразі необхідні розробки та впровадження уніфікованої спеціалізованої форми історії хвороби, в якій були б передбачені заповнення необхідних протокольних показників стану хворого (шкали, показники моніторингу), обґрунтований вибір методів діагностики та лікування.

Література

Haselsberger K. Prognosis after acute subdural or epidural hemorrhage / K.Haselsberger, R.Pucher, L.M.Auer / Vol.90. - P. 111-16. /Acta Neurochir. (Wien). - 1988. -

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Ольхов В.М., Венцовский И.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.И., Чирка Ю.Л.

Резюме. С целью оценки качества предоставления медпомощи в условиях стационара пострадавшим с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) сельской местности проанализировано 280 историй болезни пациентов, которые лечились в 2007-2009гг. Установлены и перечислены нарушения соблюдения протоколов ЧМТ на госпитальном этапе предоставления медпомощи больным. Указывается на необходимость разработки и внедрение унифицированной специализированной формы истории болезни, обоснованного выбора методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, стационар, сельская местность.

PROVISION OF MEDICAL AID TO THE VICTIMS WITH THE CRANIOCEREBRAL TRAUMA OF THE COUNTRYSIDE IN THE CONDITIONS OF THE HOSPITAL

Oikhov V.M, Ventskovskiy I.L., Kirichenko V.V., Gorbatuk K.I., Chirka Y.L.

Summary. For the purpose of the estimation of the quality of provision of medical aid in the conditions of a hospital to the victims with a craniocerebral trauma (CCT) of a countryside the 280 medical cards of the patients, who were treated in 2007-2009, were analyzed. The breaches of reports of CCT during the hospital stage of the provision of medical aid to the patients are established and listed. The necessity of development and the introduction of the unified specialised form of the medical card, a well-founded choice of methods of diagnostics and treatment are pointed.

Key words: a craniocerebral trauma, a hospital, a countryside.

© Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В.

УДК: 574:61:378

ЕКОЛОГІЯ ТА МЕДИЦИНА - НОВА ІДЕОЛОГІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В.

Інститут екології та медицини (Печерський узвіз 19, м. Київ, Україна, 01011)

Резюме. Сьогодні настав час переосмислення взаємовідносин людини і довкілля. З одного боку людина зробила надто багато для того, щоб позбавити себе екологічно чистого довкілля, а з іншого саме в збереженні природи і вмiлого користу-

3) моніторинг хворих з ЧМТ недостатній: не проводиться визначення основних показників роботи мозку, та водно-електролітного балансу, а, відповідно, і їх корекція (визначення ЦПТ, розрахунку САТ, ВЧТ, осмолярності плазми крові);

4) вибір тактики лікування здійснюється емпіричним шляхом без виконання ехоенцефалоскопії, люмбальної пункції, КТ голови та ін.;

5) не дотримуються покази та терміни проведення інтубації та трахеостомії хворим з ЧМТ;

6) медикаментозне лікування схильне до поліпрагмації, не відповідає протоколам надання допомоги при ЧМТ;

7) терміни проведення оперативних втручань від моменту вступу в стаціонар до початку оперативного втручання занадто тривалі;

8) під час перебування хворих у відділенні реанімації не враховуються особливості надання допомоги хворим з ЧМТ (припіднятий головний кінець, фізичне охолодження, гіпервентиляція для корекції ВЧТ, контрольована артеріальна гіпертензія);

9) терміни перебування в стаціонарі хворих з ЧМТ не відповідають діючим стандартам;

10) при відсутності КТ майже не використовується накладання пошукових фрезевих отворів при підозрі на внутрішньочерепну гематому;

11) при веденні медичної документації виявлено багато недоліків (формальні, малоінформативні щоденники, неповні передопераційні розбори, протоколи операцій без відображення всіх етапів);

12) адміністративні обходи та консилиуми носять формальний характер, не призводять до прийняття стратегічних рішень та суттєвих змін у тактиці ведення хворого.

II. Недотримання протоколів надання медичної допомоги хворим з ЧМТ пояснюється як необізнаністю лікарів первинної ланки із стандартами діагностики та лікування такої категорії хворих, так і недостатньою матеріально-технічною базою.

III. Покращання якості діагностики та лікування хворих з ЧМТ можливе при якнайшвидшому транспортуванні таких хворих у профільний стаціонар, покращанні матеріально-технічної бази, подальшому впровадженні та удосконаленні протоколів діагностики та лікування хворих з ЧМТ. Наявні недоліки оформлення медичної документації.

Наразі необхідні розробки та впровадження уніфікованої спеціалізованої форми історії хвороби, в якій були б передбачені заповнення необхідних протокольних показників стану хворого (шкали, показники моніторингу), обґрунтований вибір методів діагностики та лікування.

Література

- Haselsberger K. Prognosis after acute subdural or epidural hemorrhage / K.Haselsberger, R.Pucher, L.M.Auer / Vol.90. - P. 111-16. /Acta Neurochir. (Wien). - 1988. -

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Ольхов В.М., Венцовский И.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.И., Чирка Ю.Л.

Резюме. С целью оценки качества предоставления медпомощи в условиях стационара пострадавшим с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) сельской местности проанализировано 280 историй болезни пациентов, которые лечились в 2007-2009гг. Установлены и перечислены нарушения соблюдения протоколов ЧМТ на госпитальном этапе предоставления медпомощи больным. Указывается на необходимость разработки и внедрение унифицированной специализированной формы истории болезни, обоснованного выбора методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, стационар, сельская местность.

PROVISION OF MEDICAL AID TO THE VICTIMS WITH THE CRANIOCEREBRAL TRAUMA OF THE COUNTRYSIDE IN THE CONDITIONS OF THE HOSPITAL

Oikhov V.M, Ventskovskiy I.L., Kirichenko V.V., Gorbatuk K.I., Chirka Y.L.

Summary. For the purpose of the estimation of the quality of provision of medical aid in the conditions of a hospital to the victims with a craniocerebral trauma (CCT) of a countryside the 280 medical cards of the patients, who were treated in 2007-2009, were analyzed. The breaches of reports of CCT during the hospital stage of the provision of medical aid to the patients are established and listed. The necessity of development and the introduction of the unified specialised form of the medical card, a well-founded choice of methods of diagnostics and treatment are pointed.

Key words: a craniocerebral trauma, a hospital, a countryside.

© Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В.

УДК: 574:61:378

ЕКОЛОГІЯ ТА МЕДИЦИНА - НОВА ІДЕОЛОГІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В.

Інститут екології та медицини (Печерський узвіз 19, м. Київ, Україна, 01011)

Резюме. Сьогодні настав час переосмислення взаємовідносин людини і довкілля. З одного боку людина зробила надто багато для того, щоб позбавити себе екологічно чистого довкілля, а з іншого саме в збереженні природи і вмiлого користу-

вання її цілющими властивостями запорука здоров'я суспільства. З огляду на це постає питання нових підходів до підготовки лікарських кадрів, які мають знати і володіти не тільки хімічною, але й природною медициною. В роботі обговорюється діяльність в цьому напрямку Інституту екології та медицини та екологічна спрямованість навчально-виховного процесу в цьому навчальному закладі.

Ключові слова: екологія, медицина, медична освіта.

Вступ

Останнім часом екологія стрімко і впевнено увійшла в нашу свідомість і наше життя. Сьогодні є і екологія культури, і духу, і освіти, і людини. Саме екологія людини є однією з головних складових загальної екології і визначається перш за все негативним впливом на людей зміненого навколишнього середовища. Починаючи з ХХ ст. відбувається по суті знищення екологічної системи. Через це здоров'я людини знаходиться під впливом все більш забрудненого навколишнього середовища. Більшість наших співвітчизників живуть у зонах екологічного неблагополуччя. Рівень захворюваності зростає з кожним днем і екологічні проблеми виходять на перший план. Негативний вплив навколишнього середовища на людину надто великий. Якщо не формувати в суспільстві екологічну освіту, особливо в медицині, то рішення екологічних проблем неможливе. Особливо зважаючи на те, що екологія є однією з основних причин накопичення мутацій організму, пов'язаних з генотипом людини.

Результати. Обговорення

Більшість несприятливих екологічних факторів переносяться з водою. До хвороб призводить низька якість питної води з вмістом з'єднань важких металів, шкідливих органічних домішок та бактерій. Насиченість води солями збільшує ризик захворювання на такі важкі хвороби як атеросклероз, інсульт, інфаркт та ін. Вкрай несприятливі для здоров'я з'єднання хлору. Оберігаючи нас від інфекцій, вони тим не менш мають канцерогенні, мутагенні та гепатотоксичні властивості. На сьогодні 80% нашої питної води небезпечні для здоров'я. Її якість далека від стандартів. Це при тому, що з прийнятих Всесвітньою організацією охорони здоров'я більше 100 основних показників якості води наш держстандарт враховує лише 28, з яких реально контролюється тільки 14-18. Вкрай небезпечні для здоров'я забруднення ґрунту, особливо промисловими і побутовими відходами, радіоактивними речовинами, гербіцидами та ін. Об'єми цих відходів у нашій країні в 1,5-2 рази більше, ніж в інших країнах. Для того щоб вирішувати ці проблеми та зберегти здоров'я людини необхідна екологічна свідомість населення, перш за все молодого. Необхідний комплекс заходів екологічного навчання, особливо в медичній галузі з формуванням екологічної наукової свідомості, екологічної етики та психології. Вкрай актуальною сьогодні з цього погляду є діяльність вищого навчального закладу Інституту екології та медицини (ІЕМ). В цьому інституті студенти отримують вищу медичну освіту і доповнюють її новим поглядом через призму екологічних проблем. Адже

саме в медицині відсутність передбачення гарантує появу дуже серйозних проблем. "Майбутнє належить медицині попереджувальній" - ця мудрість великого М.І.Пирогова завжди буде актуальною [Пирогов, 1961]. На сучасному етапі здоров'я та тривалість життя залежить в першу чергу від людського фактору (способу життя окремо взятої людини, екологічних негараздів як наслідку технічного прогресу всього людства, поширення урбанізації населення, тощо). Зміна стану здоров'я нашої країни за останні десятиліття - найбільша загальнонаціональна катастрофа. Про це свідчать головні показники здоров'я населення: рівень тривалості життя, рівень ранньої дитячої смертності, рівень захворюваності інфекційними хворобами (туберкульоз, СНІД), рівень захворюваності неінфекційними захворюваннями. Найбільша техногенна катастрофа за всі часи цивілізації, що призвела до тривалого радіаційного опромінення, зробила вкрай нагальною проблему захисту всіх живих організмів від згубної дії цих екологічно небезпечних чинників. Всі компоненти опромінення (зовнішнє, внутрішнє та інгаляційне) впливають і надалі впливатимуть, створюючи режим хронічного радіаційного навантаження на організм людини. Сучасна надто стрімка зміна довкілля, спричинена переважно науково-технічним прогресом є наслідком діяльності самої людини. Відповіддю природи на некоректне ставлення до неї є індукція патологічних процесів, дезадаптаційних реакцій, патоморфозу відомих хвороб і появи нових, власне екологічних захворювань. В Україні пріоритет у вивченні таких захворювань та розповсюдження знань про екологічну патологію належить відомому вітчизняному вченому-морфологу - академіку Д.Д.Зербіно [Зербино, Соломенчук, 2007]. Однією з загрозливих проблем на території України з'являється прогресування пошкодження генофонду за умов надзвичайно важкої екологічної ситуації. Такі наслідки спровоковані умовами високої екологічної напруженості, до 80% шкідливих речовин, що надходять в оточуюче середовище, мають окрім канцерогенних, ще і мутагенні властивості. Тому майбутнім лікарям для розуміння того, що відбувається і як діяти, надзвичайно необхідні більш повні знання з біології, ембріології, основних морфологічних напрямків (гістології, патологічної анатомії та медичної генетики), нормальної, патологічної фізіології та фармакології. Саме ґрунтовне вивчення цих базових дисциплін сприяє формуванню клінічного мислення. Значна увага приділяється питанням старіння, адже саме проблема старіння, як морфологічна, є однією з основних при оцінці здоров'я населення, що знаходиться під значним екологічним впливом. Організм людини, що заз-

нає негативного екологічного впливу, змінює свій біологічний вік в напрямку прискореного біологічного старіння. На це вказують саме морфологічні зміни клітин. Цей процес супроводжується порушенням регуляторних впливів, що в свою чергу погіршує контроль за поділом клітин і порушує їх координацію. Це, зокрема, пояснює схильність з віком до виникнення пухлин. Корисним є знайомство з механізмами процесів, що відбуваються на молекулярному, клітинному, органному рівнях та призводять до наступних функціональних змін і появи захворювань [Дегтярьова, 2008].

На особливу увагу заслуговує знайомство студентів з екологічною фармакологією, сформованою на поєднанні знань традиційної та нетрадиційної медицини. Сучасна медикаментозна терапія поєднує декілька напрямків, що мають різну теорію та практику застосування. Це - класична фармакологія, гомеопатія та фітотерапія. Класична фармакологія бере початок від Галена. Саме він сформулював принцип: щоб зберегти здоров'я - використовувати подібне подібному, а щобвилікувати - протилежне протилежному. При вивченні курсу на кафедрі фармакології ІЕМ вагомий наголос робиться на механізмі дії лікарських засобів. Розвиток сучасної фармакології йде по шляху розширення можливостей профілактики та лікування за допомогою ліків, а також підвищення ступеню їх вибіркової. З огляду на значні темпи розвитку фармакологічної індустрії слід пам'ятати про дві найважливіші проблеми - очевидну побічну дію ліків та розвиток фармакозалежності. Різноманітні побічні наслідки у вигляді алергії, ідіосинкразії та інші види несприйнятливості добре відомі. З іншого боку суттєвим є розвиток фармакозалежності. Особливо коли лікарські засоби замінюють адаптаційно-приспосувальні можливості організму в силу високого вибіркового фармакологічного ефекту. Одним з характерних наслідків сучасної фармакотерапії є синдром відміни, що проявляється різким загостренням симптомів захворювання після закінчення прийому ліків. З іншого боку при постійному застосуванні ліків може розвиватися звикання. З огляду на це майбутні лікарі мають навчитися застосовувати додаткові засоби і таким чином підтримувати та зберігати власні захисні сили організму. Таким засобом є, зокрема, гомеопатія. Цей альтернативний напрям досить ґрунтовно вивчається в ІЕМ. На відміну від класичної фармакології, гомеопатія не розділяє природні фактори на корисні та некорисні, а використовує властивості різноманітних речовин, в тому числі токсичні рослини та мінерали, що є інертними в біологічному відношенні. З плином часу, уява про природу хронічних захворювань змінилась, що призвело

до появи нових положень гомеопатії. Як окремий напрям розвивається антропософський підхід до виготовлення і лікування гомеопатичними засобами [Штайнер, Вегман, 2008]. Інститут екології та медицини має міцні стосунки зі світовим центром антропософської медицини - Гетеанумом. На базі Інституту двічі проводилось післядипломне навчання спеціалістів антропософів з різних країн світу. Студенти. Рослинний світ є джерелом оздоровчих та лікувальних засобів. Саме тому викладанню рослинних препаратів в Інституті екології та медицини приділяється значна увага. Адже існують хвороби, при яких реальна допомога може бути здійснена з більшим успіхом і з меншими ризиком за допомогою сил та засобів самої природи, препаратів рослин, гідробіонтів. про їх включення в загальну схему впливу на хворого з метою збільшення сумарних терапевтичних можливостей. Знання фітотерапії відкриває можливості доповнювати прийнятну терапію захворювань фітопрепаратами.

Сама назва інституту вже закладає необхідні особливості викладання окремих дисциплін. ІЕМ свідомо готує фахівців, які не тільки володіють медичними знаннями, але й ґрунтовно розуміються на медичних аспектах екології. Критерієм задовільного оточуючого середовища є його сприяння подовженню життя людини. На жаль, людство сьогодні накопичило гори відходів і людська цивілізація постала перед глобальними екологічними проблемами. Значне погіршення здоров'я, викликане забрудненням довкілля, хронічне нездужання перетворило життя на боротьбу за виживання. Хвороби у населення, що знаходиться під несприятливим екологічним впливом, ускладнюються серйозними порушеннями імунної системи. Негативний екологічний вплив на людину пов'язаний з дією на органи травлення та виділення, систему крові, серцево-судинну та нервову системи. В цих органах та системах виникають виражені порушення гомеостазу і є високий ризик розвитку аутоімунної та онкологічної патології. Досить часто спостерігається нетипова симптоматика, маніфестація розвитку ускладнень та неефективна традиційна медикаментозна терапія.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Знання особливостей діагностики, перебігу та лікування в умовах ускладненої екологічної ситуації є в сучасному світі нагальною необхідністю.

І тому ми вважаємо, що новою ідеологією медичної освіти має стати поєднане вивчення медичних і екологічних аспектів життя людини.

Література

Дегтярьова Л.В. Патоморфологія та екологія /Л.В.Дегтярьова. - Київ, 2008. - 160 с.
Зербино Д.Д. Содержание ряда химических элементов в волосах больных, перенесших инфаркт миокар-

да, и здоровых людей //Д.Д.Зербино, Т.Н.Соломенчук //Медицина труда и промышленная экология. - 2007. - №2. - С. 17-21.
Пирогов М.І. Хрестоматія з історії вітчизняної педагогіки /Пирогов М.І.. - К.,

1961. - С. 231-240.
Штайнер Р. Основы развития врачебного искусства /Р.Штайнер, И.Вегман. - Санкт-Петербург: Деметра, 2008. - 128 с.

ЭКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА - НОВАЯ ИДЕОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Салюта М.Е., Костинский Г.Б., Костинская Н.Е., Вербицкая О.В.

Резюме. *Сегодня пришло время переосмысления взаимоотношений человека и природы. С одной стороны человек сделал слишком много для того, чтобы лишиться себя экологически чистой природы, а с другой именно в сохранении природы и умелом пользования ее целительными свойствами залог здоровья общества. С учетом этого встает вопрос новых подходов к подготовке врачебных кадров, которые должны знать и владеть не только химической, но и природной медициной. В работе обсуждается деятельность в этом направлении Института экологии и медицины и экологическая направленность учебно-воспитательного процесса в этом учебном заведении.*

Ключевые слова: *экология, медицина, медицинское образование.*

ECOLOGY AND MEDICINE - A NEW IDEOLOGY OF MEDICAL EDUCATION

Salyuta M.U., Kostinsky G.B., Kostinskaya N.E., Verbitska O.V.

Summary. *Nowadays it's time to reconsider relations between a person and environment. On the one hand a person made too much to deprive himself the ecologically safe environment, but on the other hand just the safe of nature and skilful using its curative properties is a guaranty of healthy society. Due to the task to train medical personnel, who has to know and be able to use not only chemical but also natural medicine arises. The activities of the Institute of Ecology and Medicine in this direction and the ecological direction of educational process in this institute are considered in this work.*

Key words: *ecology, medicine, medicine education.*

© Ткачук О.Л., Шевчук М.Г.

УДК: 616.36-008.5-089+616.36

ПОСТДЕКОМПРЕСИЙНІ ДИСФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ

Ткачук О.Л., Шевчук М.Г.

Івано-Франківський державний медичний університет, кафедра хірургії ФПО (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Резюме. *У роботі на підставі моніторингу клінічних та лабораторних показників у 132 хворих на калькульозні та 164 хворих на пухлинні обтураційні жовтяниці виявлено явище постдекомпресійної гепатодепресії, яка полягає у критичному зниженні функціональної здатності гепатоцитів протягом 3-5 діб після хірургічної декомпресії біліарної системи. Визначено, що прогностичними предикторами розвитку постдекомпресійної дисфункції печінки є вихідний рівень білірубину сироватки понад 200 мкмоль/л та вищий від норми рівень сироваткового креатиніну.*

Ключові слова: *обтураційна жовтяниця, наслідки операції, прогнозування ускладнень.*

Вступ

Обтураційні жовтяниці не ґрунті холедохолітазу при своєчасному оперативному розрішенні мають сприятливий післяопераційний перебіг. Однак при запізнилому звертанні вони часто супроводжуються гострим холангітом, печінковою недостатністю а після хірургічної декомпресії спостерігається висока післяопераційна летальність [Велигоцкий и др., 2001; Иванов, Чудніх, 2002].

Частка обтураційних жовтяниць пухлинного генезу складає від 45 до 60% загальної кількості хворих з позапечінковим холестазом [Голубчиков, 2000]. У більшості випадків при госпіталізації хворих виявляються неоперабельні стадії раку головки підшлункової залози та позапечінкових жовчних проток. У цих випадках постає питання вибору оптимального методу паліативної декомпресії біліарної системи [Лупальцов, 2002; Rossi, Traverso, 1996; Sewnath et al., 2002]. Малоінвазивні методи декомпресії - ретроградне ендобіліарне стентування та пункційні черезшкірні ендобіліарні втручання часто не можуть забезпечити адекватне жовчовідведення, а методи відкритих хірургічних втручань з накладанням білідигестивних анастомозів дають адекватний дебіт жовчі у кишечник, однак також супровод-

жуються незадовільними показниками післяопераційних ускладнень та летальності [Rossi, Traverso, 1996; Sewnath et al., 2002].

Як при злоякісних, так і при калькульозних обтураційних жовчовідтоку одною з недостатньо вивчених проблем є постдекомпресійні дисфункції печінки, які призводять до критичного поглиблення печінкової недостатності.

Метою нашого дослідження стало виявлення предикторів постдекомпресійної дисфункції печінки на підставі моніторингу динаміки біохімічних та клінічних показників у хворих, які перенесли відкриті декомпресійні хірургічні втручання при обтураційних жовтяницях різного походження

Матеріали та методи

Проведено комплексне клінічне обстеження 132 хворих на пухлинні захворювання гепатобіліарної зони з обтураційною жовтяницею та 164 хворих на холедохолітаз, ускладнений жовтяницею важкого ступеня з холангітом та проявами печінкової недостатності. Хворі рандомізовані методом випадкового вибору. Вік ко-

ЭКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА - НОВАЯ ИДЕОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Салюта М.Е., Костинский Г.Б., Костинская Н.Е., Вербицкая О.В.

Резюме. *Сегодня пришло время переосмысления взаимоотношений человека и природы. С одной стороны человек сделал слишком много для того, чтобы лишиться себя экологически чистой природы, а с другой именно в сохранении природы и умелом пользования ее целительными свойствами залог здоровья общества. С учетом этого встает вопрос новых подходов к подготовке врачебных кадров, которые должны знать и владеть не только химической, но и природной медициной. В работе обсуждается деятельность в этом направлении Института экологии и медицины и экологическая направленность учебно-воспитательного процесса в этом учебном заведении.*

Ключевые слова: *экология, медицина, медицинское образование.*

ECOLOGY AND MEDICINE - A NEW IDEOLOGY OF MEDICAL EDUCATION

Salyuta M.U., Kostinsky G.B., Kostinskaya N.E., Verbitska O.V.

Summary. *Nowadays it's time to reconsider relations between a person and environment. On the one hand a person made too much to deprive himself the ecologically safe environment, but on the other hand just the safe of nature and skilful using its curative properties is a guaranty of healthy society. Due to the task to train medical personnel, who has to know and be able to use not only chemical but also natural medicine arises. The activities of the Institute of Ecology and Medicine in this direction and the ecological direction of educational process in this institute are considered in this work.*

Key words: *ecology, medicine, medicine education.*

© Ткачук О.Л., Шевчук М.Г.

УДК: 616.36-008.5-089+616.36

ПОСТДЕКОМПРЕСІЙНІ ДИСФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ

Ткачук О.Л., Шевчук М.Г.

Івано-Франківський державний медичний університет, кафедра хірургії ФПО (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Резюме. *У роботі на підставі моніторингу клінічних та лабораторних показників у 132 хворих на калькульозні та 164 хворих на пухлинні обтураційні жовтяниці виявлено явище постдекомпресійної гепатодепресії, яка полягає у критичному зниженні функціональної здатності гепатоцитів протягом 3-5 діб після хірургічної декомпресії біліарної системи. Визначено, що прогностичними предикторами розвитку постдекомпресійної дисфункції печінки є вихідний рівень білірубину сироватки понад 200 мкмоль/л та вищий від норми рівень сироваткового креатиніну.*

Ключові слова: *обтураційна жовтяниця, наслідки операції, прогнозування ускладнень.*

Вступ

Обтураційні жовтяниці не ґрунті холедохолітазу при своєчасному оперативному розрішенні мають сприятливий післяопераційний перебіг. Однак при запізнилому звертанні вони часто супроводжуються гострим холангітом, печінковою недостатністю а після хірургічної декомпресії спостерігається висока післяопераційна летальність [Велигоцкий и др., 2001; Иванов, Чудніх, 2002].

Частка обтураційних жовтяниць пухлинного генезу складає від 45 до 60% загальної кількості хворих з позапечінковим холестазом [Голубчиков, 2000]. У більшості випадків при госпіталізації хворих виявляються неоперабельні стадії раку головки підшлункової залози та позапечінкових жовчних проток. У цих випадках постає питання вибору оптимального методу паліативної декомпресії біліарної системи [Лупальцов, 2002; Rossi, Traverso, 1996; Sewnath et al., 2002]. Малоінвазивні методи декомпресії - ретроградне ендобіліарне стентування та пункційні черезшкірні ендобіліарні втручання часто не можуть забезпечити адекватне жовчовідведення, а методи відкритих хірургічних втручань з накладанням білідигестивних анастомозів дають адекватний дебіт жовчі у кишечник, однак також супровод-

жуються незадовільними показниками післяопераційних ускладнень та летальності [Rossi, Traverso, 1996; Sewnath et al., 2002].

Як при злоякісних, так і при калькульозних обтураційних жовчовідтоку одною з недостатньо вивчених проблем є постдекомпресійні дисфункції печінки, які призводять до критичного поглиблення печінкової недостатності.

Метою нашого дослідження стало виявлення предикторів постдекомпресійної дисфункції печінки на підставі моніторингу динаміки біохімічних та клінічних показників у хворих, які перенесли відкриті декомпресійні хірургічні втручання при обтураційних жовтяницях різного походження

Матеріали та методи

Проведено комплексне клінічне обстеження 132 хворих на пухлинні захворювання гепатобіліарної зони з обтураційною жовтяницею та 164 хворих на холедохолітаз, ускладнений жовтяницею важкого ступеня з холангітом та проявами печінкової недостатності. Хворі рандомізовані методом випадкового вибору. Вік ко-

Таблиця 1. Кореляція між вираженістю окремих клінічних параметрів та тривалістю одужання.

Етіологічні групи	Коефіцієнт кореляції між тривалістю стаціонарного лікування та					
	тривалістю жовтяниці до госпіталізації	рівнем загального білірубину	коефіцієнтом ДеРітиса	протромбіновим індексом	альбуміном сироватки крові	креатиніном сироватки крові
калькульозні жовтяниці (n=132)	0,67	0,64	0,59	0,54	0,42	0,68
пухлинні жовтяниці (n=164)	0,84	0,88	0,67	0,74	0,65	0,71

ливався від 24 до 73 років, статевий розподіл відповідав середньостатистичним показникам за національними звітами.

Для дослідження динаміки холестазу та печінкових дисфункцій визначали рівень концентрації сироваткових фракцій білірубину, трансаміназ, білкових фракцій, протромбіну, азотистих речовин а також проводили ди-хальний метацетиновий тест.

Для визначення сили зв'язку між різними параметрами клінічної важкості стану хворих на обтураційні жовтяниці та тривалістю одужання, проведено кореляційний аналіз відповідних клінічних показників, окремо для кожної етіологічної групи (табл. 1).

Результати. Обговорення

Аналіз показує, що більш сильний зв'язок між ознаками важкості стану та тривалістю стаціонарного лікування спостерігається при обтураційних жовтяницях пухлинного походження. Саме при цій етіології жовтяниці клінічні та лабораторні параметри, зокрема рівень холестазу та інтенсивність цитолітичного синдрому можуть служити критерієм прогнозування та ознакою ефективності лікування.

Жовтяниці калькульозного походження характеризуються менш вираженою залежністю тривалості одужання хворого від клінічних параметрів до операції. Імовірно, більше прогностичне значення при калькульозних жовтяницях має вираженість симптомів гострого холангіту. Значну силу кореляційного зв'язку виявлено у обох етіологічних групах між тривалістю одужання та азотвидільною функцією нирок, зокрема кон-

центрацією креатиніну сироватки. Очевидно, що високі показники азотистих шлаків є предикторами несприятливого наслідку лікування.

Важливо визначити, чи є принципова відмінність між динамікою ліквідації холестазу після хірургічної декомпресії у хворих з однаковим рівнем білірубінемії та з різною етіологією жовтяниці. З цією метою ми відібрали дві рівнозначні за важкістю жовтяниці групи хворих з пухлинним генезом захворювання (12) та з холедохолітіазом (10), яким були проведені хірургічні декомпресійні операції шляхом накладання біліодигестивних анастомозів.

У групі пухлинних жовтяниць - це були холецистоентеростомії - 10, та холедохоентеростомії - 2. Серед хворих на холедохолітіаз у 7 випадках накладено холедоходуоденоанастомоз, а 3 хворим проведена трансдуоденальна папілосфінктеропластика. Досліджено особливості клінічного перебігу післяопераційного періоду та динаміку холестатичного, цитолітичного та гепатодепресивного синдромів протягом 10 днів після хірургічного втручання. У 3 хворих з калькульозною жовтяницею у післяопераційному періоді спостерігали короткочасні епізоди гіпотензії з пропасницею та вираженою астеною. У 5 хворих з жовтяницею пухлинного походження спостерігали клінічні ознаки печінково-ниркової недостатності - олігурію, помірну азотемію та гіперкаліємію. Виявлено близькі характеристики змін основних біохімічних печінкових синдромів у часі (рис. 1).

Так, незалежно від етіології жовтяниці, протягом перших 2-3 днів після операції продовжується підвищення рівня білірубину, що може свідчити про наростання внутрішньо-печінкового холестазу внаслідок постдекомпресійного синдрому. Ряд дослідників вважають можливою причиною початкового приросту рівня сироваткового білірубину інтенсифікацію ентерогепатичної рециркуляції токсичних фракцій білірубіноглюкуро-ніду, що на нашу думку малоімовірно, враховуючи післяопераційний парез кишечника.

З 3 по 6 день у обох етіологічних групах відбувається швидке зниження рівня білірубину, відображуючи відновлення дренажної функції біліарного тракту. Вже на 6-10 день зниження білірубину уповільнюється, можливо, у цей період якраз наростає кількість рециркуляційного білірубину внаслідок відновлення функції кишечника.

Динаміка цитолітичного синдрому при критичних біліарних обструкціях також має подібний характер при доброякісних і при злоякісних обструкціях жовчних проток (рис. 2).

Як і для холестатичного синдрому, так і для цитолізу характерне певне погіршення показників протягом 3-4 днів після операції. Ця тенденція не залежить від етіології жовтяниці, але є характерною тільки для критич-

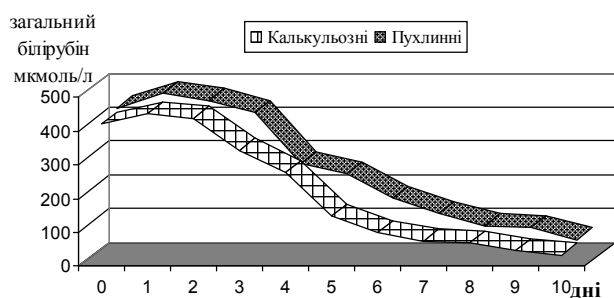


Рис. 1. Динаміка холестатичного синдрому за середньою концентрацією загального білірубину сироватки крові при важких жовтяницях.

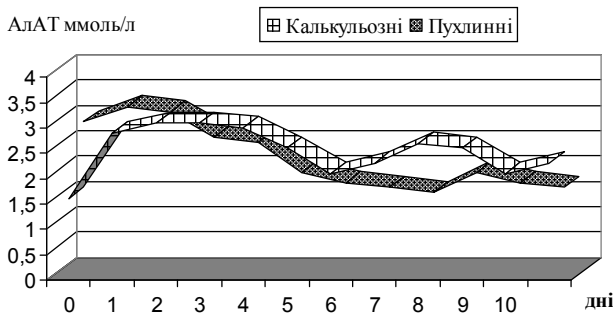


Рис. 2. Динаміка аланінамінотрансферази сироватки крові у післяопераційному періоді у хворих на критичні біліарні обструкції доброякісного та пухлинного походження.

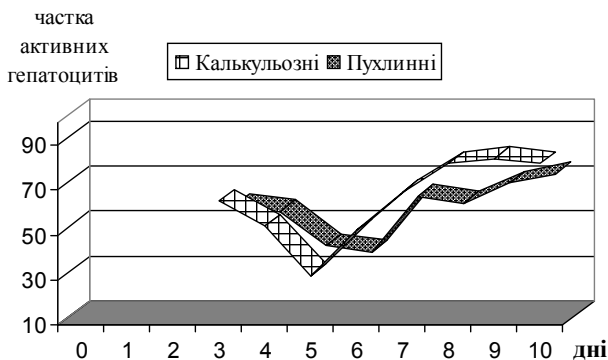


Рис. 3. Динаміка гепатодепресивного синдрому за метациетиновим тестом у післяопераційному періоді у хворих на важкі обтураційні жовтяниці різної етіології.

ного рівня білірубінемії. За нашими спостереженнями у хворих з помірною білірубінемією - до 200 мкмоль/л - не спостерігається наростання холестазу та цитолізу у ранньому післяопераційному періоді.

Ми не застосовували для визначення ступеня гепа-

тодепресивного синдрому оцінку білковосинтетичної функції печінки, оскільки особливі умови післяопераційного періоду, обмеження функціонування травної системи та наростання інтенсивності катаболічних процесів не дозволяє отримати високоспецифічні висновки.

Для оцінки функціональної активності гепатоцитів у післяопераційному періоді ми застосували метациетиновий тест, оскільки це один з небагатьох методів визначення частки функціонуючих гепатоцитів (рис. 3).

У зв'язку з специфікою метациетинового тесту (необхідність перорального прийому тестового субстрату), обстеження хворих проводили починаючи з третього дня. Як у попередніх двох дослідженнях, протягом перших днів післяопераційного періоду спостерігали погіршення функціонального стану печінки як при жовтяницях калькульозного, так і пухлинного генезу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отримані результати свідчать, що при критичних біліарних обструкціях, незалежно від їх причини, хірургічна декомпресія викликає зниження функціонального стану печінки, імовірно за рахунок зростання інтенсивності цитолітичних процесів протягом 3-5 днів. Явища гепатодепресії можуть мати як субклінічний перебіг, так і маніфестувати у вигляді наростання клінічних явищ печінково-клітинної, печінково-ниркової недостатності та печінкової енцефалопатії. Предикторами виникнення постдекомпресійних дисфункцій печінки є рівень білірубину понад 200 мкмоль/л, а також понаднормовий рівень креатиніну сироватки.

Становить значний клінічний та науковий інтерес розробка засобів профілактики та лікування постдекомпресійних печінкових дисфункцій.

Література

Выбор хирургической тактики у больных с обструктивной желтухой и высоким риском синдрома полиорганной недостаточности /Н.Н.Велигоцкий, А.Н.Велигоцкий, Р.Б.Обуоби [и др.] // Клин. хирургия. - 2001. - №7. - С. 10-13.

Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів /М.В.Голубчиков //Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - № 2. - С. 53-55.

Иванов Ю.В., Чудных С.М. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение /Ю.В.Иванов, С.М.Чудных //Лечащий Врач. - 2002. - №7-8. - С. 126-130

Лупальцов В.И. Современные подходы к лечению больных с функциональными нарушениями печени в раннем послеоперационном периоде /В.И.Лупальцов //Клин. хирургия. - 2002. - №5-6. - С. 41

A Meta-analysis on the Efficacy of Preoperative Biliary Drainage for Tumors Causing Obstructive Jaundice /M. E. Sewnath, T. M. Karsten, M. H. Prins [et al.] //Ann. Surg. - 2002. - Vol.236, №1. - P. 17-27.

Rossi R.L. Malignant obstructive jaundice. Evaluation and management / R.L.Rossi, L.W.Traverso, F.Pimentel //Surg. Clin. North Am. - 1996. - №1. - Vol.76. - P. 63-70.

ПОСТДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ткачук О.Л., Шевчук М.Г.

Резюме. В работе на основании мониторинга клинических и лабораторных показателей у 132 больных калькулезными и 164 больных опухолевыми обтурационными желтухами выявлен феномен постдекомпрессионной гепатодепрессии, которая состоит в критическом снижении функциональной способности гепатоцитов на протяжении 3-5 суток после хирургической декомпрессии билиарной системы. Определено, что прогностическими предикторами развития постдекомпрессионной дисфункции печени является начальный уровень билирубина сыворотки более 200 мкмоль/л и превышающий норму уровень сывороточного креатинина.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, исходы операции, прогнозирование осложнений

POSTDECOMPRESSIVE HEPATIC DYSFUNCTION OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Tkachuk O.L., Shevchuk M.G.

Summary. *In this study, based on monitoring of clinical and laboratory parameters of 132 patients with calculous and 164 patients with neoplastic obstructive jaundice postdecompressiv hepatic failure phenomenon is revealed, which is in a critical reduction of functional capacity of hepatocytes for 3-5 days after surgical decompression of biliary system. It was determined that the prognostic predictors of postdecompressive hepatic dysfunction is the initial level of serum bilirubin more than 200 micromol / L and higher than normal level of serum creatinine.*

Key words: *obstructive jaundice, outcomes of operations, prognosis of complications.*

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

© Беловол А.Н., Береговая А.А., Штыров И.Н.

УДК: 616.517.616.12-008.331.1

ХРОНИЧЕСКИЕ СИСТЕМНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Беловол А.Н., Береговая А.А., Штыров И.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии (просп. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Резюме. Приведенная статья является обзорно-аналитическим исследованием взаимосвязи хронических системных дерматозов и метаболического синдрома. Проведен поиск и анализ публикаций, в которых исследовали маркеры метаболического синдрома при хронических системных дерматозах. Внимание было обращено на социальные, возрастные, гендерные, клинические особенности коморбидности сопутствующих патологических состояний.

Ключевые слова: хронические системные дерматозы, метаболический синдром, экзема, атопический дерматит, коморбидность, ожирение, артериальная гипертензия.

Хронические системные дерматозы (ХСД), такие как псориаз (П), экзема (Э) и атопический дерматит (АД), по-прежнему остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной дерматологии. По мнению ряда авторов, хроническими системными дерматозами (ХСД) болеют около 2-3% [Атоньев, Прохоренков, 1995; Маврова, 2008; Савельева, 2003] всего населения земного шара. Современные исследователи прогнозируют дальнейший рост заболеваемости этими дерматозами, увеличение числа тяжелых и инвалидизирующих форм. Несмотря на проведенные в последние годы многочисленные исследования, этиология ХСД остается [Атоньев, Прохоренков, 1995; Верещака, 2006; Котовская, 2005; Маврова, 2008]. Предполагается, что развитие патологических процессов при ХСД не ограничивается формированием поражений только кожи, а приводит к нарушениям функции различных органов и систем организма, а так же метаболическим изменениям в организме. Изучению таких сопутствующих псориазу, экземе, атопическому дерматиту патологий позволяет предположить аспекты, в которых исследуется вопрос о взаимосвязи, взаимозависимости и взаимообусловленности их и явлений дерматозов. В последнее время все чаще высказывается мнение об ассоциации кожных проявлений ХСД с поражением других органов и систем, системности поражений при хронических дерматозах (ХД) (в связи с чем в научной литературе появился ряд соответствующих терминов, например, псориазная болезнь, атопия и др.).

ХСД характеризуются сложностью патогенетических воспалительных механизмов и имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими как сердечнососудистые, ожирение, диабет, депрессия, воспалительные заболевания суставов и кишечника и другие. Закономерно частое сочетание различных болезней или состояний у одного пациента называется коморбидностью и встречается при многих воспалительных процес-

сах. Предполагается, что развитие коморбидностей скорее всего основано на общности патогенеза сочетающихся заболеваний и не зависит от стиля жизни, доступности медицинской помощи или экономических факторов и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом. Помимо схожих иммунологических механизмов обнаружены также и гены общие для ХСД и встречающихся при нем коморбидностей.

В последние годы исследователи отмечают коморбидные ХСД состояния, среди которых, на наш взгляд, наибольшее клиническое значение имеет метаболический синдром (МС). Изучение метаболических изменений позволяют более подробно и глубже понять патогенез ХСД и их течение в сочетании с метаболическим синдромом. МС представляет собой сочетание обменных нарушений, включающее ожирение, атерогенную дислипидемию, повышенное кровяное давление, инсулиновую резистентность или отсутствие толерантности к глюкозе, изменение показателей протромбина и пр.

До настоящего времени нет общепризнанных диагностических критериев МС. Однако, большинство авторов приходят к мнению, что МС - кластер метаболических и гормональных нарушений, которые объединены общим патофизиологическим механизмом - инсулинорезистентностью (ИР), что включает нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), атерогенную дислипидемию (повышение триглицеридов - ТГ, липопротеидов низкой плотности - ЛПНП, снижение липопротеидов высокой плотности - ЛПВП), артериальную гипертензию (АГ), сочетающихся с абдоминальным ожирением.

Критерии МС неоднократно менялись. В 2005 году Международная диабетическая федерация предложила более жесткие критерии диагноза МС - абдоминальное ожирение (окружность талии для мужчин более 94 см, у женщин - более 80 см), сочетающееся с двумя из ниже перечисленных признаков: ТГ > 1,7 ммоль/л, ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л, уровень глюкозы в плазме > 5,6

ммоль/л, АД \geq 130 мм рт ст [Котовская, 2005; Мычка, Чазова, 2008].

О "метаболическом синдроме" можно говорить, если присутствуют не менее трех из следующих симптомов: избыточный вес, артериальная гипертензия (АГ), повышение уровня сахара в крови, дислипидемия (изменение соотношения липидов в крови).

При этом параллельно могут отмечаться частые приступы сильного голода, безудержная тяга к сладкому, частые головокружения и головные боли, быстрая утомляемость, раздражительность, слезливость, вспышки гнева, агрессивность. Опасность метаболических нарушений в том, что через 10-20 лет они могут обернуться атеросклерозом, а спустя такой же интервал времени возрастает риск развития инфарктов и инсультов. МС имеет высокую распространенность среди населения. Около 24% населения экономически развитых стран страдают МС, а в возрастной группе старше 50 лет до 45% мужчин и женщин имеют клинические признаки МС [Прилепская, Гогаева, 2002; Мычка, Чазова, 2008].

Ранее считалось, что МС - это удел людей среднего возраста и, преимущественно, женщин. Однако проведенные под эгидой Американской Ассоциации Диабета обследования свидетельствуют о том, что МС демонстрирует устойчивый рост среди подростков и молодежи. Так, по данным учёных из University of Washington (Seattle) в период с 1994 по 2000 год частота встречаемости МС среди подростков возросла с 4,2 до 6,4 процентов. В общенациональных масштабах количество подростков и молодых людей, страдающих МС, оценивается в более чем 2 миллиона. МС чаще встречается у мужчин. У женщин частота возрастает в менопаузальном периоде. МС может быть генетически детерминирован, его развитию способствуют избыточное по калорийности питание, гиподинамия, некоторые заболевания или приём препаратов - антагонистов инсулина. У лиц с превышением идеальной массы тела на 40% утилизация глюкозы снижается на 30-40%.

Так, по данным литературы диабет при псориазе встречается в 2,48 раза чаще, гипертензия в 3,27 раза, гиперлипидемия в 2,9 раза и коронарная сердечная недостаточность в 1,45 раза чаще, чем в популяции. Как следствие, больные с этим синдромом обладают повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. Данных о целенаправленном изучении коморбидности МС и ХСД, таких как экзема и атопический дерматит в Украине обнаружить не удалось. Отдельные фрагменты маркеров МС указывают на вероятный высокий риск этой ассоциации, тем самым представляют высокий интерес для изучения хронических системных алергодерматозов на фоне МС.

В Москве, в ММА им. И.М.Сеченова, в большой группе наблюдаемых больных псориазом (П) в 69% констатировали избыточный вес (индекс массы тела более 20) и ожирение (индекс массы тела более 30); тенденция к повышению кровяного давления или диагностирован-

ная гипертензия наблюдались у 57% больных; диабет или преддиабет установлены у 28% пациентов. При этом симптоматическая степень выраженности этих коморбидных состояний находилась в прямой зависимости от тяжести клинической картины псориаза и резистентности к проводимой терапии [Чазова и др., 2006; Seelig, 2003]. Данные исследования наталкивают на более тщательное диагностирование компонентов метаболического синдрома (МС) при псориазе и своевременную и адекватную системную терапию.

МС относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины. Поскольку его возникновение, во многом, зависит от здорового образа жизни, то он является предметом нового направления в психологии - психологии здоровья. Здоровый образ жизни включает рациональное питание, поддержание нормальной массы тела, регулярная и соответствующая возрасту физическая активность и неприятие табакокурения. Показано, что инсулинорезистентность - это результат взаимодействия генетических и внешних факторов. Среди последних, наиболее важными являются избыточное потребление жира и гиподинамия.

В настоящее время в мире увеличивается количество случаев ожирения [Прилепская, Гогаева, 2002; Савельева, 2003; Seelig, 2003], что вызывает тревогу медицинских работников различных профилей. Ожирение, являющееся симптомом МС - хроническое рецидивирующее заболевание, которое ассоциируется с рядом соматических заболеваний, таких как сахарный диабет, сердечно-сосудистые нарушения [Katherine, 2005]. Ожирение также представляет собой серьезную косметическую проблему, ухудшающую психоэмоциональное состояние и усугубляющую качество жизни пациентов. Несмотря на то, что иногда ожирение воспринимается пациентами как сугубо косметическая проблема, некоторые его виды являются следствием гормональных, обменных нарушений и требуют ведения врачами различных специальностей. Характер распределения подкожной жировой клетчатки определяется рядом эндокринных факторов, что делает актуальным изучение структуры ожирения в различных возрастных группах.

Степень тяжести ожирения определяли на основании индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту в квадрате (м²). I степень тяжести диагностировали при ИМТ от 30,0 до 34,9, II - при ИМТ от 35,0 до 39,9, III - при ИМТ от 40,0 и выше.

В настоящее время не вызывает сомнения роль нарушений липидного обмена в патогенезе ожирения. В свою очередь не вызывает сомнений значимость нарушений липидного обмена и процессов перекисного окисления липидов в развитии воспалительно-аллергических реакций кожи, в том числе и в патогенезе экземы [Рябова, 2002]. Как известно, обмен липидов существенно влияет на физиологические функции клеточных мембран организма, активность мембраносвязывающих ферментов, гормонов и медиато-

ров местного воспаления. В результате изменений количественного и качественного состава липидов крови возникают разнообразные метаболические и структурные нарушения, активируются процессы перекисного окисления, нарушается синтез интерлейкинов (простагландинов, тромбоксанов, лейкотриенов). Данные, имеющиеся в литературе, о нарушениях липидного обмена при экземе (Э) характеризуют содержание липидов в сыворотке крови и носят противоречивый характер [Савельева, 2003; Birch et al., 2001]. В связи с этим представляет интерес комплексное обследование больных экземой, включающее определение изменения содержания общих липидов (ОЛ), общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), фосфолипидов (ФЛ) в сыворотке крови и в мембранах эритроцитов. Так, среди исследований отечественных авторов необходимо выделить несколько работ по изучению данного вопроса. Под наблюдением находились 50 больных истинной экземой (27 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 20 до 69 лет. Давность заболевания до 1 года установлена у 8 больных, от 1 года до 5 лет - у 26 больных, от 6 до 10 лет - у 12 больных, свыше 10 лет - у 4 больных. При изучении данных анамнеза установлено, что возникновение клинических проявлений обусловлено нервно-психической травмой или стрессом (46%), контактом с химическими веществами (24%), сезонными факторами (22%), предшествующими заболеваниями внутренних органов (2%), причина не выяснена (6%). Сопутствующие заболевания внутренних органов выявлены у 27 больных. Наиболее часто отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (24%) - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь; заболевания пищеварительного тракта (10%) - гастрит, пептическая язва желудка, колит; заболевания печени (10%) - гепатит, в том числе перенесенный вирусный гепатит, холецистит; заболевания нервной системы (8%); патология ЛОР-органов (6%); заболевания органов дыхания (6%). По степени поражения кожных покровов ограниченные формы дерматоза выявлены у 20 (40%) больных, распространенные - у 29 (58%) больных, генерализованные - у 1 (2%) больного. У всех больных диагностирована истинная экзема, при этом дисгидротическая экзема наблюдалась у 10 (20%) больных, пруригинозная экзема - у 4 (8%) больных, гиперкератотическая экзема - у 4 (8%) больных и лихенифицированная экзема - у 1 (2%) больного. Всем больным проводили традиционные клинико-лабораторные исследования. При необходимости пациентов консультировали врачи смежных специальностей. Пациентам назначали традиционную комплексную медикаментозную терапию: седативные, антигистаминные, гипосенсибилизирующие препараты, энтеросорбенты, витамины, средства для наружного применения - в зависимости от стадии и особенностей клинического течения заболевания. Исследования показателей липидного обмена у больных проводили до и после лечения. За-

бор крови из локтевой вены производили утром натощак, после 12-часового голодания. ОЛ, ТГ, ХС и ФЛ в сыворотке крови и мембранах эритроцитов определяли унифицированными методами. Для изучения содержания ОЛ и ТГ использовали наборы реактивов "Lachema", Чехия. В качестве контроля использовали кровь 20 практически здоровых доноров соответствующего пола и возраста. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. У больных экземой до лечения в сыворотке крови оказалось достоверно повышенным содержание ОЛ ($10,8 \pm 0,56$ г/л, $p < 0,05$) и ТГ ($2,66 \pm 0,21$ ммоль/л, $p < 0,05$) по сравнению с показателями лиц контрольной группы ($6,2 \pm 1,0$ г/л; $1,45 \pm 0,18$ ммоль/л соответственно). Концентрация ХС ($4,7 \pm 0,27$ ммоль/л, $p > 0,05$) существенно не отличалась от таковой у обследуемых контрольной группы ($4,9 \pm 0,65$ ммоль/л). Уровень содержания ФЛ ($1,58 \pm 0,28$ ммоль/л, $p < 0,05$) был достоверно ниже по сравнению с контролем ($3,3 \pm 1,5$ ммоль/л). После проведенной традиционной терапии наблюдалось недостоверное снижение концентрации ОЛ ($9,4 \pm 0,68$ г/л, $p > 0,05$) и ТГ ($2,13 \pm 0,33$ ммоль/л, $p > 0,05$), однако данные показатели оставались повышенными по сравнению с таковыми у лиц контрольной группы. Содержание ХС ($4,5 \pm 0,35$ ммоль/л, $p > 0,05$) недостоверно уменьшилось. Обнаружилось недостоверное повышение уровня ФЛ ($1,68 \pm 0,35$ ммоль/л, $p > 0,05$). При изучении спектра липидов мембран эритроцитов до лечения установлены существенные изменения. Содержание ХС ($7,1 \pm 0,15$ ммоль/л, $p < 0,05$) увеличено в 1,2 раза по сравнению с данным показателем у обследуемых контрольной группы ($5,8 \pm 0,37$ ммоль/л). Повышена концентрация ОЛ ($1,47 \pm 0,08$ ммоль/л, $p < 0,05$) в 1,2 раза и ТГ ($2,59 \pm 0,11$ ммоль/л, $p < 0,05$) в 2,3 раза по отношению к показателям контроля ($1,21 \pm 0,11$ ммоль/л и $1,08 \pm 0,01$ ммоль/л соответственно). Уровень содержания ФЛ ($2,07 \pm 0,06$ ммоль/л, $p < 0,05$) был ниже, чем у лиц контрольной группы ($2,37 \pm 0,1$ ммоль/л). В результате проведенной традиционной медикаментозной терапии содержание ХС, ОЛ и ТГ в мембранах эритроцитов уменьшилось ($6,68 \pm 0,18$ ммоль/л, $p > 0,05$; $1,32 \pm 0,07$ ммоль/л, $p > 0,05$; $2,23 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,05$ соответственно), однако по сравнению с обследуемыми контрольной группы данные показатели оставались повышенными. Концентрация ФЛ значительно повысилась ($2,6 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,05$).

Высокие уровни в сыворотке крови ОЛ и ТГ на фоне снижения ФЛ свидетельствуют о том, что у больных экземой имеет место дислипидемия. Наличие липидного дисбаланса, несомненно, приводит к изменению реологических свойств крови и, как следствие, к нарушению микроциркуляции, что способствует поддержанию воспалительного процесса в коже. Гипертриглицеридемия может быть обусловлена как увеличением синтеза эндогенных ТГ в печени, так и активацией процессов липолиза. Снижение уровня ФЛ, ве-

роятно, обусловлено усилением процессов перекисного окисления липидов [Рябова, 2002; Котовская, 2005].

Анализ липидного спектра мембран эритроцитов позволил выявить существенные нарушения. Повышение уровня ХС в клеточных мембранах на фоне снижения содержания ХС в сыворотке крови приводит к увеличению микровязкости и осмотической неустойчивости мембран, а иногда - к гемолизу. Дестабилизацию мембран также вызывает повышенное содержание ОЛ и ТГ, что, вероятно, обусловлено внутриклеточными процессами. Эти биохимические изменения приводят к различным морфофункциональным и иммунологическим нарушениям, проявляющимся усилением клеточной пролиферации и угнетением иммунологической реактивности [Краковский и др., 1991; Рябова, 2002; Котовская, 2005]. Сохраняющийся после проведенной терапии липидный дисбаланс, который наиболее выражен в клеточных мембранах, возможно, способствует поддержанию воспалительного процесса в коже, что влияет на клиническое течение дерматоза и продолжительность ремиссии.

Таким образом, по определению Всероссийского научного общества кардиологов (2007) МС - состояние, которое характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, возникающими на этом фоне нарушениями углеводного, липидного, пуринового обмена и развитием артериальной гипертензии (АГ). Больные, как правило, обращаются за медицинской помощью по поводу АГ, сахарный диабет (СД) 2-го типа, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и других симптомов и поэтому оказываются в поле зрения врачей различных специальностей: терапевтов, кардиологов, эндокринологов, гинекологов, а также дерматологов [Біловол, 1999; Прилепская, Гогаева, 2002].

Проводя анализ работ многих авторов, которые в разных аспектах освещают роль нарушения микроциркуляторного русла в коже в развитии патологических процессов кожи при ХСД [Ковнеристый, 1998; Краковский и др., 1991], можно предположить, что есть определенные общие патофизиологические механизмы распределения гемодинамики при аллергодерматозах и АГ [Бутов и др., 1999]. Общеизвестно, что большинство дерматозов - это заболевание не только кожи, они свидетельствуют о патологических процессах в других органах и системах [Мавров, Каруна, 1985; Краковский и др., 1991; Маврова, 2008]. Большинство исследователей считает, что центральный и периферическое кровообращение взаимосвязанные [Мавров, Каруна, 1985; Struijker Boudier, 1999]. Так, реовазографические исследования периферического кровообращения у больных экземой (Э) проводили Б.И. Каруна (1989), Р. Edelberg (1977), что дало возможность выявить у пациентов выраженное нарушение регионарной тканевой гемодинамики с преобладанием гипертонуса артерий и гипотонуса вен, с тенденцией к венозной гиперволе-

мии. Ю.П.Бородин с соавторами в 1975 году, обследуя больных Э, отметили снижение реографического индекса и сокращения времени опоздания пульсовой волны. S.Figar с соавторами в 1981 году сообщают, что у пациентов с микозами стоп и онихомикозами реовазографично выявлено спонтанное повышение периферического сосудистого тонуса, при этом в 49,1% наблюдались инверсные реакции. Аналогичские данные получили и другие авторы [Ковнеристый, 1998].

Так, в 2005 году были опубликованы результаты еще одно исследование, целью которого являлось изучение дифференциальной оценки нарушений микроциркуляции в зависимости от нарушений центральной гемодинамики у больных с различными клиническими формами Э в комбинации с одним из симптомов МС - АГ. Было обследовано 298 пациентов возрастом от 20 до 69 лет (мужчин - 159, женщин - 114), из них в основной группе (132 человека) 76 болели истинной и микробозной Э и 56 - экзематизированными микозами стоп (ЭМС) с сопутствующей АГ, а именно гипертонической болезнью (ГБ) 1 - 2 стадии. Длительность аллергодерматозов составляла от 2 месяцев до 20 лет. Кроме того, существовали две группы сравнения: 76 больных Э и 34 - ЭМС; 31 на ГБ 1-2 стадии. В группу контроля вошли 25 практически здоровых людей. Вычислялись показатели: PI - систолический индекс, t - скорость распространения пульсовой волны, α - время анакроты, d - дикротический индекс периферического сопротивления, V_{ср} - средняя скорость медленного кровенаполнения. Результаты полученных данных состояния периферической гемодинамики в группах сравнения при указанных аллергодерматозах, свидетельствуют о тесной связи с распространенностью кожного процесса. Таким образом, длительность ГБ и более высокая ее стадия, прямо пропорциональны тяжести нарушения процессов микроциркуляции кожи ($\chi^2=23,2$ при $p<0,01$). Вместе с тем, выраженная симптоматика заболеваний, которая отображала тяжесть клинического течения Э, объединенных с ГБ, сопровождалась с более выраженным поражением микроциркуляторного русла ($\chi^2=30,6$ при $p<0,001$). Полученные данные указывают на четкую корреляционную связь между показателями центральной и регионарной гемодинамики, клиническими проявлениями и распространенностью кожного процесса, подтверждают возможное отягченное влияние ГБ на кожное кровообращение при аллергодерматозах и нуждаются в соответствующей рациональной медикаментозной коррекции.

Как известно, снижение активности регенеративных процессов при аллергодерматозах (Э, АД) нередко связано с накоплением промежуточных продуктов свободно-радикального окисления липидов, обладающих способностью угнетать пролиферативные процессы в коже [Передерий, Безюк, 2002; Чазова, Мычка, 2004; Birch et al., 2001]. Известно, что между метаболическим синдромом и некоторыми поражениями кожи и ее придатков - риск развития нарушений метаболических про-

цессов более высокий, чем в общей популяции [Верещака, 2006]. В октябре 2009 года было опубликовано результаты исследования, в котором приняли участие 47 женщин. У всех этих пациенток был отягощен дерматологический анамнез, наблюдались поражения кожи: повышенная сухость, зуд, снижение тургора и эластичности кожи и другие проявления характерные для Э и АД. Возраст пациентов составлял от 8 до 50 лет. В контрольную группу вошли здоровые участницы - 27 человек. У наблюдаемых пациенток наряду с клинико-лабораторными обследованиями измерялись уровни общего магния и кальция в сыворотке крови и эритроцитах, а также ионизированного кальция (Ca_2) в сыворотке крови больных. Сравнивалась взаимосвязь лабораторных показателей с клиническими признаками заболевания в различных возрастных группах. Анализ данных и клинико-лабораторных показателей содержания магния в сыворотке крови ($p < 0,05$) и эритроцитах ($p < 0,01$) показывает снижение уровня магния у обследуемых пациентов. Дефицит общего магния особенно выражен у больных, у которых наряду с кожной патологией выявлялся скрытый диабет, другие эндокринные нарушения (гиперфункция щитовидной железы). Скрытый дефицит магния отмечен и у пациентов с психоэмоциональной лабильностью, физическим или психическим перенапряжением. Понижение содержания этого микроэлемента обнаруживалось также у больных с гипертонической и мочекаменной болезнью. Следует учитывать и то обстоятельство, что магний является физиологическим регулятором продукции альдостерона. Недостаток магния ведет к увеличению секреции альдостерона, задержке жидкости в организме и развитию отеков. При гипомagneмии возникает относительная гиперэстрогения, приводящая к гиперпродукции печени ангиотензина, в свою очередь повышающего уровни альдостерона в крови и артериального давления. Дефицит магния влияет на тяжесть и длительность кожной патологии. Отмечено достоверное уменьшение магния в сыворотке крови и эритроцитах у больных со средней и тяжелой степенью заболевания в сравнении с показателями у здоровых лиц. Наиболее низкая концентрация магния в крови отмечена у пациентов с тяжелым течением и большой длительностью кожного патологического процесса. Наряду с этим наблюдается уменьшение общего Са и увеличение внутриклеточного ($p < 0,05$), а также резкое увеличение Са/Mg эритроцитов ($p < 0,01$) относительно аналогичных показателей в контрольной группе. Отклонения от оптимального диапазона концентрации этих микроэлементов в организме может инициировать возникновение серьезных нарушений обменных процессов, микроциркуляторных нарушений, отложение кальция в коже и подкожной клетчатке. Обобщая данные исследований уровня магния и кальция в сыворотке крови и эритроцитах у больных с кожными поражениями, установлено, что дисбаланс этих микроэлементов в орга-

низме зависит и от возраста пациента: в возрастной группе 14-50 лет он был выражен в большей степени, нежели в группе пациентов от 8 до 14 лет. Возрастные различия уровня концентрации магния и кальция в сыворотке крови и эритроцитах наблюдались и в случаях хронизации аллергодерматозов с повышенным АД и изменением психоэмоционального состояния пациента. Аналогичные отклонения показателей этих микроэлементов, их связь с той или иной степенью тяжести патологического процесса в кожных покровах, установлены и у больных с повышенным АД.

Достоверное понижение концентрации магния в эритроцитах и в сыворотке крови, гипомagneмия наблюдались у пациенток с изменением психоэмоционального состояния и распространенным дерматитом соотношения Са/Mg в эритроцитах. Данные проведенного исследования вполне убедительно доказывают влияние дефицита магния в сыворотке крови и эритроцитах на тяжесть кожной патологии, хронизацию дерматоза, появление сопутствующих симптомов (повышения артериального давления, изменение психоэмоционального состояния). Анализ результатов исследования показал, что в условиях сниженной концентрации магния происходит патологическая активация кальций-зависимых реакций. Являясь естественным антагонистом кальция, магний участвует в процессах мембранного транспорта, способствует торможению сократительной активности гладких и поперечнополосатых мышц за счет расслабления отдельных клеток (миоцитов) путем блокады кальцийзависимого взаимодействия сократительных белков. За пределами клеток (в сыворотке крови) ионы магния способны блокировать нейросимпатическую передачу, препятствуя освобождению ацетилхолина, а также нарушать продукцию катехоламинов клетками мозгового слоя надпочечников, моделируя тем самым, физиологическую реакцию надпочечников на стрессовые воздействия, потенцируя тревожные и депрессивные расстройства и развитие метаболических процессов. Расстройства электролитного баланса, которые выражаются гипомagneмией, понижением внутриклеточного уровня магния, увеличением концентрации кальция эритроцитов проявляются в случаях тяжелого течения дерматозов. Они могут обуславливать нарушения микроциркуляции, функций эндотелия сосудов, повышение в сыворотке крови С-реактивного белка и продуктов перекисного окисления липидов, что ассоциируется с метаболическим синдромом. Проведенные исследования доказывают, что развитие поражений кожи и ее придатков, в том числе и косметических дефектов, свидетельствует о формировании у пациента метаболических нарушений.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

Вышеприведенный анализ литературы свидетельствует о коморбидности хронических системных дер-

матозов и метаболического синдрома, а также влияние МС на течение экземы, атопического дерматита и псориаза в различных возрастных, социальных и половых категориях.

Учитывая высокую распространенность хронических системных дерматозов и метаболического синдрома в нашей стране, подобные исследования являются не-

обходимыми, актуальными и своевременными в настоящее время.

Данные исследования помогут разработать оригинальные методы диагностики и лечения взаимоотношенности патологии, указать прогностические аспекты и создать качественную профилактику хронических системных дерматозов и метаболического синдрома.

Литература

Атоньев А.А. Об общепатологических закономерностях патогенеза аллергических дерматозов /А.А.Атоньев, В.Н.Прохоренков //Вестник дерматол. и венерол.- 1995.- №2.- С.20-22.

Біловол О.М. Клінічні, патогенетичні та терапевтичні аспекти стану нейрогуморальних систем та ендотелію при артеріальній гіпертензії: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук /О.М.Біловол.- Харків, 1999.- 40с.

Верещака В.В. Молекулярні основи патогенезу стареченої в'ялості шкіри / В.В.Верещака //Досягнення молодих учених - дерматовенерологів: матеріали наук.-практ. конф., 7-8 грудня 2006 р.: тез. доп. - К., 2006.- С.27-29.

Клиническая оценка реовазограмм конечностей у больных нейродермитом /В.В.Громов, В.В.Чеботарев, В.Б.Симоненко, В.Т.Коваль //Вестник дерматол. и венерол.- 1992.- №2.- С.35.

Ковнеристый А.Е. Патогенетическое значение нарушений функционального состояния сосудов кожи при хронической экземе /А.Е.Ковнеристый //Журнал дерматол. и венерол.- 1998.- №1 (5).- С.34-36.

Котовская Ю.В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии /Ю.В.Котовская //Сердце.- 2005.- Т.4, №5.- С.236-241.

Краковский М.Э. Зависимость клинического течения истинной экземы от типологических особенностей нервной системы, вегетативного тонуса и ацетилярного фенотипа больных /М.Э.Краковский, В.А.Аковтян, А.Х. Аширметов //Вестник дерматол. и венерол.- 1991.- №3.- С.30-33.

Мавров И.И. Микроциркуляция при дерматозах /И.И.Мавров, Б.И.Каруна.- Київ: Здоров'я, 1985.- С.68-82.

Маврова Д.И. Активное изучение незрелых проблем дерматокосметологии /Д.И.Маврова //Дерматология и венерология.- 2008.- №1 (39).- С.8-14.

Мычка В.Б. Метаболический синдром. Возможности диагностики и лечения. (Подготовлено на основе рекомендаций экспертов ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома /В.Б.Мычка, И.Е.Чазова.- Москва: Медицина, 2008.- С.1-16.

Передерий В.Г. Метаболический синдром: диагностика и лечение /В.Г.Передерий, Н.В.Безюк //Ліки України.- 2002.- №12 (65).- С.26-28.

Прилепская В.Н. Ожирение у женщин в различные возрастные периоды / В.Н.Прилепская, Е.В.Гогаева //Гинекология.- 2002.- №1.- С.3-4.

Рудзський С.Л. Використання антропометричних показників у клінічній ендокринології /С.Л.Рудзський // Клін. ендокринолог. та ендокрин. хірургія.- 2003.- №1 (2).- С.60-64.

Рябова О.А. Нарушение липидного обмена у больных экземой /О.А.Рябова //Дерматология та венерология.- 2002.- №4(18).- С.38-39.

Савельева Л. В. Современный взгляд на лечение ожирения /Л.В.Савельева //Качество жизни.- М.: Медицина.- 2003.- С.54-57.

Уровень липидов и показатели клеточного иммунитета у больных псориазом /Ю.С.Бутов, Е.А.Хрусталева, Е.Г.Федорова [и др.] //Рос. журнал кожных и венерич. болезней.- 1999.- №2.- С.11-14.

Чазова И.Е. Моксонидин улучшает гликемический контроль у пациентов с артериальной гипертензией и избыточной массой тела в сравнении с метформинном: исследование ALMAZ /И.Е.Чазова, В.А.Алмазов, Е.В.Шляхто //Diabetes, Obesity and Metabolism.- 2006.- №8.- С.456-465.

Чазова И.Е. Метаболический синдром / И.Е.Чазова, В.Б.Мычка - Москва: Медицина, 2004.- 168с.

Birch M.D. Hair density, hair diameter and prevalence of female pattern hair loss / M.D.Birch, I.F.Messenger, A.G.Messenger //Brit. J. Dermatol.- 2001.- Vol.144.- P.297-304.

Edwards W. Secular trends in cardiovascular disease risk factor according to body mass index in US adults /W.Edwards //J. Am. Med. Association.- 2005.- Vol.293.- P.1868-1874.

Katherine M. Excess deaths associated with overweight, underweight and obesity /M.Katherine //J. Am. Med. Association.- 2005.- Vol.293.- P.1861-1867.

Peters J. Eczema /J. Peters //Nurs. Stand.- 2000.-Vol.14, №16.- P.49-56.

Struijker Boudier H.A. J. Microcirculation in hypertension /H.A. J. Struijker Boudier //Eur. Heart J.- 1999.- Vol.1, Suppl. L.- P.L32-L37.

Seelig M.S. Metabolic Syndrom-X. A complex of common diseases - diabetes, hypertension, heart disease, dyslipidemia and obesity - marked by insulin resistance and low magnesium / high calcium /M.S.Seelig //Mineral Res. Intern. Tech. Prod. Infor.- 2003.- P.1-11.

ХРОНІЧНІ СИСТЕМНІ ДЕРМАТОЗИ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Біловол А.М., Берегова А.А., Штиров І.Н.

Резюме. Наведена стаття є оглядово-аналітичним дослідженням взаємоз'язку хронічних системних дерматозів та метаболічного синдрому. Проведений пошук та аналіз публікацій, в яких досліджувалися маркери метаболічного синдрому при хронічних системних дерматозах. Увагу було звернено на соціальні, вікові, гендерні, клінічні особливості коморбидності супутніх патологічних станів.

Ключові слова: хронічні системні дерматози, метаболічний синдром, екзема, атопічний дерматит, коморбідність, ожиріння, артеріальна гіпертензія.

CHRONIC DERMATOSIS SYSTEM AGAINST THE BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME

Belovol A.N., Beregovaya A.A., Shtirov I.N.

Summary. The given article is a survey and analytical research of chronic dermatoses and systemic metabolic syndrome. Been

searched and analysis of publications that investigated markers of metabolic syndrome and chronic dermatoses system. Attention was paid to social, age, sex, clinical features comorbidity related pathologies.

Key words: *chronic dermatosis system, metabolic syndrome, eczema, atopic dermatitis, comorbidity, obesity, blood pressure.*

© Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Иващенко А.В.

УДК: 616.366-003.7-053.7-072.1-089.85.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В СВЕТЕ 15-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Иващенко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (пр. Ильича, 3, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. *В работе на основании обобщения опыта миниинвазивного лечения желчнокаменной болезни у 736 больных в возрасте до 35 лет делается вывод, что проблема желчекаменной болезни молодого возраста - это прежде всего высокая вероятность ее проявления в период беременности и в послеродовом периоде. Это диктует необходимость разработки соответствующих профилактических мероприятий.*

Ключевые слова: *желчекаменная болезнь, молодой возраст, беременность, профилактика.*

За последние годы отмечается тенденция к росту желчнокаменной болезни (ЖКБ) у лиц молодого возраста, что объясняется многими факторами: улучшением диагностики, внедрением миниинвазивных вмешательств, изменением характера питания, гиподинамией и другими причинами [Поташев и др., 1993; Елисеенко, Куделькина, 2002]. Так В.М.Делягина и С.Е.Имамбаев [1987], выполнив эхографию брюшной полости у 5167 детей, обнаружили камни в желчном пузыре у 54(1%). Если за период 1987 -1992 в клинике общей хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького находилось на лечении 876 больных с различными формами ЖКБ, из них 555 с острым холециститом (ОХ), 244 из которых были подвергнуты оперативному лечению и в возрасте до 35 лет было всего 8 больных, то с момента внедрения лапароскопических технологий с 1993 по 2009 год пролечено уже 9093 больных с ЖКБ, из них с острым холециститом 2397, 2143 из которых подвергнуты оперативному лечению, из которых в возрасте до 35 лет оказалось уже 736 пациентов. Из них всего 25 мужчин, остальные 711 - женщины.

У 92% молодых женщин появление симптомов заболевания протекало либо на фоне беременности (46 больных), у остальных - в различные сроки после родов: у большинства из них - в течение первого года послеродового периода (61%), у остальных - от 2-х до 4-х лет.

У 70% больных молодого возраста ЖКБ протекало по типу печеночной колики, хроническая болевая форма отмечена у 20% пациентов, у остальных - диспептическая форма. У 4-х беременных клиническая картина протекала с синдромом холестаза. Указанный синдром характеризовался генерализованным кожным зудом, незначительной желтушностью кожных покровов без резких нарушений общего состояния. Возникли данные проявления во вторую половину беременности и исчезли после родов. Предрасполагающими фак-

торами к возникновению синдрома холестаза могут быть сгущение желчи и увеличение ее вязкости, что характерно именно для второй половины беременности, снижение тонуса желчно-выводящих путей и повышение проницаемости желчных капилляров, вследствие избыточного накопления в организме прогестерона, а и возможно, врожденной недостаточности ферментной системы, ответственной за экскрецию связанного билирубина с нарушением обмена эстрогена и тестостерона. Поэтому, по мнению Ю.П.Гичева [1989], холестаз беременных - это проявление своеобразной холангиоэндокринной недостаточности, формирующейся на фоне предшествующей конституциональной неполноценности ферментов метаболизма, билирубина и гормонов. В то же время, нами при ультразвуковом исследовании у этих пациенток были выявлены явления билиарного сладжа без четко определяемых акустических теней. Термином "билиарный сладж" обозначают любую неоднородность желчи, выявленную при эхографическом исследовании. Исходя из классификации желчно-каменной болезни, предложенной А.А.Ильченко [2004] и утвержденной Ш съездом гастроэнтерологов России 2 февраля 2001 года, у этих пациентов наблюдался один из вариантов билиарного сладжа - микролитиаз - взвесь гиперэхогенных точечных, единичных или множественных частиц, смещаемых и не дающих акустической тени и выявляемых после изменения положения тела пациента.

До беременности скудная клиническая симптоматика определялась лишь у 11 пациенток. Из анамнеза удалось выяснить, что у 65% больных родственники страдали различными формами ЖКБ, признаки повышенного питания либо ожирения, а также повторная беременность отмечены у 25% пациентов, заболевания половой сферы у 10%, что согласуется с данными других авторов [Nanare, 1980]. У 2-х пациентов в анамнезе отмечена гемолитическая микросфероцитарная анемия (Миньковского-Шоффара), а двое больных в

searched and analysis of publications that investigated markers of metabolic syndrome and chronic dermatoses system. Attention was paid to social, age, sex, clinical features comorbidity related pathologies.

Key words: *chronic dermatosis system, metabolic syndrome, eczema, atopic dermatitis, comorbidity, obesity, blood pressure.*

© Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Иващенко А.В.

УДК: 616.366-003.7-053.7-072.1-089.85.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В СВЕТЕ 15-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Иващенко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (пр. Ильича, 3, г. Донецк, Украина, 83003)

Резюме. *В работе на основании обобщения опыта миниинвазивного лечения желчнокаменной болезни у 736 больных в возрасте до 35 лет делается вывод, что проблема желчекаменной болезни молодого возраста - это прежде всего высокая вероятность ее проявления в период беременности и в послеродовом периоде. Это диктует необходимость разработки соответствующих профилактических мероприятий.*

Ключевые слова: *желчекаменная болезнь, молодой возраст, беременность, профилактика.*

За последние годы отмечается тенденция к росту желчнокаменной болезни (ЖКБ) у лиц молодого возраста, что объясняется многими факторами: улучшением диагностики, внедрением миниинвазивных вмешательств, изменением характера питания, гиподинамией и другими причинами [Поташев и др., 1993; Елисеенко, Куделькина, 2002]. Так В.М.Делягина и С.Е.Имамбаев [1987], выполнив эхографию брюшной полости у 5167 детей, обнаружили камни в желчном пузыре у 54(1%). Если за период 1987 -1992 в клинике общей хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького находилось на лечении 876 больных с различными формами ЖКБ, из них 555 с острым холециститом (ОХ), 244 из которых были подвергнуты оперативному лечению и в возрасте до 35 лет было всего 8 больных, то с момента внедрения лапароскопических технологий с 1993 по 2009 год пролечено уже 9093 больных с ЖКБ, из них с острым холециститом 2397, 2143 из которых подвергнуты оперативному лечению, из которых в возрасте до 35 лет оказалось уже 736 пациентов. Из них всего 25 мужчин, остальные 711 - женщины.

У 92% молодых женщин появление симптомов заболевания протекало либо на фоне беременности (46 больных), у остальных - в различные сроки после родов: у большинства из них - в течение первого года послеродового периода (61%), у остальных - от 2-х до 4-х лет.

У 70% больных молодого возраста ЖКБ протекало по типу печеночной колики, хроническая болевая форма отмечена у 20% пациентов, у остальных - диспептическая форма. У 4-х беременных клиническая картина протекала с синдромом холестаза. Указанный синдром характеризовался генерализованным кожным зудом, незначительной желтушностью кожных покровов без резких нарушений общего состояния. Возникли данные проявления во вторую половину беременности и исчезли после родов. Предрасполагающими фак-

торами к возникновению синдрома холестаза могут быть сгущение желчи и увеличение ее вязкости, что характерно именно для второй половины беременности, снижение тонуса желчно-выводящих путей и повышение проницаемости желчных капилляров, вследствие избыточного накопления в организме прогестерона, а и возможно, врожденной недостаточности ферментной системы, ответственной за экскрецию связанного билирубина с нарушением обмена эстрогена и тестостерона. Поэтому, по мнению Ю.П.Гичева [1989], холестаз беременных - это проявление своеобразной холангиоэндокринной недостаточности, формирующейся на фоне предшествующей конституциональной неполноценности ферментов метаболизма, билирубина и гормонов. В то же время, нами при ультразвуковом исследовании у этих пациенток были выявлены явления билиарного сладжа без четко определяемых акустических теней. Термином "билиарный сладж" обозначают любую неоднородность желчи, выявленную при эхографическом исследовании. Исходя из классификации желчно-каменной болезни, предложенной А.А.Ильченко [2004] и утвержденной Ш съездом гастроэнтерологов России 2 февраля 2001 года, у этих пациентов наблюдался один из вариантов билиарного сладжа - микролитиаз - взвесь гиперэхогенных точечных, единичных или множественных частиц, смещаемых и не дающих акустической тени и выявляемых после изменения положения тела пациента.

До беременности скудная клиническая симптоматика определялась лишь у 11 пациенток. Из анамнеза удалось выяснить, что у 65% больных родственники страдали различными формами ЖКБ, признаки повышенного питания либо ожирения, а также повторная беременность отмечены у 25% пациентов, заболевания половой сферы у 10%, что согласуется с данными других авторов [Nanare, 1980]. У 2-х пациентов в анамнезе отмечена гемолитическая микросфероцитарная анемия (Миньковского-Шоффара), а двое больных в

возрасте до 1 месяца оперированы по поводу грыжи пупочного канатика, что, по мнению Г.А.Баирова и Н.Ш.Эргашева [1989], способствует образованию желчных конкрементов, вследствие своеобразной синтопии органов брюшной полости и анатомо-топографическими нарушениями у подобных больных.

Диагноз верифицировали на основании данных анамнеза, общеклинических, биохимических, ультразвукового и фиброгастроскопического методов исследований. Следует отметить, что прогресс в изучении билиарного патогенеза и внедрение в широкую практику ультразвукового исследования не только дали существенный толчок к разработке методов консервативного лечения желчнокаменной болезни, но и способствовали выявлению ее на ранней, предкаменной стадии. Становится понятным значение и возможность обнаружения камнеобразования в начальной стадии, особенно у беременных, так как открываются новые возможности профилактики камнеобразования и благополучного завершения не только беременности, но и профилактики клинической манифестации желчнокаменной болезни в дальнейшем, особенно при повторных беременностях.

Из 736 больных 720 подвергнуты оперативному лечению - лапароскопической холецистэктомии с лапароскопической холедохостомией (у 21 больного) и 4 больным через две недели после холецистэктомии выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Из 46 беременных 27 подвергнуты оперативному лечению, 19 - пролечены консервативно. Лишь 4 пациенток прооперированы в первую половину беременности, остальные - после 17 недель беременности. Показаниями для оперативного лечения явились длительно некупирующаяся колика - 14 пациентов, признаки деструкции желчного пузыря - 11, явления гипербилирубинемии выше 40ммоль/л - 2 пациентки.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Неблагоприятных исходов не было. Беременность и роды у абсолютного большинства беременных пациенток протекали также без осложнений (у 4-х акушерское пособие выполнено путем кесарева сечения, из-за причин не связанных с ЖКБ и проведенным оперативным лечением).

По нашему мнению, проблема ЖКБ в молодом возрасте - это прежде всего высокая вероятность ее клинической манифестации в период беременности и послеродовом периоде. Бесспорно, гормональная перестройка при беременности влияет на коллоидную стабильность желчи и способствует гиподинамии желч-

ного пузыря [Поташев и др., 1993]. Известно, что избыток эстрогенов в крови влияет как на состояние самой печени, уменьшая синтез общих желчных кислот за счет увеличения эстерификации халестерина гепатоцитами и повышая чувствительность к различным стимуляторам синтеза холестерина, так и на моторику желчного пузыря, способствуя стазу желчи [Мансуров, 1983]. Эстрогены также действуют на механизмы транспорта внутри гепатоцита, увеличивая вязкость липидов на внутриклеточной мембране за счет обратного всасывания жидкости из первичной желчи через желчные капилляры. В результате этих процессов усиливается выделение холестерина с желчью. Немаловажную роль у молодых пациентов в развитии холелитиаза отводят генетической предрасположенности [Полатова, 1977]. Все вышесказанное диктует необходимость изыскания путей прогнозирования возможных осложнений беременности со стороны билиарного тракта и проведения соответствующих профилактических мероприятий. В этом отношении (по нашему первому опыту) перспективной выглядит диагностика начальной предкаменной стадии ЖКБ с помощью ультразвука по макроскопическим изменениям желчи, а не по данным биохимических исследований, в виде определения различных вариантов билиарного сладжа, предложенная А.А.Ильченко в 2004 году [Ильченко, 2004] и проведения соответствующего лечения у беременных - специальная диета с большим количеством растительной клетчатки и ограничение продуктов богатых холестерином (печень, мозги, животные жиры, кроме сливочного масла), и со второй половины беременности - минеральные воды, желчегонные травы, гепатопротекторы и др.) [Серебрина, Беличенко, 1983].

Выводы и перспективы дальнейших разработок

Таким образом, на основании обобщения опыта миниинвазивного лечения желчекаменной болезни можно сказать, что проблема желчекаменной болезни молодого возраста - это, прежде всего, высокая вероятность ее проявления в период беременности и в послеродовом периоде.

Такая ситуация диктует необходимость разработки соответствующих профилактических мероприятий, включающих своевременную диагностику начальной (предкаменной) стадии ЖКБ с помощью ультразвука по макроскопическим изменениям желчи и использования специальной диеты для беременных.

Литература

- Баиров Г.А. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни у детей /Г.А. Баиров, Н.Ш.Эргашев //Клиническая хирургия. - 1989. - №6. - С. 45-47.
- Гичев Ю.П. О синдроме холестаза при беременности /Ю.П.Гичев //Акушерство и гинекология. - 1989. - №5. - С. 64-65.
- Делягина В.М., Имамбаев С.Е. Желчнокаменная болезнь у детей /В.М.Делягина, С.Е.Имамбаев // Вопросы охраны материнства и детства. - 1987. - №5. - С. 7-13;
- Елисеенко А.В. Желчнокаменная болезнь и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование) /А.В.Елисеенко, Н.А.Куделькина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2002. - №5(12). - С. 98.
- Ильченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни /А.А.Ильченко //Терапевтический архив. - 2004. -

№2. - С. 75-78;
Мансуров Х.Х. О роли желчного пузыря в развитии холестеринового холецистита /Х.Х.Мансуров //Здравоохранение Таджикистана. - 1983. - №2. - С. 14-20.
Полатова Л.Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с

патологией печени: автореф. дисс. ... докт. мед. наук /Полатова Л.Ф. - Пермь, 1977. - 49 с.
Поташев Л.В. Желчнокаменная болезнь у лиц молодого возраста /Л.В.Поташев, Т.Д.Фигурин, Н.А.Колпаков / /Клин. медицина. - 1993. - №1. - С. 25-27.
Серебряна Л.А. Холелитиаз у молодых

женщин в течение первого года после родов /Л.А.Серебряна, Т.А.Беличенко //Гастроэнтерология: Респ. межведомственный сборник. Вып.15. - Киев.: Здоровье, 1983. - С. 77-79.
Hanare L.H. Cholesterol cholelithiasis in adolescent females /L.H.Hanare //Arch. Surg. - 1980. - Vol.15, №1. - P. 62-64.

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ В СВІТЛІ 15-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛАПАРОСКОПІЧОЇ ХІРУРГІЇ

Івашченко В.В., Скворцов К.К. (мол.), Івашченко А.В.

Резюме. В роботі на основі узагальнення досвіду мініінвазивного лікування жовчнокам'яної хвороби у 736 хворих віком до 35 років робиться висновок, що проблема жовчнокам'яної хвороби молодого віку - це, перш за все, висока ймовірність її прояву в період вагітності та в післяпологовому періоді. Це диктує необхідність розробки відповідних профілактичних засобів.
Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, молодий вік, вагітність, профілактика.

CHOLELITHIASIS FOR THE PATIENTS OF YOUNG AGE THE LIGHT OF 15-YEARS EXPERIENCE OF LAPAROSCOPY SURGERY

Svashchenko V.V., Skvorzov K.K., Skvorzov K.K., Ivashchenko A.V.

Summary. In work on the basis of generalization of experience of laparoscopy treatment of cholelithiasis at 736 patients under age 35 years conclusion is drawn, that the problem of cholelithiasis of young age - it is of high probability of its display in the period of pregnancy and in a postnatal stage. It is necessary to develop prophylactic measures for this category of patients.

Key words: cholelithiasis, young age, pregnancy, prophylaxis.

© Шудрак А.А.

УДК: 616.352.5-006.03-089.844-035

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

Шудрак А.А.

Головний військово-медичний клінічний центр МО України (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 03113)

Резюме. У статті викладено огляд вітчизняної та англомовної фахової літератури стосовно проблем лікування хронічного геморою. Викладені технічні аспекти сучасних модифікацій методик лікування хронічного геморою. Особливу увагу приділено аналізу наукових джерел щодо можливих ускладнень лікування, їх видів та частоти при застосуванні різних методик лікування хронічного геморою. За результатами проведеного аналізу наведені дані щодо структури та частоти післяопераційних ускладнень при різних методиках лікування хронічного геморою.
Ключові слова: геморої, малоінвазивне лікування, хірургічне лікування, гемороїдектомія.

Вступ

Геморої є одним з найпоширеніших захворювань людства, відомих з глибокої давнини. На сьогодні близько 120 людей з тисячі мають дану патологію, кожен третій з яких потребує хірургічного лікування [Вороб'єв і др., 2002; Канаметов, 2002; Ривкин, Капуллер, 2000]. Слід зауважити, що хворіють переважно люди соціально активного віку (30-60 рр.), що призводить до вагомих економічних втрат [Мамчич та ін., 2006; Палієнко та ін., 2006]. На це захворювання хворіє понад 10% дорослого населення, 4% від всіх хірургічних хворих, а питома вага серед проктологічних хворих складає близько 40% [Благодарный і др., 2005; Вороб'єв і др., 2002]. За останні роки за даними різних авторів кількість гемороїдектомій, виконаних проктологами США, Великобританії, Австралії скоротилась в 3,5-4 рази. Лікування більшості хворих на геморої в цих країнах ґрунтується на використанні малоінвазивних методик [Ананко, 2007; Дергачев і др., 2003]. За даними різних дослідників у 23-51% пацієнтів, що лікувалися з використан-

ням класичних методик типу "Milligan-Morgan" виникають післяопераційні ускладнення [Благодарный і др., 2005; Васильев, Комяк, 2007; Мамчич та ін., 2006; Шелыгин, Титов, 2003]. Створенню атмосфери психологічного комфорту між пацієнтом та лікарем сприяє широке застосування малоінвазивних методик лікування геморою, проте відсутність чіткого алгоритму їх використання у 8-32% випадків призводить до незадовільних результатів лікування пацієнтів з хронічним гемороєм [Ананко, 2007; Вороб'єв і др., 2002; Abdeldaim et al., 2007; Takano, Iwadare, 2006].

Надзвичайно велика кількість авторів (В.А.Оппель, 1903; М.Г.Пруїт, 1931; В.Р.Брайцев, 1953; В.Ф.Смірнов, 1963; Ю.В.Тимохін, 1965; Н.Томсон, 1980; Л.Корман, 1998; М.П.Захараш, 2002 та ін.) намагалися класифікувати геморої за стадіями, формами, локалізацією і навіть за важкістю перебігу. На сьогодні найпоширенішою є класифікація, за якою виділяють чотири стадії: I ст. - в підслизовому шарі над зубчатою лінією виз-

№2. - С. 75-78;
Мансуров Х.Х. О роли желчного пузыря в развитии холестеринового холецистита /Х.Х.Мансуров //Здравоохранение Таджикистана. - 1983. - №2. - С. 14-20.
Полатова Л.Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с

патологией печени: автореф. дисс. ... докт. мед. наук /Полатова Л.Ф. - Пермь, 1977. - 49 с.
Поташев Л.В. Желчнокаменная болезнь у лиц молодого возраста /Л.В.Поташев, Т.Д.Фигурин, Н.А.Колпаков / /Клин. медицина. - 1993. - №1. - С. 25-27.
Серебряна Л.А. Холелитиаз у молодых

женщин в течение первого года после родов /Л.А.Серебряна, Т.А.Беличенко //Гастроэнтерология: Респ. межведомственный сборник. Вып.15. - Киев.: Здоровье, 1983. - С. 77-79.
Hanare L.H. Cholesterol cholelithiasis in adolescent females /L.H.Hanare //Arch. Surg. - 1980. - Vol.15, №1. - P. 62-64.

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ В СВІТЛІ 15-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛАПАРОСКОПІЧОЇ ХІРУРГІЇ

Івашченко В.В., Скворцов К.К. (мол.), Івашченко А.В.

Резюме. В роботі на основі узагальнення досвіду мініінвазивного лікування жовчнокам'яної хвороби у 736 хворих віком до 35 років робиться висновок, що проблема жовчнокам'яної хвороби молодого віку - це, перш за все, висока ймовірність її прояву в період вагітності та в післяпологовому періоді. Це диктує необхідність розробки відповідних профілактичних засобів.
Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, молодий вік, вагітність, профілактика.

CHOLELITHIASIS FOR THE PATIENTS OF YOUNG AGE THE LIGHT OF 15-YEARS EXPERIENCE OF LAPAROSCOPY SURGERY

Svashchenko V.V., Skvorzov K.K., Skvorzov K.K., Ivashchenko A.V.

Summary. In work on the basis of generalization of experience of laparoscopy treatment of cholelithiasis at 736 patients under age 35 years conclusion is drawn, that the problem of cholelithiasis of young age - it is of high probability of its display in the period of pregnancy and in a postnatal stage. It is necessary to develop prophylactic measures for this category of patients.
Key words: cholelithiasis, young age, pregnancy, prophylaxis.

© Шудрак А.А.

УДК: 616.352.5-006.03-089.844-035

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

Шудрак А.А.

Головний військово-медичний клінічний центр МО України (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 03113)

Резюме. У статті викладено огляд вітчизняної та англомовної фахової літератури стосовно проблем лікування хронічного геморою. Викладені технічні аспекти сучасних модифікацій методик лікування хронічного геморою. Особливу увагу приділено аналізу наукових джерел щодо можливих ускладнень лікування, їх видів та частоти при застосуванні різних методик лікування хронічного геморою. За результатами проведеного аналізу наведені дані щодо структури та частоти післяопераційних ускладнень при різних методиках лікування хронічного геморою.
Ключові слова: геморої, малоінвазивне лікування, хірургічне лікування, гемороїдектомія.

Вступ

Геморої є одним з найпоширеніших захворювань людства, відомих з глибокої давнини. На сьогодні близько 120 людей з тисячі мають дану патологію, кожен третій з яких потребує хірургічного лікування [Воробьев и др., 2002; Канаметов, 2002; Ривкин, Капуллер, 2000]. Слід зауважити, що хворіють переважно люди соціально активного віку (30-60 рр.), що призводить до вагомих економічних втрат [Мамчич та ін., 2006; Палієнко та ін., 2006]. На це захворювання хворіє понад 10% дорослого населення, 4% від всіх хірургічних хворих, а питома вага серед проктологічних хворих складає близько 40% [Благодарный и др., 2005; Воробьев и др., 2002]. За останні роки за даними різних авторів кількість гемороїдектомій, виконаних проктологами США, Великобританії, Австралії скоротилась в 3,5-4 рази. Лікування більшості хворих на геморої в цих країнах ґрунтується на використанні малоінвазивних методик [Ананко, 2007; Дергачев и др., 2003]. За даними різних дослідників у 23-51% пацієнтів, що лікувалися з використан-

ням класичних методик типу "Milligan-Morgan" виникають післяопераційні ускладнення [Благодарный и др., 2005; Васильев, Комяк, 2007; Мамчич та ін., 2006; Шелыгин, Титов, 2003]. Створенню атмосфери психологічного комфорту між пацієнтом та лікарем сприяє широке застосування малоінвазивних методик лікування геморою, проте відсутність чіткого алгоритму їх використання у 8-32% випадків призводить до незадовільних результатів лікування пацієнтів з хронічним гемороєм [Ананко, 2007; Воробьев и др., 2002; Abdeldaim et al., 2007; Takano, Iwadare, 2006].

Надзвичайно велика кількість авторів (В.А.Оппель, 1903; М.Г.Пруйт, 1931; В.Р.Брайцев, 1953; В.Ф.Смірнов, 1963; Ю.В.Тимохін, 1965; Н.Томсон, 1980; L.Corman, 1998; М.П.Захараш, 2002 та ін.) намагалися класифікувати геморої за стадіями, формами, локалізацією і навіть за важкістю перебігу. На сьогодні найпоширенішою є класифікація, за якою виділяють чотири стадії: I ст. - в підслизовому шарі над зубчатою лінією виз-

начаються вузли, які періодично кровоточать під час дефекації; II ст. - внутрішні гемороїдальні вузли випадають під час дефекації, але самостійно вправляються; III ст. - гемороїдальні вузли випадають при натужуванні; IV ст. - гемороїдальні вузли не можуть бути вправленими. Незважаючи на увагу, приділену дослідниками розробці низки класифікацій, зазначення стадії захворювання часто носить формальний характер, хоча саме на стадійності повинен ґрунтуватись вибір оптимального методу лікування пацієнтів на геморой [Воробьев и др., 2002; Захараш та ін., 2002; Палієнко та ін., 2006].

На сьогодні не існує єдиної думки щодо тактики лікування пацієнтів з хронічним гемороєм. Частина авторів пропагують активну хірургічну тактику, інші рекомендують проведення консервативного лікування ізольовано чи як підготовчий етап перед радикальним оперативним втручанням [Воробьев и др., 2002; Мамчич та ін., 2006; Birchley, 2007; Fergusson, Heaton, 1959; Mosca, 2005; Mulhim et al., 2006; Parades et al., 2005; Patti, 2006; Stolfi et al., 2008]. Все популярнішим стає застосування існуючих, розробка та впровадження нових малоінвазивних методик лікування пацієнтів з гемороєм. У будь-якому разі лікування гемороїдальної хвороби повинно бути комплексним, з використанням як консервативних, так і хірургічних методик лікування, які мають бути спрямовані не на пропаганду тієї чи іншої методики лікування (або фармацевтичного препарату), а на надання якісної медичної допомоги пацієнту [Благодарный и др., 2005; Бойко и др., 2006; Канаметов, 2002; Gaj et al., 2007; Jahannsson et al., 2006; Milligan, Morgan, 1937; Parks, 1956; Vita, 2004].

Враховуючи в'ялоперебіжний, часто хронічний характер захворювання, лікування слід розпочинати з консервативних заходів [Захараш та ін., 2002; Herold, 2006; Nastro et al., 2004]. При лікуванні ускладнених форм геморою використовують як монотерапію, так і комбінації препаратів з різних фармакологічних груп, при чому найбільш часто використовуються: антикоагулянти, дезагреганти, нестероїдні та стероїдні протизапальні препарати, ангіопротектори, венотоники, антисептики, антиангінальні, антихолінергічні, послаблюючі, кровоспинні препарати. Незважаючи на величезну кількість сучасних фармацевтичних препаратів, що інколи вимагають повторних курсів застосування, клінічне одужання, за літературними даними, відбувається лише в 8,7-51,0% пацієнтів, а кількість рецидивів протягом 3 років коливається від 30 до 100%, що часто спонукає лікаря до активної хірургічної тактики [Дергачев и др., 2003; Нечай, Гончаров, 2007; Izadpanah, Hosseini, 2005; Lehnhardt, 2004; Schouten, van Vroonhoven, 1986].

Відомо кілька сотень різних методів хірургічного лікування пацієнтів з хронічним гемороєм [Захараш та ін., 2002; Мамчич та ін., 2006; Sarditello, Stilo, 2007; Gupta, 2004; Kannelos, 2005]. Перші операції, частина з яких актуальна і на сьогоднішній день, ґрунтувалися на висіченні трьох основних колекторів кавернозної тканини

- гемороїдальних вузлів [Ривкин, Капуллер, 2004; Milligan, Morgan, 1937; Morinaga et al., 1995]. Вперше операцію, спрямовану на видалення гемороїдальних колекторів виконав W.E.Miles у 1917 році. В 1937 році E.Milligan і G.Morgan описали аналогічну операцію, приділивши основну увагу перев'язці судинних ніжок гемороїдальних вузлів, з часом були розроблені модифікації цієї операції в НДІ проктології, в основі яких є часткове чи повне ушивання ран, утворених на періанальній шкірі і стінках анального каналу [Благодарный и др., 2005; Воробьев и др., 2002; Канаметов, 2002; Milligan, Morgan, 1937]. За останні десятиліття методика зазнала, численних удосконалень та використовується на сьогодні у численних її модифікаціях [Мамчич та ін., 2006; Aigner, 2006]. В 1959 році A. Ferguson запропонував закрити гемороїдектомію, що має високу популярність в США й до сьогодні [Шельгин, Титов, 2003; Birchley, 2007; Sarditello, Stilo, 2007; Fergusson, Heaton, 1959; Huang, 2007; Izadpanah, Hosseini, 2005; J?hannsson et al., 2006].

Більш складним радикальним оперативним втручанням є запропонована у 1882 році операція Whitehead, яка й досі не втратила свого значення. Операція Whitehead полягає в циркулярному висіченні гемороїдальних вузлів разом із слизовою оболонкою прямої кишки. Відсоток виникнення ускладнень післяопераційного періоду при цьому складає близько 13% [Дергачев и др., 2003; Канаметов, 2002]. Однак у пацієнтів оперованих "класичними" способами тривалість втрати працездатності складає від 3-х до 4-х тижнів. Незважаючи на те, що більшість згаданих операцій вважаються радикальними, протягом 3 років рецидив захворювання виникає в 8,3% пацієнтів [Васильев, Комяк, 2007; Мамчич та ін., 2006; Ascanelli, 2005; Asfar et al., 1988; Charua-Guindic, 2007; Duhamel, Romand Heuyer, 1985].

У зв'язку з розвитком сучасних технологій за останні десятиріччя відзначається невпинна тенденція до впровадження їх у клінічну практику при виконанні гемороїдектомії, з метою зниження числа післяопераційних ускладнень і скорочення строків реабілітації [Bikhchandani et al., 2005; Mattana, 2007; Picchio et al., 2006]. Розвиваючи ідею циркулярного висічення слизової оболонки прямої кишки у 1981 році Кобландіним була запропонована, а в 1993 році італійським хірургом Antonio Longo удосконалена оригінальна методика лікування пацієнтів із гемороєм, що за останні роки набула неабиякої популярності як в Європі, так і в країнах пострадянського простору [Ананко, 2007; Воробьев и др., 2002; Candela, 2007; Dell'Abate et al., 1985; Sardinha, Corman, 2002; Takano, Iwadare, 2006]. Незважаючи на досить добрі результати лікування за методикою A.Longo, після виконання такої операції ускладнення все ж таки мають місце, і частота їх виникнення (тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів, кровотеча з ділянки анастомозу, дизуричні розлади, стеноз анального каналу) сумарно становить 7,4% [Васильев, Комяк, 2007; Нечай, Гончаров, 2007; Dell'Abate et al., 1985; Ganio et al., 2007;

Gravie, 2005, Huang, 2007; Ortiz, 2007; Slim, 2007; Stolfi et al., 2008].

В останні роки в літературі з'явилися публікації про успішне використання ультразвукового скальпеля ("UltraCision" виробництва фірми Ehticon Endo-Surgery) при різноманітних хірургічних операціях, в тому числі і для хірургічного лікування пацієнтів з гемороєм. Використання ультразвукового скальпеля виявилось ефективнішим за звичні методики гемостазу, і дозволяє коагулювати судини діаметром до 5 мм. За даними досліджень у хворих, що перенесли гемороїдектомію з використанням ультразвукового скальпеля, дизуричні розлади спостерігаються у 3% прооперованих хворих, кровотеча з післяопераційної рани в 3,3% пацієнтів, больовий синдром близько 3 балів (за 10 бальною візуально-аналоговою шкалою) - у 8,4% хворих [Нечай, Гончаров, 2007; Шельгін, Титов, 2003].

У 1999 році компанією "Valeyab" (США) була розроблена електротермічна система Liga Sure, для коагуляції та пересічення судини, що знайшла своє застосування в хірургічному лікуванні геморою. Розробники приладу вважають доцільним більш широке використання пристрою, як конкурентоспроможну альтернативу традиційній гемороїдектомії, хоча ускладнення післяопераційного періоду спостерігаються, за даними різних дослідників, у 7-12% випадків [Васильєв, Комяк, 2007; Нечай, Гончаров, 2007; Aigner, 2006].

За останні роки в щоденній практиці колопроктологів все частіше використовуються малоінвазивні методики лікування пацієнтів із гемороєм. Сучасне лікування у більшості країн Європи проводиться амбулаторно в проктологічних кабінетах та клініках "одного дня". Причому кількість операцій, що виконуються в амбулаторних умовах, складає 60-90% загальної кількості проктологічних операцій. А в загальному об'ємі амбулаторних оперативних втручань проктологічні операції становлять близько 26% [Ананко, 2007; Палієнко та ін., 2006].

Найпоширенішими малоінвазивними методиками лікування, що використовуються як за кордоном, так і в Україні, є: вакуумне лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями, електрокоагуляція, інфрачервона фотокоагуляція, склеротерапія, кріодеструкція, лігування гемороїдальних артерій під контролем доплерографії та ін. [Загрядський, 2005; Шельгін, Титов, 2003; Felice et al., 2005; Morinaga et al., 1995]. Найбільшої уваги заслуговують методики, що ґрунтуються на зменшенні кровонаповнення та механічному видаленні надлишкового об'єму патологічно зміненої кавернозної тканини, як такі, що мають патогенетичне обґрунтування.

Методика перев'язки гемороїдальних вузлів була запропонована понад 2000 років тому Авлом Корнелієм Цельсом. В 1884 році Н.В.Скляфосовський запропонував попередньо прошивати ніжку гемороїдального вузла, і лише після цього виконувати його перев'язку. Вперше розробив та використав інструмент для лігування

гемороїдального вузла Blaisdell 1954 р, який був удосконалений та спрощений у використанні Barron у 1963 році. Застосування даної методики показане при внутрішньому геморої І-ІІ, а інколи і при ІІІ стадії. Переважно використовуються лігатори з зовнішнім джерелом від'ємного тиску (Karl Storz німецького виробництва та російський вакуумпідсилений лігатор гемороїдальних вузлів S 7401). Втрата працездатності при використанні цієї методики становить 3-5 днів [Захараш та ін., 2002; Палієнко та ін., 2006]. Найчастішими ускладненнями лігування гемороїдальних вузлів є больовий синдром (10-15%), тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів (виникає у близько 3% пацієнтів), кровотеча (зустрічається у 1% прооперованих). Від 10 до 12% пацієнтів, які перенесли латексне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів все ж потребують хірургічного лікування в зв'язку з рецидивом захворювання [Благодарный и др., 2005; Нечай, Гончаров, 2007; Morinaga et al., 1995].

Склеротерапію як метод лікування пацієнтів з гемороєм вперше застосував російський лікар І.І.Карпінський у 1870 р., використовуючи для цього персульфат заліза та фенол. На сьогодні для склеротерапії використовуються детергенти, осмотичні розчини і корозійні препарати. Склеротерапія геморою вважається ефективною при І стадії захворювання. Частота виникнення рецидивів при ІІ-ІІІ ст. може сягати за деякими даними до 70% [Ананко, 2007]. Описано випадки утворення після склеротерапії позаочеревинних абсцесів малого тазу. Як ускладнення склеротерапії частіше виникає фіброз стінки прямої кишки, поліпи, олеогранульоми, виразкування та некроз слизової оболонки, анафілаксія, в зв'язку з чим на сьогодні склеротерапія використовується значно рідше [Канаметов, 2002; Нечай, Гончаров, 2007].

Сучасна теорія патогенезу геморою, пов'язана з патологією судинних структур кавернозної тканини прямої кишки, сприяла розробці та впровадженню в клінічну практику методу рентгенендоваскулярної емболізації верхньої прямокишкової артерії. Однак технічна складність виконання, інвазивність методики, небезпека критичної ішемізації стінки прямої кишки обмежили використання цієї методики в широкій клінічній практиці [Мамчич та ін., 2006; Нечай, Гончаров, 2007].

З початком застосування в медицині інфрачервоного та ультрафіолетового випромінювання A.Neiger у 1978 р. запропонував методику інфрачервоної фотокоагуляції гемороїдальних вузлів. Для фотокоагуляції застосовують фотокоагулятори "Свет-1" (Росія), "Lumatec" (США), "Arco-MC" німецької фірми (Sering Medicintehnic). Покращення відзначають 66,6-87,1% пацієнтів. Однак через 6 місяців у 6,6% пацієнтів дослідники виявляли рецидив захворювання, що потребувало виконання радикального оперативного втручання. При випадінні гемороїдальних вузлів фотокоагуляція вважається неефективною [Благодарный и др., 2005; Воробьев и др., 2002; Нечай, Гончаров, 2007].

Однією із малоінвазивних методик лікування

пацієнтів з гемороєм є холодова деструкція (кріотерапія). Метод ґрунтується на швидкому заморожуванні гемороїдальних вузлів рідким азотом або рідким заки-сом азоту. Тривалий період реабілітації, високий відсоток ускладнень, а також рецидивування в майже 50% випадків примусив багатьох проктологів відмовитись від його використання. Крім того, метод потребує кош-товного устаткування, хоча і не має жодних переваг перед іншими малоінвазивними методиками лікуван-ня хронічного геморою [Васильєв, Комяк, 2007; Дерга-чев и др., 2003; Палієнко та ін., 2006].

Вперше електрокоагуляцію як спосіб лікування пацієнтів з гемороєм запропонував А. Gain в 1939 році. В літературі повідомляється про використання різних апаратів типу АКМ, Вісар, Ultroid, WD-II. Принцип роботи всіх цих приладів базується на ефекті діатермічного впливу електричного струму шляхом його подачі че-рез провідник до слизово-підслизових структур. Серед негативних наслідків методики - біль, кровотеча, рано-ва інфекція, електротравма. Показами до застосування цього методу є внутрішній геморою I-II стадій. Протипо-казаннями вважаються - гострий геморою, парапроктит, анальна тріщина [Васильєв, Комяк, 2007; Нечай, Гонча-ров, 2007].

Порівняно з новою методикою, що має цілеспрямо-вану дію на судинний та м'язово-дистрофічний чинни-ки розвитку геморою, є ідентифікація термінальних гілок верхніх прямокишкових артерій в підслизовому шарі прямої кишки за допомогою ультразвукової (УЗ) доп-лерометрії, з наступним прошиванням та лігуванням їх вікриловими швами [Загрядский, 2005; Канаметов, 2002]. Цю методику було розроблено та запропонова-но японським хірургом R. Morinaga в 1995 році [Morinaga et al., 1995]. На ринку існують апарати: "Ангіодін" (Росія), апарат компанії Agency Medical Innovations (А.М.І. Авст-

рія), та Transanal Hemorrhoidal Dearterialisation (THD, Іта-лія). Ця методика найбільш ефективна при I-II стадії геморою, хоча інколи використовується і при III стадії цього захворювання [Канаметов, 2002; Abdeldaim et al., 2007; Takano, Iwadare, 2006]. За даними деяких авторів, близько 78-90% пацієнтів залишаються задоволеними результатами лікування [Васильєв, Комяк, 2007; Кана-метов, 2002; Felice et al., 2005]. Ранні післяопераційні ускладнення при лікуванні за цією методикою виника-ють у близько 4% пацієнтів, серед яких найчастіше зу-стрічаються кровотеча з ділянки прошивання та дизу-ричні розлади [Загрядский, 2005; Aigner, 2006]. За дея-кими повідомленнями, при оцінці віддалених резуль-татів лікування рецидивування захворювання спостері-гається в 8,1%, а при використанні методики дезартер-ізації судинних гемороїдальних ніжок під контролем доплерометрії на пізніх стадіях хронічного геморою цей показник сягає 50% [Васильєв, Комяк, 2007].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Основними критеріями ефективності лікування хворих на геморою є характер перебігу післяоперацій-ного періоду та віддалені результати лікування. Незва-жаючи на численні публікації про високу ефективність комбінацій малоінвазивних методик лікування хворих на хронічний геморою, в літературних джерелах відсут-ня інформація про віддаленні результати лікування, що не дозволяє упевнено зробити висновок про мож-ливість їх використання.

Стан проблеми спонукає до активного наукового пошуку шляхів оптимізації лікування пацієнтів з хроні-чним гемороєм, розробки нових лікувальних методик, що ґрунтуються на анатомо-патогенетичних аспектах виникнення гемороїдальної хвороби.

Література:

- Амбулаторное лечение внутреннего ге-морроя малоинвазивными методи-ками /Дергачёв С.В., Ковалёв В.К., Михель В.В. [и др.] //Стационар-замещающие технологии. Амбула-торная хирургия. - 2003. - №2. - С. 31-33.
- Ананко А.А. Геморрой - старая проблема и новые пути ее решения //Украї-нський медичний часопис. - 2007. - №3-4. - С. 117-121.
- Благодарный Л.А. Дифференцирован-ный подход к выбору метода лече-ния хронического геморроя /Л.А.Б-лагодарный, В.П.Судаков, М.Г.Бы-стров //Актуальные проблемы ко-лопроктологии. - Москва. - 2005. - С. 43-45.
- Бойко В.В. Малоинвазивный метод ле-чения больных с комбинирован-ными формами геморроя /В.В.Бой-ко, И.В.Сариан, И.В.Соловьёв //Харківська хірургічна школа. - 2006. - №1. - С. 144-146.
- Васильев С.В. Сравнительная оценка операции Лонго и шовного лигиро-вания верхней прямокишечной ар-терии в лечении хронического ге-морроя /С.В.Васильев, К.Н.Комяк //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2007. - Т.166, №3. - С. 70-72.
- Воробьев Г.И. Геморрой /Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. - Москва: Митра-пресс, 2002. - С. 192.
- Загрядский Е.А. Лигирования геморро-идальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии в амбулаторном лечении хроничес-кого геморроя /Загрядский Е.А. //Актуальные проблемы колопрокто-логии: материалы научной конфе-ренции с международным участи-ем. - Москва, 2005. - С. 75-77.
- Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под кон-тролем ультразвуковой доплеромет-рии в лечении геморроя: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 /Канаме-тов М.Х. - Москва, 2002. - 125 с.
- Лікування гострого геморою з викорис-танням малоінвазивних методик /В.І.Мамчич, Р.К.Палієнко, В.С.Андрієць, [та ін.] //Хірургія Ук-раїни. - 2006. - № 2. - С. 72-74.
- Нечай И.А. Современные технологии в лечении хронического геморроя /И.А.Нечай, Д.Ю.Гончаров //Стаци-онарзамещающие технологии. Амбу-латорная хирургия. - 2007. - №2. - С. 58-62.
- Палієнко Р.К. Малотравматична такти-ка лікування хронічного геморою /Р.К.Палієнко, В.С.Андрієць, Ю.В.-Андрієць //Український журнал ма-лоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2006. - №3. - С. 5-8.
- Ривкин В.Л. Геморрой. Запоры /Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. - М.: Медици-на, 2000. - С. 143.
- Сучасні принципи діагностики і ліку-

- вання геморою: метод. рекомендації /М.П.Захараш, О.І.Пойда, В.М.Мальцев [та ін.]. - К., 2002. - 24 с.
- Ханевич Г.И. Склерозирующая терапия геморроя /Г.И.Ханевич, Р.В.Мирумян // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2004. - Т.163, №2. - С. 132-134.
- Шельгин Ю.А. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое /Ю.А.Шельгин, А.Ю.Титов //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2003. - №1. - С. 39-44.
- Aigner F. The vascular nature of hemorrhoids /F.Aigner. //J. Gastrointest. Surg. - 2006. - Vol.10, №7. - P. 1144-1150.
- Ascanelli S. Long stapled haemorrhoidectomy versus Milligan-Morgan procedure: short- and long-term results of a randomised, controlled, prospective trial /S.Ascanelli //Chir. Ital. - 2005. - Vol.57, №4. - P. 439-447.
- Asfar S. Hemorrhoidectomy and sphincterotomy /S.Asfar, T.Juma, T.Ala-Edeen //Dis. Colon. Rectum. - 1988. - Vol.31, №3. - P. 181-184.
- Birchley D. Randomized clinical trial of the effects on anal function of Milligan-Morgan versus Ferguson haemorrhoidectomy /D.Birchley //Br. J. Surg. - 2007. - Vol.94, №1. - P. 122.
- Candela G. The gold standard in the treatment of haemorrhoidal disease. Milligan-Morgan haemorrhoidectomy vs Longo mucoprolapsectomy: comparing techniques /G.Candela // Minerva Chir. - 2007. - Vol.62, №3. - P. 151-159.
- Carditello A. Ferguson hemorrhoidectomy, modified by using the Ligasure radiofrequency coagulator /A.Carditello, F.Stilo //Chir. Ital. - 2007. - Vol.59, №1. - P. 99-104.
- Char?а-Guindic L. Results and analysis of Ferguson-type hemorrhoidectomy /L.Char?а-Guindic //Cir. Cir. - 2007. - Vol.75, №3. - P. 181-189.
- Dopler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy /G.Felice, A.Privitera, E.Ellul [et al.] // Dis. Colon Rectum. - 2005. - Vol.48, №11. - P. 2090-2093.
- Doppler-guided haemorrhoidal arteries ligation: preliminary clinical experience /Y.Abdeldaim, O.Mabadeje, K.Muhammad [et al.] //Irish. Medical. Journal. - 2007. - Vol.100, №7. - P. 535-537.
- Duhamel J. Postoperative procedure during the first 25 days after St. Mark's hemorrhoidectomy /J.Duhamel, G.Romand Heuyer //Coloproctology. - 1985. - Vol.7, №1. - P. 13-14.
- Fergusson I.A. Clod hemorrhoidectomy /I.A.Fergusson, I.R.Heaton //Dis. Colon Rectum. - 1959. - №2. - P. 176-179.
- Gaj F. Transfixed stitches technique versus open haemorrhoidectomy. Results of a randomised trial /F.Gaj, A.Trecca, P.Crispino //Chir. Ital. - 2007. - Vol.59, №2. - P. 231-235.
- Gravi? J.F. Stapled hemorrhoidectomy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up /J.F.Gravi? //Ann. Surg. - 2005. - Vol.242, №1. - P. 29-35.
- Gupta P.J. A comparative study between radiofrequency ablation with plication and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy for grade III hemorrhoids /P.J.Gupta //Tech. Coloproctol. - 2004. - Vol.8, №3. - P. 163-168.
- Herold A. Therapy of hemorrhoidal disease /A.Herold //Chirurg. - 2006. - Vol.77, №8. - P. 737-747.
- Huang W.S. Randomized comparison between stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy for grade III hemorrhoids in Taiwan: a prospective study /W.S.Huang //Int. J. Colorectal Dis. - 2007. - Vol.22, №8. - P. 955-961.
- Izadpanah A. Comparison of electrotherapy of hemorrhoids and Ferguson hemorrhoidectomy in a randomized prospective study /A.Izadpanah, S.V.Hosseini //Int. J. Surg. - 2005. - Vol.3, №4. - P. 258-262.
- J?hannsson H.O. Randomized clinical trial of the effects on anal function of Milligan-Morgan versus Ferguson haemorrhoidectomy /H.O.J?hannsson, L.P?hlman, W.Graf //Br. J. Surg. - 2006. - Vol.93, №10. - P. 1208-1214.
- Kanellos I. Usefulness of lateral internal sphincterotomy in reducing postoperative pain after open hemorrhoidectomy /I.Kanellos //World J. Surg. - 2005. - Vol.29, №4. - P. 464-468.
- Lehnhardt M. Fournier's gangrene after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy requiring subsequent abdominopereineal resection of the rectum: report of a case /M.Lehnhardt //Dis. Colon Rectum. - 2004. - Vol.47, №10. - P. 1729-1733.
- Longo hemorrhoidopexy vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: perspective analysis /P.Dell'Abate, G.Ferrieri, P.Del Rio [et al.] //G. Chir. - 2005. - Vol.26, №11-12. - P. 443-445.
- Long-term outcome of a multicentre randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy /E.Ganio, D.F.Altomare, G.Milito [et al.] //Br. J. Surg. - 2007. - Vol.94, №8. - P. 1033-1037.
- Mattana C. Stapled hemorrhoidopexy and Milligan Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth-degree hemorrhoids: long-term evaluation and clinical results /C.Mattana //Dis. Colon Rectum. - 2007. - Vol.50, №11. - P. 1770-1775.
- Milligan E. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids /E.Milligan, G.Morgan //Lancet. - 1937. - №2. - P. 119-1124.
- Morinaga K. A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter /K.Morinaga, K.Hasuda, T.Ireda //Am. J. Gastroenterol. - 1995. - Vol.90. - P. 610-613.
- Mosca F. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and stapled mucoprolapsectomy. Clinical comparison of the results /F.Mosca // G. Chir. - 2005. - Vol.26, №6-7. - P. 267-274.
- Nastro P. Surgical treatment of haemorrhoidal disease: a survey of the regional area of Campania in Italy /P.Nastro, U.Bracale, G.Romano // Ann. Ital. Chir. - 2004. - Vol.75, №6. - P. 615-619.
- Ortiz H. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy /H.Ortiz //Ann. Surg. - 2007. - Vol.245, №1. - P. 155-156.
- Parades V., Parisot C., Atienza P. Milligan and Morgan hemorrhoidectomy //J. Chir. (Paris). - 2005. - Vol.142, №5. - P. 302-305.
- Parks A.G. The surgical treatment of haemorrhoids /A.G.Parks //Br. J. Surg. - 1956. - Vol.43, №180. - P. 337-351.
- Patti R. Effectiveness of contemporary injection of botulinum toxin and topical application of glyceryl trinitrate against postoperative pain after Milligan-Morgan haemorrhoidectomy /R.Patti //Ann. Ital. Chir. - 2006. Vol.77, №6. - P. 503-508.
- Post hemorrhoidectomy pain. A randomized controlled trial /A.S.Mulhim, A.M.Ali, N.Masuod [et al.] //Saudi Med. J. - 2006. - Vol.27, №10. - P. 1538-1541.
- Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy /J.Bikhchandani, P.N.Agarwal, R.Kant [et al.] //Am. J. Surg. - 2005.

- Vol.189, №1. - P. 56-60.
- Sardinha T.C. Hemorrhoids /T.C.Sardinha, M.L.Corman //Surg Clin North Am. - 2002. - Vol.82, №6. - P. 1153-1167.
- Schouten W.R. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of hemorrhoids. A clinical and manometric study / W.R.Schouten, T.J.van Vroonhoven // Dis. Colon Rectum. - 1986. - Vol.29, №12. - P. 869-872.
- Slim K. Long-term outcome of a multicentre randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy /K.Slim //Br. J. Surg. - 2007. - Vol.94, №10. - P. 1306-1307.
- Stapled vs open hemorrhoidectomy: long-term outcome of a randomized controlled trial /M.Picchio, D.Palimento, U.Attanasio [et al.] //Int. J. Colorectal Dis. - 2006. - Vol.21, №7. - P. 668-669.
- Takano M. Sclerosing therapy of internal hemorrhoids with a novel sclerosing agent /M.Takano, J.Iwadare //Int. J. Colorectal Dis. - 2006. - Vol.21. - P. 44-51.
- Treatment of hemorrhoids in day surgery: stapled hemorrhoidopexy vs milligan-morgan hemorrhoidectomy / V.M.Stolfi, P.Sileri, C.Micossi [et al.] //J. Gastrointest. Surg. - 2008. - Vol.12, №5. - P. 795-801.
- Vita G. A painless treatment for patients undergoing Milligan-Morgan haemorrhoidectomy /G.Vita //Ann. Ital. Chir. - 2004. - Vol.75, №4. - P. 471-474.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Шудрак А.А.

Резюме. В статье изложен обзор отечественной и англоязычной литературы по проблемам лечения хронического геморроя. Представлены технические аспекты современных модификаций методик лечения хронического геморроя. Особое внимание уделено анализу научных источников относительно возможных осложнений лечения, их видов и частоты при использовании различных методик лечения хронического геморроя. По результатам проведенного анализа представлены данные относительно структуры и частоты послеоперационных осложнений при различных методиках лечения хронического геморроя.

Ключевые слова: геморрой, миниинвазивное лечение, хирургическое лечение, геморроидэктомия.

MODERN APPROCHES TO THE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOID

Shudrak A.A.

Summary. The review of home and English literature concerning the problems of chronic haemorrhoid treatment is presented in this article. The technical aspects of modern modifications of chronic haemorrhoid treatment are scrutinized. Particular attention is paid to analysis of the literature about possible complications of the treatment, its types and frequencies at the using of the different methods of chronic haemorrhoid treatment. According to the results of the conducted analysis the data about the structure and frequency of the postoperative complications while using different methods of chronic haemorrhoid treatment are presented.

Key words: haemorrhoid, miniinvasive treatment, surgical treatment, haemorrhoidectomy.

МЕТОДИКИ

© Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О., Андреев М.Д., Кириченко В.І., Корольова Н.Д., Кириченко І.М., Поляруш В.В., Малик С.Л., Кривецька Н.В., Дарманський С.М., Чурбанов О.В.

УДК: 617:616 (542)

МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О., Андреев М.Д., Кириченко В.І., Корольова Н.Д., Кириченко І.М., Поляруш В.В., Малик С.Л., Кривецька Н.В., Дарманський С.М., Чурбанов О.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Запропоновано спосіб діагностики гострого апендициту за допомогою симптому, який полягає в тому, що динамічна сила I пальця дорівнює динамічній силі II і III пальців цієї ж кисті (правої або лівої) складених разом, тому захисна напруга м'язів передньої черевної стінки визначається точніше, ніж при інших класичних симптомах, які використовуються при діагностиці гострого апендициту. При цьому симптомі гострий біль, переміщуючись зліва направо від пупка, локалізується в правій клубовій ділянці живота профільного хворого з гострим апендицитом.

Ключові слова: гострий апендицит, діагностика, симптом при гострому апендициті.

Вступ

Гострий апендицит є неспецифічним запальним процесом, викликаним групою мікроорганізмів, сапрофітних у товстій кишці: кишковою паличкою, ентерококком, стафілококком, стрептококком, анаеробами й ін. Тому можливий різний механізм розвитку гострого апендициту [Литманн, 1970; Напалков и др., 1976; Стручков, 1978].

Залежно від морфологічних змін у червоподібному відростку виділяють просту форму - катаральний апендицит і деструктивну форму - флегмонозний (флегмонозно-виразковий, емпієма червоподібного відростка), гангренозний і перфоративний апендицит [Литманн, 1970; Напалков и др., 1976; Стручков, 1978].

Метою нашого дослідження є покращення якості діагностики гострого апендициту в профільних хворих, а також організація раннього оперативного втручання з метою виключення ускладнення (перфоративний апендицит, перитоніт, сепсис тощо), які можуть виникати при пізньому (або запізненому) оперативному втручанні з приводу гострого апендициту.

Матеріали та методи

Проводився порівняльний аналіз 1258 профільних хворих як із простою формою гострого апендициту (катаральний апендицит - 238 пацієнтів), так і з деструктивними формами апендициту (флегмонозний апендицит - 760 пацієнтів; гангренозний апендицит - 215 пацієнтів; перфоративний апендицит - 34 пацієнта; перфоративний апендицит і місцевий перитоніт - 11 пацієнтів). Як відомо, діагностичне й клінічне значення при гострому апендициті мають класичні симптоми: симптом Щоткіна-Блюмберга, Кохера-Волковича, Ровзінга, Ситковського, Клоупа, які були позитивними при обстеженні 1258 пацієнтів (100% випадків). Однак, із 1258 пацієнтів у 650 профільних хворих на гострий апендицит (катаральний апендицит - 120 пацієнтів; флегмонозний апендицит - 430 пацієнтів і гангренозний апендицит - 100 пацієнтів) гострий апендицит діагностували за допомогою запро-

понованого нами симптому. За допомогою запропонованого симптому діагноз гострого апендициту був встановлений на ранньому етапі його розвитку й ускладнень у цій групі хворих не було виявлено.

Результати. Обговорення

Для гострого апендициту характерно наступне:

- напад болю в животі, що виникає раптово й у будь-який час доби;
- в міру наростання запальних явищ, інтоксикації й розвитку перитоніту спостерігається підвищена температура тіла до 38°C і вище;
- блювота та нудота є частими, але не постійними симптомами гострого апендициту;
- нездужання й безсоння відзначаються часто та зумовлені значною загальною інтоксикацією;
- частота пульсу збільшується до 80-90 ударів за хвилину;
- частіше спостерігається затримка випорожнення, як правило, за рахунок прогресуючого перитоніту й інтоксикації;
- позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Кохера-Волковича, Ровзінга, Ситковського, Воскресенського, Клоупа та ін.;
- крім того, особливе значення при встановленні діагнозу "гострий апендицит" відіграють лабораторні дані, а саме: високий лейкоцитоз крові і локальний гіперлейкоцитоз у краплі крові, взятій з уколу шкіри в правій клубовій ділянці (симптом Л.К.Маслова-Томазо);
- певне діагностичне й клінічне значення при гострому апендициті (особливо при деструктивних формах гострого апендициту) має діагностика за допомогою УЗД: при дослідженні виявляється затемнення у вигляді неформованого "конгломерату" у правій клубовій ділянці й "млявої" перистальтики в правій клубовій ділянці в порівнянні з перистальтикою в лівій клубовій ділянці, за нашими даними до 73% від загальної кількості профільних хворих.



Рис. 1. Симптом при гострому апендициті.

Примітки: 1 - вихідне положення I й II+III пальців кисті; 2 - обстеження профільного хворого за допомогою запропонованого способу.

Запропонований нами симптом при гострому апендициті - це ніщо інше, як виражене напруження правої нижньої квадрата передньої черевної стінки живо-

та в порівнянні з лівим нижнім квадратом цієї ж передньої черевної стінки при пальпації розведеними I й II+III пальцями правої кисті (I палець правої кисті пальпує праву половину передньої черевної стінки, а II+III палець цієї ж кисті у такій же послідовності синхронно пальпує ліву половину передньої черевної стінки). Суть запропонованого симптому при гострому апендициті полягає в тому, що динамічна сила I пальця дорівнює динамічній силі II+III пальців цієї ж кисті (правої або лівої), складених разом, тому захисна напруга м'язів передньої черевної стінки визначається точніше, ніж при інших класичних симптомах, використовуваних при діагностиці гострого апендициту [Азарський та ін., 2009]. Крім того, при цьому симптомі супутнім симптомом є гострий біль, що з'являється не тільки від пальпаторного впливу I пальця в правій клубовій ділянці живота, але й від пальпаторного натиснення II+III пальцями на ліву клубову область, тобто гострий біль переміщується зліва направо вниз від пупка - і локалізується в правій клубовій ділянці живота профільного хворого з гострим апендицитом (рис. 1).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Традиційні класичні симптоми (Щоткіна-Блюмберга, Кохера-Волковича, Ровзінга, Ситковського, Воскресенського та ін.), які використовують при діагностиці гострого апендициту, повністю не забезпечують діагностичну картину запального процесу в апендикулярному відростку сліпої кишки, що істотно впливає на постановку діагнозу в профільних хворих з гострим апендицитом.

Тому запропонований нами "Симптом при гострому апендициті" має велике діагностичне й клінічне значення при гострому апендициті на ранньому етапі його розвитку, особливо коли немає можливості зробити лабораторні та інструментальні дослідження черевної порожнини, тобто при надзвичайних ситуаціях.

Література

- | | | |
|--|--|--|
| Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О. та ін. Посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 23 від 29.01.2009 р., м.Хмельницький. | Напалков П.Н. Хирургические болезни / Напалков П.Н., Смирнов А.В., Шрайберг М.Г. - Л: Медицина, 1976. - 544 с. | маш Ю.М. - М.: Медицина, 1972. - 711 с. |
| Литтманн Имре. Брюшная хирургия / Литтманн И. - Будапешт: "Академия наук Венгрии", 1970. - 576 с. | Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия /Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бо- | Стручков В.И. Общая хирургия. - М.: Медицина, 1978. - 544 с. |
| | | Стручков В.И. Справочник по клинической хирургии. - М., Медицина, 1967. - 520 с. |

МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Азарський І.Н., Процек Е.Г., Азарська А., Андреев М.Д., Кириченко В.И., Королёва Н.Д., Кириченко И.М., Поляруш В.В., Малык С.Л., Кривецкая Н.В., Дарманский С.Н., Чурбанов О.В.

Резюме. Предложен способ диагностики острого аппендицита с помощью симптома, который заключается в том, что динамическая сила I пальца равняется динамической силе II и III пальцев этой же кисти (правой или левой) составленных вместе, поэтому защитное напряжение мышц передней брюшной стенки определяется точнее, чем при других классических симптомах, которые используются при диагностике острого аппендицита. При этом симптомом острая боль, перемещающаяся слева направо от пупка, локализуется в правой подвздошной области живота профільного больного с острым аппендицитом.

Ключевые слова: острый аппендицит, диагностика, симптом при остром аппендиците.

THE DIAGNOSTIC METHOD OF ACUTE APPENDICITIS

Azarskiy I.N., Protsek Y.G., Azarskaya A.A., Andreyev M.D., Kyrychenko V.I., Korolova N.D., Kyrychenko I.M., Polyarush V.V., Maluk S.L., Krivetskaya N.V., Darmanskiy S.N., Churbanov O.V.

Summary. The diagnostic method of acute appendicitis is offered with help of a symptom which consists in dynamic force of the first finger equals dynamic force of the second and third fingers together of the same hand (right or left), therefore protective tension of muscles of front abdominal wall is determined more precisely than at other classic symptoms which are used for diagnostics of acute appendicitis. With this symptom the acute pain moving from left to right from a umbilicus is localized in the right iliac region of stomach of patient with acute appendicitis sharp.

Key words: acute appendicitis, diagnostic, symptom of acute appendicitis.

© Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В.

УДК: 371:98(07):616-053.2:616.31-089

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ВИПУСКНОГО ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ ЗІ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В.

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. В статті розглядається питання вдосконалення прийому практично орієнтованого державного іспиту з дитячої стоматології у іноземних студентів. Для найкращої оцінки рівня знань студентів викладач повинен добре володіти англійською, російською мовами, а студенти - вміти знаходити спільну мову з дітьми для проведення обстеження та лікування.

Ключові слова: комплексний державний іспит, навчальний процес, дитяча стоматологія

На сьогоднішній день велике значення в педагогіці надається оптимізації навчального процесу, вибору і використанню найбільш ефективних методів контролю знань і умінь студентів [Бас, 2006; Глазунов, 2008]. Однією з важливих форм підсумків навчання іноземних студентів в університеті є комплексний державний іспит.

У Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова, починаючи з 2005 року, був уперше введений практично орієнтований державний іспит. Проводиться він згідно з основними вимогами "Положення про організацію та проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямком підготовки "Медицина". Враховуючи швидку інтеграцію України у Європейський освітній простір, якість підготовки випускників протягом всього цього періоду оцінювалася екзаменаторами на російській мові, починаючи з 2010 року оцінювання знань студентів буде проведено на англійській мові.

Для оцінювання якості підготовки випускників стоматологічного факультету практично орієнтований державний іспит проводиться на клінічних базах кафедр стоматологічного факультету. Для прийому іспиту виділені клінічні зали, які оснащені муляжами, фантомами [Удод та ін., 2008]. На фантомі ЧП "НПФ ИСКОР" випускник спочатку показує практичні навички згідно екзаменаційного білету, а потім уже обстежує та лікує тематичного хворого.

Складність проведення практично орієнтованої частини іспиту по дитячій стоматології полягає в тому, що робота проводиться з дітьми та підлітками, у яких лаб-

ільна психіка. Тому випускникові необхідні наполегливість, витримка, інтелектуальне напруження та високий рівень знань з дисципліни. Багато часу витрачається на встановлення контакту з маленьким пацієнтом, для цього інколи необхідно дитину посадити собі на коліна, відволікти увагу яскравою іграшкою, розказати потішечку, казку, віршик. І тільки тому випускникові, який викликав довіру, дитина може відкрити рот для проведення обстеження та необхідного лікування. Для покращення спілкування з дітьми, екзаменатори дарують засоби гігієни порожнини рота, а випускники пояснюють правила користування зубними щітками, пастами, флосами.

Складність проведення цього етапу іспиту з англійськими студентами полягає ще й в тому, що необхідний синхронний переклад тих питань, що запитує випускник у пацієнта і навпаки. В зв'язку з цим для прийому іспиту необхідно витратити більше часу, викладач повинен добре володіти не тільки практичними навичками і теоретично бути обізнаним з предмету на високому рівні, а й добре знати англійську мову, медичну термінологію. Прийом іспиту у англійськомовних студентів підвищує вимоги до екзаменатора. Велика роль відводиться йому не тільки як особистості, а й організатору, який може забезпечити пошукову активність випускників у спілкуванні з пацієнтом [Fenstermacher, Soltis, 1992].

Висновки та перспективи подальших розробок

Прийом практично орієнтованого державного іспиту з дитячої стоматології у іноземних випускників дозволяє встановити рівень теоретичних знань та практич-

THE DIAGNOSTIC METHOD OF ACUTE APPENDICITIS

Azarskiy I.N., Protsek Y.G., Azarskaya A.A., Andreyev M.D., Kyrychenko V.I., Korolova N.D., Kyrychenko I.M., Polyarush V.V., Maluk S.L., Krivetskaya N.V., Darmanskiy S.N., Churbanov O.V.

Summary. The diagnostic method of acute appendicitis is offered with help of a symptom which consists in dynamic force of the first finger equals dynamic force of the second and third fingers together of the same hand (right or left), therefore protective tension of muscles of front abdominal wall is determined more precisely than at other classic symptoms which are used for diagnostics of acute appendicitis. With this symptom the acute pain moving from left to right from a umbilicus is localized in the right iliac region of stomach of patient with acute appendicitis sharp.

Key words: acute appendicitis, diagnostic, symptom of acute appendicitis.

© Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В.

УДК: 371:98(07):616-053.2:616.31-089

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ВИПУСКНОГО ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ ЗІ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В.

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. В статті розглядається питання вдосконалення прийому практично орієнтованого державного іспиту з дитячої стоматології у іноземних студентів. Для найкращої оцінки рівня знань студентів викладач повинен добре володіти англійською, російською мовами, а студенти - вміти знаходити спільну мову з дітьми для проведення обстеження та лікування.

Ключові слова: комплексний державний іспит, навчальний процес, дитяча стоматологія

На сьогоднішній день велике значення в педагогіці надається оптимізації навчального процесу, вибору і використанню найбільш ефективних методів контролю знань і умінь студентів [Бас, 2006; Глазунов, 2008]. Однією з важливих форм підсумків навчання іноземних студентів в університеті є комплексний державний іспит.

У Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова, починаючи з 2005 року, був уперше введений практично орієнтований державний іспит. Проводиться він згідно з основними вимогами "Положення про організацію та проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямком підготовки "Медицина". Враховуючи швидку інтеграцію України у Європейський освітній простір, якість підготовки випускників протягом всього цього періоду оцінювалася екзаменаторами на російській мові, починаючи з 2010 року оцінювання знань студентів буде проведено на англійській мові.

Для оцінювання якості підготовки випускників стоматологічного факультету практично орієнтований державний іспит проводиться на клінічних базах кафедр стоматологічного факультету. Для прийому іспиту виділені клінічні зали, які оснащені муляжами, фантомами [Удод та ін., 2008]. На фантомі ЧП "НПФ ИСКОР" випускник спочатку показує практичні навички згідно екзаменаційного білету, а потім уже обстежує та лікує тематичного хворого.

Складність проведення практично орієнтованої частини іспиту по дитячій стоматології полягає в тому, що робота проводиться з дітьми та підлітками, у яких лаб-

ільна психіка. Тому випускникові необхідні наполегливість, витримка, інтелектуальне напруження та високий рівень знань з дисципліни. Багато часу витрачається на встановлення контакту з маленьким пацієнтом, для цього інколи необхідно дитину посадити собі на коліна, відволікти увагу яскравою іграшкою, розказати потішечку, казку, віршик. І тільки тому випускникові, який викликав довіру, дитина може відкрити рот для проведення обстеження та необхідного лікування. Для покращення спілкування з дітьми, екзаменатори дарують засоби гігієни порожнини рота, а випускники пояснюють правила користування зубними щітками, пастами, флосами.

Складність проведення цього етапу іспиту з англійськими студентами полягає ще й в тому, що необхідний синхронний переклад тих питань, що запитує випускник у пацієнта і навпаки. В зв'язку з цим для прийому іспиту необхідно витратити більше часу, викладач повинен добре володіти не тільки практичними навичками і теоретично бути обізнаним з предмету на високому рівні, а й добре знати англійську мову, медичну термінологію. Прийом іспиту у англійськомовних студентів підвищує вимоги до екзаменатора. Велика роль відводиться йому не тільки як особистості, а й організатору, який може забезпечити пошукову активність випускників у спілкуванні з пацієнтом [Fenstermacher, Soltis, 1992].

Висновки та перспективи подальших розробок

Прийом практично орієнтованого державного іспиту з дитячої стоматології у іноземних випускників дозволяє встановити рівень теоретичних знань та практич-

них навичок для виявлення питань, в яких вони найгірше орієнтуються. Цей досвід необхідно враховувати при підготовці студентів молодших курсів. Особливу увагу необхідно звертати під час практичних занять на

профілактику карієсу та його ускладнень, діагностику і лікування ортодонтичної патології, вибір інструментарію для видалення тимчасових та постійних зубів у дітей.

Література

Бас А.А. Необходимость и пути повышения межпредметной интеграции стоматологических дисциплин // Вісник стоматології.-2006.-№4.-С.87-88.

Глазунов О.А. Интегрирование препода-

вания стоматологических дисциплин на кафедре стоматологии ФПО ДГМА //Вісник стоматології.-2008.-№1.-С.2-3.

Опыт проведения комплексного выпускного экзамена по стоматологии /

А.А. Удод, Л.И. Косарева, Е. А. Гон-
тарева // Вісник стоматології.-2008.-
№1.-С.6-7.

Fenstermacher G.D., Soltis G.F. Approaches to Teaching-New York Teachers College Press, 1992.-230 p.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА КОМПЛЕКСНОГО ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА ПО СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Исакова Н.М., Филимонов Ю.В.

Резюме. В статье рассматривается вопрос усовершенствования приема практически ориентированного государственного экзамена по стоматологии детского возраста у иностранных студентов. Для наилучшей оценки уровня знаний студентов преподавателю необходимы знания английского, русского языка, а студенты должны вызвать доверие у маленького пациента для проведения в дальнейшем обследования и лечения.

Ключевые слова: комплексный государственный экзамен, учебный процесс, детская стоматология.

NEW DIRECT OF APPRECIATION OF STUDENT STANDARD OF KNOWLEDGE OF EXAMINING OF CHILDREN'S STOMATOLOGY COMPLEX STATE EXAMINATION

Isakova N.M., Filimonov U.V.

Summary. In this article is considered the problem of improvement of examining of children's stomatology complex state examination by foreign students in medical universities. For better appreciation of student's standard of knowledge teachers have to speak well English and Russian. As for students, they have to know how to enter into conversation with little patients for their following examination and treatment.

Key words: complex state examination, educational process, children's stomatology.

© Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І.

УДК: 616.37-002:616-003.4:616.43/.45

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І.

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Представлені результати лікування 243 хворих на хронічний панкреатит, що протягом 2000-2010 років знаходилися на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Оперативне лікування було проведено 117 хворим, консервативне - 126. Зроблено висновок, що гіпертензія в протоковій системі підшлункової залози є одним із головних чинників клінічних виявів патології. Консервативні методи декомпресії, направлені на поліпшення евакуаційної функції і зменшення зовнішньосекреторної активності, покращують безпосередні результати лікування. Проте при відсутності ефекту від застосованих консервативних засобів основним методом залишається хірургічна декомпресія.

Ключові слова: больовий синдром, консервативне лікування, хірургічне лікування, панкреатична гіпертензія, хронічний панкреатит.

Вступ

Синдром панкреатичної гіпертензії є провідним у визначенні клінічних виявів і прогнозу перебігу хронічного запального ураження підшлункової залози. Незадовільні результати консервативного і оперативного лікування різних форм хронічного панкреатиту пов'язані в першу чергу з рецидивом больового синдрому і розвитком ускладнень [Дронов та ін., 2008]. Широкий спектр рекомендацій щодо застосування консервативних засобів і операційних методик свідчить про

відсутність єдиного підходу до лікування цієї групи хворих. Натомість, серед клініцистів не викликає суперечки необхідність декомпресії системи проток підшлункової залози як основного чинника ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит [Buchler et al., 2004; Voss, Pappas, 2002]. Застосування сучасних малоінвазивних технологій дозволило переглянути стандарти лікування, але, натомість потребує обґрунтування показів до застосування різних операційних методик.

них навичок для виявлення питань, в яких вони найгірше орієнтуються. Цей досвід необхідно враховувати при підготовці студентів молодших курсів. Особливу увагу необхідно звертати під час практичних занять на

профілактику карієсу та його ускладнень, діагностику і лікування ортодонтичної патології, вибір інструментарію для видалення тимчасових та постійних зубів у дітей.

Література

Бас А.А. Необходимость и пути повышения межпредметной интеграции стоматологических дисциплин // Вісник стоматології.-2006.-№4.-С.87-88.

Глазунов О.А. Интегрирование препода-

вания стоматологических дисциплин на кафедре стоматологии ФПО ДГМА //Вісник стоматології.-2008.-№1.-С.2-3.

Опыт проведения комплексного выпускного экзамена по стоматологии /

А.А. Удод, Л.И. Косарева, Е. А. Гон-
тарь // Вісник стоматології.-2008.-
№1.-С.6-7.

Fenstermacher G.D., Soltis G.F. Approaches to Teaching-New York Teachers College Press, 1992.-230 p.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА КОМПЛЕКСНОГО ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА ПО СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Исакова Н.М., Филимонов Ю.В.

Резюме. В статье рассматривается вопрос усовершенствования приема практически ориентированного государственного экзамена по стоматологии детского возраста у иностранных студентов. Для наилучшей оценки уровня знаний студентов преподавателю необходимы знания английского, русского языка, а студенты должны вызвать доверие у маленького пациента для проведения в дальнейшем обследования и лечения.

Ключевые слова: комплексный государственный экзамен, учебный процесс, детская стоматология.

NEW DIRECT OF APPRECIATION OF STUDENT STANDARD OF KNOWLEDGE OF EXAMINING OF CHILDREN'S STOMATOLOGY COMPLEX STATE EXAMINATION

Isakova N.M., Filimonov U.V.

Summary. In this article is considered the problem of improvement of examining of children's stomatology complex state examination by foreign students in medical universities. For better appreciation of student's standard of knowledge teachers have to speak well English and Russian. As for students, they have to know how to enter into conversation with little patients for their following examination and treatment.

Key words: complex state examination, educational process, children's stomatology.

© Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І.

УДК: 616.37-002:616-003.4:616.43/.45

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І.

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Представлені результати лікування 243 хворих на хронічний панкреатит, що протягом 2000-2010 років знаходилися на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Оперативне лікування було проведено 117 хворим, консервативне - 126. Зроблено висновок, що гіпертензія в протоковій системі підшлункової залози є одним із головних чинників клінічних виявів патології. Консервативні методи декомпресії, направлені на поліпшення евакуаційної функції і зменшення зовнішньосекреторної активності, покращують безпосередні результати лікування. Проте при відсутності ефекту від застосованих консервативних засобів основним методом залишається хірургічна декомпресія.

Ключові слова: больовий синдром, консервативне лікування, хірургічне лікування, панкреатична гіпертензія, хронічний панкреатит.

Вступ

Синдром панкреатичної гіпертензії є провідним у визначенні клінічних виявів і прогнозу перебігу хронічного запального ураження підшлункової залози. Незадовільні результати консервативного і оперативного лікування різних форм хронічного панкреатиту пов'язані в першу чергу з рецидивом больового синдрому і розвитком ускладнень [Дронов та ін., 2008]. Широкий спектр рекомендацій щодо застосування консервативних засобів і операційних методик свідчить про

відсутність єдиного підходу до лікування цієї групи хворих. Натомість, серед клініцистів не викликає суперечки необхідність декомпресії системи проток підшлункової залози як основного чинника ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит [Buchler et al., 2004; Voss, Pappas, 2002]. Застосування сучасних малоінвазивних технологій дозволило переглянути стандарти лікування, але, натомість потребує обґрунтування показів до застосування різних операційних методик.

Мета дослідження: визначити ефективність консервативних і оперативних методів декомпресії системи проток підшлункової залози в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит.

Матеріали та методи

У хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова протягом 2000-2010 років знаходилися на лікуванні 243 хворих на хронічний панкреатит. Серед обстежених чоловіків 185(76,1%), жінок 58(23,9%), середній вік $47,6 \pm 12,4$ р. Оперативні втручання проведені 117 хворим. Обмежилися консервативним лікуванням 126. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації хронічного панкреатиту (1989 рік) кальцифікуючий діагностовано у 9, запальний - у 16, обструктивний - у 37, фіброз підшлункової залози - у 93, хронічний панкреатит з ретенційними кістами - 35, хронічний панкреатит з псевдокістами - 53 пацієнтів.

Супутні захворювання констатовано у 231(95,1%) хворих. Переважна більшість хворих (223 випадки) мала два і більше супутні захворювання. Найчастіше діагностували патологію дихальної (166 пацієнтів) і серцево-судинної (159 пацієнтів) системи. Цукровий діабет був у 27(11,1%) хворих.

Тривалість захворювання на хронічний панкреатит коливалася від 6 місяців до 5 років ($22,8 \pm 9,0$ місяців). Раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини перенесли 114 хворих, серед яких з приводу патології підшлункової залози 15. Ще 61 хворий оперований з приводу захворювань позапечінкових жовчних проток.

Проводили порівняльну оцінку запропонованих методик консервативної корекції панкреатичної гіпертензії з традиційним лікуванням хворих на хронічний панкреатит. Перша група хворих (115 пацієнтів) отримувала традиційне лікування, яке ґрунтувалося на рекомендації провідних хірургічних клінік для лікування хворих на хронічний панкреатит. Друга група включала 86 хворих, яким комплексне лікування доповнювали методиками пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози (голод, декомпресія і рефрежерація шлунка, введення октреотиду, блокаторів протонної помпи, з метою рефлексорного блокування панкреатичної секреції через назодуоденальний зонд вводили лужний розчин замісних ферментних препаратів). У хворих третьої групи (42 пацієнти) комплексне лікування доповнювали застосуванням заходів, направлених на відновлення евакуаційної активності системи проток підшлункової залози (продовжена (3-5 діб) перидуральна блокада, електрофорез 0,25% розчину новокаїну з антибактерійними препаратами вздовж анатомічної осі підшлункової залози).

Оперативне лікування включало виконання методик зовнішньої, внутрішньої і комбінованої (внутрішньо-зовнішньої) декомпресії системи проток підшлункової

залози.

Клінічний матеріал статистично опрацювали відповідно до рекомендацій А.І.Курочкиної, Е.Н.Тимина [1998].

Результати. Обговорення

Аналіз клінічних проявів хронічного панкреатиту, що ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії, проведений у всіх 243 обстежених хворих. Основними клінічними симптомами були: біль (100%) - в епігастричній ділянці ($85,0 \pm 2,3\%$; $p < 0,001$), по всьому животі (6,1%), ізольовано в лівому (2,9%) та правому (2,5%) підбер'ї, оперізуючого характеру (2,0%), з іррадіацією у надключичну зону (0,9%), у ліве плече (0,6%). Постійний виснажливий біль, переважно в нічний час, був у $65,3 \pm 4,4\%$ у хворих без інструментального і інтраопераційного підтвердження розширення панкреатичної протоки (у 77 із 118 випадків), у 29 з 37 ($78,4 \pm 6,8\%$) з розширенням панкреатичної протоки і у 27 з 88 ($30,7 \pm 4,9\%$, $p < 0,001$) з кістами підшлункової залози. Залежність інтенсивності болю від вживання їжі визначено у 89,2% (33 випадки) хворих з розширенням панкреатичної протоки, у 70,3% (83 випадки) при відсутності ознак розширення панкреатичної протоки і у 21,6% (19 випадки) у хворих з панкреатичними кістами.

У 98 хворих ($40,3 \pm 3,1\%$) консервативні заходи дозволили ліквідувати або суттєво зменшити больові відчуття. Натомість у 145 ($59,7 \pm 3,1\%$, $p < 0,01$) хворих констатована резистентність до консервативних заходів.

Найбільшою частка хворих, що були резистентні до консервативних заходів, була при відсутності розширення панкреатичної протоки (97 зі 118 пацієнтів, що складає 82,2%). Це пояснюється, на нашу думку, розвитком панкреатичного компартменту в наслідок порушення евакуаційної функції дрібних панкреатичних проток. Таким чином, постійний больовий синдром, який не залежить від приймання їжі і мало чутливий до консервативних заходів, може оцінюватися як клінічна ознака панкреатичної гіпертензії.

Порівнюючи ефективність консервативних методів декомпресії системи проток підшлункової залози, було констатовано, що застосування в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії методик пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози і відновлення евакуаційної активності системи проток підшлункової залози (128 пацієнтів), дозволило ліквідувати або суттєво зменшити інтенсивність больового синдрому у $67(52,3 \pm 4,4\%)$, що було більше, порівняно із традиційним консервативним лікуванням (31 зі 115 пацієнтів, що складає $27,0 \pm 4,1\%$, $p < 0,001$). Крім того, середня тривалість стаціонарного лікування також відрізнялася відповідно $17,4 \pm 3,1$ та $10,2 \pm 1,5$ діб ($p < 0,05$).

Аналізуючи характер оперативних втручань у хворих на хронічний панкреатит, ускладнений розвитком кіст підшлункової залози (88 пацієнтів), ми визначили залежність результатів від методу хірургічної декомп-

ресії і тиску у порожнині кісти. При показниках внутрішньо порожнинного тиску менше 300 мм вод.ст. (49 випадків) застосували методики внутрішньої декомпресії (цистопанкреатоєюностомія за Roux - 27, на виключеній петлі за О.О.Шалімовим - 18, цистопанкреатодуоденостомія - 4). При показниках тиску від 300 до 400 мм вод.ст. (31) ми застосували методики внутрішньої (6 випадків) і комбінованої (внутрішньо-зовнішньої) (21 випадок) декомпресії. Серед хворих, яким виконана комбінована декомпресія при виведенні зовнішніх дренажів через контрапертуру, у 2 з 9 хворих виникла зовнішня панкреатична нориця, яка самостійно закрилася. Натомість при використанні комбінованої декомпресії при виведенні зовнішніх дренажів через підвісну ентеростому на привідній петлі (12 випадків) зовнішніх нориць не було. Ще 4 хворим застосували зовнішнє дренажування кіст з формуванням в післяопераційному періоді стійких зовнішніх панкреатичних нориць.

29 хворим без кіст підшлункової залози внутрішню декомпресію виконали шляхом формування повздожньої панкреатоєюностомії (15 випадків) і панкреатоєюностомії за Frey (14 випадків). Після повздожньої панкреатоєюностомії рецидив болювого синдрому протягом перших 24 місяців виник у 3 (20%), натомість після операції за Frey в цей термін рецидиву не було.

Післяопераційні ускладнення виникли у 7 хворих

(5,9%). Серед них неспроможність анастомозу (2 випадки), зовнішня панкреатична нориця (2 випадки), кровотеча з лінії анастомозу (1 випадок), зовнішня дуоденальна нориця (1 випадки), внутрішньочеревна кровотеча (1 випадок). Померло 2 (1,7%) хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Підвищення тиску в системі проток підшлункової залози є одним із головних чинників клінічних виявів патології.

2. Консервативні методи декомпресії, що направлені на поліпшення евакуаційної функції системи проток підшлункової залози і зменшення її зовнішньосекреторної активності, покращують безпосередні результати лікування.

3. При відсутності ефекту від застосованих консервативних засобів основним методом залишається хірургічна декомпресія.

4. У хворих на хронічний панкреатит, що ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії, перевагу віддаємо органозберігаючим методикам хірургічної корекції.

В подальшому планується розробка тактики оперативного лікування в залежності від величини тиску в протоковій системі підшлункової залози.

Література

Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози /О.І.Дронов, Є.А.Крючина, А.І.Горлач // Хірургія України. - 2008. - №2. - С. 79-87.

Курочкина А.И. Современные методы

анализа медицинских данных / А.И.Курочкина, Е.Н.Тимин //Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - №1. - С. 127-131. Diseases of the Pancreas /[Buchler M.W., Uhl W., Malfertheiner P., Sarr M.G.].

- New York: Karger AG, 2004. - 212 p.

Voss M. Pancreatic fistula /M.Voss, T.Pappas //Current treatment options in gastroenterology. - 2002. - №5. - P. 345-353.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Каниковский О.Е., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.И.

Резюме. Представлены результаты лечения 243 больных хроническим панкреатитом, которые в 2000-2010 годах находились на лечении в хирургической клинике медицинского факультета №2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Оперативное лечение было проведено 117 больным, консервативное - 126. Сделан вывод, что гипертензия в протоковой системе поджелудочной железы является одним из главных факторов, обуславливающих клинические проявления патологии. Консервативные методы декомпрессии, направленные на улучшение эвакуационной функции и снижение внешнесекреторной активности, улучшают непосредственные результаты лечения. Хотя при отсутствии эффекта от применённых консервативных мероприятий основным методом остаётся хирургическое лечение.

Ключевые слова: болевой синдром, консервативное лечение, хирургическое лечение, панкреатическая гипертензия, хронический панкреатит.

COMPARATIVE EVALUATION OF CORRECTION METHODS OF PANCREATIC HYPERTENSION AT CHRONIC PANCREATITIS

Kanikovskiy O.E., Hnatyuk Y.P., Grebenyuk D.I.

Summary. We represent the results of treatment of 243 patients with chronic pancreatitis, who in 2000-2010 years were treated at the surgical clinic of medical d №2 department of Vinnytsia National Medical University named after N.I. Pirogov. 117 patients were operated with surgical method, 126 patients were treated with conservative method. It is concluded that hypertension in the duct pancreatic is one of the main factors causing clinical manifestations of pathology. Conservative methods of decompression, directed to improve the evacuation function and reduction in the external activity makes better the immediate results of treatment. Although, the absence of effect of the use of conservative method, the basic method is the surgical treatment.

Key words: pain syndrome, conservative treatment, surgical treatment, pancreatic hypertension, chronic pancreatitis.

© Капшитарь А.В., Капшитарь А.А.

УДК: 617.5-036.11-056:616.381-072.1

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПАХ БОЛЬНЫХ

Капшитарь А.В., Капшитарь А.А.

Запорожский государственный медицинский университет, КП "Городская клиническая больница № 2" (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035)

Резюме. У 230 больных различных конституциональных типов с нечёткой клинической картиной острых хирургических, гинекологических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости при отрицательных результатах других дополнительных методов исследования выполнена лапароскопия. Мужчин было 124(53,9%), женщин - 106(46,1%) в возрасте от 18 до 89 лет. Использован аппарат фирмы "Karl Storz" (Германия). Исследование проведено по усовершенствованной методике Kelling. Антропометрические измерения выявили у 73(31,7%) пациентов нормостенический тип, у 34(14,8%) - астенический и у 123(53,5%) - гиперстенический. Использованы разработанные варианты методики лапароскопии позволили у 175(76,1%) больных диагностировать неотложную абдоминальную патологию, у 55(23,9%) - исключить. Неотложная лапаротомия выполнена у 63(36%) пациентов, у 112(64%) - лечебные лапароскопические вмешательства. Осложнения развились у 8(3,5%) больных гиперстенического типа (нагноение раны - у 4, подкожная эмфизема - у 3, повреждение большого сальника - у 1).

Ключевые слова: неотложная абдоминальная хирургия, конституциональные типы, лапароскопия, методика.

Введение

В настоящее время лапароскопические вмешательства внедрены в работу многих хирургических клиник [Запорожан и др., 2000; Борисов и др., 2002; Малоштан и др., 2005; Бойко и др., 2002; Сухопара и др., 2003; Шулуто и др., 2004]. Они с успехом выполняются согласно стандартных методик [Стебунов и др., 2000; Запорожан и др., 2000; Борисов и др., 2002; Бойко и др., 2002]. В перечне относительных местных противопоказаний к лапароскопии ряд авторов выделяют ожирение III-IV степени [Бойко и др., 2002; Тимофеев, 2000]. В настоящее время большинство хирургов не упоминают ожирение в перечне противопоказаний [Борисов и др., 2002; Малоштан и др., 2005; Сухопара и др., 2003; Шулуто и др., 2004]. Вместе с тем, в своих работах они не указывают на трудности и особенности проведения лапароскопии, не акцентируют внимание на самой методике исследования. До настоящего времени отсутствуют публикации методики лапароскопии применительно к различным конституциональным типам больных.

Цель исследования: разработать варианты методики лапароскопических исследований при различных конституциональных типах пациентов с целью расширения диагностических возможностей метода.

Материалы и методы

В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ проведен анализ лапароскопических вмешательств у 230 больных с острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, а также травматическими повреждениями органов брюшной полости, при нечёткой клинической картине и отрицательных результатах лабораторно-биохимических исследований, обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полостей, ультразвукового исследования, фиброгастро-

деноскопии, лапароцентеза. Мужчин было 124(53,9%), женщин - 106(46,1%) в возрасте от 18 до 89 лет.

Лапароскопия выполнена аппаратом фирмы "Karl Storz" (Германия) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. С целью обезболивания у большинства пациентов - 201(87,4%), исследование осуществлено под местной анестезией 0,25% раствором новокаина, у 29(12,6%) - под общим обезболиванием.

Всем больным выполнили антропометрические измерения. По результатам исследований пациентов условно разделили согласно классификации М.В.Черноручко, который выделяет три конституциональных типа (нормостенический, астенический, гиперстенический). К I (нормостеническому) конституциональному типу отнесли 73 (31,7%) больных, к II (астеническому) типу - 34(14,8%) и к III (гиперстеническому) типу - 123(53,5%). Сопутствующие заболевания в виде ИБС, гипертонической болезни, сахарного диабета и других определены у 95(41,3%) пациентов.

Результаты. Обсуждение

Проведенные антропометрические измерения у астеников выявили преобладание продольных размеров над поперечными. Эпигастральный угол острый. Подкожно-жировой слой развит слабо.

У гиперстеников преобладали поперечные размеры над продольными. Надчревный угол тупой. Толщина подкожно-жировой клетчатки была довольно значительной, а у 58(47,2%) больных характеризовалась наличием "отвислого живота" в виде фартука. Общая же толщина передней брюшной стенки колебалась от 3,5 до 8,5 см.

Нормостеники представляли собой средний тип и характеризовались пропорциональностью основных

размеров тела и правильным соотношением в строении. Подкожно-жировая основа развита умеренно.

Следовательно, гиперстенический и астенический типы являлись крайними вариантами конституциональных типов.

У нормостеников и астеников пупок располагался на середине расстояния между мечевидным отростком и верхним краем лонного сочленения. Подкожно-жировая клетчатка имела нормальную толщину или была истончена. У гиперстеников пупок локализовался на границе средней и нижней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и верхний край лонного сочленения. Подкожная жировая клетчатка была выражена в достаточной степени.

Нами стандартизирована методика выполнения лапароскопии согласно конституциональным типам больных с целью улучшения диагностических возможностей метода. Местом введения полого манипулятора, с последующим наложением пневмоперитонеума, для всех трех конституциональных типов была точка Goetre, соответствующая границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и левую передне-верхнюю ость подвздошной кости. В этой точке вначале производили прокол передней брюшной стенки троакаром, извлекали стилет. В последующем по гильзе троакара в брюшную полость вводили полый манипулятор и накладывали пневмоперитонеум.

Различия касались точки для введения лапароскопа. У нормостеников и астеников прокол брюшной стенки выполняли в левой нижней точке Kalk троакаром на фоне пневмоперитонеума и проводили лапароскоп в брюшную полость после извлечения стилета. У гиперстеников лапароскоп вводили в левой верхней точке Kalk. Осуществляли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр в положении Фовлера, Тренделенбурга, боковом и др., выполняя при необходимости дополнительные инструментальные диагностические манипуляции под контролем лапароскопа.

Полученные результаты лапароскопических исследований позволили констатировать, что при наличии нормостенического и астенического конституциональных типов больных, каких либо диагностических трудностей во время исследования не было.

У гиперстеников в процессе лапароскопии обнаружен значительной толщины и размеров большой сальник, подвижность которого была ограниченной, невзирая на полипозиционный осмотр. В связи с этим с целью осмотра интересующих областей применяли манипулятор. Однако, у 97(42,2%) пациентов большой сальник полностью закрывал подпечёночное пространство, печёночный угол ободочной кишки, правую подвздошную область, не поддавался смещению и не открывал для осмотра органы брюшной полости. У этих больных применили разработанный способ, заключающийся в следующем. В горизонтальном положении, сняв фиксирующие ремни, пациента поворачивали на

левый бок до угла 90° к плоскости стола, переводили в положение Фовлера или Тренделенбурга и, используя манипулятор, смещали большой сальник и визуализировали закрытые последним органы, локализовавшиеся в ранее не доступных осмотру выше указанных областях. В созданном положении большой сальник и слепая кишка под действием значительно большей силы смещались вниз, обнажая переходную складку брюшины правого бокового канала, латеральную и другие стенки желчного пузыря.

Лапароскопия у гиперстеников должна проводится быстро из-за возможного развития или ухудшения дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, особенно опасным для них является длительное нахождение в положении Тренделенбурга. Ситуация ухудшается у пациентов пожилого и старческого возраста с наличием таких сопутствующих заболеваний, как ИБС, сердечно-сосудистая недостаточность, аритмия, состояния после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта и др.

По результатам проведенной лапароскопии у 175(76,1%) больных диагностированы острые хирургические и гинекологические заболевания, травматические повреждения органов брюшной полости, у 55(23,9%) - исключены. В неотложном порядке лапаротомия выполнена у 63(36%) пациентов, лечебные лапароскопические вмешательства - у 112(64%). Осложнения развились у 8(3,5%) больных гиперстенического типа (нагноение раны - у 4, подкожная эмфизема - у 3, повреждение большого сальника - у 1). Все они ликвидированы с помощью консервативных методов.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. У пациентов с нечёткой клинической картиной неотложной абдоминальной хирургической и гинекологической патологией, которым выполнены диагностические лапароскопические вмешательства, выявлены три конституциональных типа.

2. Разработанная и использованная методика лапароскопии согласно I, II, III конституциональных типов позволила у 76,1% больных установить патологию и у 23,9% - её исключить.

3. Лапароскопия позволила своевременно определить показания к неотложной лапаротомии у 35,6% пациентов и малотравматичным лечебным лапароскопическим вмешательствам - у 64,4%.

Перспективами дальнейших исследований является накопление результатов применения лапароскопических вмешательств у больных различных конституциональных типов с нечёткой клинической картиной острой абдоминальной хирургической и гинекологической патологии при отрицательных или малоинформативных результатах иных дополнительных методов исследования с целью определения окончательных выводов.

Литература

- Безопасная техника в лапароскопии / С.С.Стебунов, А.Н.Лызигов, С.Н.Занько, А.А.Лызигов. - Мн.: Выш. шк., 2000. - 218 с.
- Відеоендоскопічні операції у хірургії та гінекології /В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саєнко, М.Ю.Ничитайло. - К.: Здоров'я, 2000. - 304 с.
- Видеолапароскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / А.Е.Борисов, Л.А.Левин, В.П.Земляной [и др.] - СПб.: Предприятие ЭФА, "ЯНУС", 2002. - 416 с.
- Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію /О.В.Малоштан, В.В.Бойко, О.М.Тищенко, І.А.Криворучко. - Х.: СИМ, 2005. - 367 с.
- Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /[В.В.Бойко, Ю.Б.Григоров, В.Г.Дуденко та ін.]. - Х.: Торнадо, 2002. - 174 с.
- Сухопара Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии /Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. - 192 с.
- Тимофеев М.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости: автореф. ... канд. мед. наук /Тимофеев М.Е. - М., 2000. - 20 с.
- Шулутко А.М. Современная диагностическая видеолапароскопия при заболеваниях брюшной полости /А.М.Шулутко, Ф.Н.Насиров, А.М.Казарян //Российский мед. журн. - 2004. - №4. - С. 50-53.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ РІЗНИХ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ТИПАХ

Капшитар О.В., Капшитар О.О.

Резюме. У 230 хворих різних конституціональних типів з нечіткою клінічною картиною гострих хірургічних, гінекологічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини при негативних результатах інших додаткових методів дослідження виконана лапароскопія. Чоловіків було 124(53,9%), жінок - 106(64,1%) у віці від 18 до 89 років. Використаний апарат фірми "Karl Storz" (Німеччина). Дослідження виконане за вдосконаленою методикою Kelling. Антропометричні заміри виявили у 73(31,7%) пацієнтів нормостенічний тип, у 34(14,8%) - астеничний та у 123(53,5%) - гіперстенічний. Використані розроблені варіанти методики лапароскопії дозволили у 175(76,1%) хворих діагностувати невідкладну абдомінальну патологію, у 55(23,9%) - виключити. Невідкладна лапаротомія виконана у 63(36%) пацієнтів, у 112(64%) - лікувальні лапароскопічні втручання. Ускладнення розвинулись у 8(3,5%) хворих гіперстенічного типу (нагноєння рани - 4, підшкірна емфізема - 3, пошкодження великого сальника - 1).

Ключові слова: невідкладна абдомінальна хірургія, конституційні типи, лапароскопія, методика.

THE FEATURES OF METHODS OF LAPAROSCOPY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY IN THE CONSTITUTIONAL TYPES

Kapshitar A.V., Kapshitar A.A.

Summary. At 230 patients with the different constitutional types, with vague clinical picture of acute surgical, gynaecological diseases and traumatic injuries of the abdominal cavity with the negative results of other complementary methods of investigation the laparoscopy was performed. There were 124 men (53,9%) and 106 women (64,1%) at the age from 18 to 89 years. The apparatus of firm "Karl Storz" (Germany) was used. The developed variants of laparoscopy methods were used, they allowed to diagnose the urgent abdominal pathology at 175 patients (76.1%) and to except at 55 patients (23.9%). The urgent laparotomy was performed at 63 patients (36%), the medical laparotomy intervention was performed at 112 patients (64%). The complications were developed at 8 patients (3,5%) of hypersthenic type (suppurating wounds - 4, subcutaneous emphysema - 3, damage to the greater omentum - 1).

Key words: urgent abdominal surgery, constitutional types, laparoscopy, method.

© Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

УДК: 612.1-08:616.14-007.64

ОЦІНКА КРОВООБІГУ ПРИ СУЧАСНИХ І ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра нормальної фізіології (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Робота присвячена проблемі лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Узагальнено досвід лікування даної хвороби трьома методами: сафенектомія, ендовенозна лазерна коагуляція у комплексному лікуванні та окремо ендовенозна лазерна коагуляція. У роботі розкриті особливості техніки ендовенозної лазерної коагуляції. Застосування ендовенозної лазерної коагуляції значно знижує операційну травму та відсоток післяопераційних ускладнень, а також значно скорочує термін перебування хворого в стаціонарі.

Ключові слова: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, ендовенозна лазерна коагуляція, кросектомія.

Вступ

Лікарі-флебологи Вінницької області зазначають [Лазаренко и др., 2007; Леванчук и др., 2008], що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК) є не лише до-

сить розповсюдженою, особливо серед жінок (жінки - 40%, чоловіки - 10-15% від загальної кількості населення), а й має тенденцію до "омолодження". Хворі

Литература

- Безопасная техника в лапароскопии / С.С.Стебунов, А.Н.Лызигов, С.Н.Занько, А.А.Лызигов. - Мн.: Выш. шк., 2000. - 218 с.
- Відеоендоскопічні операції у хірургії та гінекології /В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саєнко, М.Ю.Ничитайло. - К.: Здоров'я, 2000. - 304 с.
- Видеолапароскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / А.Е.Борисов, Л.А.Левин, В.П.Земляной [и др.] - СПб.: Предприятие ЭФА, "ЯНУС", 2002. - 416 с.
- Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію /О.В.Малоштан, В.В.Бойко, О.М.Тищенко, І.А.Криворучко. - Х.: СИМ, 2005. - 367 с.
- Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /[В.В.Бойко, Ю.Б.Григоров, В.Г.Дуденко та ін.]. - Х.: Торнадо, 2002. - 174 с.
- Сухопара Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии /Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. - 192 с.
- Тимофеев М.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости: автореф. ... канд. мед. наук /Тимофеев М.Е. - М., 2000. - 20 с.
- Шулутко А.М. Современная диагностическая видеолапароскопия при заболеваниях брюшной полости /А.М.Шулутко, Ф.Н.Насиров, А.М.Казарян //Российский мед. журн. - 2004. - №4. - С. 50-53.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ РІЗНИХ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ТИПАХ

Капшитар О.В., Капшитар О.О.

Резюме. У 230 хворих різних конституціональних типів з нечіткою клінічною картиною гострих хірургічних, гінекологічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини при негативних результатах інших додаткових методів дослідження виконана лапароскопія. Чоловіків було 124(53,9%), жінок - 106(64,1%) у віці від 18 до 89 років. Використаний апарат фірми "Karl Storz" (Німеччина). Дослідження виконане за вдосконаленою методикою Kelling. Антропометричні заміри виявили у 73(31,7%) пацієнтів нормостенічний тип, у 34(14,8%) - астеничний та у 123(53,5%) - гіперстенічний. Використані розроблені варіанти методики лапароскопії дозволили у 175(76,1%) хворих діагностувати невідкладну абдомінальну патологію, у 55(23,9%) - виключити. Невідкладна лапаротомія виконана у 63(36%) пацієнтів, у 112(64%) - лікувальні лапароскопічні втручання. Ускладнення розвинулись у 8(3,5%) хворих гіперстенічного типу (нагноєння рани - 4, підшкірна емфізема - 3, пошкодження великого сальника - 1).

Ключові слова: невідкладна абдомінальна хірургія, конституційні типи, лапароскопія, методика.

THE FEATURES OF METHODS OF LAPAROSCOPY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY IN THE CONSTITUTIONAL TYPES

Kapshitar A.V., Kapshitar A.A.

Summary. At 230 patients with the different constitutional types, with vague clinical picture of acute surgical, gynaecological diseases and traumatic injuries of the abdominal cavity with the negative results of other complementary methods of investigation the laparoscopy was performed. There were 124 men (53,9%) and 106 women (64,1%) at the age from 18 to 89 years. The apparatus of firm "Karl Storz" (Germany) was used. The developed variants of laparoscopy methods were used, they allowed to diagnose the urgent abdominal pathology at 175 patients (76.1%) and to except at 55 patients (23.9%). The urgent laparotomy was performed at 63 patients (36%), the medical laparotomy intervention was performed at 112 patients (64%). The complications were developed at 8 patients (3,5%) of hypersthenic type (suppurating wounds - 4, subcutaneous emphysema - 3, damage to the greater omentum - 1).

Key words: urgent abdominal surgery, constitutional types, laparoscopy, method.

© Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

УДК: 612.1-08:616.14-007.64

ОЦІНКА КРОВООБІГУ ПРИ СУЧАСНИХ І ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра нормальної фізіології (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Робота присвячена проблемі лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Узагальнено досвід лікування даної хвороби трьома методами: сафенектомія, ендовенозна лазерна коагуляція у комплексному лікуванні та окремо ендовенозна лазерна коагуляція. У роботі розкриті особливості техніки ендовенозної лазерної коагуляції. Застосування ендовенозної лазерної коагуляції значно знижує операційну травму та відсоток післяопераційних ускладнень, а також значно скорочує термін перебування хворого в стаціонарі.

Ключові слова: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, ендовенозна лазерна коагуляція, кросектомія.

Вступ

Лікарі-флебологи Вінницької області зазначають [Лазаренко и др., 2007; Леванчук и др., 2008], що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК) є не лише до-

сить розповсюдженою, особливо серед жінок (жінки - 40%, чоловіки - 10-15% від загальної кількості населення), а й має тенденцію до "омолодження". Хворі

становлять близько 20-30% від загальної кількості населення. ВХВНК характеризується прогресуючим перебігом і поступово призводить до інвалідизації 2% працеспроможного населення індустріально розвинутих країн. Розповсюдженість захворювання зростає з віком та становить 14-16% у період від 18 до 25 років і 50-60% у віці 55-60 років. Зі 100% виникнення трофічних виразок, у 41% причиною є ВХВНК.

Основною причиною захворювання є генетична слабкість клапанного апарату поверхневих і глибоких вен нижніх кінцівок і патологічний перерозподіл венозної крові в дистальному напрямку, при цьому відбувається зворотній відтік крові з стегової у велику підшкірну вену (ВПВ). У розвитку хронічної венозної недостатності (ХВН) центральне місце посідає "зачароване коло", що поєднує між собою три основні ланки патогенезу: збільшення периферичного венозного тиску, власне розширення вен і функціональну недостатність венозних клапанів.

На сьогоднішній день є декілька альтернативних способів боротьби з ВХВНК: видалення великої або малої підшкірних вен (ВПВ і МПВ, відповідно) хірургічним шляхом, найсучаснішими методами є склеротерапія за програмою Foam-form, а також ендовенозна лазерна коагуляція ЕВЛК [Криса, 2008; Нікішин та ін., 2008].

Склеротерапія та ЕВЛК відрізняються від попередніх традиційних мінімальною травматичністю, зменшенням ризику виникнення рецидивів, швидким загоєнням, мають косметичний ефект. На жаль, у нашій країні ЕВЛК не набула бажаного розвитку, оскільки немає достатньої інформації з даної тематики.

Метою досліджень стала оцінка кровообігу та обґрунтування доцільності використання методики ЕВЛК та склеротерапії за методикою Foam-form після хірургічного лікування хворих з ВХВНК при врахуванні вікових змін, статі та ступеня ХВН.

Матеріали та методи

Робота основана на аналізі історій хвороб хворих на ВХВНК та хірургічного лікування 728 хворих (1014 кінцівок) за період 2007-2009 років. З них 416 жінок та 312 чоловіків, у віці у середньому 41 рік (від 18 р. до 67 р.) з відношенням права-ліва кінцівка 1:1,25.

При аналізі даних з історій хвороб було відзначено, що всі хворі мали ВХВНК у стадії С2-С6 за міжнародною класифікацією СЕАР. ЕВЛК проводилось 245 (33,7%) хворим за допомогою високоенергетичного діодного лазера "ЛІКА-ХІРУРГ" виробництва "Фотоніка Плюс" з довжиною хвилі 810 та 940 нм.

У переважній більшості операцій застосовувалась спинномозкова анестезія - 723 (99,3%) хворих, місцева анестезія лише в 5 (0,7%) хворих. Для діагностики захворювання використовували дуплексне сканування, яке дає змогу побачити судину, характер і швидкість руху крові в ній. Хворі в залежності від виду лікування були поділені на три клінічні групи:

1. стріпінг (сафенектомія), 240 (33%);
2. ЕВЛК в комплексному лікуванні, 243 (33,3%);
3. ЕВЛК, 245 (33,7%).

Стріпінг (сафенектомія): зондом Беккока проводять безпосереднє видалення вени з навколишніх тканин (так би мовити, "виривання").

В еру розвитку ендоваскулярних технологій, де наголошується на мініінвазивності, на шляху до зменшення травматичності втручань стала заміна тактики видалення вен їх фіброзуванням. Найбільш конкуруючими за ефективністю усунення рефлюкса по ВПВ та МПВ є лазерна коагуляція.

ЕВЛК у комплексному лікуванні: використовується високо енергетичний лазерний апарат для проведення селективної фотокоагуляції. Принцип його полягає у поглинанні різними тканинами лазерної енергії з різною силою. Тому відбувається безпосередній вплив лазерного випромінювання на ендотелій судин без побічної дії на інші тканини [Сапелкин, 2002]. Саме комплексною фіблектомією проводилось лікування другої клінічної групи, яка становила 243 (33,3%) хворих. Для проведення ЕВЛК використовувався вітчизняний лазерний апарат "Ліка-хірург" з потужністю 16 Вт, безперервної дії. Час експозиції залежав від патофізіологічної та анатомічної цілісності стінки судин.

Техніка оперативних втручань була такою [Лазаренко та ін., 2008; Passman et al., 2007]. Обробка притоків кукси ВПВ. Як і при звичайній фіблектомії, спочатку виконувалось виділення та мобілізація устя ВПВ з обов'язковим лігуванням усіх гілок та наступним відсіченням ВПВ. Встановлення катетера у просвіт ВПВ у ретроградному напрямку - 170(70%) хворих. Катетер проводили по ВПВ до дистальної частини без виділення останньої в ділянці медіальної кісточки. Якщо не вдавалось провести катетер за попередньою методикою, його вводили в антеградному напрямку - 73(30%) хворих. Попередньо виділяли ВПВ у ділянці медіальної кісточки. Вену пересікали, дистальну частину цієї ділянки перев'язували, а в проксимальну вводили катетер з подальшим проведенням його до появи в зоні медіальної кісточки і теж перев'язували. Ліквідація горизонтального скиду через перфорантні вени виконувалась або надфасціальним їх лігуванням з міні доступу - 36 (15%) хворих, або шляхом ЕВЛК - 207 (85%) хворих; пункційно під контролем портативного ультразвукового апарата "sonosite i-look" за допомогою системної голки проводився лазерний провідник у просвіт перфоранту. Усі рани зашивали косметично. Паравенозна інфільтрація виконувалась в усіх випадках охолодженням до 16 градусів 0,9% розчином хлориду натрію для досягнення компресії вени з усіх сторін та з метою паравенозного захисту оточуючих тканин. Інфільтрація розчином проводилась звичайною голкою під контролем ультразвукового доплерівського сканування (УЗДС).

Вдягання компресійного трикотажу на кінцівку сполучали з компресійними валиками по ходу стовбура

вени. Катетер з лазерним провідником підтягувався в ретроградному напрямку з середньою швидкістю 2 мм за секунду в безперервному режимі. Середня експозиційна доза на ВПВ довжиною 80 см у залежності від діаметра складала 4800 Дж.

Таким чином, зберігалися принципи "фізіологічно-го" підходу до проведення операцій комплексних флебектомій у світовій практиці [Passman et al., 2007].

ЕВЛК: проводили пункцію ВПВ на рівні медіальної кісточки гомілки під обов'язковим контролем УЗДС. Через прокол у шкірі та стінці вени вводили лазерний світловод в антеградному (знизу-вверх) напрямку до сафено-феморального співустя, а саме до місця розташування остіального клапана у ВПВ. Наступні етапи операції збігались із діями, які проводили під час комплексного лікування: інфільтрація, компресійна терапія та безпосередня коагуляція.

Даний тип лікування є найменш травматичним, оскільки відбувається мінімальне пошкодження цілісності структур організму (шкіри, підшкірного прошарку, судин, нервів, тощо).

Формування та редагування первинної бази дослідження даних проведено на EOM Intel Pentium IV 3,0 МГц з використанням програми "Microsoft Excel". Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати. Обговорення

У хворих, котрим проводили безпосередньо сафенектомію, достовірно виражене пошкодження навколишніх тканин. Самі операції супроводжуються сильними кровотечами та підшкірними крововиливами в післяопераційному періоді, тому спостерігається досить велике число гематом 198 (82,5%) у порівнянні з ЕВЛК - 4(1,6%) ($p < 0,001$). Відзначався ризик виникнення запальних процесів, таких, як інфільтрати 72(30%), у порівнянні з ЕВЛК - 26(10,6%) ($p < 0,001$), інфікування рани по ходу видалення вени 12(5%) хворих, тоді як при ЕВЛК 3(1,2%) ($p < 0,05$). При виконанні сафенектомії відбувається пошкодження не тільки навколишніх тканин, а й нервів, на відміну від ЕВЛК. Тому у 57(23,75%) хворих спостерігаються парестезії, виникнення неприємного відчуття у вигляді повзання мурашок протягом перших 10 днів після оперативного втручання, у той час як при ЕВЛК у 3 хворих (1,2%) ($p < 0,001$).

Середня тривалість оперативного втручання становить 90-150 хв. Перебування хворих у шпиталі становить більше 7 днів. У деяких випадках необхідним було стаціонарне лікування.

При зондових методах видалення вен (стрипінг) обриваються венозні притоки й комунікантні вени, пошкоджуються лімфатичні колектори й нервові стовбури. Частота ускладнень досягає 13,5-38,6%, післяопераційна непрацездатність коливається від 3-4 до 35-40 днів.

Лікування, яке отримували хворі на ВХВНК, проведене за допомогою методу ЕВЛК, є більш ефективним

у порівнянні з сафенектомією. У хворих, яким проводили ЕВЛК у комплексному лікуванні, больовий синдром зникав через добу. У 6(2,5%) пацієнтів на стегні відмічалась невеличка гематома, внаслідок перфорації венозної стінки катетером під час ретроградного введення останнього, а при виконанні ЕВЛК відмічалась тенденція до їх зменшення (4 випадки, 1,6%), інфільтрати 31(12,6%) хворий, тоді як після ЕВЛК становили 26(10,6%), опіки шкіри 4(1,7%) пацієнти, що не потребували додаткового лікування і самостійно проходили. З отриманих даних 5(2,04%) опіків припадало на ЕВЛК. Тромбозу глибоких вен не було.

Кровоплин у коагульованих венах був відсутній, стінка вен потовщена. Через 3-4 тижні після операції спостерігаються процеси фіброзу та склерозу, диференціювати коагульовану вену в ділянці гомілки важко, а на стегні вона представлена фіброзним тяжем. Зворотного розвитку фіброзних процесів з відновленням прохідності вени не спостерігалось. У більшості хворих по ходу коагульованої вени відчувався м'якоеластичний тяж, який поступово зникав протягом місяця.

Хворі, яким проводили комплексну флебектомію і ЕВЛК, мали близькі післяопераційні показники. Але спостерігалась тенденція до зменшення ускладнень при виконанні ЕВЛК у порівнянні з поєднаним методом (ЕВЛК + кросектомія).

У випадках, коли ВХВНК досягала стадії С4, обов'язковим етапом операції була кросектомія. Це забезпечувало 100% впевненість, що реканалізація (відновлення просвіту і, відповідно, кровотоку по вені) судини не відбудеться. Тому ЕВЛК застосовувалася хворим, які мали стадії ВХВНК С2, С3. Якщо були показання, то лікування ЕВЛК доповнювалось склеротерапією за методикою Foam-form (основна кількість хворих, яким проводили склеротерапію, відносилась до групи С1 за міжнародною класифікацією CEAP, показники таких хворих у роботі не досліджували).

Після ЕВЛК хворі мали больовий синдром протягом першої доби. На стегні та гомілці виділялися гематоми 4(1,6%), інфільтрати 26(10,6%), опіки шкіри 5(2,04%), парестезії 3(1,23%).

Тривалість операції становила від 30 до 60 хвилин. Хворі перебували в клініці 1 - 2 доби. Відповідно хворі відчували тяжіння в ділянці виділення ВПВ і/або МПВ. При обстеженні пацієнтів на 7 добу після операції за допомогою УЗДС реканалізація становила 0. Через 12 місяців після операції були обстежено 162(66%) пацієнти та виявлено, що у 8(3,4%) випадках відбувся зворотний розвиток фіброзних процесів, унаслідок чого відбувалося відновлення прохідності вени. Це пояснюється тим, що перфоранти та притоки ВПВ або МПВ зберігали частково своє функціонування, що перешкоджало процесам фіброзу та склерозу стінки судини.

Компресійна терапія назначалась хворим ще протягом 2-3 місяців.

Метод ЕВЛК ВПВ був запропонований в якості аль-

тернативи стрипінгу. Перше повідомлення про використання ендовенозного лазера при лікуванні варикозу з'явився ще Puglisi B. зі співавторами в 1989 р. на міжнародному конгресі IUP у Страсбурзі [Puglisi et al., 1989], але поширення метод отримав лише після публікації C.Vone [1999] і ввійшов у клінічну практику на початку 2000 року, не без підстав названий технологією 21 століття.

Лазерний метод полягає в руйнуванні венозної стінки тепловою енергією, яка передається від діодного лазера через уведену інтравенозно фіброоптичне волокно. Викликається ендовасальна фотокоагуляція венозної судини. T.Proebstle зі співав. [2007] вважають, що ефект теплового пошкодження обумовлений утворенням пухирців пару під час лазерного впливу. Основна мета ендоваскулярних методів - облітерувати просвіт поверненої венозної магістралі, припинити венозний рефлюкс в сафенофemorальному співусті й дистальних сегментах ВПВ та/або МПВ у хворих ВХВНК. Згідно з думкою авторів, що мають значний власний досвід, головними позитивними сторонами лазерної коагуляції при ВХВНК є: мікрохірургічна точність роботи з ендолазером, мініінвазивна, а, отже, й менш травматична техніка операції, швидке післяопераційне відновлення, зменшення післяопераційних ускладнень і побічних реакцій, відсутність гематом а отже відсутність крововтрати, більш швидке відновлення працездатності пацієнтів, відмінні естетичні результати, що не менш важливо у зв'язку з більш високою захворюваністю у жінок.

З вищенаведених даних можна зробити висновок, що новітні методи дослідження дають змогу пацієнту швидко й майже безболісно перенести хірургічне втручання. Больовий синдром зберігається протягом 1-3 діб, який при стрипінгу триває до 10 діб. Крім того, пацієнти після ЕВЛК та комплексної флебектомії не потребують стаціонарного лікування. Рівень працездатності відновлюється досить швидко. Після ЕВЛК пацієнту рекомендується через 2 години робити вже недовготривалі навантаження у вигляді ходьби, у той час як хворим першої групи дозволялось поступово починати ходити через добу.

ЕВЛК дає змогу людям, які страждають на ВХВНК, швидко, майже безболісно позбутись даного захворювання. Термін реабілітації є мінімальним, тому у хворих не виникає дискомфорту їх життєдіяльності. Особливо важливим моментом є естетичний вигляд нижніх кінцівок після операцій. Після сафенектомії залишаються

великі, пігментовані у темніший колір рубці. Це є наслідком того, що лікар робить досить великі доступи в ділянці паху та медіальної або латеральної кісточки голілки (у залежності від того яка вена має бути видалена або ВПВ, або МПВ відповідно) для виділення ВПВ або МПВ. У той же час, пацієнти другої групи мали майже непомітні рубці у вигляді ліній, які за кольором не відрізнялись від шкіри. Крім того, хворі третьої групи не мали рубців взагалі, оскільки ЕВЛК проводилось за рахунок пункції ВПВ (тобто розрізів не було і, відповідно, шви не накладались), тому на шкірі залишились тільки місця проколів, які мали вигляд невеликої точки, без пігментації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При оцінці гемодинаміки вен НК встановлено, що ЕВЛК є кращим методом лікування ВХВНК, ніж традиційні (сафенектомія, кросектомія).

2. Застосування ЕВЛК у меншій мірі впливає на зміну кровообігу вен НК і дає можливість значно знизити операційну травму, скоротити час оперативного втручання, попередити виникнення післяопераційних ускладнень, а також у багато разів скоротити термін перебування в стаціонарі, зменшити розміри доступів при виділенні вен, відповідно використати меншу кількість шовного матеріалу й отримати позитивний косметичний ефект.

3. Забезпечується обробка перфорантних вен без застосування відкритої перев'язки, яка не можлива на стадії С6 (за допомогою ЕВЛК без кросектомії).

4. ЕВЛК може бути використана на всіх стадіях ВХВНК для коагуляції великої та малої підшкірних вен, а також їх приток у поєднанні з мініфлебектомією та корекцією горизонтального рефлексу.

5. ЕВЛК є матеріально економічнішою, ніж традиційні методи лікування.

Отримані дані застосування ЕВЛК відкривають перспективу застосування цього методу, адже з'являється можливість скорочення терміну перебування в стаціонарі, зменшується частота та важкість ускладнень, покращується косметичний ефект після операції. Безперечно, необхідні більш довготривалі спостереження, аналіз віддалених результатів для визначення ефективності цього методу та місця в комплексному лікуванні ВХВНК.

Література

Использование эндовенозной лазерной коагуляции //Интервенционная радиология и эндоваскулярная хирургия 21 века: матер. II съезда МАЭХИР, Феодосія, сентябрь 2008 /С.М.Леванчук, В.В.Шапринський, С.С.Юрець [и др.]. - Харьков, 2008. - С. 34-35.

Использование эндовенозной лазерной коагуляции при хронической венозной недостаточности /В.Е.Лазарен-

ко, В.Б.Мельник, В.В.Шапринский [и др.] //Фотобиология и фотомедицина. - 2007. - Т.5, №3. - С. 30-33.

Криса В.М. Застосування ендоваскулярної лазерної облітерації в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок /В.М.Криса //Клін. хірургія. - 2008. - №4-5. - С. 73-74.

Лазерна ендовенозна корекція трофічних виразок при варикозній хво-

роби нижніх кінцівок /В.Е.Лазаренко, В.В.Шапринський, С.С.Юрець [та ін.] //Акт. пробл. сучасної медицини: Вісник Української медичної стомат. академії. - 2008. - №4. - С. 12-14.

Нікішин Л.Ф. Ендовенозна лазерна коагуляція в лікуванні варикозної хвороби /Л.Ф.Нікішин, Р.П.Стащук // Клін. хірургія. - 2008. - №4-5. - С.

84. Сапелкин С.В. Конгресс Европейского венозного форума, 3-й /С.В.Сапелкин //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2002. - №11. - С. 7-10.
- Bone C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de diodo. Estudio preliminar /C.Bone //Rev. Patol. Vasc. - 1999. - №5. - P. 35-46.
- Combined Endovenous Ablation and Transilluminated Powered Phlebectomy /M.A.Passman, J.B.Dattilo, GR. J.uzman [et al.] //Vasc. Endovascular Surg. - 2007. - №41. - P. 41.
- Proebstle T.M. Early results and feasibility of incompetent perforator vein ablation by endovenous laser treatment / T.M.Proebstle, S.Herdemann // Dermatol Surg. - 2007. - №33(2). - P. 162-168.
- Puglisi B. L'application du laser ND-YAG dans le traitement du syndrome variqueux (Application of the ND-YAG laser in the treatment of varicose syndrome) /B.Puglisi, A.Tacconi, F.San Filippo //Phlebology. - 1989. - P. 839-842.

ОЦЕНКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Коновалов С.В., Шапринский В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

Резюме. Работа посвящена проблеме лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. Представлен опыт лечения этой болезни тремя методами: сафенэктомия, эндовенозная лазерная коагуляция в комплексном лечении и отдельно эндовенозная лазерная коагуляция. В работе раскрыты особенности техники эндовенозной лазерной коагуляции. Применение эндовенозной лазерной коагуляции значительно снижает операционную травму и процент послеоперационных осложнений, а также значительно сокращает срок пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен нижних конечностей, эндовенозная лазерная коагуляция, кросэктомия.

ESTIMATION OF THE BLOOD CIRCULATION UNDER THE MODERN AND TRADITIONAL METHODS OF THE LOWER EXTREMITIES VEINS VARICOSE DILATATION ILLNESS TREATMENT

Konovalov S.V., Shaprynskiy V.V., Levanchuk S.M., Levanchuk A.S.

Summary. The research is devoted to the problem of the lower extremities veins varicose dilatation illness treatment. Experience of the given illness treatment is presented by three methods: safenectomy, endovenous laser coagulation and endovenous laser coagulation in the complex treatment. The features of endovenous laser coagulation technique are presented in the work. Using endovenous laser coagulation reduces an operating trauma and percent of postoperational complications considerably, and also considerably abbreviates the term of stay of patient in permanent establishment.

Key words: the lower extremities veins varicose dilatation illness, endovenous laser coagulation, crosektomy.

© Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

УДК: 616.366+003.76-163.810.-089.85

ВЫБОР СПОСОБА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

Самаркандский медицинский институт (ул. А.Темур, 18, г. Самарканд, Узбекистан, 140100)

Резюме. Прооперировано 2247 больных с желчнокаменной болезнью, у 896 больных холецистэктомия произведена из минидоступа. Предлагаемая усовершенствованная методика минилапаротомной холецистэктомии уменьшила число операционных осложнений с 2,2% до 0,9%.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, минилапаротомия.

Введение

В настоящее время в хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора. Высокая техническая оснащенность, необходимая для ЛХЭ, позволила сделать последнюю - престижной операцией, имеющей преимущество в сроках лечения и реабилитации больных [Гарипов и др., 2002].

Вместе с тем, лапароскопическая хирургия обострила и существовавшую в хирургии проблему, такую как ятрогения [Галлингер и др., 2002]. Опасность повреждения внепеченочных желчных путей при ЛХЭ выше, чем при лапаротомной, и составляет 0,6% [Гешелин и др., 2008].

Хотя, по данным литературы общая летальность после ЛХЭ ниже, чем после открытой холецистэктомии (0,06-0,1% и 0,2-0,4% соответственно), более 50% летальных исходов после лапароскопической операции

обусловлено самим методом. А при лапаротомной ХЭ 90% летальных исходов связано с тромбоэмболическими и дыхательными осложнениями.

При широкой лапаротомии повышается операционная агрессия, что не желательно у больных с конкурирующей соматической патологией органов кровообращения и дыхания, особенно в группе больных пожилого и старческого возраста. В этой группе больных имеются веские противопоказания к ЛХЭ из-за необходимости создания напряженного пневмоперитонеума [Ветшев и др., 2001]. Определенная часть осложнений после ЛХЭ сводится к обострению воспалительных процессов со стороны легких, а также имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. По нашему мнению, у этих пациентов, имеющих тяжелые конкурирующие сопутствующие заболевания, перенесших в анамнезе немало приступов острого холецистита с инфильтра-

84. Сапелкин С.В. Конгресс Европейского венозного форума, 3-й /С.В.Сапелкин //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2002. - №11. - С. 7-10.
- Bone C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de diodo. Estudio preliminar /C.Bone //Rev. Patol. Vasc. - 1999. - №5. - P. 35-46.
- Combined Endovenous Ablation and Transilluminated Powered Phlebectomy /M.A.Passman, J.B.Dattilo, GR. J.uzman [et al.] //Vasc. Endovascular Surg. - 2007. - №41. - P. 41.
- Proebstle T.M. Early results and feasibility of incompetent perforator vein ablation by endovenous laser treatment / T.M.Proebstle, S.Herdemann // Dermatol Surg. - 2007. - №33(2). - P. 162-168.
- Puglisi B. L'application du laser ND-YAG dans le traitement du syndrome variqueux (Application of the ND-YAG laser in the treatment of varicose syndrome) /B.Puglisi, A.Tacconi, F.San Filippo //Phlebology. - 1989. - P. 839-842.

ОЦЕНКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Коновалов С.В., Шапринский В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

Резюме. Работа посвящена проблеме лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. Представлен опыт лечения этой болезни тремя методами: сафенэктомия, эндовенозная лазерная коагуляция в комплексном лечении и отдельно эндовенозная лазерная коагуляция. В работе раскрыты особенности техники эндовенозной лазерной коагуляции. Применение эндовенозной лазерной коагуляции значительно снижает операционную травму и процент послеоперационных осложнений, а также значительно сокращает срок пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен нижних конечностей, эндовенозная лазерная коагуляция, кросэктомия.

ESTIMATION OF THE BLOOD CIRCULATION UNDER THE MODERN AND TRADITIONAL METHODS OF THE LOWER EXTREMITIES VEINS VARICOSE DILATATION ILLNESS TREATMENT

Konovalov S.V., Shaprynskiy V.V., Levanchuk S.M., Levanchuk A.S.

Summary. The research is devoted to the problem of the lower extremities veins varicose dilatation illness treatment. Experience of the given illness treatment is presented by three methods: safenectomy, endovenous laser coagulation and endovenous laser coagulation in the complex treatment. The features of endovenous laser coagulation technique are presented in the work. Using endovenous laser coagulation reduces an operating trauma and percent of postoperational complications considerably, and also considerably abbreviates the term of stay of patient in permanent establishment.

Key words: the lower extremities veins varicose dilatation illness, endovenous laser coagulation, crosectomy.

© Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

УДК: 616.366+003.76-163.810.-089.85

ВЫБОР СПОСОБА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

Самаркандский медицинский институт (ул. А.Темур, 18, г. Самарканд, Узбекистан, 140100)

Резюме. Прооперировано 2247 больных с желчнокаменной болезнью, у 896 больных холецистэктомия произведена из минидоступа. Предлагаемая усовершенствованная методика минилапаротомной холецистэктомии уменьшила число операционных осложнений с 2,2% до 0,9%.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, минилапаротомия.

Введение

В настоящее время в хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора. Высокая техническая оснащенность, необходимая для ЛХЭ, позволила сделать последнюю - престижной операцией, имеющей преимущество в сроках лечения и реабилитации больных [Гарипов и др., 2002].

Вместе с тем, лапароскопическая хирургия обострила и существовавшую в хирургии проблему, такую как ятрогения [Галлингер и др., 2002]. Опасность повреждения внепеченочных желчных путей при ЛХЭ выше, чем при лапаротомной, и составляет 0,6% [Гешелин и др., 2008].

Хотя, по данным литературы общая летальность после ЛХЭ ниже, чем после открытой холецистэктомии (0,06-0,1% и 0,2-0,4% соответственно), более 50% летальных исходов после лапароскопической операции

обусловлено самим методом. А при лапаротомной ХЭ 90% летальных исходов связано с тромбоэмболическими и дыхательными осложнениями.

При широкой лапаротомии повышается операционная агрессия, что нежелательно у больных с конкурирующей соматической патологией органов кровообращения и дыхания, особенно в группе больных пожилого и старческого возраста. В этой группе больных имеются веские противопоказания к ЛХЭ из-за необходимости создания напряженного пневмоперитонеума [Ветшев и др., 2001]. Определенная часть осложнений после ЛХЭ сводится к обострению воспалительных процессов со стороны легких, а также имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. По нашему мнению, у этих пациентов, имеющих тяжелые конкурирующие сопутствующие заболевания, перенесших в анамнезе немало приступов острого холецистита с инфильтра-

тивним спаечним процесом в перивезикальній області, перспективна ХЕ из мінілапаротомного доступу. В літературі уделено недостаточного уваги цій операції, мало вивчена техніка проведення мінілапаротомної ХЕ, недостаточо визначені показання к проведенію цього оперативного втручання.

Матеріали і методи

В клініці за період 2000-2009гг. по поводу ЖКБ оперированы 2247 больных, из них 1047 (46,6%) произведена ЛХЭ, 304 (13,53%) больных оперировали из лапаротомного доступа. При наличии противопоказаний к ЛХЭ у 896(39,87%) больных произведена холецистэктомия из минидоступа. Возраст больных варьировал от 17 до 84 лет (средний возраст составил 58,46±13,24 лет), среди них было: женщин - 702 (78,3%), мужчин - 194 (21,7%).

Операции из мінілапаротомії, выполняли с помощью комплекта хирургических инструментов "миниассистент", разработанных М.И.Прудковым и производимых медицинской компанией "САН" (Екатеринбург).

При выполнении МЛХЭ по методике М.И.Прудкова (417 больных) тракция за дно желчного пузыря и выведения ее в рану (как при лапаротомной ХЭ) значительно ухудшает визуализацию области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки.

Поэтому нами предложен технический прием, значительно облегчающий выполнение операции, которое было применено у 479 больных.

После проведения мінілапаротомії через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее мінілапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку.

Проведению манипуляций для пересечения пузырного протока и артерии не мешают другие инструменты (при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову, это 2 зажима типа Люэра, которыми захватываются дно и шейка желчного пузыря).

После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из мінілапаротомной раны. Дренажная трубка устанавливается в подпеченочной области и выводится наружу из ранее наложенного

прокола на передней брюшной стенке.

Подобная тактика позволяет четко дифференцировать анатомические образования в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки и избежать повреждения ВЖП.

Предлагаемая методика значительно облегчает действие оперирующего хирурга и способствует безопасному оперированию.

Считаем обязательным ушивание ложа желчного пузыря, что препятствует желчеистечению в послеоперационном периоде.

У 157 (17,5%) пациентов при большом растянутом желчном пузыре, имевшем место при эмпиеме желчного пузыря, прибегали к предварительному его опорожнению посредством пункции и аспирации содержимого. При этом у 54 (5,99%) из них большие конкременты, затрудняющие визуализацию зоны треугольника Кало, были сдвинуты в сторону дна пузыря, что облегчало манипуляции на пузырном протоке и артерии, и одновременно повышало безопасность оперирования. Считаем обязательным дренирование подпеченочного пространства.

Результаты. Обсуждение

При МЛХЭ повреждения внепеченочных желчных протоков отмечено у 2-х (0,22%) больных. При ЛХЭ за этот же период у 6(0,26%) больных имело место повреждение внепеченочных желчных протоков. Желчеистечение отмечено у 4(0,18%) больных после МЛХЭ и у 21(0,93%) больного после ЛХЭ. МЛХЭ как конверсия ЛХЭ была выполнена 19(0,84%) пациентам. Вместе с тем технические сложности при выполнении МЛХЭ потребовали перехода на лапаротомию у 6(0,26%) пациентов.

Благодаря усовершенствованным техническим приемам операций, уменьшилось число осложнений с 2,2% при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову, до 0,93% при выполнении МЛХЭ по усовершенствованному методу.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Операции на желчных путях из мінілапаротомного доступа должны выполняться с применением специального набора инструментов "Миниассистент".

Предлагаемые усовершенствованные технические приемы существенно облегчают технику операции, способствуют безопасному оперированию.

Литература

Лапароскопическая холецистэктомия у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском / Ю.И.Галлингер, В.И.Карпенко, В.И.-Мизиков [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - №7(1). - С. 97.

Гарипов Р.М. Выбор способа операции у больных с острым холециститом.

/Р.М.Гарипов, Ю.В.Богдасаров, Т.В.Мусин //Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №2. - С. 28-29.

Роль и место холецистостомии в хирургическом лечении острого холецистита /С.А.Гешелин, М.А.Каштальян, Н.В.Мищенко [и др.] //Укр. журнал хирургия. - 2008. - №1. - С. 14-17.

Холецистэктомия из минидоступа в ле-

чении желчнокаменной болезни / П.С.Ветшев, ЧК.Е.илингарида, Л.И.-Ипполитов и др. //Клиническая медицина. - 2001. - №1. - С. 50-55.

Прудков М.И. Возможности операций из малых доступов и применяемый инструментарий /М.И.Прудков // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №3. - С. 48.

ВИБІР СПОСОБУ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Курбаніязов З.Б., Рахманов К.Е.

Резюме. Прооперовано 2247 хворих із жовчнокам'яною хворобою. У 896 хворих холецистектомія зроблена з мінідоступу. Запропонована вдосконалена методика мінілапаротомної холецистектомії знизила кількість операційних ускладнень із 2,2% до 0,9%.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, мінілапаротомія.

SELECTION METHOD CHOLECYSTECTOMY

Kurbaniyazov Z.B., Rakhmanov K.E.

Summary. 2247 patients with cholelithiasis disease were operated, cholecystectomy was carried out with mini-access at 896 patients. The proposed improved method of mini-laparotomy cholecystectomy reduced the number of surgical complications from 2,2% to 0,9%.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, mini-laparotomy.

© Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б.

УДК: 616.14-007.64-08

**ДУПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ І КОМБІНОВАНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б.

Трускавецька міська лікарня (вул. Данилишиних, 62, м. Трускавець, Україна, 82200)

Резюме. У роботі проаналізовано результати дуплексного обстеження та комбінованого оперативного втручання у хворих на варикозне розширення вен нижніх кінцівок із застосуванням внутрішньосудинної лазерної абляції в комплексі з кросектомією, мініфлебектомією і перев'язкою комунікантних перфорантних вен. Добрі результати отримано у 94% хворих, задовільні - у 6%. Доопераційне дуплексне обстеження візуалізує наявність структур венозної системи кінцівки, а післяопераційний УЗД-моніторинг цих хворих дозволяє виявляти ускладнення операції в найбільш ранній післяопераційний період. Це перший досвід застосування лазерної внутрішньосудинної коагуляції вен в комплексі з іншими малоінвазивними технологіями у лікуванні варикозу вен нижніх кінцівок у західному регіоні України.

Ключові слова: варикозна хвороба, лазерна внутрішньосудинна абляція, дуплексне обстеження, перфорантні вени, кросектомія.

Вступ

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок - поширене у світі захворювання серед осіб працездатного віку. Воно у природі зустрічається лише в популяції людей з частотою 11-20% населення і є, так би мовити, "платою" за прямоходіння Homo sapiens. Більше, аніж сторічна історія наукового і клінічного вивчення цієї нозології засвідчує її актуальність, складність і показує невирішеність до кінця ряду питань пов'язаних з нею [Ляхович, Ляхович, 2007].

Дуплексне обстеження вен нижніх кінцівок вже стало "золотим стандартом" щодо діагностики цієї недуги. Воно дозволяє визначити місце проходження магістральних вен, виявити кількість приток великої підшкірної вени поблизу місця її впадіння у стегнову вену, наявність на гомілці та у нижній третині стегна перфорантів - комунікантних вен, наявність у просвіті судини тромба, швидкість кровоплину по судині, спроможність остіального клапану великої підшкірної вени, існування венозних рефлюксів. УЗД-дослідження судин дозволяє чітко вибрати спосіб і характер оперативного втручання [Шевченко и др., 2005].

Щодо методу лікування хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок існує ряд думок. Одні автори радять консервативне лікування із застосуванням елас-

тичного трикотажу (бинти і панчохи) та венопротекторної і дезагрегантної терапії. Проте, варикозна хвороба вен ніг на певному етапі ускладнюється хронічною венозною недостатністю, котра з часом посилюється, переходячи у стадію декомпенсації. Ось чому, раннє оперативне втручання дозволяє малотравматично ліквідувати косметичні дефекти спричинені варикозом і запобігти розвитку та прогресуванню хронічної венозної недостатності.

Існує значна кількість оперативних втручань з приводу варикозу вен нижніх кінцівок. Це відкриті травматичні операції типу Нарата, Маделунга; із застосуванням венозних зондів - операція за Беккоком; висока перев'язка великої підшкірної вени за Трояндовим-Тренделенбургом та малоінвазивні технології - лазерна абляція, мініфлебектомія, склеротерапія із застосуванням склерозантів [Шевченко и др., 2005; Coleridge Smith, 2006].

Матеріали та методи

У хірургічному відділенні Трускавецької міської лікарні МОЗ України за період з 2008 по 2009 роки із застосуванням сучасних малоінвазивних технологій виконано 91 оперативне втручання у хворих на варикозне розширення вен ніг, причому у 7 випадках - двостороннє,

ВИБІР СПОСОБУ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Курбаніязов З.Б., Рахманов К.Е.

Резюме. Прооперовано 2247 хворих із жовчнокам'яною хворобою. У 896 хворих холецистектомія зроблена з мінідоступу. Запропонована вдосконалена методика мінілапаротомної холецистектомії знизила кількість операційних ускладнень із 2,2% до 0,9%.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, мінілапаротомія.

SELECTION METHOD CHOLECYSTECTOMY

Kurbaniyazov Z.B., Rakhmanov K.E.

Summary. 2247 patients with cholelithiasis disease were operated, cholecystectomy was carried out with mini-access at 896 patients. The proposed improved method of mini-laparotomy cholecystectomy reduced the number of surgical complications from 2,2% to 0,9%.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, mini-laparotomy.

© Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б.

УДК: 616.14-007.64-08

**ДУПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ І КОМБІНОВАНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б.

Трускавецька міська лікарня (вул. Данилишиних, 62, м. Трускавець, Україна, 82200)

Резюме. У роботі проаналізовано результати дуплексного обстеження та комбінованого оперативного втручання у хворих на варикозне розширення вен нижніх кінцівок із застосуванням внутрішньосудинної лазерної абляції в комплексі з кросектомією, мініфлебектомією і перев'язкою комунікантних перфорантних вен. Добрі результати отримано у 94% хворих, задовільні - у 6%. Доопераційне дуплексне обстеження візуалізує наявність структур венозної системи кінцівки, а післяопераційний УЗД-моніторинг цих хворих дозволяє виявляти ускладнення операції в найбільш ранній післяопераційний період. Це перший досвід застосування лазерної внутрішньосудинної коагуляції вен в комплексі з іншими малоінвазивними технологіями у лікуванні варикозу вен нижніх кінцівок у західному регіоні України.

Ключові слова: варикозна хвороба, лазерна внутрішньосудинна абляція, дуплексне обстеження, перфорантні вени, кросектомія.

Вступ

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок - поширене у світі захворювання серед осіб працездатного віку. Воно у природі зустрічається лише в популяції людей з частотою 11-20% населення і є, так би мовити, "платою" за прямоходіння Homo sapiens. Більше, аніж сторічна історія наукового і клінічного вивчення цієї нозології засвідчує її актуальність, складність і показує невирішеність до кінця ряду питань пов'язаних з нею [Ляхович, Ляхович, 2007].

Дуплексне обстеження вен нижніх кінцівок вже стало "золотим стандартом" щодо діагностики цієї недуги. Воно дозволяє визначити місце проходження магістральних вен, виявити кількість приток великої підшкірної вени поблизу місця її впадіння у стегову вену, наявність на гомілці та у нижній третині стегна перфорантів - комунікантних вен, наявність у просвіті судини тромба, швидкість кровоплину по судині, спроможність остіального клапану великої підшкірної вени, існування венозних рефлюксів. УЗД-дослідження судин дозволяє чітко вибрати спосіб і характер оперативного втручання [Шевченко и др., 2005].

Щодо методу лікування хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок існує ряд думок. Одні автори радять консервативне лікування із застосуванням елас-

тичного трикотажу (бинти і панчохи) та венопротекторної і дезагрегантної терапії. Проте, варикозна хвороба вен ніг на певному етапі ускладнюється хронічною венозною недостатністю, котра з часом посилюється, переходячи у стадію декомпенсації. Ось чому, раннє оперативне втручання дозволяє малотравматично ліквідувати косметичні дефекти спричинені варикозом і запобігти розвитку та прогресуванню хронічної венозної недостатності.

Існує значна кількість оперативних втручань з приводу варикозу вен нижніх кінцівок. Це відкриті травматичні операції типу Нарата, Маделунга; із застосуванням венозних зондів - операція за Беккоком; висока перев'язка великої підшкірної вени за Трояндовим-Тренделенбургом та малоінвазивні технології - лазерна абляція, мініфлебектомія, склеротерапія із застосуванням склерозантів [Шевченко и др., 2005; Coleridge Smith, 2006].

Матеріали та методи

У хірургічному відділенні Трускавецької міської лікарні МОЗ України за період з 2008 по 2009 роки із застосуванням сучасних малоінвазивних технологій виконано 91 оперативне втручання у хворих на варикозне розширення вен ніг, причому у 7 випадках - двостороннє,

спочатку на одній нозі, а згодом - на іншій. З 2008 р. класичні методи венекзезу застосовують рідко, лише у хворих з різко вираженим розширенням вен ніг по типу "виноградних грон" та наявними в їх просвіті тромбами.

Контингент лікованих сучасними методами хворих склали 84 особи, віком від 19 до 72 років, з них осіб чоловічої статі - 18. Згідно класифікації CEAP XBN (Maui, Hawaii, 1994) хворі, яких лікували, поділили наступним чином: за клінічними проявами C2, C3, C4, C6; за етіологією - E2 склали 88%, E3 - 12%; за анатомічними особливостями - A1, A2; патологіологічні особливості P1 - 24%, P3 - 13%. Відбір хворих проводили із застосуванням дуплексного обстеження вен нижніх кінцівок на апараті Mediason 8000 із застосуванням лінійного датчика. При цьому вивчали прохідність глибоких і поверхневих вен, наявність в їх просвіті тромбів, існування перфорантних комунікативних вен, спроможність остіального клапану, кількість приток великої підшкірної вени на місці впадіння її у стегнову вену та присутність венозних рефлюксів.

Оперативне втручання полягало у лазерній абляції вени апаратом фірми Dornier із потужністю лазерного променя 15-25 Вт та кросектомією. У значній кількості хворих лікування доповнювали мініфлебектомією на гомілці та перев'язкою перфорантів. Комунікативні вени зустрічалися із частотою: Cockett-1, Cockett-2 - у 78% осіб, Boyd - у 13%, Dodd - у 11%, Shermann - у 9%. Наявність тромбів у просвіті поверхневих вен виявлено у 23% хворих. Венозні рефлюкси спостерігали у 83% хворих. У місці впадіння великої підшкірної вени у стегнову вену спостерігали 2-4 притоки, причому, у 68% - 3 гілки.

Результати. Обговорення

У 5% хворих, у котрих був безсимптомний перебіг процесу і молодий вік пацієнтів виконано мінімальне

втручання - лише внутрішньосудинна лазерна абляція. У решти 95% виконано кросектомію і лазерну внутрішньосудинну коагуляцію, що доповнювали мініфлебектомією і перев'язкою вен-перфорантів. Причому, у лікованому контингенті зустрічалися хворі з трофічними виразками гомілки великих розмірів.

Добрі результати досягнуто у 94% хворих, задовільні - у решти 6% хворих. УЗД-моніторинг здійснювали протягом 1 року часу. Рецидиву варикозу не спостерігали, косметичний ефект був виражений.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Кросектомія із лазерною внутрішньосудинною абляцією є "золотим стандартом" у лікуванні хворих варикозною хворобою вен нижніх кінцівок.

2. Вказані втручання доповнюють (за потребою) мініфлебектомією та обов'язковою перев'язкою вен-перфорантів.

3. Дуплексне обстеження вен нижніх кінцівок є обов'язковим для раннього виявлення варикозу і моніторингу цих хворих в післяопераційному періоді.

4. Внутрішньосудинна лазерна абляція забезпечує максимальний косметичний ефект.

5. Лазерна внутрішньосудинна коагуляція особливо показана у хворих із трофічними виразками гомілок, де застосування розрізів шкіри в ході операції є небажаним.

6. Мала кількість хворих, котрим виконана лише лазерна абляція, зумовлена пізнім звертанням хворих, коли прогресує венозна недостатність і виражені трофічні зміни тканин.

Вказане комбіноване втручання у хворих на варикозне розширення вен ніг заслуговує на подальше вивчення та широке впровадження у периферичних лікувальних закладах.

Література

Ляхович В. Первинне варикозне розширення вен нижніх кінцівок /В.Ляхович, Ю.Ляхович. - Львів, 2007. - 227 с.
Осноvy клинической флебологии; под

ред. акад. ПАМН Ю.Л.Шевченко, проф. Ю.М.Стойко, проф.М.И.Лыткин. - М.: Медицина, 2005. - 312 с.
Coleridge Smith P.D. Chronic venous

disease treated by ultrasound guided foam sclerotherapy /P.D.Coleridge Smith //Eur. J. Vasc. Endovase Surg. - 2006. - Vol.32, №5. - P. 577-583.

ДУПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Куцик Б.И., Чуба В.И., Прийма С.С., Кривецкий О.Ф., Прийма О.Б., Парий Т.Б.

Резюме. В работе проанализированы результаты дуплексного обследования и комбинированного оперативного вмешательства у больных варикозным расширением вен нижних конечностей с применением внутрисосудистой лазерной абляции в комплексе с кросектомией, минифлебэктомией и перевязкой коммунікативных перфорантных вен. Положительные результаты получены у 94% больных, удовлетворительные - у 6%. Дооперационное дуплексное обследование визуализирует наличие структур венозной системы конечности, а послеоперационный УЗд-мониторинг этих больных позволяет выявить осложнение после операции в наиболее ранний послеоперационный период. Это первый опыт применения лазерной внутрисосудистой коагуляции вен в комплексе с другими малоинвазивными технологиями в лечении варикоза вен нижних конечностей в Западном регионе Украины.

Ключевые слова: варикозная болезнь, лазерная внутрисосудистая абляция, дуплексное обследование, перфорантные вены, кросектомия.

DUPLEX INSPECTION AND THE COMBINED OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH VARICOSE ILLNESS OF THE LOWER EXTREMITIES

Kutsik B.I., Chuba V.I., Priyma S.S., Krivetskiy O.F., Priyma O.B., Paryi T.B.

Summary. In work results of duplex inspection and the combined operative intervention of the patients with varix dilatation of lower extremities with application intravascular laser ablation in a complex with crossectomy, miniflebectomy and bandaging of communicative perforant veins are analysed. 94% patients have the positive results, 6%. Patients have satisfactory ones. Preoperative duplex inspection visualises presence of structures of venous system of finiteness, and postoperative Bridles-monitorings of these patients allows to reveal complication after operation during the earliest postoperative period. It is the first experience of application of laser intravascular coagulation of veins in a complex with others poorly invazive technologies in treatment varicose veins of the lower extremities in the Western region of Ukraine.

Key words: varicose illness, laser intravascular ablation, duplex inspection, perforant veins, crossectomy.

© Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В. Свириденко Н.П.

УДК: 617-001.4-002.3

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Свириденко Н.П.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36000)

Резюме. За допомогою методів бінарного логістичного регресійного аналізу побудована спеціальна розрахункова шкала балів та розроблений алгоритм прогнозу загоєння гнійних ран у хворих похилого та старечого віку.

Ключові слова: логістичний регресійний аналіз, прогнозування, гнійна рана.

Вступ

Проблема прогнозування перебігу ранозагоєння є недостатньо розробленою [Абаев, 2006; Брискин и др., 2007; Лещенко, Галкин, 2003]. Традиційним підходом до її вирішення є побудова автоматизованих систем прогнозування на підставі нейромережевого або регресійного аналізу [Боровиков, 2003; Наследов, 2005; Реброва, 2002; Нейронные сети, 2001]. Однак, використання таких методів є надзвичайно незручним при застосуванні в практичній медицині, оскільки потребує багато розрахунків, володіння спеціальними математичними навиками та наявності персонального комп'ютера [Чичеватов, 2007]. Більш оптимальними, з практичної точки зору, є способи прогнозування з використанням спеціальних розрахункових шкал балів [Чичеватов, 2007; Шейко та ін., 2008].

Мета дослідження: розробити алгоритм прогнозування перебігу ранозагоєння при лікуванні хворих похилого та старечого віку з гострою гнійною патологією м'яких тканин.

Матеріали та методи

Всі розрахунки проводились з використанням статистичних програм "SPSS" версія 16.0 та "STATISTICA" версія 7,0 із застосуванням методів параметричної і непараметричної статистики та логістичного регресійного аналізу [Боровиков, 2003; Наследов, 2005; Реброва, 2002; Altman, Bland, 1994].

Результати. Обговорення

Побудову прогностичного алгоритму розпочали з визначення найбільш важливих ознак, які можуть розглядатись як потенційні предиктори (прогностичні чинники) перебігу ранозагоєння [Чичеватов, 2007]. В даному випадку таких чинників ми визначили 19, в дуж-

ках наведені їх можливі значення:

1. вік хворого (інтервальна змінна);
2. температура тіла хворого (інтервальна змінна);
3. рівень лейкоцитів в крові (інтервальна змінна);
4. рівень лімфоцитів в крові (інтервальна змінна);
5. рівень фібриногену в сироватці крові (інтервальна змінна);
6. рівень загального білку в сироватці крові (інтервальна змінна);
7. рівень С-реактивного білку в сироватці крові (СРБ) (інтервальна змінна);
8. рівень лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) (інтервальна змінна);
9. рівень загального (в сироватці крові) естрадіол/тестостеронового індексу (ЕТІ) (інтервальна змінна);
10. рівень місцевого (в ділянці рани) естрадіол/тестостеронового індексу (ЕТІ) (інтервальна змінна);
11. рівень індексу маси тіла (ІМТ) (інтервальна змінна);
12. характер мікробної забрудненості рани (інтервальна змінна);
13. тип цитограми (некротичний, деструктивно-запальний, запальний, запально-регенеративний, регенеративно-запальний, регенеративний);
14. наявність у хворого цукрового діабету (ЦД) (так, ні);
15. наявність у хворого хронічної артеріальної недостатності (ХАН) (так, ні);
16. наявність у хворого хронічної венозної недостатності (ХВН) (так, ні);
17. наявність у хворого ішемічної хвороби серця (ІХС) (так, ні);
18. наявність у хворого полінейропатії (ПНП) (так, ні);
19. наявність у хворого іншої супутньої патології (так, ні).

Summary. In work results of duplex inspection and the combined operative intervention of the patients with varix dilatation of lower extremities with application intravascular laser ablation in a complex with crossectomy, miniflebectomy and bandaging of communicative perforant veins are analysed. 94% patients have the positive results, 6%. Patients have satisfactory ones. Preoperative duplex inspection visualises presence of structures of venous system of finiteness, and postoperative Bridles-monitorings of these patients allows to reveal complication after operation during the earliest postoperative period. It is the first experience of application of laser intravascular coagulation of veins in a complex with others poorly invazive technologies in treatment varicose veins of the lower extremities in the Western region of Ukraine.

Key words: varicose illness, laser intravascular ablation, duplex inspection, perforant veins, crossectomy.

© Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В. Свириденко Н.П.

УДК: 617-001.4-002.3

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Свириденко Н.П.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36000)

Резюме. За допомогою методів бінарного логістичного регресійного аналізу побудована спеціальна розрахункова шкала балів та розроблений алгоритм прогнозу загоєння гнійних ран у хворих похилого та старечого віку.

Ключові слова: логістичний регресійний аналіз, прогнозування, гнійна рана.

Вступ

Проблема прогнозування перебігу ранозагоєння є недостатньо розробленою [Абаев, 2006; Брискин и др., 2007; Лещенко, Галкин, 2003]. Традиційним підходом до її вирішення є побудова автоматизованих систем прогнозування на підставі нейромережевого або регресійного аналізу [Боровиков, 2003; Наследов, 2005; Реброва, 2002; Нейронные сети, 2001]. Однак, використання таких методів є надзвичайно незручним при застосуванні в практичній медицині, оскільки потребує багато розрахунків, володіння спеціальними математичними навиками та наявності персонального комп'ютера [Чичеватов, 2007]. Більш оптимальними, з практичної точки зору, є способи прогнозування з використанням спеціальних розрахункових шкал балів [Чичеватов, 2007; Шейко та ін., 2008].

Мета дослідження: розробити алгоритм прогнозування перебігу ранозагоєння при лікуванні хворих похилого та старечого віку з гострою гнійною патологією м'яких тканин.

Матеріали та методи

Всі розрахунки проводились з використанням статистичних програм "SPSS" версія 16.0 та "STATISTICA" версія 7,0 із застосуванням методів параметричної і непараметричної статистики та логістичного регресійного аналізу [Боровиков, 2003; Наследов, 2005; Реброва, 2002; Altman, Bland, 1994].

Результати. Обговорення

Побудову прогностичного алгоритму розпочали з визначення найбільш важливих ознак, які можуть розглядатись як потенційні предиктори (прогностичні чинники) перебігу ранозагоєння [Чичеватов, 2007]. В даному випадку таких чинників ми визначили 19, в дуж-

ках наведені їх можливі значення:

1. вік хворого (інтервальна змінна);
2. температура тіла хворого (інтервальна змінна);
3. рівень лейкоцитів в крові (інтервальна змінна);
4. рівень лімфоцитів в крові (інтервальна змінна);
5. рівень фібриногену в сироватці крові (інтервальна змінна);
6. рівень загального білку в сироватці крові (інтервальна змінна);
7. рівень С-реактивного білку в сироватці крові (СРБ) (інтервальна змінна);
8. рівень лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) (інтервальна змінна);
9. рівень загального (в сироватці крові) естрадіол/тестостеронового індексу (ЕТІ) (інтервальна змінна);
10. рівень місцевого (в ділянці рани) естрадіол/тестостеронового індексу (ЕТІ) (інтервальна змінна);
11. рівень індексу маси тіла (ІМТ) (інтервальна змінна);
12. характер мікробної забрудненості рани (інтервальна змінна);
13. тип цитограми (некротичний, деструктивно-запальний, запальний, запально-регенеративний, регенеративно-запальний, регенеративний);
14. наявність у хворого цукрового діабету (ЦД) (так, ні);
15. наявність у хворого хронічної артеріальної недостатності (ХАН) (так, ні);
16. наявність у хворого хронічної венозної недостатності (ХВН) (так, ні);
17. наявність у хворого ішемічної хвороби серця (ІХС) (так, ні);
18. наявність у хворого полінейропатії (ПНП) (так, ні);
19. наявність у хворого іншої супутньої патології (так, ні).

Таблиця 1. Потенційні прогностичні критерії перебігу ранозагоєння (чоловіки).

№ п/п	Прогностичні критерії (предиктори)	Міра виміру	Перебіг ранозагоєння (кількість та абсолютні значення)		p
			ускладнений	неускладнений	
1	Вік	роки	70,36±4,11	66,37±4,08	0,040
3	Температура тіла	°С	37,6±0,4	37,4±0,5	0,211
4	Лейкоцити	х10 ⁹ /л	9,4±2,8	9,0±2,2	0,417
5	Лімфоцити	%	18,71±3,1	23,1±2,16	0,011
	Фібриноген	г/л	4,8±0,6	4,4±0,4	0,318
7	Загальний білок	г/л	66,6±2,74	71,17±2,78	0,421
8	СРБ	-	1	32	0,045
		+	2	9	
		++	2	7	
		+++	3	5	
9	ЕТІ місцевий	у.о.	6,7±2,6	10,11±6,7	0,019
10	ЕТІ загальний	у.о.	4,5±2,5	5,6±2,85	0,44
11	Індекс маси тіла	у.о.	24,5±0,6	23,7±0,9	0,376
12	Мікробна забрудненість ран	кл/мл	(2,2±0,5)х10 ⁵	(1,3±0,4)х10 ⁵	0,018
13	Тип цитограми	дест. зап.	5	14	0,04
		запальн.	3	39	
14	Наявність ІХС	так	4	13	0,303
		ні	4	40	
15	Наявність ЦД	так	5	2	<0,001
		ні	3	51	
16	Наявність ХАН	так	2	1	0,005
		ні	6	52	
17	Наявність ПНП	так	1	1	0,116
		ні	7	52	
18	Наявність ХВН	так	1	0	0,009
		ні	7	53	
19	Інша супутня патологія	так	1	2	0,287
		ні	7	51	

Брали до уваги значення інтервальних змінних, які визначались на 3-ю - 5-у добу ранозагоєння, оскільки цей час є важливим в завершенні гострого запалення та переходу до повноцінної регенерації, а відхилення від цієї послідовності призводить до порушення загоєння ран [Белоцкий, Брейтман, 2000].

У подальшому ми визначили, які з перелічених чинників (незалежних змінних) і в якій мірі можуть впливати на перебіг ранозагоєння (залежна змінна). Для цього ми проаналізували історії хвороб 116 пролікованих хворих похилого та старечого віку з запально-гнійними ураженнями м'яких тканин та визначили, що у 17 хворих рановий процес перебігав з ознаками хронічного запалення, із них 9 хворих були чоловіки та 8 - жінки.

Враховуючи, що деякі з перелічених вище ознак

Таблиця 2. Потенційні прогностичні критерії перебігу ранозагоєння (жінки).

№ п/п	Прогностичні критерії (предиктори)	Міра виміру	Перебіг ранозагоєння (кількість та абсолютні значення)		p
			ускладнений	неускладнений	
1	Вік	роки	72,44±5,25	68,34±4,01	0,044
3	Температура тіла	°С	37,4±0,3	37,2±0,4	0,181
4	Лейкоцити	х10 ⁹ /л	9,8±3,1	9,3±2,5	0,573
5	Лімфоцити	%	19,89±4,07	23,39±3,75	0,016
	Фібриноген	г/л	4,9±0,4	4,7±0,3	0,224
7	Загальний білок	г/л	68,44±2,11	70,85±3,99	0,417
8	СРБ	-	1	32	0,045
		+	2	9	
		++	2	7	
		+++	3	5	
9	ЕТІ місцевий	у.о.	6,7±2,6	10,11±6,7	0,019
10	ЕТІ загальний	у.о.	4,5±2,5	5,6±2,85	0,44
11	Індекс маси тіла	у.о.	24,5±0,6	23,7±0,9	0,376
12	Мікробна забрудненість ран	кл/мл	(2,2±0,5)х10 ⁵	(1,3±0,4)х10 ⁵	0,018
13	Тип цитограми	дест. зап.	5	14	0,04
		запальн.	3	39	
14	Наявність ІХС	так	4	13	0,303
		ні	4	40	
15	Наявність ЦД	так	5	2	<0,001
		ні	3	51	
16	Наявність ХАН	так	2	1	0,005
		ні	6	52	
17	Наявність ПНП	так	1	1	0,116
		ні	7	52	
18	Наявність ХВН	так	1	0	0,009
		ні	7	53	
19	Інша супутня патологія	так	1	2	0,287
		ні	7	51	

(прогностичних чинників) можуть бути залежними від статі хворих (естрадіол/тестостероновий індекс, індекс маси тіла, ішемічна хвороба серця, хронічна артеріальна недостатність), то, для коректного використання регресійного аналізу, хворих розподілили на дві групи - жінки (61 хворих) та чоловіки (55 хворих).

Кожну з цих груп розподілили на дві підгрупи, в залежності від значень залежної ознаки (перебіг ранозагоєння), тобто на хворих з ускладненим та неускладненим ранозагоєнням. Під ускладненим ранозагоєнням ми розуміли затяжний (понад 3 тижні) перебіг ранового процесу з млявим ростом грануляцій та уповільненою епітелізацією. За допомогою бінарного логістичного регресійного аналізу встановили рівень залежності залежної ознаки від незалежних, тобто визначили рівень статистичної значимості залежності ра-

Таблиця 3. Статистично значимі прогностичні критерії перебігу ранозагоєння після категоризації (чоловіки n=55).

№ п/п	Прогностичні критерії (предиктори)	Категорія	Код	Перебіг ранозагоєння (кількість)	
				Ускладнений (n=9)	Неускладнений (n=46)
1	Вік	> 70р	1,0	7	19
		≤ 70р	0,0	2	27
2	Лімфоцити	< 19%	1,0	6	12
		≥ 19%	0,0	3	34
3	СРБ	> ++	1,0	5	10
		≤ ++	0,0	4	36
4	ЛШ	> 1,6 у.о.	1,0	7	17
		≤ 1,6 у.о.	0,0	2	29
5	ЕТІ місцевий	< 1,5 у.о.	1,0	6	14
		≥ 1,5 у.о.	0,0	3	32
6	Тип цитограми	дестр.зап.	1,0	7	18
		зпальний	0,0	2	28
7	Мікробна забрудненість	> 1,5x10 ⁵ куо/мл	1,0	7	16
		≤ 1,5x10 ⁵ куо/мл	0,0	2	30
8	Наявність ЦД	так	1,0	3	0
		ні	0,0	6	46
9	Наявність ХАН	так	1,0	3	3
		ні	0,0	6	43
10	Наявність ХВН	так	1,0	1	0
		ні	0,0	8	46

нозагоєння (ускладненого та неускладненого) від визначених прогностичних чинників (табл. 1 та табл. 2).

Отже, з 19 визначених прогностичних чинників лише 10 мають статистично значимий вплив на перебіг ранозагоєння, а саме: вік, рівень СРБ в сироватці крові, ЛШ, місцевий ЕТІ, кількість лейкоцитів та лімфоцитів в крові, ступінь мікробної забрудненості ран, тип цитограми, наявність ЦД, ХАН, ХВН. Ці чинники було включено для побудови регресійної моделі перебігу ранозагоєння.

В якості регресійної моделі було вибрано категоріальну регресію (CATREG) - регресію оптимального шкалювання (Regression with Optimal Scaling). Ця модель була вибрана нами у зв'язку з тим, що окрім стандартизованих коефіцієнтів регресії, внаслідок аналізу, обчислюються так звані "коефіцієнти відносної важливості Пратта" (Pratt's importance), тобто вона оцифровує (шкалює) категоріальні незалежні змінні (прогностичні чинники).

Оскільки дана регресійна модель оперує лише категоріальними змінними - всі включені інтервальні та порядкові предиктори (прогностичні чинники) були категоризовані з присвоєнням певній категорії значень відповідного коду (табл. 3 та табл. 4).

Обчислені коефіцієнти регресії та коефіцієнти важливості прогностичних ознак наведено в таблиці 5

Таблиця 4. Статистично значимі прогностичні критерії перебігу ранозагоєння після категоризації (жінки n=61).

№ п/п	Прогностичні критерії (предиктори)	Категорія	Код	Перебіг ранозагоєння (кількість)	
				Ускладнений (n=9)	Неускладнений (n=46)
1	Вік	> 70р	1,0	7	21
		≤ 70р	0,0	1	32
2	Лімфоцити	< 19%	1,0	5	10
		≥ 19%	0,0	3	43
3	СРБ	> ++	1,0	5	12
		≤ ++	0,0	3	41
4	ЛШ	> 1,6 у.о.	1,0	5	13
		≤ 1,6 у.о.	0,0	3	40
5	ЕТІ місцевий	< 10 у.о.	1,0	6	11
		≥ 10 у.о.	0,0	2	42
6	Тип цитограми	дестр.зап.	1,0	5	10
		зпальний	0,0	3	43
7	Мікробна забрудненість	> 1,5x10 ⁵ куо/мл	1,0	4	9
		≤ 1,5x10 ⁵ куо/мл	0,0	4	44
8	Наявність ЦД	так	1,0	4	2
		ні	0,0	4	51
9	Наявність ХАН	так	1,0	2	1
		ні	0,0	6	52
10	Наявність ХВН	так	1,0	1	0
		ні	0,0	7	53

Рівень статистичної значимості для моделі в цілому склав p<0,001.

Позитивний знак перед коефіцієнтом регресії вказує на кореляцію залежної змінної від предиктора, закодованого як 1,0, а негативний - як 0,0 (табл. 3, табл. 4). В нашому випадку коефіцієнти регресії для всіх предикторів мають позитивний знак, а отже на залежну змінну (перебіг ранозагоєння) будуть впливати такі предиктори (закодовані під кодом - 1,0) - вік (>70 років), лімфоцити (<19%), СРБ (>+), ЛШ (>1,6 у.о.), ЕТІ місцевий (<1,5 у.о. - для чоловіків та <10 у.о - для жінок), тип цитограм (деструктивно-запальний), мікробна забрудненість ран (>1,5x10⁵ куо/мл), наявність ЦД, ХАН, ХВН.

З таблиці 5 видно, що абсолютні значення коефіцієнтів важливості пропорційні коефіцієнтам регресії, а отже - пропорційні ступеню внеску кожного предиктора в пояснення значень залежної змінної (перебіг ранозагоєння).

Тому коефіцієнти важливості вибрані нами в якості вагових значень для побудови шкали. Для цього для кожного предиктора (прогностичного чинника) було вираховано його ваговий бал шляхом множення абсолютного значення відповідного коефіцієнта важливості на 100 та округлення до цілих значень.

Таким чином була побудована прогностична цифрова шкала, де кожному прогностичному чиннику при-

Таблиця 5. Результат регресійного аналізу з оптимальним шкалюванням.

Прогностичні критерії (предиктори)	Коефіцієнт регресії (b)		Коефіцієнт важливості Пратта (Pratt's importance)	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Вік	0,280	0,120	0,099	0,036
Лімфоцити	0,300	0,109	0,126	0,089
СРБ	0,247	0,210	0,094	0,103
ЛПІ	0,397	0,204	0,159	0,121
ЕТІ місцевий	0,448	0,259	0,164	0,167
Тип цитограми	0,090	0,096	0,034	0,041
Мікробна забрудненість	0,157	0,062	0,066	0,047
Наявність ЦД	0,247	0,400	0,174	0,214
Наявність ХАН	0,022	0,120	0,009	0,068
Наявність ХВН	0,185	0,212	0,075	0,114

Таблиця 6. Шкала бальної оцінки ризику ускладненого перебігу ранозагоєння (для чоловіків).

№ п/п	Прогностичні критерії	Значення	Бали
1	Вік	більше 70 років	10
2	Лімфоцити	менше 19%	13
3	СРБ	більше ++	9
4	ЛПІ	більше 1,6 у.о.	16
5	ЕТІ місцевий	менше 1,5 у.о.	16
6	Тип цитограми	деструктивно-запальний	3
7	Мікробна забрудненість	більше $1,5 \times 10^5$ кл/мл	7
8	Наявність ЦД	так	17
9	Наявність ХАН	так	1
10	Наявність ХВН	так	8

Таблиця 7. Шкала бальної оцінки ризику ускладненого перебігу ранозагоєння гнійних ран (для жінок).

№ п/п	Прогностичні критерії	Значення	Бали
1	Вік	більше 72 років	4
2	Лімфоцити	менше 19%	9
3	СРБ	більше ++	10
4	ЛПІ	більше 1,6 у.о.	12
5	ЕТІ місцевий	менше 10 у.о.	17
6	Тип цитограми	деструктивно-запальний	4
7	Мікробна забрудненість	більше $1,5 \times 10^5$ кл/мл	5
8	Наявність ЦД	так	21
9	Наявність ХАН	так	7
10	Наявність ХВН	так	11

своєю відповідний цифровий еквівалент його впливу на перебіг ранозагоєння (табл. 6 та 7).

Кожний хворий в залежності від наявності в нього певної кількості прогностичних критеріїв та відповідних їм балів набирав сумарний бал, який і був числовим показником вірогідності того, що залежна змінна (перебіг ранозагоєння) отримує значення "ускладнений" чи "неускладнений".

Наступним етапом було визначення меж сумарного балу, в залежності від якого залежна змінна з певною вірогідністю приймала б одне із своїх значень.

Для цього провели регресійний аналіз, де в якості предикторів (прогностичних чинників) виступав сумарний бал кожного хворого, а залежна змінна залишалась попередньою (перебіг ранозагоєння). Враховуючи те, що в нашому випадку залежна змінна (перебіг ранозагоєння) приймала лише два значення ("ускладнений" або "неускладнений") - використовували бінарну логістичну регресію з обчисленням теоретичних значень вірогідності розвитку ускладненого перебігу ранозагоєння для кожного пацієнта. Діаграма розсіяння, що відображає дану залежність, наведена на рис. 1 та 2.

Рівень статистичної значимості для моделі в цілому склав $p < 0,001$, регресійний коефіцієнт $b = 1,631$.

Наступний момент - визначення діапазону теоретичних вірогідностей ускладненого та неускладненого перебігу ранозагоєння. Для цього були підраховані се-

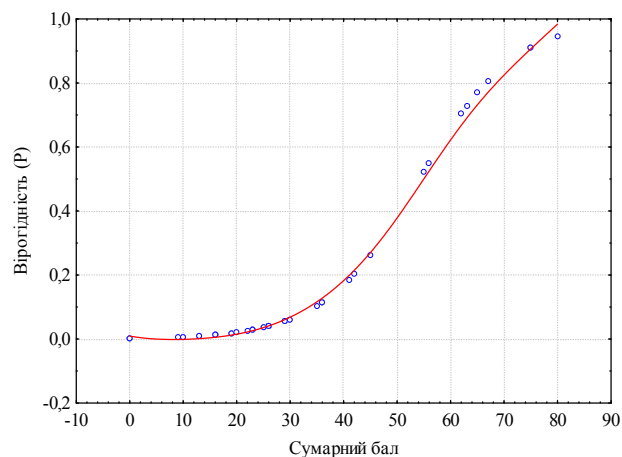


Рис. 1. Діаграма розсіяння. Залежність теоретичної вірогідності перебігу ранозагоєння від сумарного балу прогностичних чинників у чоловіків похилого віку.

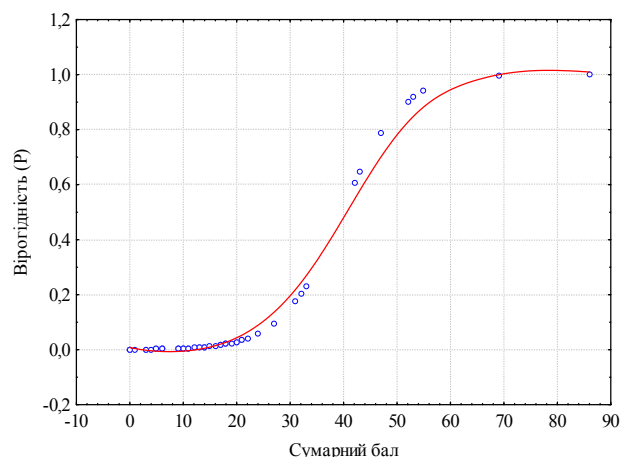


Рис. 2. Діаграма розсіяння. Залежність теоретичної вірогідності перебігу ранозагоєння від сумарного балу прогностичних чинників у жінок похилого віку.

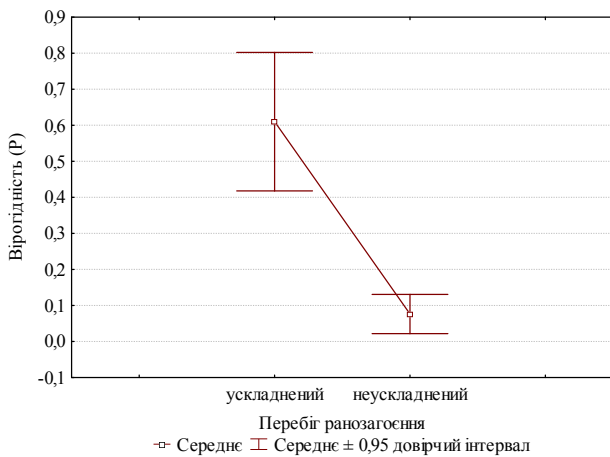


Рис. 3. Діапазон теоретичних вірогідностей ускладненого та неускладненого перебігу ранозагоєння у хворих чоловіків похилого віку.

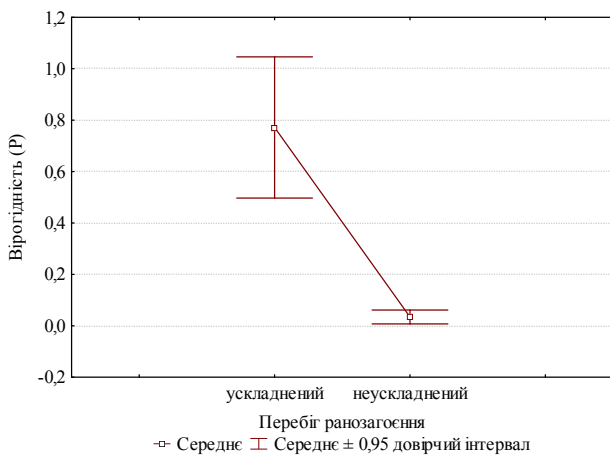


Рис. 4. Діапазон теоретичних вірогідностей ускладненого та неускладненого перебігу ранозагоєння у хворих жінок похилого віку.

редні значення вірогідності в групі хворих із значенням залежної змінної "неускладнений" та "ускладнений" перебігу ранозагоєння (рис. 3 та 4).

Довірчий інтервал теоретичної вірогідності неускладненого перебігу ранозагоєння у чоловіків був в межах від 0,022 до 0,131, у жінок - від 0,007 до 0,062, який знаходиться в діапазоні сумарного прогностичного балу від 20 до 36 - у чоловіків (рис. 1) та від 10 до 24 балів - у жінок (рис. 2), тобто, у чоловіків, при діапазоні сумарного балу прогностичних чинників від 20 до 36, а у жінок від 10 до 24 - перебіг ранового процесу протікає практично без ускладнень. Довірчий інтервал теоретичної вірогідності ускладненого перебігу ранозагоєння у чоловіків був в межах від 0,418 до 0,802, у жінок - від 0,497 до 1,046, який знаходиться в діапазоні сумарного прогностичного балу від 52 до 68 - у чоловіків (рис. 1) та від 42 до 70 - у жінок (рис. 2), тобто, у чоловіків, при діапазоні сумарного балу прогностичних чинників від 52 до 68, а у жінок від 42 до 70 - перебіг ранового процесу практично протікає з усклад-

Таблиця 8. Перебіг ранозагоєння в залежності від сумарного балу прогностичних чинників.

Перебіг ранозагоєння	Сумарний бал прогностичних чинників	
	чоловіки	жінки
Неускладнений	До 36	До 24
Сумнівний	37-52	25-42
Ускладнений	Більше 52	Більше 42

неннями. Діапазон між верхньою межею прогнозованою неускладненого перебігу ранозагоєння та нижньою межею прогнозованою ускладненого перебігу ранозагоєння (як у чоловіків, так і у жінок) вважали як сумнівний прогноз перебігу ранозагоєння.

Таким чином був визначений орієнтовний сумарний бал чинників прогнозу перебігу ранозагоєння у осіб похилого та старечого віку: до 36 балів (для чоловіків) та до 24 балів (для жінок) - прогнозується неускладнений перебіг ранозагоєння; від 37 до 52 балів (для чоловіків) та від 25 до 42 балів (для жінок) - сумнівний перебіг; понад 52 бали (для чоловіків) та понад 42 бали (для жінок) - ускладнений перебіг (табл. 8).

Якість запропонованого прогностичного алгоритму для чоловіків: чутливість - 77,8%, специфічність - 95,7%, точність - 92,7%. Для жінок: чутливість - 87,5%, специфічність - 98,1%, точність - 96,7%.

Перевірку дієвості розробленого прогностичного алгоритму виконували на додатковій, знову набраній виборці хворих. Для цього ми визначили сумарний бал прогностичних чинників у 35 хворих (19 жінок та 16 чоловіків) похилого та старечого віку на 3-ю добу перебігу ранозагоєння та порівняли прогнозовані дані з реальним перебігом ранозагоєння у цих хворих.

Результати прогнозу такі: у чоловіків із 3 хворих з ускладненим перебігом ранозагоєння у 2 (66,7%) сумарний прогностичний бал був більше 52, а з 13 хворих з неускладненим перебігом ран у 11 (84,6%) сумарний прогностичний бал був меншим за 36, загальна кількість хворих з правильно визначеним перебігом ранозагоєння склала - 13 з 16, тобто 81,3%; у жінок із 4 хворих з ускладненим перебігом ранозагоєння у 3 (75%) сумарний прогностичний бал був більше 42, а з 15 хворих з неускладненим перебігом ранозагоєння у 13 (86,6%) сумарний прогностичний бал був меншим за 24, загальна кількість хворих з правильно визначеним перебігом ранозагоєння склала - 16 з 19, тобто 84,2%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Розроблений нами алгоритм доцільно використовувати як спосіб прогнозу перебігу ранозагоєння у осіб похилого та старечого віку з гострими запальними ураженнями м'яких тканин.

Алгоритм прогнозування перебігу ранозагоєння дозволяє оптимізувати лікувальну тактику у цієї категорії хворих.

Література

- Абаев Ю.К. Справочник хирурга: Раны и раневая инфекция /Ю.К.Абаев // Феникс. - 2006. - 427 с.
- Белоцкий С. Раны и повязки. Современные концепции и практика (40 лет применения пленочных повязок) /С.Белоцкий, Р.Брейтман. - Издание DDB Ramat-Gan, Израель, 2000. - 280 с.
- Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов. 2-е изд. /В.Боровиков. - СПб., 2003. - 688 с.
- Лещенко И.Г. Гнойная хирургическая инфекция /И.Г.Лещенко, Р.А.Галкин. - Самара: ГП "Перспектива", 2003. - 326 с.
- Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. - СПб., 2005. - 416 с.
- Нейронные сети. STATISTICA Neural Networks; пер. с англ. - М., 2001. - 182 с.
- Прогнозирование течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста /Б.С.Брискин, Н.Н.Хачатрян, З.И.Савченко [и др.] /Хирургия. - 2007. - №6. - С. 24-27.
- Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. - М.: МедиаСфера, 2002. - 312 с.
- Чичеватов Д.А. Модель шкалы прогнозирования бинарных переменных в медицинских исследованиях /Д.А.Чичеватов /Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2007. - №11, Вып. 4. - С. 110-117.
- Шейко В.Д. Прогнозування гнійно - септичних ускладнень в динаміці травматичної хвороби при політраумі /В.Д.Шейко, С.П.Кравченко, Д.О.Лавренко /Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2008. - Т.8, Вип. 1-2(21-22). - С. 195-198.
- Altman D.G. Statistics Notes: Diagnostic tests 2: predictive values /D.G.Altman, J.M.Bland /B.M.J. - 1994. - Vol.309, №6947. - P. 102.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

Лигоненко А.В., Дигтярь И.И., Кравцов Н.И., Чорная И.А., Зубаха А.Б., Стороженко А.В., Свириденко Н.П.

Резюме. При помощи методов бинарного логистического регрессионного анализа построена специальная расчетная шкала баллов и разработан алгоритм прогноза течения заживления гнойных ран у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: логистический регрессионный анализ, прогнозирование, гнойная рана.

PROGNOSTICATION HEALING OF PURULENT WOUND

Ligonenko O.V., Digtyar I.I., Kravtsov N.I., Chorna I.O., Zubacha A.B., Storogenko A.V., Sviridenko N.P.

Summary. With the help of the methods of binary logistic regressive analysis the special calculation scale of marks is built and the algorithm of prognosis of purulent wound healing for patients of elderly and senile age.

Key words: logistic regression analysis, prognostication, purulent wound.

© Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В.

УДК: 616-001.4-022.1-089.84-77:615.47

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПЕРВИЧНО ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В.

Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (пр-т Правды, 13, г. Харьков, Украина, 61058)

Резюме. Материал, используемый для наложения шва, оказывает значительное воздействие на процесс заживления послеоперационной раны и, зачастую, влияет на выбор методов и средств для послеоперационного ведения раны и профилактики возможных осложнений. Анализ результатов лечения 25 пострадавших с сочетанными открытыми повреждениями позволяют рекомендовать использование современных атравматических нитей с антибактериальным покрытием для первичной хирургической обработки ран. При наличии незначительных сопутствующих повреждений вполне допустимо отказаться от общей профилактической антибиотикотерапии; при сочетанных тяжелых открытых повреждениях общая антибиотикотерапия проводится в системе комплексных лечебных мероприятий.

Ключевые слова: нить, антибактериальное покрытие, рана.

"Гораздо важнее различных способов накладывания шва вопрос о материале, из которого он готовится".

Н.И.Пирогов

Введение

Вопросы профилактической антибиотикотерапии при первичной хирургической обработке раны (ПХО) является достаточно актуальным в наши дни [Кривенко та ін., 2005; Гуманенко, 2008]. При этом применяются

как антибиотики, так и антисептические средства. Если применение антисептических средств происходит только местно, то применение антибиотиков возможно как местно, так и в общей терапии. Однако не существует

Література

- Абаев Ю.К. Справочник хирурга: Раны и раневая инфекция /Ю.К.Абаев // Феникс. - 2006. - 427 с.
- Белоцкий С. Раны и повязки. Современные концепции и практика (40 лет применения пленочных повязок) /С.Белоцкий, Р.Брейтман. - Издание DDB Ramat-Gan, Израель, 2000. - 280 с.
- Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов. 2-е изд. /В.Боровиков. - СПб., 2003. - 688 с.
- Лещенко И.Г. Гнойная хирургическая инфекция /И.Г.Лещенко, Р.А.Галкин. - Самара: ГП "Перспектива", 2003. - 326 с.
- Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. - СПб., 2005. - 416 с.
- Нейронные сети. STATISTICA Neural Networks; пер. с англ. - М., 2001. - 182 с.
- Прогнозирование течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста /Б.С.Брискин, Н.Н.Хачатрян, З.И.Савченко [и др.] /Хирургия. - 2007. - №6. - С. 24-27.
- Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. - М.: МедиаСфера, 2002. - 312 с.
- Чичеватов Д.А. Модель шкалы прогнозирования бинарных переменных в медицинских исследованиях /Д.А.Чичеватов /Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2007. - №11, Вып. 4. - С. 110-117.
- Шейко В.Д. Прогнозування гнійно-септичних ускладнень в динаміці травматичної хвороби при політраумі /В.Д.Шейко, С.П.Кравченко, Д.О.Лавренко /Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2008. - Т.8, Вип. 1-2(21-22). - С. 195-198.
- Altman D.G. Statistics Notes: Diagnostic tests 2: predictive values /D.G.Altman, J.M.Bland /B.M.J. - 1994. - Vol.309, №6947. - P. 102.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

Лигоненко А.В., Дигтярь И.И., Кравцов Н.И., Чорная И.А., Зубаха А.Б., Стороженко А.В., Свириденко Н.П.

Резюме. При помощи методов бинарного логистического регрессионного анализа построена специальная расчетная шкала баллов и разработан алгоритм прогноза течения заживления гнойных ран у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: логистический регрессионный анализ, прогнозирование, гнойная рана.

PROGNOSTICATION HEALING OF PURULENT WOUND

Ligonenko O.V., Digtyar I.I., Kravtsov N.I., Chorna I.O., Zubacha A.B., Storogenko A.V., Sviridenko N.P.

Summary. With the help of the methods of binary logistic regressive analysis the special calculation scale of marks is built and the algorithm of prognosis of purulent wound healing for patients of elderly and senile age.

Key words: logistic regression analysis, prognostication, purulent wound.

© Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В.

УДК: 616-001.4-022.1-089.84-77:615.47

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПЕРВИЧНО ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В.

Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (пр-т Правды, 13, г. Харьков, Украина, 61058)

Резюме. Материал, используемый для наложения шва, оказывает значительное воздействие на процесс заживления послеоперационной раны и, зачастую, влияет на выбор методов и средств для послеоперационного ведения раны и профилактики возможных осложнений. Анализ результатов лечения 25 пострадавших с сочетанными открытыми повреждениями позволяют рекомендовать использование современных атравматических нитей с антибактериальным покрытием для первичной хирургической обработки ран. При наличии незначительных сопутствующих повреждений вполне допустимо отказаться от общей профилактической антибиотикотерапии; при сочетанных тяжелых открытых повреждениях общая антибиотикотерапия проводится в системе комплексных лечебных мероприятий.

Ключевые слова: нить, антибактериальное покрытие, рана.

"Гораздо важнее различных способов накладывания шва вопрос о материале, из которого он готовится".

Н.И.Пирогов

Введение

Вопросы профилактической антибиотикотерапии при первичной хирургической обработке раны (ПХО) является достаточно актуальным в наши дни [Кривенко та ін., 2005; Гуманенко, 2008]. При этом применяются

как антибиотики, так и антисептические средства. Если применение антисептических средств происходит только местно, то применение антибиотиков возможно как местно, так и в общей терапии. Однако не существует

единого мнения относительно способов проведения антибиотикотерапии. Наиболее простым приемом создания высокой концентрации препарата в зоне повреждения является его введение в стенки раны. Также применяются и другие приемы: фонофорез, ионофорез, внутриаартериальное введение [Рушай та ін., 2002].

Ведущая роль в профилактике гнойных осложнений принадлежит первичной хирургической обработке. При этом различные элементы ПХО имеют различный удельный вес и должны включать в себя элементы восстановительного лечения - послойное сопоставление и удержание тканей [Кузин, Кострюченко, 1990].

В последнее время на рынке Украины появился ряд современных шовных материалов, обладающих антибактериальными свойствами. Ввиду того, что до сращения тканей соприкосновение краев раны зависит исключительно от швов, последние играют огромную роль в недопустимости возникновения целого ряда послеоперационных осложнений [Слепцов, Черников, 2004].

Впервые требования к шовным материалам сформулировал Н.И.Пирогов в "Началах военно-полевой хирургии" [Пирогов, 1960]. Он писал: "...тот материал для шва самый лучший, который: а) причиняет наименьшее раздражение в прокольном канале, б) имеет гладкую поверхность, в) не впитывает в себя жидкости из раны, не разбухает, не переходит в брожение, не делается источником заражения, г) при достаточной плотности и тягучести тонок, не объемист и не склеивается со стенками прокола. Вот идеал шва ...".

Действительно, материал, используемый для наложения шва, оказывает значительное воздействие на процесс заживления послеоперационной раны и зачастую влияет на выбор методов и средств для послеоперационного ведения раны и профилактики возможных осложнений.

Целью исследования стало изучение эффективности применения нитей с антибактериальным покрытием в лечении первично инфицированных ран у больных с сочетанной травмой.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с сочетанной травмой различной тяжести с наличием открытых первично инфицированных ран конечностей, туловища или головы, которые проходили лечение в отделении политравмы областной клинической больницы. Тяжесть повреждений оценивалась по шкале ISS, и составила от 9 до 40 баллов. Все больные были доставлены в клинику машинами скорой помощи и госпитализированы в первые 6 часов с момента получения травмы. Большинство больных (16 человек) получили высокоэнергетическую травму в результате ДТП, остальные - в результате кататравмы или криминальных действий.

У пострадавших с баллом тяжести до 25 определя-

лась легкая или средней степени тяжести открытая черепно-мозговая травма, сочетанная с открытым переломом костей конечностей (IO1 - IO2 по АО/ASIF), проникающие колото-резаные раны грудной клетки или брюшной полости - 15 человек. Таким больным в ургентном порядке выполнялась ПХО ран и первичный погружной остеосинтез. Профилактическая антибиотикотерапия проводилась в течение 3-х суток.

У пострадавших с баллом тяжести выше 25 определялись тяжелые сочетанные скелетные и черепно-мозговые повреждения в виде открытой черепно-мозговой травмы средней степени тяжести и открытых переломов длинных костей конечностей (IO3 по АО/ASIF) - 10 человек. Таким больным, наряду с ПХО ран, выполняли лечебно-транспортную иммобилизацию аппаратами наружной фиксации на стержневой основе. Антибиотикотерапию проводили в течение 7-10 суток. В дальнейшем, после стабилизации состояния и заживления ран конечностей, выполняли стабильный остеосинтез общепринятыми методами. При наличии показаний раны дренировали. В нашем исследовании использовались следующие шовные материалы:

А. Рассасывающиеся: Полидиоксаноновая нить (ПДО) и нить "Капроаг" (КГ);

Б. Нерассасывающиеся: нить "Никант" (НК), полипропиленовая нить (ППИ): НК - нить обработана доксициклином, а КГ - нить обработана хлоргексидином. Антибактериальное покрытие нити нанесено на микрофиламенты, из которых нить сплетена в заводских условиях. Нити ПДО и ППИ представляют собой мононити, которые имеют гладкую поверхность и лишены капиллярных свойств, т.е. не являются проводником инфекции в ране. Антибактериальный эффект нитей сохраняется в ране в течение 7-14 дней.

В ходе проведения ПХО раны ушивали послойно: мышцы и подкожную жировую клетчатку рассасывающимися нитями, фасцию, апоневроз, и кожу - нерассасывающимися. Швы снимали на 7-8 сутки при локализации ран на голове, лице, туловище, и на 10-е сутки в случае локализации ран на конечностях.

Контрольная группа составила 15 пострадавших с аналогичными повреждениями, у которых применяли стандартные общепринятые шовные материалы (капрон, шелк, лавсан).

Результаты. Обсуждение

Обращают на себя внимание заживление ран первичным натяжением у всех больных опытной группы. Кроме того, все пострадавшие отмечали менее выраженный отек и болевой синдром в области раны.

У больных контрольной группы в 2-х случаях отмечено заживление ран вторичным натяжением. В первом случае - рана в зоне перелома по передней поверхности нижней трети голени, во втором - рана волосистой части головы (в результате удара топором).

Анализируя статистические показатели видно, что у

больных опытной группы средний койко-день меньше, чем у больных контрольной группы; при этом из-за отсутствия местных осложнений течения раневого процесса не возникают тяжелые общие осложнения (менингит, перитонит, остеомиелит). Это позволяет сократить сроки нетрудоспособности и улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с обширными первично инфицированными ранами.

Полученные нами данные позволяют рекомендовать использование современных атравматических нитей с антибактериальным покрытием (НК и КГ) для первичной хирургической обработки ран. При наличии незначительных сопутствующих повреждений (ушибы, изолированные одиночные переломы ребер и т.д.) вполне допустимо отказаться от общей профилактической антибиотикотерапии. При наличии более серьезных сопутствующих повреждений общую антибиотикотерапию проводят в системе комплексных лечебных мероприятий, связанных с сочетанной травмой.

Для ран, имеющих минимальные объемы повреж-

дений (резаные, колотые и рваные раны), допустимо в качестве альтернативных материалов применять атравматические мононити (ПДО и ППИ) без первичной общей антибиотикотерапии.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Нити с антибактериальным покрытием эффективны при проведении ПХО обширных первично инфицированных ран конечностей, головы, туловища.

2. Применение нитей с антибактериальным покрытием позволяет свести к минимуму или, в случае легких повреждений, вовсе отказаться от профилактической антибактериальной терапии.

Атравматические нити с антибактериальным покрытием целесообразно в первую очередь применять при первичной хирургической обработке ран лица, головы, шеи, кистей, мошонки и полового члена ввиду анатомических, физиологических, социальных и эстетических особенностей данных сегментов.

Литература

- Военно-полевая хирургия: [учебник. 2-е изд., изм. и доп.]; под ред. Е.К.Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 768 с.: ил.
- Кривенко С.М. Комплексне лікування хворих із множинними переломами кісток кінцівок: [навч. посібник] /С.М.Кривенко, В.Г.Климовицький, А.К.Рушай, Л.І.Донченко. - Донецьк: ТОВ "Наука", 2005. - 160 с.
- Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 томах. Т.VII. Тр. по военно-полевой хирургии (1871-1879) /Н.И.Пирогов. - М.: Медгиз, 1960. - 642 с.
- Раны и раневая инфекция: рук. для врачей; под ред. М.И.Кузина и Б.М.Кострюченко. - М., Медицина. - 1990. - 592 с.
- Рушай А.К. Лікувально-профілактичні та реконструктивно-відновні втручання в комплексному лікуванні хворих з відкритими переломами довгих кісток і посттравматичним остеомиєлітом: [навч. посібник] /А.К.Рушай, В.Г.Климовицький, Ю.В.Поляченко та ін. - Донецьк: ТОВ "Лебідь", 2002. - 144 с.
- Слепцов И.В., Черников Р.А. Узлы в хирургии. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Салит-Медкнига, 2004. - 112 с.

ВИКОРИСТАННЯ ШОВНИХ МАТЕРІАЛІВ З АНТИБАКТЕРІАЛЬНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ В ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ПЕРВИННО ІНФІКОВАНИХ РАН

Литовченко В.О., Березка М.І., Гарячий Є.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевський С.Б., Мішньов С.В.

Резюме. Матеріал, який використовується для накладання швів, значно впливає на процеси загоювання післяопераційної рани та досить часто впливає на вибір методів та способів для післяопераційного ведення рани та профілактики можливих ускладнень. Аналіз лікування 25 постраждалих з поєднаними відкритими пошкодженнями дозволяє рекомендувати для використання сучасні атравматичні нитки з антибактеріальним покриттям для первинної хірургічної обробки ран. У разі незначних супутніх пошкоджень можна відмовитись від загальної профілактичної антибіотикотерапії, при тяжких поєднаних відкритих пошкодженнях загальна антибіотикотерапія проводиться в системі комплексних лікувальних заходів.

Ключові слова: нитка, антибактеріальне покриття, рана.

USING OF SUTURE MATERIALS WITH ANTIBACTERIAL PROPERTIES IN TREATMENT OF EXTENSIVE PRIMARY CONTAMINATED WOUNDS

Litovchenko V.O., Berezka M.I., Garyachiy E.V., Arakelyan A.G., Kravchenko A.S., Medushevsky S.B., Mishnev S.V.

Summary. Material used for sewing wound, has great influence on reparation of postoperative wounds, and often influence on postoperative wound management and prophylaxis of possible complications. Treatment analysis of about 25 patients with multiple open injuries, allowed to recommend using of up-to-date atraumatic suture with antibacterial coverage for initial surgical debridement. If there is insignificant concomitant injuries, it is quite enough to refuse from general antibacterial prophylaxis, if there is concomitant severe open injuries - general antibacterial prophylaxis would take part in the system of complex treatment activity.

Key words: suture, antibacterial coverage, wound.

© Машкова Т.А., Неровный А.И.

УДК: 616.216.2-002-089

МЕТОДИКИ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ФРОНТИТАХ С УЧЕТОМ ТИПА ЛОБНО-НОСОВОГО СООБЩЕНИЯ

Машкова Т.А., Неровный А.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко (г. Воронеж, ул. Студенческая, 10, Россия, 394000)

Резюме. Изучены 37 сагиттальных распилов головы фиксированных трупов людей. Установлено существование двух разновидностей непрямого или инфундибулярного лобно-носового сообщения: инфундибулярного латерального и инфундибулярного медиального, которые образованы дополнительной костной перемычкой, разделяющей верхний отдел воронки на два кармана: латеральный и медиальный. Выявлено, что эндоназальное зондирование лобных пазух выполняется свободно и атравматично при рецессуальном лобно-носовом сообщении дугообразной канюлей, а при инфундибулярном - угловой канюлей с прямым рабочим концом.

Ключевые слова: фронтит, остиомеатальный комплекс, эндоназальное зондирование лобной пазухи.

Введение

Большое число работ, посвящённых вопросам клиники, диагностики и лечения воспалительных заболеваний лобных пазух до настоящего времени не решили ряд проблем касающихся эвакуации экссудата из пораженных лобных пазух. Известно, что лобная пазуха имеет наиболее благоприятные условия для опорожнения от экссудата в сравнении с другими околоносовыми пазухами, так как её соустье находится на нижней стенке, но, к сожалению, не всегда это происходит самопроизвольно. Поэтому вопрос эвакуации экссудата из воспаленной лобной пазухи остается весьма актуальным.

Известно, что структуры остиомеатального комплекса при различных типах лобно-носового сообщения имеют разную величину, форму и расположение, по отношению к трем плоскостям: фронтальной, сагиттальной и горизонтальной, поэтому лобно-носовое сообщение всегда будет открываться индивидуально и, следовательно, иметь разную степень доступности. На наш взгляд, есть определенные похожие группы. Это сходство, прежде всего, и обусловило выделение трёх основных типов лобно-носового сообщения.

Традиционно используемые малоинвазивные методы эвакуации экссудата из лобного синуса (трепанопункция, пункция лобной пазухи через глазничную стенку, метод эндоназального зондирования) не всегда достаточно эффективны. Однако, самым малотравматичным и достаточно эффективным является метод эндоназального зондирования лобной пазухи, так как эвакуация экссудата и промывание лобного синуса происходит через естественное лобно-носовое сообщение.

Сведения о возможности проведения эндоназального зондирования лобных пазух достаточно противоречивы и колеблются, по данным различных авторов, от 25% до 98,5%. Остается неясным вопрос - возможна ли эффективная эвакуация экссудата из лобной пазухи при наличии в ней перифронтальной ячейки и какая именно методика эвакуации экссудата в этих случаях наиболее эффективна.

В связи с вышеуказанным, исходя из определяющей роли функциональной состоятельности сообщения лобной пазухи с полостью носа в развитии экссу-

дированного фронтита, мы поставили перед собой цель уточнить топографо-анатомические особенности лобно-носового сообщения при различных типах его открытия и, в этой связи, изучить возможности инструментальной эвакуации экссудата из лобного синуса.

В ходе наших исследований были подробно изучены топографо-анатомические аспекты лобно-носового сообщения и возможность эндоназального зондирования лобных пазух при различных типах лобно-носового сообщения различными по геометрической форме инструментами.

Материалы и методы

Изучены 37 макропрепаратов сагиттальных распилов головы фиксированных трупов людей. На взятых для исследования препаратах были сохранены мягкие ткани, что давало возможность до известной степени приблизить экспериментальные анатомические данные к условиям, имеющимся у больных. Средняя линия распила проходила через петушиный гребень, средину турецкого седла, по перегородке носа, средину мягкого и твердого неба.

В препараты входили наружный нос, околоносовые пазухи, носоглотка и все анатомические структуры остиомеатального комплекса (ОМК), формирующие лобно-носовое сообщение и влияющие на ее дренирование и вентиляцию лобного синуса. При зондировании лобной пазухи структуры ОКМ могут послужить препятствием для проведения канюли, применяемой для её эндоназального зондирования.

Результаты. Обсуждение

На одном из препаратов правая лобная пазуха была размером около 1,5 см³, межпазушная перегородка находилась в горизонтальном положении, а левая лобная пазуха заходила на правую сторону.

Для эндоназального зондирования лобной пазухи на препаратах мы пользовались канюлей Е.А.Ландсберга и аналогом угловой канюли В.Н.Никитина с прямым рабочим концом. Выполнив зондирование, не вынимая канюли, мы препарировали лобно-носовое сооб-

шение по её ходу и отмечали расположение инструмента в пазухе.

При невозможности проведения канюли в пазуху отмечали ее место нахождения и анатомические структуры, препятствующие зондированию.

На 15 из 37(40,5%) препаратов обнаружена рецессуальная форма лобно-носового сообщения. Отверстие лобной пазухи открывалось впереди крючковидного отростка.

На 22 из 37(59,5%) препаратов имела место инфундибулярная форма лобно-носового сообщения. Отверстие лобной пазухи открывалось в воронку полунной щели между крючковидным отростком и большим решетчатым пузырьком. Полученные результаты соответствуют данным Я.А.Гальперина [1929] и А.В.Таренецкого [1883], но противоречат данным М.В.Милославского [1903], Е.А.Ландсберга [1967]. Ретробулярный тип лобно-носового сообщения на взятых для исследования препаратах нам не встретился.

На всех препаратах лобная пазуха сообщалась с полостью носа посредством отверстия, что соответствует мнению А.И.Якушевой [1954], Е.А.Ландсберга [1967].

Рецессуальный или прямой тип лобно-носового сообщения был ограничен спереди бугром носа, сзади - крючковидным отростком, медиально - средней носовой раковиной, латерально - передним отделом бумажной пластинки.

При инфундибулярном (непрямом) типе лобно-носового сообщения мы обнаружили два варианта открытия лобной пазухи по отношению к дополнительной костной перемычке, расположенной между большим решетчатым пузырьком и крючковидным отростком. Эта перемычка описана в трудах М.В.Милославского [1903], E. Zuckercandl [1893]. Дополнительная костная перемычка расположена позади костной перемычки, соединяющая верхнюю часть крючковидного отростка и большой решетчатый пузырёк. Данное образование находится в верхних отделах воронки и имеет направление более близкое к сагитальному, разделяя верхний отдел воронки на два кармана: латеральный и медиальный.

В зависимости от того, куда открывается отверстие лобной пазухи латеральнее или медиальнее перемычки мы назвали варианты сообщения лобной пазухи с полостью носа медиальным инфундибулярным и латеральным инфундибулярным.

Следует отметить, что данная перемычка постоянно присутствовала на всех препаратах в различной степени выраженности. В некоторых препаратах по одну сторону перемычки открывалось отверстие, ведущее в лобную пазуху, а по другую - отверстие, ведущее в ячейку решетчатого лабиринта.

На взятых для исследования препаратах с инфундибулярным типом лобно-носового сообщения инфундибулярно-медиальный наблюдался в два раза чаще, чем инфундибулярно-латеральный (62,5% и 37,5% соответственно).

Границы медиального варианта непрямого лобно-носового сообщения были следующие: спереди - крючковидный отросток, сзади - большой решетчатый пузырёк, медиально - средняя носовая раковина, латерально - костная перемычка.

При латеральном варианте инфундибулярного лобно-носового сообщения передней границей является крючковидный отросток, задней - большой решетчатый пузырёк, медиальной - дополнительная костная перемычка, латеральной - ячейки решетчатого лабиринта.

Наши исследования подтвердили, что при рецессуальном типе лобно-носового сообщения дренажно-вентиляционный ход направлен вперед и вниз, имеет дугообразную форму с непостоянной кривизной. Соответственно этим наблюдениям Е.А.Ландсбергом [1967] и была разработана универсальная канюля с меняющейся кривизной дуги для зондирования лобных пазух.

На всех 15 препаратах с рецессуальной формой лобно-носового сообщения эндоназальное зондирование лобной пазухи дугообразной канюлей Е.А.Ландсберга проходило свободно и атравматично.

Эндоназальное зондирование лобных пазух на препаратах с инфундибулярным типом лобно-носового сообщения дугообразной канюлей проходило свободно только на 3 из 22 (13,6%), а на 15 из 22 (68,2%) зондирование лобных пазух было затруднено. Канюля упиралась в верхние отделы большого решетчатого пузырька или крючковидного отростка. В этих случаях зондирование выполнимо при изменении кривизны канюли и мобилизации средней носовой раковины и поворотом канюли латерально, что соответствует рекомендациям Е.А.Ландсберга [1967], В.М.Боброва [1999], С.С.Лиманского [2001].

Однако смещение рабочего конца канюли латерально в большинстве случаев приводит к попаданию инструмента за дополнительную костную перемычку в ячейку решётчатого лабиринта, что и является причиной неудач зондирования лобных пазух в клинике, а подтверждается контрольной рентгенограммией околоносовых пазух у больных фронтитом.

На 4 из 22 (18,2%) препаратов эндоназальное зондирование лобных пазух дугообразной канюлей было технически невозможно. Изменение изгиба канюли ситуацию не улучшало. Она травмировала слизистую оболочку задней поверхности крючковидного отростка или передней поверхности большого решетчатого пузырька.

Данные наблюдения свидетельствуют о неадекватности применения дугообразной формы канюли для эндоназального зондирования лобных пазух при инфундибулярном лобно-носовом сообщении.

В своих сообщениях Е.А.Ландсберг [1967] также указывает на трудности эндоназального зондирования лобных пазух при инфундибулярном лобно-носовом сообщении.

Для зондирования лобной пазухи при инфундибулярном лобно-носовом сообщении нам представляет-

ся более правильным использование канюли с прямым рабочим концом, т.к. проведение прямого рабочего конца канюли проходит по прямолинейной части полулунной щели, представляющей собой в этих случаях дренажно-вентиляционный путь, ведущий в лобную пазуху, что подтверждается данными нашего эксперимента.

При эндоназальном зондировании лобных пазух на препаратах с инфундибулярным латеральным типом лобно-носового сообщения для преодоления костной перемычки между крючковидным отростком и решетчатый пузырьком и исключения попадания инструмента за данную костную перемычку в ячейку решётчатого лабиринта нам приходилось мобилизовать медиально среднюю носовую раковину, что чревато переломом её основной пластинки. Для исключения этого приёма нами разработаны угловые канюли с изгибом влево и вправо для левой и правой стороны соответственно.

Данные о зондировании лобных пазух при различных типах лобно-носового сообщения модифицированной угловой канюлей В.Н.Никитина с прямым рабочим концом таковы: на 5 из 15(33,4%) препаратах с рецессуальным типом лобно-носового сообщения зондирование лобных пазух выполнялось свободно. На 8 из 15(53,3%) препаратах зондирование лобных пазух было затруднено, но выполнимо в виду её несоответствия геометрической форме дугообразного лобно-носового сообщения. На 2 из 15(13,3%) препаратах с рецессуальным типом лобно-носового сообщения эндоназальное зондирование лобных пазух угловой канюлей В.Н.Никитина с прямым рабочим концом было невозможно, канюля упиралась в верхние отделы крючковидного отростка или в передние отделы лобно-носового сообщения.

При инфундибулярном типе лобно-носового сообщения на всех 22 препаратах зондирование лобных пазух этой же канюлей с прямым рабочим концом проходило свободно. На всех препаратах с инфундибулярным лобно-носовым сообщением, как медиальным, так и латеральным, дренажно-вентиляционный ход имел форму, близкую к прямолинейной с направлением сверху-вниз и спереди-назад, что совпадает с прямым

рабочим концом угловой канюли.

Разница результатов эндоназального зондирования лобных пазух угловой и дугообразной канюлей при различных типах лобно-носового сообщения оценивалась с помощью χ^2 критерия Пирсона и статистически достоверна.

Таким образом, наши исследования показали, что адекватность эндоназального зондирования лобных пазух зависит не от величины структур, формирующих лобно-носовое сообщение, а от его типа, при котором это сообщение имеет всегда соответствующую форму, а именно: при рецессуальном - дугообразную, при инфундибулярном - прямолинейную.

Наши исследования также показали, что ни дугообразная канюля Е.А.Ландсберга, ни угловая В.Н.Никитина не могут считаться универсальными и использоваться для зондирования лобных пазух при всех типах лобно-носового сообщения, вследствие несоответствия их геометрических форм дренажно-вентиляционному пути.

Эндоназальное зондирование лобных пазух при рецессуальном типе лобно-носового сообщения осуществляется свободно дугообразной канюлей, а при инфундибулярном - угловой с прямым рабочим концом, так как геометрическая форма этих инструментов наиболее соответствует форме данных лобно-носовых сообщений.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. При инфундибулярном типе лобно-носового сообщения наличие костной перемычки, разделяющей воронку полулунной щели на два кармана, позволяет выделить два варианта - инфундибулярный, медиальный и инфундибулярный латеральный.

2. При рецессуальном типе лобно-носового сообщения дренажно-вентиляционный ход в лобную пазуху имеет дугообразную форму, а при инфундибулярном - практически прямолинейную.

Полученные в ходе эксперимента данные необходимо учитывать при выборе инструмента для зондирования пораженных лобных пазух.

Литература

- Гальперин Я.А. К вопросу о сравнительной анатомии лобной пазухи /Я.А. Гальперин //Журн. ушн., нос. и горл. болезней. - 1929. - №11-12.- С. 935-949.
- Гюсан А.О. К вопросу о рецидивирующих фронтитах //Оториноларингология на рубеже тысячелетия: материалы XVI съезда оториноларингологов РФ, Сочи, 21-24 марта 2001г. //А.О.Гюсан, С.А.Гюсан, Р.Х.Узденова. - Санкт-Петербург: "РИА-АМИ", 2001. - С. 553-554.
- Гюсан А.О. Ретроспективный анализ результатов лечения острых и хронических фронтитов методом трепанопункции //Современные вопросы аудиологии и ринологии: тез. докл. научно-практической конференции. г. Курск 7-8 июня 2000г. /А.О.Гюсан, С.А.Гюсан, Р.Х.Узденова. - М., 2000.- С. 109-110.
- Дайняк Л.Б. Нос и околоносовые пазухи: рук. по оториноларингологии /Л.Б.Дайняк; под ред. И.Б.Солдатова. - М.: Медицина, 1994. - С. 200-283.
- Ландсберг Е.А. Значение эндоназального зондирования в диагностике воспалительных заболеваний лобных пазух. - дис... канд. мед. наук /Ландсберг Е.А. - 1967. - 187 с.
- Машкова Т.А. Топографо-анатомические факторы риска развития и хронизации воспалительных заболеваний лобных пазух: дис. доктора мед. наук /Машкова Т.А. - 2002 - 302 с.
- Милославский М.В. Лобные пазухи: дис... доктора мед. наук /Милославский М.В. - 1903.
- Пальчун В.Т. Параназальные синуситы /Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.С. - М.: Медицина, 1982. - 152 с.
- Таренецкий А.В. Лобные пазухи решетчатой кости и их отверстия в верхних носовых ходах /А.В.Таренецкий //Военно-медицинский журнал. - 1883. - №147(8). - С. 334-349.

Шеврыгин Б.В. Оценка некоторых патологических состояний в ринологии / Б.В.Шеврыгин, М.К.Манюк //Вест. оториноларингологии. - 1987. - №6. - С. 52-55.

Якушева А.И. Хирургическая анатомия лобно-носового канала: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед.

наук /Якушева А.И. - Смоленск, 1954. - 14 с.

Mann W. Diagnostik der entzündlichen NasennebenhohlenerKrankungen / W.Mann //Laryngol. Rhinol. - 1980. - Vol.50, №1. - S. 1-5.

Messerklinger W. Die Rolle der lateralen Nasenwand in der Pathogenese, Diagnose

und Therapie der rezidivierenden und chronischen Rhinosinusitis /W.Messerklinger //Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg.). - 1987. - Vol.66, №6. - P. 293-299.

Zuckerkindl E. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhohle und ihrer pneumatischen Anhänge / Zuckerkindl E. - Wien, 1893. - Bd. 1.

МЕТОДИКИ ЕВАКУАЦІЇ ЕКСУДАТУ З ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ПРИ ФРОНТИТАХ З УРАХУВАННЯМ ТИПУ ЛОБОВО-НОСОВОГО З'ЄДНАННЯ

Машкова Т.А., Нерівний А.І.

Резюме. Вивчено 37 сагітальних розпилів голови фіксованих трупів людей. Встановлено існування двох різновидів непрямого або інфундибулярного лобово-носового з'єднання: інфундибулярного латерального і інфундибулярного медіального, які утворені додатковою кістковою перемичкою, що розділяє верхній відділ воронки на дві кишені: латеральну і медіальну. Встановлено, що ендоназальне зондування лобових пазух виконується вільно і атравматично при рецесуальному лобово-носовому з'єднанні дугоподібною канюлею, а при інфундибулярному - кутовою канюлею з прямим робочим кінцем.

Ключові слова: фронтит, остиомеотальний комплекс, ендоназальне зондування лобової пазухи.

METHODS OF EVACUATION OF EXUDATE FROM A FRONTAL SINUS AT FRONTITIS TAKING INTO ACCOUNT THE TYPE OF FRONTAL-NASAL REPORT

Mashkova T. A., Nerovniy A.I.

Summary. 37 sagittal sawcuts of head of the fixed dead bodies of people are studied. The existence of two varieties of indirect or infundibular of frontal-nasal report are established: infundibular lateral and infandibular medial, which are formed with an additional bone bridge, dividing the overhead department of crater on two pockets: lateral and medial. It is set that the endonasal probing of frontal sinus is executed freely and noninvasive at recessual frontal-nasal report the arched cannula, and at infundibular an angular cannula with a direct working end.

Key words: frontitis, ostiometal complex, endonasal probing of frontal sinus.

© Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.

УДК: 616329-089.844

РЕДКИЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ДИСФАГИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, кафедра госпитальной хирургии им. В.И.Булынина, Воронежская областная клиническая больница №1 (ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, Россия, 394000)

Резюме. В работе приведены методы, позволяющие реабилитировать больных с повреждением пищевода после пневмонэктомии, удаления опухолей глотки, переходящих на пищевод, и незавершенной пластики пищевода.

Ключевые слова: пластика пищевода, магнитный анастомоз.

Введение

В хирургии пищевода встречаются редкие нестандартные варианты заболеваний, являющихся причиной синдрома дисфагии, лечение которых вызывают трудности.

Цель: предложить эффективные способы хирургического выхода из трудных ситуаций, встречающихся в пластической хирургии пищевода.

Материалы и методы

Группа больных с синдромом дисфагии, обусловленным редко встречающейся патологией пищевода, которым применены не стандартные методы хирургического лечения.

Большую трудность представляет лечение больных с синдромом дисфагии после пневмонэктомии слева, на фоне огромной перфорации пищевода, так как доступ к пищеводу справа крайне затруднен из-за отсут-

ствия левого легкого. Предложенный способ позволил реабилитировать пациента после пневмонэктомии слева с большим дефектом пищевода (2х6 см) в области аортального окна.

Способ заключается в следующем. После диагностической перфорации пищевода, неудачной попытки ушивания дефекта пищевода, после пульмонэктомии слева, посредством открытого ведения (торако-тома) разрешается эмпиема плевры и больному из широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке выкраивается лоскут предполагаемого размера, равного остаточной полости оперированного гемиторакса. Выкраенный лоскут перемещается в плевральную полость через окно, сформированное после резекции заднего отрезка ребра. Освежаются края раны пищевода, отсепаровываются края слизистой его и сшиваются рассасывающейся нитью с атравматической иглой. Без на-

Шеврыгин Б.В. Оценка некоторых патологических состояний в ринологии / Б.В.Шеврыгин, М.К.Манюк //Вест. оториноларингологии. - 1987. - №6. - С. 52-55.

Якушева А.И. Хирургическая анатомия лобно-носового канала: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед.

наук /Якушева А.И. - Смоленск, 1954. - 14 с.

Mann W. Diagnostik der entzündlichen NasennebenhohlenerKrankungen / W.Mann //Laryngol. Rhinol. - 1980. - Vol.50, №1. - S. 1-5.

Messerklinger W. Die Rolle der lateralen Nasenwand in der Pathogenese, Diagnose

und Therapie der rezidivierenden und chronischen Rhinosinusitis /W.Messerklinger //Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg.). - 1987. - Vol.66, №6. - P. 293-299.

Zuckerkindl E. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhohle und ihrer pneumatischen Anhänge / Zuckerkindl E. - Wien, 1893. - Bd. 1.

МЕТОДИКИ ЕВАКУАЦІЇ ЕКСУДАТУ З ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ПРИ ФРОНТИТАХ З УРАХУВАННЯМ ТИПУ ЛОБОВО-НОСОВОГО З'ЄДНАННЯ

Машкова Т.А., Нерівний А.І.

Резюме. Вивчено 37 сагітальних розпилів голови фіксованих трупів людей. Встановлено існування двох різновидів непрямого або інфундибулярного лобово-носового з'єднання: інфундибулярного латерального і інфундибулярного медіального, які утворені додатковою кістковою перемичкою, що розділяє верхній відділ воронки на дві кишені: латеральну і медіальну. Встановлено, що ендоназальне зондування лобових пазух виконується вільно і атравматично при рецесуальному лобово-носовому з'єднанні дугоподібною канюлею, а при інфундибулярному - кутовою канюлею з прямим робочим кінцем.

Ключові слова: фронтит, остиомеотальний комплекс, ендоназальне зондування лобової пазухи.

METHODS OF EVACUATION OF EXUDATE FROM A FRONTAL SINUS AT FRONTITIS TAKING INTO ACCOUNT THE TYPE OF FRONTAL-NASAL REPORT

Mashkova T. A., Nerovniy A.I.

Summary. 37 sagittal sawcuts of head of the fixed dead bodies of people are studied. The existence of two varieties of indirect or infundibular of frontal-nasal report are established: infundibular lateral and infandibular medial, which are formed with an additional bone bridge, dividing the overhead department of crater on two pockets: lateral and medial. It is set that the endonasal probing of frontal sinus is executed freely and noninvasive at recessual frontal-nasal report the arched cannula, and at infundibular an angular cannula with a direct working end.

Key words: frontitis, ostiometal complex, endonasal probing of frontal sinus.

© Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.

УДК: 616329-089.844

РЕДКИЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ДИСФАГИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, кафедра госпитальной хирургии им. В.И.Булынина, Воронежская областная клиническая больница №1 (ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, Россия, 394000)

Резюме. В работе приведены методы, позволяющие реабилитировать больных с повреждением пищевода после пневмонэктомии, удаления опухолей глотки, переходящих на пищевод, и незавершенной пластики пищевода.

Ключевые слова: пластика пищевода, магнитный анастомоз.

Введение

В хирургии пищевода встречаются редкие нестандартные варианты заболеваний, являющихся причиной синдрома дисфагии, лечение которых вызывают трудности.

Цель: предложить эффективные способы хирургического выхода из трудных ситуаций, встречающихся в пластической хирургии пищевода.

Материалы и методы

Группа больных с синдромом дисфагии, обусловленным редко встречающейся патологией пищевода, которым применены не стандартные методы хирургического лечения.

Большую трудность представляет лечение больных с синдромом дисфагии после пневмонэктомии слева, на фоне огромной перфорации пищевода, так как доступ к пищеводу справа крайне затруднен из-за отсут-

ствия левого легкого. Предложенный способ позволил реабилитировать пациента после пневмонэктомии слева с большим дефектом пищевода (2х6 см) в области аортального окна.

Способ заключается в следующем. После диагностической перфорации пищевода, неудачной попытки ушивания дефекта пищевода, после пульмонэктомии слева, посредством открытого ведения (торако-тома) разрешается эмпиема плевры и больному из широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке выкраивается лоскут предполагаемого размера, равного остаточной полости оперированного гемиторакса. Выкраенный лоскут перемещается в плевральную полость через окно, сформированное после резекции заднего отрезка ребра. Освежаются края раны пищевода, отсепаровываются края слизистой его и сшиваются рассасывающейся нитью с атравматической иглой. Без на-

рушения целостности лоскута, одной частью его укрывается перфорационное отверстие пищевода, и он подшивается отдельными узловыми швами по периметру раны пищевода, остальная часть укладывается в остаточной плевральной полости. Питание осуществляется через гастростому до полного заживления послеоперационной раны и контрольного рентгеноскопического исследования пищевода с контрастом на предмет целостности органа. По окончании лечения гастростома закрывается. Ниже приводим описание также наиболее интересного, с нашей точки зрения, клинического наблюдения больной с травматической стриктурой пищевода после пневмонэктомии справа. В этом случае для лечения больной был использован способ наложения отсроченных компрессионных магнитных анастомозов. Данный метод не только позволил избавиться больную от травматической восстановительной операции, но и, по-видимому, был единственным путем к излечению. Пациентке с рубцовой деформацией и стриктурой пищевода, осложненной пищеводно-торакальным свищем после пульмонэктомии справа, торакопластики, попытки ушивания пищеводного свища проведено наложение компрессионного магнитного анастомоза. Рентгенографически пищевод свободно проходит до 30 см по шкале фиброскопа, в просвете светлая пеннистая жидкость, гной. Пищевод расширен над сужением. На 30 см от резцов имеется изгиб пищевода в виде кармана, передняя стенка кармана прилежит к сердцу, просвет пищевода в этой зоне сужен до 0,6 см, здесь же имеется свищевое отверстие около 1 см.

Наложение эзофагоанастомоза обычным методом в условиях фиброторакса 20-летней давности и грубой деформации пищевода в этой зоне признано невозможным. Создание искусственного пищевода также было бы не рациональным, так как пищевод выше и ниже стриктуры был в удовлетворительном состоянии.

Было принято решение наложить пищеводно-пищеводный анастомоз с помощью постоянных магнитов, введенных - один в проксимальный отдел пищевода, а другой - в дистальный отдел через гастростому. После наложения гастростомы по Кадеру-Штамму с помощью двух фиброскопов, один из которых проведен через рот, а другой через гастростому, были введены в пищевод два кольцевых магнита. Магниты установлены в зоне, где стенки пищевода наиболее близко подходят друг к другу. На седьмые сутки произведена фиброскопия, при которой выявлено, что магниты образовали соустье в стенке пищевода и свободно держатся на капроновых нитях. Магниты удалены через гастростому.

Больной было произведено внебрюшинное закрытие гастростомы. На контрольной рентгенокопии пищевод проходим для густой бариевой взвеси, которая проходит прямо через соустье, свищи закрылись.

При эзофагопластике по поводу рубцовых стриктур пищевода, несмотря на использование всех методов

мобилизации, в ряде случаев оральный конец трансплантата удается довести только до середины грудины. Ишемический некроз орального конца трансплантата наблюдается при использовании тонкой кишки в 8-32%, толстой - в 2-12% случаев. Реабилитация пациентов с незавершенной эзофагопластикой, по-прежнему, остается одним из наиболее трудных разделов реконструктивной хирургии пищевода. Хирургическое лечение пациентов с незавершенной эзофагопластикой подразумевает решение двух задач: возмещение недостающего отрезка пищевода и восстановление его проходимости. Первую задачу решали путем микрохирургической аутоотрансплантации свободного васкуляризованного тонкокишечного аутоотрансплантата под кожу шеи и передней поверхности грудной клетки. После взятия свободного фрагмента тонкой кишки, последний помещали под кожу боковой поверхности шеи и передней поверхности грудной клетки. Заглушенный краниальный конец свободной кишки фиксировали несколькими субсерозными швами к глотке или пищеводу. Каудальный конец свободной кишки выводили наружу в виде стомы рядом с оральным концом кишечного трансплантата. Сосуды брыжейки пересаженного фрагмента кишки анастомозировали с одной из ветвей наружной сонной артерии и с подходящей по диаметру веной. Анастомозирование глотки (или шейного отдела пищевода) со свободной кишкой производили через несколько дней после микрохирургической операции. Краиальный конец свободной кишки соединяли с глоткой или пищеводом путем наложения магнитного компрессионного анастомоза. Магнитные элементы подводились к зоне предполагаемого анастомоза с помощью двух фиброэндоскопов через рот и каудальный конец свободной кишки. За счет постоянного давления, ткани, находившиеся непосредственно между магнитами, претерпевали деструктивные изменения, а по периметру магнитных элементов наступало сращение стенок анастомозируемых органов. На 7-8 сутки магнитные элементы образовывали пролежень и мигрировали из зоны анастомоза, их извлекали за привязанную к ним нить. С целью профилактики рубцового сужения анастомоза, через 5 дней после извлечения магнитов в течение недели проводили бужирование.

Одноэтапное лечение пациента с опухолью задней стенки гортани, переходящей на пищевод, которому восстановлены функция глотания, и голосовая функция без применения дополнительных устройств также является трудной задачей. Больному была выполнена экстирпация гортаноглотки, резекция шейного отдела трахеи и пищевода. Для восстановления функции этих органов использован изолированный илеоцекальный сегмент кишки с ревазуляризацией из сосудов шеи.

Анастомозы кишки были выполнены однорядным непрерывным швом. Купол слепой кишки анастомозировали с гортаноглоткой, восходящий отдел слепой

кишки с пищеводом, подвздошную кишку с трахеей. Через шесть суток проведена ФГС, трансплантат жизнеспособен и больной начал питаться через рот. Дыхание осуществлялось через трахеостому, больной громко говорил на выдохе. Цель операции - восстановление пассажа пищи по пищеводу и голосовой функции была достигнута.

Результаты

Пациент после операции прожил 1,5 года. Умер в

результате рецидива заболевания и профузного кровотечения. Все остальные пациенты живы по настоящее время и отмечают значительное улучшение качества жизни.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Описанные выше методики позволяют реабилитировать пациентов в крайне трудных лечебных ситуациях и применение их возможно.

Литература

- А.с. 1438738 SU, А1А61В 17/11. Устройство для наложения анастомоза /В.В. Булынин, В.Б.Кейзман, В.Я.Колесников; Воронежский политехн. институт. - 3847866/28-14; заявл. 29.01.85; опубл. 23.11.88, Бюл. № 43.
- Булынин В.В. Диагностика и лечение синдрома дисфагии: автореф. дис. ... докт. мед. наук /В.В.Булынин. - Воронеж, 2009. - 44 с.
- Пат. 2283040 (RU), МКИ А61В 17/00. Способ лечения перфорации пищевода после пульмонэктомии слева / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Плетнев А.А., Черных А.В., Юргелас И.В.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2005107965; заявл. 21.03.05; опубл. 10.09.06. // Бюл. № 25. - 1 с.

РІДКІСНІ МЕТОДИ УСУНЕННЯ ДИСФАГІЇ В ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ СТРАВОХОДУ

Пархисенко Ю.А., Булинін В.В.

Резюме. У роботі наведені методи, що дозволяють, реабілітувати хворих із пошкодженням стравоходу після пневмонектомії, пухлин глотки з переходом на стравохід.

Ключові слова: пластика стравоходу, магнітний анастомоз.

RARE METHODS OF DYSPHAGIA ELIMINATION IN PLASTIC SURGERY OF ESOPHAGUS

Parhisenko Y.A., Bulynin V.V.

Summary. In the work the presented methods allow to rehabilitate patients with esophageal damages after pneumonocentesis, elimination of pharynx tumours with transition to the esophagus and not completed esophageal plasty.

Key words: esophageal plasty, magnetic anastomosis.

© Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

УДК: 617.55-056.52-089.844

ПЛАСТИЧЕСКИЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

Харьковский национальный медицинский университет (ул. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Резюме. Представлен клинический опыт пластических и реконструктивных оперативных вмешательств на передней стенке живота у 67 пациентов с избыточным отложением жира в области живота, "отвислым животом", большими и гигантскими вентральными грыжами. Обоснованы принципы выбора разрезов у этой категории пациентов. Показаны преимущества разработанного авторами оперативного доступа при сравнительной оценке качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: пластические, реконструктивные операции, ожирение, "отвислый живот", вентральная грыжа, качество жизни.

Введение

Стремление человека иметь красивую фигуру вполне естественно, и оно особенно чувствуется и проявляется у женщин. Различные косметические недостатки, которые появляются вследствие пассивного образа жизни, возрастных изменений (избыточное отложение жира в области живота, "отвислый" живот, кожно-жировой "фартук" в области живота), патологических процессов в области передней брюшной стенки (вентральные грыжи, послеоперационные грыжи, особенно больших и гигантских размеров) выражено отражаются на психическом состоянии людей, оказывают негативное

влияние на личную и общественную жизнь, а также на профессиональную деятельность человека. Поэтому в последние годы хирургическая коррекция формы живота становится востребованной среди пациентов. Рост мастерства хирургов, появление более совершенного хирургического инструментария, сетчатых эндопротезов позволяют выполнять на брюшной стенке пластические и реконструктивные оперативные вмешательства с хорошим косметическим эффектом [Грубник и др., 2001; Лебедев, Седлецкий, 1987; Петренко и др., 2004; 2008].

кишки с пищеводом, подвздошную кишку с трахеей. Через шесть суток проведена ФГС, трансплантат жизнеспособен и больной начал питаться через рот. Дыхание осуществлялось через трахеостому, больной громко говорил на выдохе. Цель операции - восстановление пассажа пищи по пищеводу и голосовой функции была достигнута.

Результаты

Пациент после операции прожил 1,5 года. Умер в

результате рецидива заболевания и профузного кровотечения. Все остальные пациенты живы по настоящее время и отмечают значительное улучшение качества жизни.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Описанные выше методики позволяют реабилитировать пациентов в крайне трудных лечебных ситуациях и применение их возможно.

Литература

- А.с. 1438738 SU, А1А61В 17/11. Устройство для наложения анастомоза /В.В. Булынин, В.Б.Кейзман, В.Я.Колесников; Воронежский политехн. институт. - 3847866/28-14; заявл. 29.01.85; опубл. 23.11.88, Бюл. № 43.
- Булынин В.В. Диагностика и лечение синдрома дисфагии: автореф. дис. ... докт. мед. наук /В.В.Булынин. - Воронеж, 2009. - 44 с.
- Пат. 2283040 (RU), МКИ А61В 17/00. Способ лечения перфорации пищевода после пульмонэктомии слева / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Плетнев А.А., Черных А.В., Юргелас И.В.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2005107965; заявл. 21.03.05; опубл. 10.09.06. // Бюл. № 25. - 1 с.

РІДКІСНІ МЕТОДИ УСУНЕННЯ ДИСФАГІЇ В ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ СТРАВОХОДУ

Пархисенко Ю.А., Булинін В.В.

Резюме. У роботі наведені методи, що дозволяють, реабілітувати хворих із пошкодженням стравоходу після пневмонектомії, пухлин глотки з переходом на стравохід.

Ключові слова: пластика стравоходу, магнітний анастомоз.

RARE METHODS OF DYSPHAGIA ELIMINATION IN PLASTIC SURGERY OF ESOPHAGUS

Parhisenko Y.A., Bulynin V.V.

Summary. In the work the presented methods allow to rehabilitate patients with esophageal damages after pneumonocentesis, elimination of pharynx tumours with transition to the esophagus and not completed esophageal plasty.

Key words: esophageal plasty, magnetic anastomosis.

© Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

УДК: 617.55-056.52-089.844

ПЛАСТИЧЕСКИЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

Харьковский национальный медицинский университет (ул. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Резюме. Представлен клинический опыт пластических и реконструктивных оперативных вмешательств на передней стенке живота у 67 пациентов с избыточным отложением жира в области живота, "отвислым животом", большими и гигантскими вентральными грыжами. Обоснованы принципы выбора разрезов у этой категории пациентов. Показаны преимущества разработанного авторами оперативного доступа при сравнительной оценке качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: пластические, реконструктивные операции, ожирение, "отвислый живот", вентральная грыжа, качество жизни.

Введение

Стремление человека иметь красивую фигуру вполне естественно, и оно особенно чувствуется и проявляется у женщин. Различные косметические недостатки, которые появляются вследствие пассивного образа жизни, возрастных изменений (избыточное отложение жира в области живота, "отвислый" живот, кожно-жировой "фартук" в области живота), патологических процессов в области передней брюшной стенки (вентральные грыжи, послеоперационные грыжи, особенно больших и гигантских размеров) выражено отражаются на психическом состоянии людей, оказывают негативное

влияние на личную и общественную жизнь, а также на профессиональную деятельность человека. Поэтому в последние годы хирургическая коррекция формы живота становится востребованной среди пациентов. Рост мастерства хирургов, появление более совершенного хирургического инструментария, сетчатых эндопротезов позволяют выполнять на брюшной стенке пластические и реконструктивные оперативные вмешательства с хорошим косметическим эффектом [Грубник и др., 2001; Лебедев, Седлецкий, 1987; Петренко и др., 2004; 2008].

В последние годы в Украине появились частные косметические клиники. Но большинство пациентов не в состоянии оплатить услуги косметического хирурга. Да и сами косметические клиники довольно часто отказывают в помощи пациентам с большими и гигантскими грыжами из-за сложности оперативного вмешательства. *Цель* сообщения: обратить внимание хирургов на косметическую и эстетическую стороны этой проблемы.

Материалы и методы

С 1995 по 2010 год под нашим наблюдением находилось 67 пациентов, которым выполнены различные пластические и реконструктивные оперативные вмешательства на передней брюшной стенке. Необходимо подчеркнуть, что 59 пациентов были госпитализированы в клинику по поводу больших и гигантских вентральных грыж. Пластическая операция на передней стенке живота им была выполнена как симультанное оперативное вмешательство. Только в 8 наблюдениях основной причиной госпитализации был кожно-жировой "фартук" вследствие избыточного отложения жира в области живота. Женщин было 57(85,1%), мужчин - 10(14,9%). Средний возраст пациентов составлял 51,8 лет. Косметический дефект увеличивался с годами, а длительность грыженосительства колебалась в пределах от 5 до 16 лет.

Одним из основных этапов оперативного вмешательства при пластических и реконструктивных операциях на передней брюшной стенке является выбор разреза кожи и подлежащих тканей, определяющий способ иссечения кожно-жирового лоскута. При этом нами учитывались следующие основные факторы: особенности анатомической конфигурации живота (отвислый, распластаный, выпяченный живот); выраженность атрофии мышц стенки живота; величина и локализация грыжевых ворот; наличие рубцов и рубцовых деформаций на стенке живота от предыдущих операций; желаемый пациентом и возможный в конкретной ситуации косметический эффект. Разрез по Freedom и разрез по Freedom в нашей модификации применен у 56 (83,6%) пациентов. Вертикальный разрез по Fischì у 10 (14,9%) а разрез в виде якоря по Dofourmetel et Mouly использовали только у 1(1,5%) пациента.

Очень важным этапом выполнения операции является уровень диссекции при удалении и последующей мобилизации кожно-жирового лоскута. Наш опыт выполнения этого вида оперативных вмешательств свидетельствует о том, что диссекцию целесообразно проводить под поверхностной фасцией и над апоневрозом [Петренко и др., 2004; 2008]. Благодаря этому сохраняется подкожная артериальная и венозная сеть сосудов, а также основные пути лимфооттока.

Наша модификация разреза Freedom преследует его продление выше spina iliaca anterior superior дугобразно до среднеподмышечной линии. Нижняя граница

разреза выполняется на уровне линии бикини. Для сохранения косметического эффекта и поддержания эстетической стороны операции 61 (91%) пациенту выполнена аутогипичная трансплантация пупка. Из-за грубых рубцовых деформаций от предыдущих операций 2(3%) пациентам выполнить трансплантацию пупка было технически невозможно. У 4(6%) пациентов пупок был удален хирургами ранее во время предыдущих операций. Вес удаленных кожно-жировых лоскутов был от 3 килограмм 450 грамм до 16 килограмм 700 грамм.

Герниопластика у 31 (52,5%) пациентов выполнена сетчатым эндопротезом, у 15(25,4%) - аутодермальным лоскутом по В.Н.Янову, у 9(15,3%) - разработанным нами способом и у 4(6,8%) - по К.М.Сапежко.

Необходимо отметить, что у 8 госпитализированных пациентов грыж не было. У 4(50%) из них выявлена выраженная атрофия мышц передней и боковых стенок живота. Этим пациентам мы вынуждены были выполнить абдоминопластику сетчатым эндопротезом.

Учитывая большую раневую площадь при этом виде оперативных вмешательств, операция завершалась дренированием раны перфорированным трубчатым дренажом с активной аспирацией раневого отделяемого. В зависимости от количества раневого отделяемого аспирация продолжалась 3-5 суток. С первого дня после операции для умеренной компрессии на кожно-жировой лоскут использовали эластический пояс.

Результаты. Обсуждение

Проводя анализ результатов пластических и реконструктивных оперативных вмешательств, мы убедились, что косметический эффект операции определяется выбором разреза для иссечения кожно-жирового лоскута. При этом нами учитывались особенности кровоснабжения и лимфоттока на передней стенке живота, наличие рубцов и рубцовых деформаций после предыдущих оперативных вмешательств, пожелания пациента по косметическому эффекту от предстоящей операции. Все возможные варианты выполнения операции и вероятные последствия обсуждались с пациентом и регистрировались в истории болезни.

У пациентов с кожно-жировым "фартуком", отвислым и распластанным животом целесообразно применять разрез Freedom или разрез Freedom в нашей модификации. Этот тип разреза позволяет иссечь избыток кожи и убрать жировую клетчатку не только на передней стенке живота, но и на боковых поверхностях брюшной стенки. Рубец формируется в области линии бикини и практически не заметен. Учитывая явные косметические преимущества, этот разрез нами применен у 56 пациентов - 83,6% от всех наблюдений.

Вертикальный разрез по Fischì нами применен у 10(14,9%) пациентов. Этот разрез применяли у пациентов с грубыми рубцами после срединных лапаротомий, а также при выраженных рубцовых деформациях в верхних отделах живота. По косметическому эффек-

ту разрез Fischei значительно уступает разрезу Freedom в нашей модификации.

Разрез в виде якоря по Dofourmetel et Mouly, нами применен у 1(2,5%) пациента. Мы наблюдали некроз кожи в верхнем углу разреза. В косметическом плане он значительно проигрывает разрезу Freedom, Freedom в нашей модификации и Fischei. Учитывая эти недостатки, мы отказались от разреза Dofourmetel et Mouly.

Трансплантация пупка в аутоподкожное место является важной эстетической стороной оперативного вмешательства, особенно у женщин. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутоподкожное место нами выполнена у 61 (91%) пациента. Необходимо отметить, что риск развития раневой инфекции при этом минимальный. Время операции удлинялось на 5-10 минут. Некроза пупка мы не наблюдали.

Реконструктивные вмешательства на брюшной стенке при множественных грыжевых дефектах, больших и гигантских вентральных грыжах нами выполнялись с применением сетчатых эндопротезов и аутодермального лоскута по В.Н.Янову - 46(77,9%) наблюдений. Разработанным нами способом у 9(15,3%) и по К.М.Сапезко - у 4(6,8%) пациентов. Ограничение применения этих способов было вызвано риском развития Abdominal Compartment Syndrome.

В послеоперационном периоде у пациента, которому был выполнен разрез по Dofourmetel et Mouly, отмечалась лимфоррея до 9 дней. Летальных исходов не было.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 1 до 15 лет. Избыточного отложения жира в области оперативного вмешательства мы не наблюдали.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Хирургическая коррекция формы живота становится востребованной среди пациентов Украины.

2. При пластических и реконструктивных оперативных вмешательствах на передней стенке живота целесообразно применять разрез Freedom и Freedom в нашей модификации, обеспечивающие максимальный косметический эффект.

3. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутоподкожное место является неотъемлемым этапом пластического оперативного вмешательства на передней стенке живота.

Пластические и реконструктивные операции на передней стенке живота значительно улучшает качество жизни у этих людей.

Литература

- Грубник В.В. Современное лечение Эстетическая хирургия живота у больных с ожирением /Г.Д.Петренко, А.А.Лосев, Н.В.Баязимов. - К., Здоров'я, 2001. - 280 с. //Сучасні аспекти ожиріння: клініка, діагностика, лікування: матеріали науково-практичної конференції. - Вінниця, 26 листопада 2004. - 2004. - С. 28-29.
- Лебедев Л.В. Хирургическое лечение ожирения и гиперлиппротеидемий / Л.В.Лебедев, Ю.С.Седлецкий. - Ленинград: Медицина, 1987. - 214 с.
- Абдоминальный лифтинг при оперативном лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами /Г.Д.Петренко, В.А.Сипливый, Д.Г.Петренко [и др.] //Вісник української медичної стоматологічної академії. - 2008. - Вип.8, №1-2(21-22). - С. 109-111.

ПЛАСТИЧНІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Петренко Г.Д., Сипливий В.А., Петренко Д.Г., Петюнін А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

Резюме. Наведено клінічний досвід пластичних і реконструктивних оперативних втручань на передній стінці черевної порожнини у 67 пацієнтів із надлишковим відкладенням жиру на животі, "звисаючим животом", великими та гігантськими вентральними кілами. Обґрунтовано принципи вибору оперативного доступу у цієї категорії пацієнтів. Наведено переваги розробленого авторами оперативного доступу при порівняльній оцінці якості життя після операції та у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: пластичні, реконструктивні операції, ожиріння, "звисаючий живіт", вентральна кіла, якість життя.

PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF AN ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Petrenko G.D., Syplyviy V.O., Petrenko D.G., Petunin O.G., Guz A.G., Menkus B.V.

Summary. The clinical experience of plastic and reconstructive surgery on an anterior abdominal wall of 67 patients with excessive abdominal adiposis, "loose-hanging abdomen", large and huge ventral hernias is presented. The principles of choice of incisions in this group of patients are substantiated. The advantages of worked off by the authors the operative access in comparative evaluation of life quality in early and remote postoperative period are shown.

Key words: plastic, reconstructive surgery, obesity, "loose-hanging abdomen", ventral hernia, life quality.

© Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І., Лойко Є.Є., Фомін О.О., Зябченко І.С., Федчишин О.П., Доброванов О.Є., Сасюк А.І., Череповський В.В.

УДК: 616-007.24-053.2

МАЛОІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І. *, Лойко Є.Є., Фомін О.О.,

Зябченко І.С. **, Федчишин О.П. **, Доброванов О.Є. **, Сасюк А.І., Череповський В.В. *

ту разрез Fischei значительно уступает разрезу Freedom в нашей модификации.

Разрез в виде якоря по Dofourmetel et Mouly, нами применен у 1(2,5%) пациента. Мы наблюдали некроз кожи в верхнем углу разреза. В косметическом плане он значительно проигрывает разрезу Freedom, Freedom в нашей модификации и Fischei. Учитывая эти недостатки, мы отказались от разреза Dofourmetel et Mouly.

Трансплантация пупка в аутоподкожное место является важной эстетической стороной оперативного вмешательства, особенно у женщин. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутоподкожное место нами выполнена у 61 (91%) пациента. Необходимо отметить, что риск развития раневой инфекции при этом минимальный. Время операции удлинялось на 5-10 минут. Некроза пупка мы не наблюдали.

Реконструктивные вмешательства на брюшной стенке при множественных грыжевых дефектах, больших и гигантских вентральных грыжах нами выполнялись с применением сетчатых эндопротезов и аутодермального лоскута по В.Н.Янову - 46(77,9%) наблюдений. Разработанным нами способом у 9(15,3%) и по К.М.Сапезко - у 4(6,8%) пациентов. Ограничение применения этих способов было вызвано риском развития Abdominal Compartment Syndrome.

В послеоперационном периоде у пациента, которому был выполнен разрез по Dofourmetel et Mouly, отмечалась лимфоррея до 9 дней. Летальных исходов не было.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 1 до 15 лет. Избыточного отложения жира в области оперативного вмешательства мы не наблюдали.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Хирургическая коррекция формы живота становится востребованной среди пациентов Украины.

2. При пластических и реконструктивных оперативных вмешательствах на передней стенке живота целесообразно применять разрез Freedom и Freedom в нашей модификации, обеспечивающие максимальный косметический эффект.

3. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутоподкожное место является неотъемлемым этапом пластического оперативного вмешательства на передней стенке живота.

Пластические и реконструктивные операции на передней стенке живота значительно улучшает качество жизни у этих людей.

Литература

- Грубник В.В. Современное лечение Эстетическая хирургия живота у больных с ожирением /Г.Д.Петренко, А.А.Лосев, Н.В.Баязимов. - К., Здоров'я, 2001. - 280 с. //Сучасні аспекти ожиріння: клініка, діагностика, лікування: матеріали науково-практичної конференції. - Вінниця, 26 листопада 2004. - 2004. - С. 28-29.
- Абдоминальний ліфтинг при оперативному ліченні пацієнтів з великими і гігантськими вентральними грыжами /Г.Д.Петренко, В.А.Сипливий, Д.Г.Петренко [и др.] //Вісник української медичної стоматологічної академії. - 2008. - Вип.8, №1-2(21-22). - С. 109-111.
- Лебедев Л.В. Хирургическое лечение ожирения и гиперлиппротеидемий / Л.В.Лебедев, Ю.С.Седлецкий. - Ленинград: Медицина, 1987. - 214 с.

ПЛАСТИЧНІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Петренко Г.Д., Сипливий В.А., Петренко Д.Г., Петюнін А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

Резюме. Наведено клінічний досвід пластичних і реконструктивних оперативних втручань на передній стінці черевної порожнини у 67 пацієнтів із надлишковим відкладенням жиру на животі, "звисаючим животом", великими та гігантськими вентральними килами. Обґрунтовано принципи вибору оперативного доступу у цієї категорії пацієнтів. Наведено переваги розробленого авторами оперативного доступу при порівняльній оцінці якості життя після операції та у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: пластичні, реконструктивні операції, ожиріння, "звисаючий живіт", вентральна кила, якість життя.

PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF AN ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Petrenko G.D., Syplyviy V.O., Petrenko D.G., Petunin O.G., Guz A.G., Menkus B.V.

Summary. The clinical experience of plastic and reconstructive surgery on an anterior abdominal wall of 67 patients with excessive abdominal adiposis, "loose-hanging abdomen", large and huge ventral hernias is presented. The principles of choice of incisions in this group of patients are substantiated. The advantages of worked off by the authors the operative access in comparative evaluation of life quality in early and remote postoperative period are shown.

Key words: plastic, reconstructive surgery, obesity, "loose-hanging abdomen", ventral hernia, life quality.

© Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І., Лойко Є.Є., Фомін О.О., Зябченко І.С., Федчишин О.П., Доброванов О.Є., Сасюк А.І., Череповський В.В.

УДК: 616-007.24-053.2

МАЛОІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І.* , Лойко Є.Є., Фомін О.О.,

Зябченко І.С. , Федчишин О.П.** , Доброванов О.Є.** , Сасюк А.І., Череповський В.В.***

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), *Криворізьська міська клінічна лікарня №8 (вул. 23-го Лютого, 55, м. Кривий ріг, Україна, 50082), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21100)

Резюме. Запропонований новий спосіб оперативного лікування дозволяє надійно корегувати вроджені та набуті ліycopодібні деформації грудної клітки II-III ступеню у дітей, значно знизивши травматичність операції. Спосіб також дає можливість покращити косметичні результати даної операції.

Ключові слова: ліycopодібна грудна клітка, лікування, діти.

Вступ

Ліycopодібна деформація грудної клітки (ЛПДГК) досить часте (один випадок на 1000 дітей) та важке захворювання дитячого віку. У 1/3 випадків передається по спадковості [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007]. Проявляється западінням грудини і хрящової частини ребер починаючи з 2-4 по 7 ребро (частіше 4-6 ребро), зменшенням об'єму грудної клітки, здавленням серця, легень з порушенням їх функціонування [Тимошенко, 1995; Ашкрафт, Холдер, 1996; Разумовський та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002]. Залежно від ступеня ЛПДГК і віку хворих формуються функціональні, косметичні, і психологічні відхилення зростаючого організму [Тимошенко, 1995; Разумовський та ін., 2006; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002], вони ж і є показами до оперативного лікування.

У структурі скарг дитячого віку домінує наявність косметичного дефекту, періодичні болі в грудній клітці, стомлюваність, особливо помітна при фізичних швидкісних навантаженнях, або функціональних пробах. Стабільно пізньою залишається виявлення захворювання медичними фахівцями (педіатри, загальні хірурги та травматологи), як і несвоєчасне звернення батьків до дитячого хірурга за спеціалізованою допомогою [Nuss et al., 2000]. Школярі та підлітки з ЛПДГК, як правило самотні, цураються однолітків і протилежної статі, комплексують і соромляться своєї зовнішності. Це ускладнює соціальну адаптацію [Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002] дитини і підлітка.

Часті випадки поєднання ЛПДГК з патологією сполучної тканини (синдромами Морфана, Елерса - Данло, Шпренгеля тощо), аномаліями легень, хребта і черепа, діафрагмальними грижами [Дольницький, Дирдовская, 1987; Тимошенко, 1995; Ашкрафт, Холдер, 1996; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008; Разумовський та ін., 2006; Hosie et al., 2002]. Часто захворювання вперше діагностують у дорослому віці. Дорослі хворі з ЛПДГК схильні до більш раннього і важкого перебігу поширених захворювань серцево-судинної (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, судинна аневризма, інсульт) та дихальної (пневмонія, бронхіальна астма, деформуючий бронхіт) системи [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006].

Мета роботи: розробити і впровадити в клінічну практику оптимальний малоінвазивний спосіб лікування вродженої та набуті ліycopодібної деформації грудної клітки в дитячому віці.

Матеріали та методи

З січня 2009 року нами прооперовано 20 дітей віком 10-18 років з вродженою та набутою (двоє хворих) ліycopодібною грудною кліткою II-III ступенів. Ступінь деформації визначалась на оглядовій рентгенографії грудної клітки в двох проекціях за М.Гіжицькою [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008], де I ст. - 0,8; II ст - 0,7-0,5; III ст. - менше 0,5; а також за допомогою комп'ютерної рентгенографії: індекс асиметричності більший 100,0 (R/4*100); індекс Халлера більший 3,25 [Ашкрафт, Холдер, 1996; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006]. Типове викривлення грудини спостерігалось у 6 хворих, у 14 дітей діагностована асиметрична форма деформації грудини і ребер. S-подібний грудо-поперековий сколіоз I-II ст., мав місце у 14 дітей, у 6 пацієнтів діагностовано порушення постави з домінуванням кіфозу.

У процесі традиційного генетичного обстеження у 12 дітей діагностована недиференційована дисплазія сполучної тканини, у 8 хворих підтверджені синдромальні форми (Елерса-Данло, марфаноподібний синдром, синдром Марфана, нейрофіброматоз). Причиною набуті ліycopодібною деформації грудної клітки і ребер II-III ст. була перенесена кардіохірургічна операція та БДЛ (по одному хворому). Стадія компенсації встановлена у 6 дітей, у 14 хворих - субкомпенсації. Деформація грудної клітки з народження проявилась у 13 хлопчиків і в 7 дівчаток. Її прогресування посилювалось переважно після 10 років (10 хворих), але особливо у віці 12-14 років (17 дітей). У трьох хворих з синдромом Елерса-Данло глибина деформації сформувалась в перші п'ять років життя.

Оперативне лікування: В якості "золотого стандарту" XX століття загально прийнята операція M.Ravitch в різних модифікаціях [Дольницький, Дирдовская, 1987; Жила, 2000; Miller et al., 2001]. Використовуються різні методи стернохондропластики (торакопластики), які направлені на усунення деформації грудної клітки (ДГК) шляхом різних резекцій ребер і грудини, з наступною зовнішньою або внутрішньою (через- та загрудинною) фіксацією ребер і грудини. Для цих операцій характерна певна

довготривалість, висока травматичність, зменшення об'єму грудної клітки, високий ризик кровотечі і пневмотораксу з однієї або двох сторін. У післяопераційному періоді (перші 5-8 днів) спостерігається постійний больовий синдром. Інтенсивність його нерідко потребує додаткового знеболення, перидуральної аналгезії, тривалого дренажу над- та за грудинного простору. Середній ліжко-день становить 28 днів [Дольницький, Дирдовская, 1987; Данилов та ін., 2006].

"Золотим стандартом" XXI століття вважається метод D.Nuss [Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007; Nuss 2000; Hosie et al., 2002]. Сутність операції полягає у попередньому виконанні двобічного дозованого пневмотораксу для відеоконтролю (торакоскопії); проведенні металевої позагрудинної пластини (між грудиною і перикардом) з виведенням і фіксацією пластини до кісткової частини ребер і грудини з обох її сторін.

За даними вивчення 8 європейськими хірургічними клініками безпосередніх результатів лікування 172 пацієнтів з лікоподібною грудною кліткою мінімально інвазивним методом за D.Nuss [Hosie et al., 2002]: у 35,5% хворих спостерігалася характерна симптоматика; у 45,3% випадків - асиметрична грудна клітка; у 74,3% - індекс Халлера перевищував 3,25; зміщення дуги-пластини або стабілізатора відмічено у 3,5% хворих. У 11,1% дітей відмічена пневмонія, пневмоторакс, ателектаз, місцева інфекція, перикардальний та плевральний випіт, пошкодження печінки. Самокорегуючі ускладнення (пневмоторакс, ателектаз, підшкірна емфізема) відмічені у 8,1% випадків. У 81,5% хворих косметичний ефект операції оцінений як хороший та відмінний.

Недостатній косметичний ефект спостерігався у пацієнтів більш старшого віку з меншою еластичністю грудної клітки та в групі хворих з обширною деформацією і перекрутом грудини. На думку авторів з Німеччини, Польщі і Швейцарії незважаючи на простоту методики, незначну тривалість і мінімальну втрату хворими крові при операції, необхідно звертати увагу на важливі технічні деталі, методика потребує ретельного відбору хворих. Також необхідно враховувати суттєві обмеження її проведення з урахуванням, в першу чергу, конфігурації грудної клітки та віку хворих.

Основною проблемою при даному методі операції був біль після операції. Середній вік хворих склав $15,1 \pm 4,6$ роки. Оскільки з віком пластичність грудної клітки зменшується, що обумовлює інтенсивність болю після операції. Його корекція потребувала проведення до і після операції епідуральної анестезії. На нашу думку, найкращим удосконаленням мінімально інвазивної операції D.Nuss є нерезекційний метод Д.Ю.Кривчені зі співав. [2008]. Він полягає у проведенні двох поперечних розрізів до 3,5-4,0 см у ділянці обох середньоаксілярних ліній та одного вертикального (субксіфоїдального), переважно у хлопчиків. Тупо пальцем мобілізували за грудинний простір, формували за грудинний ту-

нель для модифікованої дуги-пластини та її провідника. Під контролем ока проводили візуальний контроль можливої медіастинальної та міжреберної кровотечі. По ходу сформованого за грудинно-м'язевого тунелю провідником власної конструкції проводили дугу-пластину, яка розвертається на 180 градусів під найбільш запавшою ділянкою грудини і фіксували швами до грудини з кожної сторони. Таким чином субперіостальну секторальну резекцію ребер і грудини не проводили. Проведення пластини не потребує візуального відеоторакокопічного контролю та дозованого пневмотораксу. Дуга-пластина має Т-подібну форму за рахунок стабілізатора з однієї сторони. Фіксацію пластини проводили в трьох точках (дві в ділянці стабілізатора, одна в ділянці грудини). Але і така фіксація за даними літератури [Кривченя, 2007; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001] не завжди гарантує надійну фіксацію пластини, профілактує її міграцію в плевральну порожнину, або може посприяти виникненню гемо- та пневмотораксу. Її видалення, хоча і значно рідше за пластину D.Nuss, періодично представляє певні технічні проблеми. Асиметрична ЛПДГК як правило оперуються за допомогою різних резекційних методик [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Ашкрафт, Холдер, 1996; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007]. Середній ліжко-день при не резекційних методах становить 5-10 днів. На думку автора цієї методики [Жила, 2000] з'являються передумови для зменшення термінів планового оперативного лікування та лікування дітей з ЛПДГК І-ІІ ступеня у ранньому віці [Дольницький, Дирдовская, 1987; Данилов та ін., 2006].

Усі діти були прооперовані за власною малоінвазивною методикою (МІСПП: патенти України №46696, Бюл. №24 за 2009 рік, та №47142, Бюл. №1 за 2010 р.) передньої стернопластики (15 дітей) однією металевою дугою-пластиною і п'яти пацієнтам виконана передня стернохондропластика двома металевими пластинами (рац. пропозиція №13 від 10.10.2009 р.).

Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) виконаний за функціональними, косметичними та психологічними показами при корекції симетричної та асиметричної ЛПДГК ІІ-ІІІ ступенів. Після попереднього обстеження хворого, отримання у батьків і дитини, починаючи з 14 років, згоди на операцію, шляхом гіпсування передньої грудної стінки, або комп'ютерної томографії грудної клітки уточнюються деталі ЛПДГК. Попередньо проводили традиційне вивчення відповіді організму дитини на індивідуальну переносність даної марки металу, антибактеріальної терапії, липкого пластиру, новокаїново-полісахаридного розчину. Пластина індивідуально налаштовується на грудній стінці. Під інтубаційним наркозом в положенні пацієнта на спині, з розведеними в боки руками, в проекції 4-5 міжреб'я на середній аксілярній лінії з обох сторін робили два поперечних пошарових розрізи довжиною 2,5-4 см і один на грудині довжиною 3-2,5 см, або субксіфоїдально. Мобілізацію м'яких тканин здійснювали в місцях при-

кріплення стабілізаторів і пластини. В залежності від положення мечеподібного відростка проводиться його мобілізація. Загрудинний простір при ЛПДГК мобілізували лише в межах проведення лігатури. Проводили субперіостальну мобілізацію двох ребер з наступним проведенням поліамідних або дротяних лігатур, по дві з кожної сторони стабілізатора. Через бокові та грудинний (субксіфоїдальний) розрізи на грудній клітці субфасціалью в межах м'яких тканин формували надгрудинний субм'язево-фасціальний тунель для дуги-пластини. По закінченню його формування над ДГК проводили дугу-пластину, попередньо фіксовану у провіднику (модифікований плевральний дренаж №10 Кам'янець-Подільського НВО "Каммед"). У 12 хворих з протилежної від ДГК (справа/зліва) на пластину в аксілярній ділянці вводили другий стабілізатор. У 8 випадках стабілізатор вводили лише з однієї сторони. Обидва стабілізатори пластини прикріплювали до двох ребер П-подібними вузловими швами з кожної сторони з наступною елевациєю і фіксацією грудної стінки до пластини. М'які тканини дренивали гумовими випускниками, ретростернально на 1-2 доби ставили дренаж. Рани пошарово зашивали. В залежності від типу і ступеню ДГК, через 9-12 або 14-24 місяців дуги-пластини видаляли під загальним знеболенням.

В 1 хлопчика з ВДГК ІІ ст. пластина видалена вимушено у віці 13,5 років через 6 місяців після операції у зв'язку з важким побутово-ятрогенним пошкодженням шкіри на грудній стінці. При цьому функціональний результат оцінений як "добрий", а косметичний - задовільний (келоїдний рубець). Таким чином, завдяки створенню оптимальних умов при формуванні надгрудинного біаксілярного субм'язевого тунелю над ЛПДГК для металевої індивідуально підбраної надгрудинної дуги-пластини (без застосування резекційних методик лікування та мінімально інвазивного методу D.Nuss, у всіх 20 дітей досягнуто хорошого і відмінного функціонального, косметичного і психологічного попередніх результатів лікування ДГК у дитячому віці. Операція тривала від 50 до 120 хвилин. Додаткова фіксація універсальною надгрудинною пластиною забезпечує надійну стабільність груднини при корекції лійкоподібної деформації грудної клітки вродженого та набутого генезу.

Проведення малоінвазивного способу передньої пластики грудної клітки в дитячому віці передбачає та-

кож можливість проведення альтернативних способів комбінованої передньої стернохондропластики двома або трьома (рац.проп. №12 і №13 від 10.09.2009 р.) металевими пластинами без- та з застосуванням резекційних методик (рац. проп. №1 від 12.01.2010 р.) оперативної корекції лійкоподібної грудної клітки вродженого та набутого генезу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лійкоподібна деформація грудної клітки у дітей супроводжується різними комплексними (органічними, функціональними, косметичними і психологічними) змінами в основних системах активно зростаючого організму.

2. Консервативне лікування (ЛФК, масаж, фізична реабілітація і час) при лійкоподібній деформації грудної клітки може бути лише етапом передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації хворих.

3. Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) при оперативному лікуванні лійкоподібної деформації грудної клітки ІІ-ІІІ ступеня у дітей має ряд істотних переваг: відсутність резекції ребер і груднини, мобілізації загрудинного простору і грудинно-діафрагмальної зв'язки, зменшення тривалості інтубаційного наркозу, травматичності і тривалості операції, важкості післяопераційного больового синдрому, і інтенсивності консервативного лікування. МІСПП в післяопераційному періоді виключає перевертання і міграцію двокомпонентної дуги-пластини; не потребує переливання препаратів крові, дає можливість рости і розвиватися грудній клітці, усуває деформацію з добрими функціональними та косметичними результатами після видалення пластини.

4. Головною умовою проведення МІСПП у дітей є наявність мобільності грудинно-реберного (хрящового) комплексу після обов'язкового курсу (один-три місяці) гіперрелаксаційного масажу на тлі лікування супутніх захворювань.

5. Застосування МІСПП в післяопераційному періоді передбачає: виписку зі стаціонару на 5-10 добу або після зняття швів; плавання, ранню соціальну реабілітацію (з 3-4 тижня); заняття фізичною культурою, або спортом за індивідуальною програмою (з 6-7 тижня), а також профілактику прогресування та одночасно лікування диспластичного сколіозу.

Література

Ашкрафт К.У. Детская хирургия /К.У.Ашкрафт, Т.М.Холдер. - СПб: Хардфорд, 1996. - №1. - С. 168-175.
Бойко Л.И. Хирургическая и аппаратная коррекция деформаций грудной клетки у детей (клинико-экспериментальное исследование): дис. ... доктора мед. наук /Бойко Л.И. - Днепропетровск, 1991. - 234 с.
Деформация грудной клетки у детей: навч.-метод. посібник /[О.А.Дани-

лов, А.В.Макаров, П.П.Сокур, В.Ф.Рибальченко, М.І.Юрченко]. - К., 2006. - С. 145.
Дольницкий О.В. Врожденные деформации грудной клетки у детей /О.В. - Дольницкий, Л.Н.Дирдовская. - К.: Здоров'я, 1987. - С. 120.
Жила Н.Г. Хирургическая моделирующая коррекция врожденных и приобретенных деформаций грудной клетки у детей и подростков: дис. ...

д-ра мед. наук /Жила Н.Г. - Иркутск; 2000. - 248с.
Кривченя Д.Ю. Реконструктивно-пластична корекція лійкоподібної деформації грудної клітки /Д.Ю.Кривченя //Педіатрія, акуш. та гінекол. - 2007. - №1. - С. 36-43.
Сучасні методи корекції лійкоподібної деформації грудної клітки /Д.Ю.Кривченя, В.Г.Заводій, В.П.Притулата [та ін.] //Хірургія дитячого віку. -

2008. - Т.5, №1. - С. 98-107.
Тимошенко В.А. Металлостернохондопластика при вроджених и придобаних деформаціях грудної клітки у дітей: дис. ... доктора мед. наук /Тимошенко В.А. - М., 1995. - 187 с.
Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки методом Насса /А.Ю.Разумовский,

А.А.Павлов, Г.Б.Алхазов [и др.] //Детская хирургия. - 2006. - №2. - С. 4-9.
Minimally invasive repair of pectus excavatum: a single institution's experience /K.A.Miller, P.K.Woods, R.J.Sharp [et al.] //Surgery. - 2001. - Vol.130, №4. - С. 652-659.
Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of

251 cases /D.Nuss, A.Hedra, B.Swoveland [et al.] //J. Pediatr. Surg. - 2000. - Т.35, №2. - P.252-258.
Минимально инвазивная коррекция воронкообразной деформации грудной клетки - метод Насса. Европейское многоцентровое исследование /S.Hosie, T.Sitkiewicz, C.Petersen [et al.] //Eur. J. Pediatr. Surg. - 2002. - Vol.12. - P.235-238.

МАЛОИНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛЕЧЕННЯ ВОРОНКООБРАЗНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ
Погориль В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.И., Лойко Е.Е., Фомин А.А., Зябченко И.С., Федчишин А.П., Доброванов А.Е., Сасюк А.И., Череповский В.В.

Резюме. Предложен новый способ оперативного лечения, позволяющий надежно коррегировать врожденные и приобретенные воронкообразные деформации грудной клетки II-III степени у детей и подростков. Способ значительно снижает травматичность операции и улучшает косметические результаты.

Ключевые слова: воронкообразная грудная клетка, лечение, дети.

LOW-INVASIVE METHOD OF CORRECTION OF FUNNELED-BREAST DEFORMATIONS IN CHILDREN

Pogoriliy V.V., Kykuryza Y.P., Shulga D.I., Loyko E.E., Fomin A.O., Zybchenko I.S., Fedchyshyn O.P., Dobrovanov O.E., Sasjuk A.I., Cherepovskiy V.V.

Summary. A new surgical technique is offered correct reliably the congenital and acquired funneled-breast, (II-III degrees) in children and teenagers, to reduce significantly the surgical traumatism and to improve the cosmetic results.

Key words: funneled-breast, treatment, children.

© Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.

УДК: 617-089-168.1+616.34-007.272

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЧЕРЕВНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ

Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Кіровоградська обласна лікарня МОЗ України (пр. Університетський, 2/5, м. Кіровоград, Україна, 25050)

Резюме. Представлений клінічний досвід лікування спайкової кишкової непрохідності за допомогою лапароскопічного адгезіолізу та кишкової симпатектомії, в основу якої покладена нова концепція патогенезу спайкоутворення. Метод апробовано в клінічних умовах після експериментального вивчення на 34 хворих. Отримані достовірно значущі результати, які дозволяють рекомендувати його для використання в клінічній практиці.

Ключові слова: спайкова кишкова непрохідність, лапароскопічний адгезіолізис, кишкова симпатична блокада.

Вступ

Методи ендоскопічної хірургії дають кращі результати, ніж традиційні методи реконструктивних операцій, і сприяють зменшенню утворення спайок. В наш час все ширше впроваджуються нові методи малоінвазивної терапії - лапароскопічна, ендovasкулярна хірургія, проте для кожного з цих методів вже зараз зрозумілий найбільш раціональний діапазон можливостей, так званий "золотий стандарт". При профілактиці спайкової хвороби надається велике значення зменшенню травми очеревини в комплексі з іншими превентивними заходами, надається перевага тільки раціональній та щадній хірургічній техніці. З цією метою застосовують лапароскопічні операції [Дронов, 2001; Хасанов та інш., 2006; Swank et al., 2003, 2004]. Проте за наявності у пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів значно скорочуються.

Мета дослідження: клінічна апробація нового мето-

ду лікування спайкової хвороби очеревини шляхом виконання лапароскопічної кишкової симпатектомії.

Матеріали та методи

Поставлена мета досягається способом, що передбачає проведення кишкової симпатектомії після завершення планового чи ургентного лапароскопічного втручання, як завершальний етап оперативного втручання. Виконують блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Такий спосіб використаний у 34 хворих з рецидивуючою спайковою кишковою непрохідністю. Серед цих хворих 27 - жінок, 7 - чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 рази. Середній вік хворих склав 47,1 року.

У 19 хворих причиною спайкової хвороби була про-

2008. - Т.5, №1. - С. 98-107.
Тимошенко В.А. Металлостернохондопластика при вроджених и придобаних деформаціях грудної клітки у дітей: дис. ... доктора мед. наук /Тимошенко В.А. - М., 1995. - 187 с.
Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки методом Насса /А.Ю.Разумовский,

А.А.Павлов, Г.Б.Алхазов [и др.] //Детская хирургия. - 2006. - №2. - С. 4-9.
Minimally invasive repair of pectus excavatum: a single institution's experience /K.A.Miller, P.K.Woods, R.J.Sharp [et al.] //Surgery. - 2001. - Vol.130, №4. - С. 652-659.
Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of

251 cases /D.Nuss, A.Hedra, B.Swoveland [et al.] //J. Pediatr. Surg. - 2000. - Т.35, №2. - P.252-258.
Минимально инвазивная коррекция воронкообразной деформации грудной клетки - метод Насса. Европейское многоцентровое исследование /S.Hosie, T.Sitkiewicz, C.Petersen [et al.] //Eur. J. Pediatr. Surg. - 2002. - Vol.12. - P.235-238.

МАЛОИНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛЕЧЕННЯ ВОРОНКООБРАЗНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ
Погориль В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.И., Лойко Е.Е., Фомин А.А., Зябченко И.С., Федчишин А.П., Доброванов А.Е., Сасюк А.И., Череповский В.В.

Резюме. Предложен новый способ оперативного лечения, позволяющий надежно коррегировать врожденные и приобретенные воронкообразные деформации грудной клетки II-III степени у детей и подростков. Способ значительно снижает травматичность операции и улучшает косметические результаты.

Ключевые слова: воронкообразная грудная клетка, лечение, дети.

LOW-INVASIVE METHOD OF CORRECTION OF FUNNELED-BREAST DEFORMATIONS IN CHILDREN

Pogoriliy V.V., Kykuryza Y.P., Shulga D.I., Loyko E.E., Fomin A.O., Zyabchenko I.S., Fedchyshyn O.P., Dobrovanov O.E., Sasjuk A.I., Cherepovskiy V.V.

Summary. A new surgical technique is offered correct reliably the congenital and acquired funneled-breast, (II-III degrees) in children and teenagers, to reduce significantly the surgical traumatism and to improve the cosmetic results.

Key words: funneled-breast, treatment, children.

© Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.

УДК: 617-089-168.1+616.34-007.272

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЧЕРЕВНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ

Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Кіровоградська обласна лікарня МОЗ України (пр. Університетський, 2/5, м. Кіровоград, Україна, 25050)

Резюме. Представлений клінічний досвід лікування спайкової кишкової непрохідності за допомогою лапароскопічного адгезіолізу та кишкової симпатектомії, в основу якої покладена нова концепція патогенезу спайкоутворення. Метод апробовано в клінічних умовах після експериментального вивчення на 34 хворих. Отримані достовірно значущі результати, які дозволяють рекомендувати його для використання в клінічній практиці.

Ключові слова: спайкова кишкова непрохідність, лапароскопічний адгезіолізис, кишкова симпатична блокада.

Вступ

Методи ендоскопічної хірургії дають кращі результати, ніж традиційні методи реконструктивних операцій, і сприяють зменшенню утворення спайок. В наш час все ширше впроваджуються нові методи малоінвазивної терапії - лапароскопічна, ендovasкулярна хірургія, проте для кожного з цих методів вже зараз зрозумілий найбільш раціональний діапазон можливостей, так званий "золотий стандарт". При профілактиці спайкової хвороби надається велике значення зменшенню травми очеревини в комплексі з іншими превентивними заходами, надається перевага тільки раціональній та щадній хірургічній техніці. З цією метою застосовують лапароскопічні операції [Дронов, 2001; Хасанов та інш., 2006; Swank et al., 2003, 2004]. Проте за наявності у пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів значно скорочуються.

Мета дослідження: клінічна апробація нового мето-

ду лікування спайкової хвороби очеревини шляхом виконання лапароскопічної кишкової симпатектомії.

Матеріали та методи

Поставлена мета досягається способом, що передбачає проведення кишкової симпатектомії після завершення планового чи ургентного лапароскопічного втручання, як завершальний етап оперативного втручання. Виконують блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Такий спосіб використаний у 34 хворих з рецидивуючою спайковою кишковою непрохідністю. Серед цих хворих 27 - жінок, 7 - чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 рази. Середній вік хворих склав 47,1 року.

У 19 хворих причиною спайкової хвороби була про-

Таблиця 1. Порівняльна характеристика відновлення функцій кишечника в контрольній та основних групах дослідження.

Група дослідження	Час відновлення перистальтики (год.) M±m	Час відходження газів (год.) M±m	Час відходження самостійних випорожнень (год.) M±m	Евакуація контрасту при рентген. дослідженні через 24 год. M±m
Основна	11,6±1,55	30,6±2,56	56,4±2,52	84±4,4%
Контрольна	44,2±3,56*	77,4±3,25*	106,1±5,33*	12±3,8%*

Примітка. * - вірогідність різниці показників $p < 0,05$.

ведена апендектомія, у 8 - холецистектомія, 7 - закрита травма черевної порожнини з розривом селезінки. Середній термін лікування з приводу спайкової хвороби склав у хворих - 6,3 року. Хворі поступили в клініку від 3 год. до 28 год. від початку больового синдрому, в середньому через - 16,2 год.

При фізикальному обстеженні хворих визначилось, що у 33 хворих з 34 - знижена вага тіла. Хворі астеничної тілобудови з симптомами невро- та психастенії. Після збору скарг та анамнезу обстеження хворих виявило наявність рубців передньої черевної стінки після попередніх лапаротомій, у 6 хворих невеликі грижеві вип'ячування в ділянці лапаротомного рубця. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт помірно здутий за рахунок розширення петель тонкої та товстої кишок. Визначається асиметрія черевної порожнини. Позитивний симптом натягнення. У 22 хворих був позитивний симптом подразнення очеревини.

Консервативні методи ліквідації кишкової непрохідності не мали позитивного ефекту і, при зростаючій картині кишкової непрохідності, хворих було вирішено оперувати за методикою, описаною вище. Спосіб використано у хворих, яким під час оперативного втручання виконувалось розсічення спайок з резекцією великого чепця або без його резекції. Під час використання даної методики не помічено ускладнень. Контроль відновлення функції ШКТ проводили за показниками вираженості больового синдрому, відновлення перистальтики, відходження газів, випорожнень та швидкості евакуації контрасту при рентгенологічному обстеженні.

Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в контрольній групі хворих (n=10), які були прооперовані з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Для репрезентативності отриманих результатів в цю групу були відібрані хворі, основні вікові, статеві та анамнестичні показники яких репрезентативні з показниками основної групи дослідження.

Серед хворих контрольної групи - 9 жінок і 1 чоловік. Середній вік склав 40,2 роки. Основною причиною спайкової хвороби у цій групі була виконана в минулому апендектомія з приводу деструктивного апендициту у 6 хворих, 1 - апоплексія яєчника, перитоніт; 2 холецистектомії. Середній термін захворювання спай-

ковою хворобою склав - 5,8 років. Кількість оперативних втручань - в середньому 1,8 рази.

Статистичну обробку результатів виконували з використанням критеріїв вірогідності за Стьюдентом.

Результати. Обговорення

Після операції у хворих основної групи заереєстровано раннє відновлення перистальтики кишечника (в середньому через 11,6±1,5 год.) після операції. Гази відійшли наприкінці другої доби (в середньому через 30 год. після операції).

Отримані результати порівнювали з аналогічними показниками основної групи, які представлені в зведеній таблиці 1.

У хворих основної групи вірогідно нижчими є показники відновлення функції шлунково-кишкового тракту (табл. 1), а саме: перистальтика кишечника відновила в середньому через 11,6±1,55 год., тоді як аналогічний показник в контрольній групі склав 44,2±3,56 год., що в 3,8 рази більше, ніж в основній групі ($p < 0,05$).

Час відходження газів в основній групі становив в середньому 30,6 ± 2,56 год., що в 2,5 разів менше аналогічного показника контрольної групи ($p < 0,05$). Також відновлення самостійних випорожнень в основній групі відбувалось достовірно в коротші терміни в порівнянні з контрольною групою і склало в середньому 56,4±2,52 год. проти 106,1±5,33 год.

Особливо слід відзначити отриманий факт зменшення вираженості больового синдрому у хворих основної групи. Отриманий анальгезуючий ефект після виконання симпатектомії дав можливість зменшити кількість використання наркотичних анальгетиків в середньому до 8,4 од., тоді як в контрольній групі цей показник склав 24 од., тобто, майже в 3 рази більше. Зменшення необхідності використання наркотичних анальгетиків призвело також до зменшення небажаних побічних ефектів цих препаратів, одним з яких є гальмування перистальтики кишечника і викликаний таким чином більш тривалий післяопераційний парез, що погіршує загальний стан хворих та сприяє активізації процесів спайкоутворення в черевній порожнині в ранній післяопераційний період.

Відновлення функції шлунково-кишкового тракту вплинуло суттєво не лише на якість перебігу післяопераційного періоду, а й на тривалість перебування хворих в стаціонарі. В основній групі середній ліжко-день склав 5,8±0,48, в контрольній групі - 13,0±0,8 ліжко-дня.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За результатами клінічного застосування виконання кишкової симпатектомії є патогенетичним методом лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової не-

прохідності, що попереджає утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді, про що свідчать основні клінічні показники відновлення функції ШКТ, а також загальні якісні характеристики перебігу післяопераційного періоду в порівнянні контрольної та основної груп спостереження. Виконання лівобічної блокади симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки стійко та радикально виключає початковий пусковий механізм

спайкоутворення, а саме: ішемію тканин очеревини, зменшення ексудативної та проліферативної фаз запалення, парез кишечника за рахунок гальмівного впливу на моторику через ентерометасимпатичну нейронну сітку, інгібування активатора плазміногену та виникнення первинного та вторинного зниження фібринолітичної активності тканин та перитонеальної рідини. Запропонований спосіб може використовуватись в будь-якому відділенні хірургічного профілю.

Література

- Дронов А.Ф. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей /А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, О.И.Блинников //Хирург. журнал им. Н.И.Пирогова. - 2001. - №2. - С. 37-42.
- Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на органах брюшной полости /А.Г.-Хасанов, А.Ф.Бадретдинов, М.А.-Нуртдинов [и др.] //Хирургия. - 2006. - №11. - С. 29-32.
- Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomized controlled multi-centre trial /D.J.Swank, S.C.Swank-Bordewijk, W.C.Hop [et al.] //Lancet. - 2003. - Vol.361(9365). - P. 1247-1251.
- Swank D.J. Reduction, regrowth and novo formation of abdominal adhesions after laparoscopic adhesiolysis: a prospective analysis /D.J.Swank, W.C.Hop, J.Jeekeel //Dig.Surg. - 2004. - Vol.21(1). - P. 66-71.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Покидько М.И., Шевчук А.Н., Терещенко Н.В.

Резюме. Представлен клинический опыт лечения спаечной непроходимости с помощью лапароскопического адгезиолизиса и кишечной симпатэктомии, в основу чего положена новая концепция патогенеза спайкообразования. Метод апробирован в клинических условиях на 34 больных. Получены достоверно значимые результаты, которые позволяют рекомендовать его для использования в клинической практике.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис, кишечная симпатическая блокада.

EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC PREVENTION OF TREATMENT OF PERITONEAL COMMISSURE FORMATION

Pokid'ko M., Shevchuk O., Tereshchenko N.

Summary. The clinical experience of treatment of adhesive obstruction is presented with the help of laparoscopic adhesionolysis and intestinal sympathectomy which is based on the new conception of commissure formation. The method is approved in clinical conditions on 34 patients. The received reliable meaningful results allow to recommend it for the use in clinical practice.

Key words: adhesive bowel obstruction, laparoscopic adhesionolysis, sympathetic nerve blockade.

© Притуляк С.Н., Киркилевский С.И.

УДК: 616.33-006.6-089

ЗНАЧЕНИЕ ШУНТИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД

***Притуляк С.Н., ** Киркилевский С.И.**

*Винницкий областной клинический онкологический диспансер (Хмельницьке шоссе, 84, г. Винница, Украина, 21021), **Национальный институт рака (ул. Ломоносова, 33/43, г. Киев, Украина, 03022)

Резюме. Статья посвящена актуальной проблеме клинической онкологии - лечению больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод. Для устранения дисфагии авторами разработана хирургическая операция - шунтирующая пластика пищевода. Суть операции заключается в формировании обходного пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Операции выполнены 56 пациентам. Частота послеоперационных осложнений составила 7,1 %, летальность - 3,6 %. Изучены качество жизни больных (модуль EORTC QLQ-OG25) и их функциональная активность (шкала Карновского). После выполнения шунтирующей пластики пищевода достоверно улучшились: качество жизни - в среднем от 66 до 37 баллов и функциональная активность - от 32 до 60 баллов. Это создавало условия для проведения специального лечения - химиотерапии. Однолетняя выживаемость больных составила 6,3%, медиана жизни - 8 мес. Сделан вывод, что шунтирующая пластика пищевода имеет право занять одно из ключевых мест в лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод.

Ключевые слова: рак желудка с переходом на пищевод, шунтирующая пластика пищевода, качество жизни.

Введение

В настоящее время в Украине отмечается некоторое снижение заболеваемости раком желудка [Ще-

потін, 2009], однако на этом фоне отмечается постоянное увеличение количество заболевших раком про-

прохідності, що попереджає утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді, про що свідчать основні клінічні показники відновлення функції ШКТ, а також загальні якісні характеристики перебігу післяопераційного періоду в порівнянні контрольної та основної груп спостереження. Виконання лівобічної блокади симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки стійко та радикально виключає початковий пусковий механізм

спайкоутворення, а саме: ішемію тканин очеревини, зменшення ексудативної та проліферативної фаз запалення, парез кишечника за рахунок гальмівного впливу на моторику через ентерометасимпатичну нейронну сітку, інгібування активатора плазміногену та виникнення первинного та вторинного зниження фібринолітичної активності тканин та перитонеальної рідини. Запропонований спосіб може використовуватись в будь-якому відділенні хірургічного профілю.

Література

- Дронов А.Ф. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей /А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, О.И.Блинников //Хирург. журнал им. Н.И.Пирогова. - 2001. - №2. - С. 37-42.
- Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на органах брюшной полости /А.Г.-Хасанов, А.Ф.Бадретдинов, М.А.-Нуртдинов [и др.] //Хирургия. - 2006. - №11. - С. 29-32.
- Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomized controlled multi-centre trial /D.J.Swank, S.C.Swank-Bordewijk, W.C.Hop [et al.] //Lancet. - 2003. - Vol.361(9365). - P. 1247-1251.
- Swank D.J. Reduction, regrowth and novo formation of abdominal adhesions after laparoscopic adhesiolysis: a prospective analysis /D.J.Swank, W.C.Hop, J.Jeekeel //Dig.Surg. - 2004. - Vol.21(1). - P. 66-71.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Покидько М.И., Шевчук А.Н., Терещенко Н.В.

Резюме. Представлен клинический опыт лечения спаечной непроходимости с помощью лапароскопического адгезиолизиса и кишечной симпатэктомии, в основу чего положена новая концепция патогенеза спайкообразования. Метод апробирован в клинических условиях на 34 больных. Получены достоверно значимые результаты, которые позволяют рекомендовать его для использования в клинической практике.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис, кишечная симпатическая блокада.

EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC PREVENTION OF TREATMENT OF PERITONEAL COMMISSURE FORMATION

Pokid'ko M., Shevchuk O., Tereshchenko N.

Summary. The clinical experience of treatment of adhesive obstruction is presented with the help of laparoscopic adhesionolysis and intestinal sympathectomy which is based on the new conception of commissure formation. The method is approved in clinical conditions on 34 patients. The received reliable meaningful results allow to recommend it for the use in clinical practice.

Key words: adhesive bowel obstruction, laparoscopic adhesionolysis, sympathetic nerve blockade.

© Притуляк С.Н., Киркилевский С.И.

УДК: 616.33-006.6-089

ЗНАЧЕНИЕ ШУНТИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД

***Притуляк С.Н., ** Киркилевский С.И.**

*Винницкий областной клинический онкологический диспансер (Хмельницькое шоссе, 84, г. Винница, Украина, 21021), **Национальный институт рака (ул. Ломоносова, 33/43, г. Киев, Украина, 03022)

Резюме. Статья посвящена актуальной проблеме клинической онкологии - лечению больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод. Для устранения дисфагии авторами разработана хирургическая операция - шунтирующая пластика пищевода. Суть операции заключается в формировании обходного пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Операции выполнены 56 пациентам. Частота послеоперационных осложнений составила 7,1 %, летальность - 3,6 %. Изучены качество жизни больных (модуль EORTC QLQ-OG25) и их функциональная активность (шкала Карновского). После выполнения шунтирующей пластики пищевода достоверно улучшились: качество жизни - в среднем от 66 до 37 баллов и функциональная активность - от 32 до 60 баллов. Это создавало условия для проведения специального лечения - химиотерапии. Однолетняя выживаемость больных составила 6,3%, медиана жизни - 8 мес. Сделан вывод, что шунтирующая пластика пищевода имеет право занять одно из ключевых мест в лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод.

Ключевые слова: рак желудка с переходом на пищевод, шунтирующая пластика пищевода, качество жизни.

Введение

В настоящее время в Украине отмечается некоторое снижение заболеваемости раком желудка [Ще-

потін, 2009], однако на этом фоне отмечается постоянное увеличение количество заболевших раком про-

ксимальных отделов желудка с распространением на пищевод. К сожалению, у большей части больных этой категории уже на момент диагностирования заболевания выявляются нерезектабельные опухоли. Если принять во внимание тот факт, что опухолевое поражение пищевода сопровождается дисфагией, то становится очевидным, что у этих пациентов особо актуальной является проблема симптоматического лечения, направленного на восстановление энтерального питания.

Поиски способов устранения дисфагии ведутся очень давно. Наиболее доступным и чаще всего используемым является метод формирования нутритивных стом (гастро-, еюностомия). Однако эти операции тяжело воспринимаются больными и существенно ухудшают качество их жизни, являясь по своей сути калечащими. Другие методы: бужирование, электро- и лазерная коагуляция, фотодинамическая терапия мало эффективны. Изобретение саморасширяющегося проволочного стента (self-expandable metallic stent) позволило эффективно бороться с дисфагией у больных раком пищевода, но не опухолями пищеводно-желудочного перехода. Особенности анатомии этой зоны не позволяют гарантировать успех стентирования. К основным проблемам относятся перегиб стента, смещение его в просвет желудка, болевой синдром, икота и некоторые другие.

Весьма перспективным нам представляется формирование обходных путей для прохождения пищи, т. е. выполнение шунтирующих пластик пищевода. Еще в 1903 году Госсе предложил способ обходного эзофагофундоанастомоза, а в 1908 году С.П.Федоров - обходного эзофагоеюноанастомоза. Такие операции в 30-40-х гг. выполняли Гейровский, П.А.Герцен, А.Г.Савиных, Е.Л.Березов, В.И.Казанский и некоторые другие, однако количество вмешательств было невелико. Ситуация не очень изменилась и в наше время. В последние 10-20 лет лишь единичные хирурги выполнили незначительное количество шунтирующих операций (bypass operation) при нерезектабельном раке пищевода [Roehner, Horeyseck, 1981] и кардии [Khan et al., 2005; Kwun, Kirschner, 1981;]. В настоящее время наш собственный опыт уже превышает 50 подобных вмешательств, в связи с чем мы решили проанализировать их влияние на качество жизни пациентов.

Понятие "качество жизни" как одного из новых критериев эффективности лечения впервые было сформулировано в 1977 г. [Ng, 1991]. По определению ВОЗ, "здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов" [Попов и др., 2004]. В этой связи качество жизни является одним из ключевых понятий в современной медицине и представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [Новик, Ионова, 2002; Cella 1992]. Большое количество исследований каче-

ства жизни связано с лечением онкологических больных. На совместной конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1990 г. постулировано, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости, более важным, чем первичный опухолевый ответ [Ионова, 1998].

Одним из главных положений паллиативной медицины является то, что программы паллиативного лечения в онкологии должны преследовать две важные задачи: во-первых, достижение максимальной выживаемости и, во-вторых, поддержание оптимального качества жизни больного. В рамках этого определения качество жизни является основным ориентиром. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения, как-то: ответ опухоли на лечение, длительность лечебного эффекта, токсичность - вторичны [Новик, 2002]. Соответственно, оценка качества жизни имеет определяющее значение при выборе программы лечения и всего комплекса мероприятий паллиативной помощи.

В связи с этим *целью* нашего исследования явилось изучение качества жизни больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод, которым, с целью устранения дисфагии, была выполнена симптоматическая операция - шунтирующая пластика пищевода.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2009 гг. шунтирующие операции мы выполнили 56 больным раком желудка. Женщин было 8, мужчин - 48. Возраст больных находился в пределах от 35 до 80 лет (средний возраст - 64,4 года). У всех пациентов отмечали выраженную дисфагию (3-й и 4-й стадии), гиповолемию, гипотрофию или кахексию.

Первично нерезектабельный рак желудка с переходом на пищевод был у 45 пациентов, нерезектабельный рецидив рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе (после гастрэктомии) - у 11.

Диагноз рака у всех больных был верифицирован гистологически. Из числа первичных пациентов у всех была 4-я стадия заболевания (T3-4 N1-2 M1).

У большинства больных опухоли представляли собой фиксированные опухолевые конгломераты, которые занимали весь эпигастрий и вовлекали прилежащие органы и магистральные сосуды. Почти у всех пациентов имелись множественные отдаленные метастазы, часто - асцит.

Методика разработанной нами шунтирующей пластики пищевода подробно изложена в предыдущей работе [Киркилевский, 2009].

В качестве оперативного доступа мы выполняли комбинированный косой левосторонний торакоабдоминальный доступ. Для создания пищеводного шунта применяли тонкий кишечник. Вид тонкокишечной пластики - использование кишечной петли (рис. 1 А) или

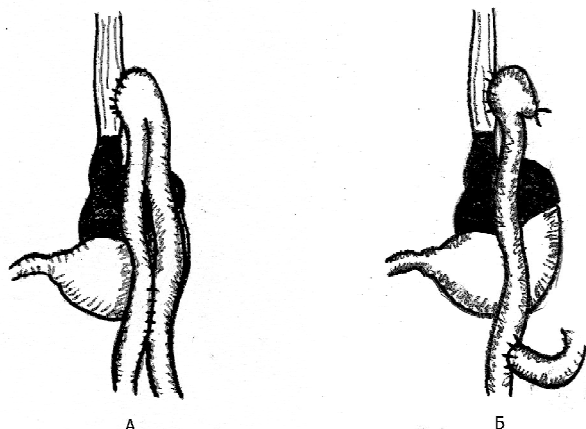


Рис. 1. Виды тонкокишечной пластики: А - петлей тонкой кишки; Б - по Ру.

пластика по Ру (рис. 1 Б) - зависел от уровня нахождения опухоли и от архитектоники сосудов трансплантата. При равных условиях мы всегда применяли пластику петлей, поскольку при этом кровообращение перемещаемой кишки обеспечивается двумя тонкокишечными артериями. Формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза осуществляли по методу С.П.Федорова - по схеме "бок-в-бок" двухрядным узловым швом.

Инструментом для оценки качества жизни больных на этапах проводимого лечения был модуль EORTC QLQ-OG25 (пищеводно-желудочный). Опросник высоко чувствителен и применим для оценки качества жизни у больных раком области пищеводно-желудочного перехода. Модуль состоит из 25 вопросов, позволяю-

щих тонко оценить симптоматику заболевания, а также, отчасти - когнитивное и эмоциональное благополучие пациента.

Кроме этого, оценивали функциональную активность больных по шкале Карновского.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2003.

Результаты. Обсуждение

Виды произведенных операций представлены в таблице 1.

Наиболее частой была шунтирующая пластика тонкокишечной петлей, выполненная нами 41 пациенту. Уровень наложения пищеводно-тонкокишечного анастомоза варьировал от наддиафрагмального сегмента пищевода до его участка непосредственно под дугой аорты (2 случая). У трех больных данная операция была дополнена формированием дополнительных обходных анастомозов: желудочно-кишечного, толсто-толстокишечного и холецистоэнтероанастомоза. Желудочно-кишечный анастомоз был сформирован у пациента, у которого опухоль распространялась вдоль малой кривизны желудка и стенозировала как кардию, так и привратник. Толсто-толстокишечный и холецистоэнтероанастомоз были созданы из-за вовлечения в опухолевый процесс, соответственно, участка поперечно-ободочной кишки и головки поджелудочной железы.

Двое пациентов были взяты на операцию на высоте интенсивного желудочного кровотечения из распадающейся опухоли. В связи с тем, что при ревизии у них была установлена нерезектабельность опухоли, помимо шунтирующей операции была произведена тампонада полости желудка фрагментом большого сальника на питающей ножке. Для этого была выполнена гастротомия: через разрез в полость органа был введен подготовленный фрагмент сальника, после чего разрез ушили двухрядным швом, стараясь не ущемить сосудистую ножку трансплантата.

Еще одному больному, которому ранее в другом лечебном учреждении по поводу нерезектабельного кардиоэзофагеального рака сформировали гастростому, была не только произведена шунтирующая пластика тонкокишечной петлей, но и, по настоянию пациента, закрыта гастростома.

Шунтирующая тонкокишечная пластика по Ру была сделана 10 пациентам.

У 5 пациентов был сформирован эзофагофундоанастомоз.

Продолжительность шунтирующих операций находилась в пределах 1,5-2,5 часов. В ходе оперативных вмешательств осложнения были у 2 пациентов. У них наблюдали нарушения кровообращения в трансплантатах после перевязки ветвей тонкокишечных артерий, что требовало резекции нежизнеспособных сегментов кишки.

Таблица 1. Виды выполненных операций.

№ п/п	Вид операции	Количество	%
1.	Шунтирующая пластика петлей тонкой кишки (ШППТК), в том числе:	41	73,2
	ШППТК + желудочно-кишечный анастомоз	1	
	ШППТК + толсто-толстокишечный анастомоз	1	
	ШППТК + холецистоэнтероанастомоз	1	
	ШППТК + тампонада полости желудка большим сальником	2	
	ШППТК + закрытие гастростомы	1	
2.	Шунтирующая тонкокишечная пластика по Ру	10	17,9
3.	Эзофагофундоанастомоз	5	8,9
Всего		56	100,0

Таблица 2. Динамика качества жизни и функциональной активности больных до и после лечения.

Показатель	Точка обследования			
	До операции	Через 2 недели после операции	Через 6 недель после операции	Через 3 мес. после операции
Средняя сумма баллов, модуль EORTC QLQ-OG25	66±2	38±3*	37±2*	40±10*
Средний индекс по шкале Карновского	32±8	47±6	60±6*	59±16*

Примечание. * - различия с аналогичным показателем до операции достоверны (p<0,05).

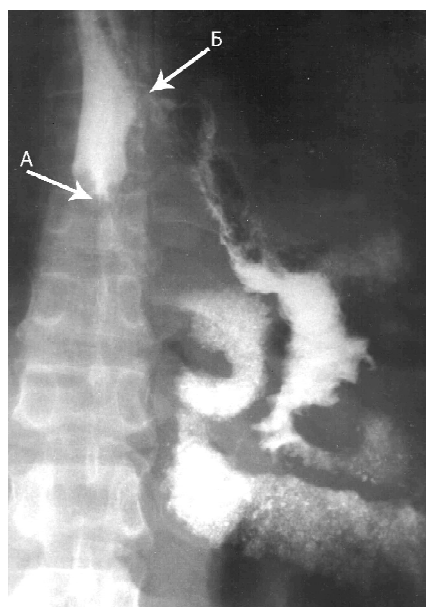


Рис. 2. Рентгенограмма пациента, которому была выполнена шунтирующая пластика пищевода (контрастирование бариевой взвесью): А - опухолевая стриктура; Б - пищеводно-тонкокишечный анастомоз.

ного энтерального питания без каких-либо ограничений (рис. 2).

При изучении качества жизни больных (табл. 2, рис. 3) было установлено, что средняя сумма баллов, определяемых при помощи модуля EORTC QLQ-OG25, до операции составляла 66, т. е. 66% максимально неблагоприятного показателя. Через 2 недели после операции средняя сумма снизилась до 38(38%), другими словами, качество жизни достоверно улучшилось почти в 2 раза и оставалось, практически, на таком же уровне в течение 3 месяцев. Улучшение качества жизни происходило не только за счет уменьшения интенсивности таких специфических жалоб, как проявления дисфа-

гии, дискомфорт во время еды, проблемы со сглатыванием слюны, сухость во рту, невозможность принятия пищи в присутствии посторонних и т. д., но и за счет появления некоторого оптимистического настроения (вопросы: "Вы думали о своей болезни?", "Вы думали о своем здоровье в будущем?").

Функциональные результаты шунтирующих операций были удовлетворительными. Все пациенты получили возможность полноценного

Послеоперационные осложнения развились у 4 больных (7,1%): эмпиема плевры из-за распада опухоли - у 1, несостоятельность пищевода - у 1, несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза - у 3. Двое пациентов с несостоятельностью анастомоза умерли (летальность - 3,6%).

Функциональная активность пациентов до операции характеризовалась средним индексом шкалы Карновского 32 (соответствует статусу - "Выраженная степень инвалидности, нуждается в госпитализации"). Через 2 недели после операции показатель составил 47 ("Нуждается в значительной медицинской помощи и в постоянном уходе"), а через 6 недель - уже 60 ("Нуждается в периодической помощи, но способен сам себя обслуживать"), оставаясь на этом уровне в течение 3 месяцев.

Заметное улучшение качества жизни больных и повышения их функциональной активности создавало предпосылки для продолжения специального лечения, в основном, химиотерапии путем длительного приема пероральных цитостатиков.

Однолетняя выживаемость больных составила 6,3%, медиана жизни - 8 мес.

Таким образом, в лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод шунтирующие операции имеют право занять одно из ключевых мест. Эффективное устранение дисфагии у этих пациентов является важным мероприятием, наиболее полно отвечающим концепции современной паллиативной медицины. Их выполнение существенно улучшает качество жизни в широком, интегральном его понимании, позитивно влияя на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование больных.

Шунтирующие операции создают благоприятные условия для проведения специального лечения, в частности, химиотерапии, что может отразиться и на увеличении продолжительности жизни. По нашим предварительным данным, медиана жизни больных составила 8 мес., при этом хорошо известно, что продолжительность жизни больных запущенным раком желудка, имеющих дисфагию, не превышает 1,5-2 месяцев.

Непосредственные результаты шунтирующих операций позволяют говорить об их относительной безопасности: частоту послеоперационных осложнений (7,1%) и уровень послеоперационной летальности (3,6%) у данного контингента больных можно оценивать как удовлетворительные.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Шунтирующая пластика пищевода в лечении больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод является лечебным воздействием, наиболее полно отвечающим требованиям современной паллиативной медицины. Позитивно

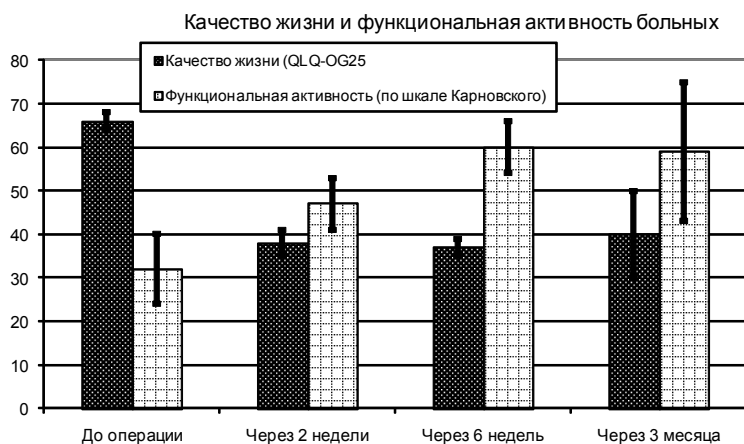


Рис. 3. Диаграмма. Качество жизни и функциональная активность больных.

вливая на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование больных, она существенно улучшает качество их жизни.

2. Шунтирующая пластика пищевода характеризуется сравнительно невысокой частотой послеоперационных осложнений (7,1%) и летальностью (3,6%), что позволяет утверждать о ее относительной безопасности.

3. Выполнение шунтирующих операций создает ус-

ловия для проведения дальнейшего специального лечения, в частности, химиотерапии, что может отразиться и на улучшении отдаленных результатов лечения.

В лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод шунтирующая пластика пищевода имеет право занять одно из ключевых мест, что может найти отражение в Национальных стандартах диагностики и лечения онкологических больных.

Литература

- Ионова Т.И. Качество жизни онкологических больных /Т.И. Ионова, А.А.Новик, Ю.А.Сухонос //Вопр. онкол. - 1998. - Т.44, №6. - С. 749-752.
- Качество жизни больных раком желудка 4 стадии на этапах паллиативного комбинированного лечения /Д.Н.Попов, С.А.Тузиков, С.П.Афанасьев [и др.] //Сибирский онколог. журнал. - 2004. - Т.12, №4. - С. 26-31.
- Новик А.А. Качество жизни - квинтэссенция парадигмы паллиативной помощи в онкологии /А.А.Новик, Т.И.Ионова //Паллиат. мед. и реабил. - 2002. - №1. - С. 9-14.
- Рак в Україні. Бюлетень національного канцер-реєстру України; під ред. І.Б.Щепотіна. - Київ, 2009. - Вид.10. - 105 с.
- Шунтирующая пластика пищевода - эффективный способ устранения дисфагии у больных с нерезектабельным раком дистальных отделов пищевода и желудка с переходом на пищевод /С.И.Киркилевский, В.Л.Ганул, Ю.Н.Кондрацкий, С.Н. [и др.] //Онкология. - 2009. - Т.11, №2. - С. 120-124.
- Cella D.F. Quality of life: The concept /D.F.Cella //J. of Pall. Care. - 1992. - Vol.8, №3. - P. 8-13.
- Khan A.Z. Initial experience with laparoscopic bypass for upper gastrointestinal malignancy: a new option for palliation of patients with advanced upper gastrointestinal tumors /A.Z.Khan, W.F.Miles, K.K.Singh //J. Laparoendosc. - 2005. - Vol.15, №4. - P. 374-378.
- Kwun K. Palliative side-to-side oesophago-gastrostomy for unresectable carcinoma of the oesophagus and cardia /K.Kwun, P.A.Kirschner //Thorax. - 1981. - Vol.36, №6. - P. 441-445.
- Ng W.D. Staped bypass for nonresectable carcinoma located in the upper part of the stomach /W.D.Ng, Y.T.Chan, K.K.Ho //Surg. Gynecol. Obstet. - 1991. - Vol.172, №3. - P. 234-235.
- Roeher H.D. The Kirschner bypass operation - A palliation for complicated esophageal carcinoma /H.D.Roeher, G.Horeysek //World J. Surg. - 1981. - Vol.4, №5. - P. 543-546.

ЗНАЧЕННЯ ШУНТУЮЧОЇ ПЛАСТИКИ СТРАВОХОДУ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ШЛУНКА З ПОШИРЕННЯМ НА СТРАВОХІД

Питуляк С.М., Кіркiлевський С.І.

Резюме. Стаття присвячена актуальній проблемі клінічної онкології - лікуванню хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід. Для усунення дисфагії авторами розроблена хірургічна операція - шунтуюча пластика стравоходу. Суть операції полягає у формуванні обхідного стравохідно-тонкокишкового анастомозу. Операції виконані 56 пацієнтам. Частота післяопераційних ускладнень склала 7,1%, летальність - 3,6%. Вивчені якість життя хворих (модуль EORTC QLQ-OG25) та їх функціональна активність (шкала Карновського). Після виконання шунтуючої пластики стравоходу вірогідно поліпшувалися: якість життя - у середньому з 66 до 37 балів та функціональна активність - від 32 до 60 балів. Це створювало умови для проведення спеціального лікування - хіміотерапії. Однорічна виживаність хворих становила 6,3%, медіана життя - 8 міс. Зроблений висновок, що шунтуюча пластика стравоходу має право зайняти одне з ключових місць у лікуванні хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід.

Ключові слова: рак шлунка з поширенням на стравохід, шунтуюча пластика стравоходу, якість життя.

THE MEANING OF ESOPHAGEAL BYPASS TO LIVE QUALITY IMPROVEMENT IN UNRESPECTABLE ESOPHAGO-CARDIAC JUNCTION CANCER PATIENTS

Pritulyak S.N., Kirkilevsky S.I.

Summary. The article devoted to actual clinical oncology problem - to unrespectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment. The surgical operation esophageal bypass for dysphagia elimination was created. It essences is bypass esophago-entero anastomosis creating. The operations were made to 56 patients. The postoperative complications level was 7,1%, mortality was 3,6%. Patients live quality (module EORTC QLQ-OG25) and functional activity (Karnovsky scale) were studied. The live quality was improved in average from 66 till 37 points; the functional activity was improved in average from 32 till 60 points after bypass making. It made matter to special treatment (chemotherapy) realization. The 1-year survival was 6,3%, the live median was 8 months. It was resumed that esophageal bypass plasty may be most potent in unrespectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment.

Key words: Esophago-cardiac Junction Cancer, Esophageal Bypass, Live Quality.

© Рылов А.И.

УДК: 617.55-002.3-036.17+612.57]-085.281

СЕЛЕКТИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ГИПОТЕРМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ ТЯЖЕЛОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рылов А.И.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожская городская больница скорой и экстренной помощи (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035)

вливая на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование больных, она существенно улучшает качество их жизни.

2. Шунтирующая пластика пищевода характеризуется сравнительно невысокой частотой послеоперационных осложнений (7,1%) и летальностью (3,6%), что позволяет утверждать о ее относительной безопасности.

3. Выполнение шунтирующих операций создает ус-

ловия для проведения дальнейшего специального лечения, в частности, химиотерапии, что может отразиться и на улучшении отдаленных результатов лечения.

В лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод шунтирующая пластика пищевода имеет право занять одно из ключевых мест, что может найти отражение в Национальных стандартах диагностики и лечения онкологических больных.

Литература

- Ионова Т.И. Качество жизни онкологических больных /Т.И. Ионова, А.А.Новик, Ю.А.Сухонос //Вопр. онкол. - 1998. - Т.44, №6. - С. 749-752.
- Качество жизни больных раком желудка 4 стадии на этапах паллиативного комбинированного лечения /Д.Н.Попов, С.А.Тузиков, С.П.Афанасьев [и др.] //Сибирский онколог. журнал. - 2004. - Т.12, №4. - С. 26-31.
- Новик А.А. Качество жизни - квинтэссенция парадигмы паллиативной помощи в онкологии /А.А.Новик, Т.И.Ионова //Паллиат. мед. и реабил. - 2002. - №1. - С. 9-14.
- Рак в Україні. Бюлетень національного канцер-реєстру України; під ред. І.Б.Щепотіна. - Київ, 2009. - Вид.10. - 105 с.
- Шунтирующая пластика пищевода - эффективный способ устранения дисфагии у больных с нерезектабельным раком дистальных отделов пищевода и желудка с переходом на пищевод /С.И.Киркилевский, В.Л.Ганул, Ю.Н.Кондрацкий, С.Н. [и др.] //Онкология. - 2009. - Т.11, №2. - С. 120-124.
- Cella D.F. Quality of life: The concept /D.F.Cella //J. of Pall. Care. - 1992. - Vol.8, №3. - P. 8-13.
- Khan A.Z. Initial experience with laparoscopic bypass for upper gastrointestinal malignancy: a new option for palliation of patients with advanced upper gastrointestinal tumors /A.Z.Khan, W.F.Miles, K.K.Singh //J. Laparoendosc. - 2005. - Vol.15, №4. - P. 374-378.
- Kwun K. Palliative side-to-side oesophago-gastrostomy for unresectable carcinoma of the oesophagus and cardia /K.Kwun, P.A.Kirschner //Thorax. - 1981. - Vol.36, №6. - P. 441-445.
- Ng W.D. Staped bypass for nonresectable carcinoma located in the upper part of the stomach /W.D.Ng, Y.T.Chan, K.K.Ho //Surg. Gynecol. Obstet. - 1991. - Vol.172, №3. - P. 234-235.
- Roeher H.D. The Kirschner bypass operation - A palliation for complicated esophageal carcinoma /H.D.Roeher, G.Horeysek //World J. Surg. - 1981. - Vol.4, №5. - P. 543-546.

ЗНАЧЕННЯ ШУНТУЮЧОЇ ПЛАСТИКИ СТРАВОХОДУ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ШЛУНКА З ПОШИРЕННЯМ НА СТРАВОХІД

Питуляк С.М., Кіркiлевський С.І.

Резюме. Стаття присвячена актуальній проблемі клінічної онкології - лікуванню хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід. Для усунення дисфагії авторами розроблена хірургічна операція - шунтуюча пластика стравоходу. Суть операції полягає у формуванні обхідного стравохідно-тонкокишкового анастомозу. Операції виконані 56 пацієнтам. Частота післяопераційних ускладнень склала 7,1%, летальність - 3,6%. Вивчені якість життя хворих (модуль EORTC QLQ-OG25) та їх функціональна активність (шкала Карновського). Після виконання шунтуючої пластики стравоходу вірогідно поліпшувалися: якість життя - у середньому з 66 до 37 балів та функціональна активність - від 32 до 60 балів. Це створювало умови для проведення спеціального лікування - хіміотерапії. Однорічна виживаність хворих становила 6,3%, медіана життя - 8 міс. Зроблений висновок, що шунтуюча пластика стравоходу має право зайняти одне з ключових місць у лікуванні хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід.

Ключові слова: рак шлунка з поширенням на стравохід, шунтуюча пластика стравоходу, якість життя.

THE MEANING OF ESOPHAGEAL BYPASS TO LIVE QUALITY IMPROVEMENT IN UNRESPECTABLE ESOPHAGO-CARDIAC JUNCTION CANCER PATIENTS

Pritulyak S.N., Kirkilevsky S.I.

Summary. The article devoted to actual clinical oncology problem - to unrespectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment. The surgical operation esophageal bypass for dysphagia elimination was created. It essences is bypass esophago-entero anastomosis creating. The operations were made to 56 patients. The postoperative complications level was 7,1%, mortality was 3,6%. Patients live quality (module EORTC QLQ-OG25) and functional activity (Karnovsky scale) were studied. The live quality was improved in average from 66 till 37 points; the functional activity was improved in average from 32 till 60 points after bypass making. It made matter to special treatment (chemotherapy) realization. The 1-year survival was 6,3%, the live median was 8 months. It was resumed that esophageal bypass plasty may be most potent in unrespectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment.

Key words: Esophago-cardiac Junction Cancer, Esophageal Bypass, Live Quality.

© Рылов А.И.

УДК: 617.55-002.3-036.17+612.57]-085.281

СЕЛЕКТИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ГИПОТЕРМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ ТЯЖЕЛОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рылов А.И.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожская городская больница скорой и экстренной помощи (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035)

Резюме. Автор применил селективную антибиотикотерапию в гипотермическом режиме при лечении 138 больных с тяжёлой интраабдоминальной инфекцией. Указанная методика в модификации автора позволила добиться уменьшения количества повторных оперативных вмешательств на 18,5%, осложнений - на 6,5%, летальности - на 8,9%.

Ключевые слова: селективная антибиотикотерапия, интраабдоминальная инфекция, плазмаферез, аутоцитовзвесь.

Введение

Антибиотикотерапия входит в тройку стратегических задач в лечении гнойно-деструктивных абдоминальных процессов [Гельфанд, 2007; Аронов и др., 2006; Burman et al., 2001]. Применяемая традиционная антибактериальная терапия часто не даёт достаточного лечебного эффекта. Быстрое развитие воспалительного процесса, наличие воспалительного вала, нарушение гемореологии, что в конечном итоге приводит к безэффективности лечения или прогрессированию гнойного процесса [Гельфанд и др., 2003; Cattani et al., 2002; Burman et al., 2001].

Идея селективного воздействия фармакологических препаратов, особенно антибиотиков, в условиях суб- и декомпенсированного дисбаланса гомеостаза при распространённом перитоните и его осложнениях является одним из стратегических направлений в лечении данного вида осложнений. Применение направленного действия антибиотиков позволяет наносить "точечные удары" по очагу инфекции, что в условиях сепсиса позволяет добиться максимально высокой концентрации препарата в эпицентре гнойно-деструктивного процесса, уменьшить нежелательные реакции организма на медикаментозное воздействие, снизить терапевтическую дозу препарата и кратность введения.

Материалы и методы

Для оценки эффективности антибиотикотерапии проводили комплексное обследование; включающее в себя оценку: степени органных дисфункций по шкалам SOFA и APACHE II, состояние больного, брюшной полости, уровня эндогенной интоксикации, показателей иммунограммы. Лазерное облучение проводили на аппарате "Изольда".

Основная группа составила 138 больных, контрольная - 178. Обе группы больных по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологии были идентичны.

Результаты. Обсуждение

Под нашим наблюдением находилось 138 больных с интраабдоминальной инфекцией: мужчин 93 (67,4%), женщин 45 (32,6%). Среди нозологических интраабдоминальных инфекций прогрессирующий перитонит был у 67(48,6%) больных, рецидивные и резидуальные абсцессы - у 35(25,4%), кишечные свищи - у 28(20,3%), эвентрация с нагноением раны - у 8(5,8%). Мы внедрили экстракорпоральную иммунофармакотерапию (ЭИФТ) в гипотермическом режиме в нашей модификации. ЭИФТ является отдельным направлением, рождённым на стыке иммунологии и экстракорпоральной гемокоррекции. В основе метода лежит индукция вне организма фармакологическим приёмом клеток с оп-

ределённой функциональной направленностью и последующее введение в организм индуцированных *in vitro* аутологичных клеток-регуляторов иммунного ответа. Преимущества данного метода следующие: при индукции клеток *in vitro* возможно использовать таких концентраций антибиотиков, которые не применимы *in vivo*; ЭИФТ предполагает очень тонкий во времени и строго дозированный контакт клеток с антибиотиком; индуцированный *in vitro* и введённые в организм клетки распространяют свою функцию исключительно на физиологически предназначенные точки приложения и спектр их действия значительно уже, чем спектр самого антибиотика, введённого стандартно парентерально или внутримышечно.

Для более эффективной антибиотикотерапии нами в зависимости от источника и локализации гнойно-деструктивного процесса разработана регионально направленная антибиотикотерапия с введением препарата непосредственно в артерию локализирующуюся в перивоспалительном процессе или в самом воспалительном очаге.

У 45(32,6%) мы катетеризовали нижнюю надчревную артерию, у 67(48,6%) - правую желудочно-ободочную артерию, бедренную артерию - у 23(16,7%), селезёночную - у 3(2,2%)

Методика проведения направленного регионально-го транспорта антибиотиков заключалась в следующем:

- Инфузия гиповолемических препаратов из расчёта 5-6 мл/кг массы тела, с однократным введением гепарина в дозе 100-150 ЕД/кг массы тела;
- проведение плазмафереза (контейнеры типа "Гемокон", центрифуга РС-6) получали лейкоцитарную взвесь. Количество выделенных лейкоцитов составляло в среднем $6,5 \times 10^9$ (от $3,4$ до 11×10^9 , в зависимости от выраженности лейкоцитоза);

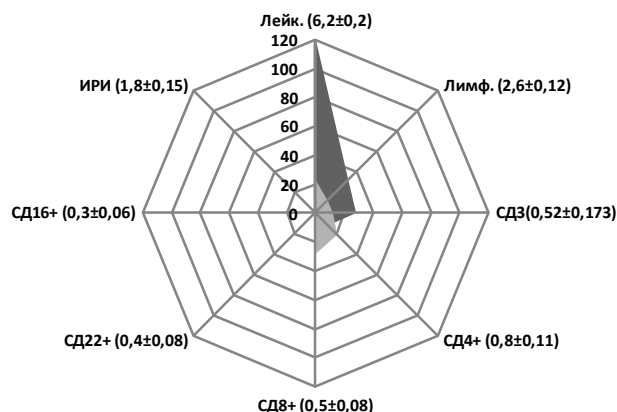


Рис. 1. Показатели клеточного иммунитета.

Таблиця 1. Динаміка клініко-лабораторних показателів у больних з інтраабдоминальною інфекцією (1-й) і контрольна (2-й).

Показатели		Послеоперационный период				
		исходная	1-е	3-е	5-7-е	10-12е
Температура, °С	1-я	38,8±0,28	37,4±0,16	37,0±0,20	36,8±0,20	36,7±0,20
	2-я	39,0±0,51	37,7±0,12	37,3±0,18	37,1±0,15	36,8±0,20
Лейкоцитарный индекс интоксикации	1-я	4,3±0,9	3,3±0,61	2,4±0,5	2,1±0,8	1,8±0,2
	2-я	5,7±1,1	4,6±1,4	3,8±0,8	3,2±0,6	2,8±0,4
Молекулы средней массы	1-я	0,743±0,19	0,461±0,15	0,291±0,11	0,19±0,08	0,15±0,07
	2-я	0,698±0,17	0,571±0,19	0,432±0,13	0,35±0,09	0,24±0,04
Остаточный азот Ммоль/л	1-я	20,68±1,89	25,2±3,43	19,46±2,63	18,37±2,56	16,85±2,43
	2-я	19,42±1,57	24,39±3,11	21,72±3,23	19,14±2,89	15,67±1,58
Мочевина Ммоль/л	1-я	8,14±1,93	8,55±2,42	6,57±1,62	7,22±2,75	4,41±0,74*
	2-я	8,06±2,62	8,51±1,95	7,27±2,4	7,71±2,72	4,87±1,07
Креатинин Мкмоль/л	1-я	106,2±22,5	104,7±25,4	76,9±10,1*	61,2±4,08**	66,1±5,36
	2-я	97,89±20,3	103,9±23,4	89,6±15,2	70,8±4,6*	8,4±3,1
ПТ, мин	1-я	12,86±0,96	13,76±0,74	15,84±0,78*	17,06±1,08	19,2±1,37*
	2-я	12,78±1,09	13,22±0,88	14,89±1,05	15,9±1,25	19,24±1,38**

Примечания. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$ - по сравнению с предшествующим значением показателя.

- аутолейкоциты, предварительно разбавленные в 0,9% растворе натрия хлорида, облучали гелий-неоновым лазером с длиной волны 633 нм (площадь засветки 3 см², мощность излучения 3мВт) в режиме перемешивания в течение 10 мин;

- в клеточную массу добавляли 2 мл 1% раствора АТФ и иммунокорректор разовую дозу антибиотика, а в случае тяжелой абдоминальной инфекции дозу антибиотика удваивали, затем инкубировали в режиме перемешивания в течение 30 мин при температуре от +12 до +14°C; указанную аутоцитозвесь, реинфузировали больным интраваскулярно со скоростью 60 капель в минуту.

Среди антибиотиков отдавали предпочтение цефалоспорином третьего и четвертого поколения (цефтазидим, цефотаксим, тиенам, дорипакс), фторхинолонам (бигафлон, ципролет, гатимак, офлоксацин).

Состояние иммунного статуса оценивали у 89 (65,9%) больных. Сравнительная динамика показателей иммунитета по абсолютному количеству лимфоцитов, CD3⁺, CD4⁺ клетками, фагоцитарной активности нейтрофилов,

уровню IgG, которая отображала эффективность направленной иммуноантибиотикотерапии. Одним из прогностических критериев является лимфопения, которая развивается на 3-4-е сутки послеоперационного периода. На 5-7-е сутки уровень лимфоцитов увеличивался до 2,6x10⁹/л.

Среди клиничко-лабораторных показателей, начиная с 4-х суток, отмечали снижение показателей системной воспалительной реакции: снижение температурной реакции до 37,2°-37,5°, начиная с 5-х суток, снижение болевого порога, уменьшение эндогенной интоксикации. Достоверное снижение лейкоцитоза с 15,4±1,3 до 6,2±0,8x10⁹/л, ЛИИ с 4,3±0,9 до 2,4±0,5* усл. МСМ с 0,743±0,19 до 0,291±0,11* усл.ед. (табл. 1).

Несмотря на проводимое лечение у 8 больных (5,9%) была отмечена отрицательная динамика, что потребовало повторных оперативных вмешательств.

Применение метода направленного транспорта антибиотиков показало его высокую эффективность, что отразилось в клиничко-лабораторных показателях. (табл. 1) Патофизиологический механизм объясняется не только точечной доставкой препарата в очаг гнойно-деструктивного процесса, но и проникновением модифицированных антибиотиками форменных элементов крови.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Селективная антибиотикотерапия тяжелой интраабдоминальной инфекции позволила добиться уменьшения количества повторных оперативных вмешательств на 18,5%, осложнений - на 6,5%, летальности - на 8,9%.

Литература

- Антибактериальная терапия интраабдоминальных хирургических инфекций /Б.Р.Гельфанд, С.З.Бурневич, Е.Б.Гельфанд [и др.] //Фарматека. - 2003, №1. - С. 68-73.
- Гельфанд Б.Р. Антибактериальная терапия осложнений интраабдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса /Б.Р.Гельфанд //Русский медицинский журнал. - 2007. - №5. - С. 57.
- Клинические и экономические аспекты выбора антибактериальной терапии тяжелых форм хирургической инфекции //Современные проблемы практической хирургии: сб. науч. трудов /Л.С.Аронов, В.Н.Оболенский, Г.В.Родоман [и др.]. - М. - 2006. - С. 7-18.
- Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections / P.Cattan, D.D.Yin, E.Safati [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 2002. - Vol.21. - P. 787-793.

СЕЛЕКТИВНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ В ГІПОТЕРМІЧНОМУ РЕЖИМІ ВАЖКОЇ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Рилов А.І.

Резюме. Авторами застосовано селективну антибіотикотерапію в гіпотермічному режимі при лікуванні 138 хворих з тяжкою інтраабдоминальною інфекцією. Вищезазначена методика в модифікації автора дозволила знизити кількість повторних оперативних втручань на 18,5%, ускладнень на 6,5%, летальність на 8,9%.

Ключові слова: селективна антибіотикотерапія, інтраабдоминальна інфекція, плазмаферез, аутоцитосуспензія.

SELECTIVE ANTIBIOTIC THERAPY OF HARD INTRAABDOMINAL INFECTION

Rylov A.I.

Summary. The author has used selective antibiotic therapy in hypothermic regimen during the treatment of 138 patients with hard intraabdominal infection. The mentioned method gives possibility to reduce reoperations - 18.5%, postoperative complications - 6.5% and lethality - 8.9%.

Key words: selective antibiotic therapy, intraabdominal infection, plasmapheresis, autocytosuspension.

© Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М.

УДК: 617.58:616-005.4:616.13-004.6(043.3)

МОЖЛИВОСТІ РЕКОНСТРУКЦІЙНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ ДИСТАЛЬНИХ ФОРМАХ УРАЖЕННЯ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб (вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. Проаналізовано результати обстеження та операційного лікування 164 хворих з оклюзійно-стеноцичними ураженнями дистального артеріального русла нижніх кінцівок. Залежно від способу операційного втручання та наявності умов до реконструкційно-відновної операції пацієнти поділені на дві групи: I група - 75 пацієнтів, яким виконані реконструкційно-відновні операції, II група - 89 пацієнтів, у яких при відсутності умов до відновлення магістрального кровоплину запропоновано виконувати непрямую ревазуляризацію. Запропоновано комплексний діагностичний підхід до вибору способу операційного лікування. Запропоновано метод радіонуклідної ангіографії при відсутності візуалізації артерій стопи під час традиційного ангіографічного обстеження з метою вирішення питання про можливість виконання непрямої ревазуляризації.

Ключові слова: ішемія нижніх кінцівок, рентгеноконтрастна та радіоізотопна ангіографія, дистальне шунтування, ендартеректомія, непрямая ревазуляризація.

Вступ

На частку дистальних уражень при оклюзійно-стеноцичних ураженнях артерій нижніх кінцівок припадає 20,3-75%, а при цукровому діабеті частота їх значно зростає, досягаючи 88,5% [Никульников и др., 2006; Киримов и др., 2007]. Більш ніж у третини пацієнтів при дистальних формах атеросклерозу нижніх кінцівок виявляють багатоповерхові ураження [Белов, Комаров, 2007; Восканян, Чемурзиев, 2008].

При операційному лікуванні дистальних оклюзій лише у 17(58%) хворих вдається досягти ефективного лікування [Русин, Корсак, 2006]. При цьому навіть після успішних реконструкційно-відновних операцій у стегново-підколінно-гомільковому сегменті у ранні строки виконують ампутацію у 10(59,6%) пацієнтів, а через 2-5 років у 25(50%) пацієнтів виникає критична ішемія контралатеральної кінцівки [Пиптюк, 2007; Русин, Корсак, 2006 Гриньта ін., 2008]. В останні роки зауважено чітку тенденцію до зростання кількості хворих із мультифокальним ураженням, із незадовільними "шляхами відпливу" та кальцинозом артеріального русла [Faries et al., 2002]. Відсутність умов для виконання реконструкційної операції при оклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента змушує хірургів розробляти і впроваджувати непрямі хірургічні методи ревазуляризації, спрямовані на покращання колатерального кровообігу, збільшення об'єму мікроциркуляторного русла, стимуляції неангіогенезу [Дрюк и др., 2002]. Основними критеріями при виборі показань до виконання стегново-дистальних шунтуючих операцій більшість хірургів

вважають стан (прохідність) гомількових артерій та величину плечо-кісточкивого індексу [Klinkert et al., 2003; Oderich et al., 2005].

Великого значення в судинній хірургії набуває пошук достовірного й інформативного методу дослідження функціональних можливостей судин мікроциркуляторного русла в передопераційному періоді з метою прогнозування ефективності наступного операційного втручання, оскільки методи, які застосовують сьогодні, недостатньо відповідають необхідним критеріям. Із метою ліквідації ішемії кінцівки виконують прямі реконструкційні операції, а також непрямі методи покращання колатерального кровоплину.

Мета дослідження: на основі комплексного клініко-інструментального обстеження пацієнтів визначити показання та методи хірургічної корекції ішемії нижніх кінцівок при дистальних формах оклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента (СПГС).

Матеріали та методи

Робота базується на аналізі результатів обстеження та лікування 164 хворих із оклюзійно-стеноцичними ураженням стегново-підколінно-гомількового сегменту, яким виконано прямі (52 пацієнтів із первинною реконструкцією та 23 із повторною з приводу реоклюзії) - I група та непрямі (89 пацієнтів) методи ревазуляризації кінцівки - II група. Вік хворих становив від 39 до 84 років, середній - 54±3,2 роки, серед них 11 (6,7%) жінок та 153 (93,3%) чоловіків. Серед пролікованих пацієнтів особи

SELECTIVE ANTIBIOTIC THERAPY OF HARD INTRAABDOMINAL INFECTION

Rylov A.I.

Summary. The author has used selective antibiotic therapy in hypothermic regimen during the treatment of 138 patients with hard intraabdominal infection. The mentioned method gives possibility to reduce reoperations - 18.5%, postoperative complications - 6.5% and lethality - 8.9%.

Key words: selective antibiotic therapy, intraabdominal infection, plasmapheresis, autocytosuspension.

© Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М.

УДК: 617.58:616-005.4:616.13-004.6(043.3)

МОЖЛИВОСТІ РЕКОНСТРУКЦІЙНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ ДИСТАЛЬНИХ ФОРМАХ УРАЖЕННЯ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб (вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. Проаналізовано результати обстеження та операційного лікування 164 хворих з оклюзійно-стеноцичними ураженнями дистального артеріального русла нижніх кінцівок. Залежно від способу операційного втручання та наявності умов до реконструкційно-відновної операції пацієнти поділені на дві групи: I група - 75 пацієнтів, яким виконані реконструкційно-відновні операції, II група - 89 пацієнтів, у яких при відсутності умов до відновлення магістрального кровоплину запропоновано виконувати непрямую ревазуляризацію. Запропоновано комплексний діагностичний підхід до вибору способу операційного лікування. Запропоновано метод радіонуклідної ангіографії при відсутності візуалізації артерій стопи під час традиційного ангіографічного обстеження з метою вирішення питання про можливість виконання непрямої ревазуляризації.

Ключові слова: ішемія нижніх кінцівок, рентгеноконтрастна та радіоізотопна ангіографія, дистальне шунтування, ендартеректомія, непрямая ревазуляризація.

Вступ

На частку дистальних уражень при оклюзійно-стеноцичних ураженнях артерій нижніх кінцівок припадає 20,3-75%, а при цукровому діабеті частота їх значно зростає, досягаючи 88,5% [Никольников и др., 2006; Киримов и др., 2007]. Більш ніж у третини пацієнтів при дистальних формах атеросклерозу нижніх кінцівок виявляють багатоповерхові ураження [Белов, Комаров, 2007; Восканян, Чемурзиев, 2008].

При операційному лікуванні дистальних оклюзій лише у 17(58%) хворих вдається досягти ефективного лікування [Русин, Корсак, 2006]. При цьому навіть після успішних реконструкційно-відновних операцій у стегново-підколінно-гомільковому сегменті у ранні строки виконують ампутацію у 10(59,6%) пацієнтів, а через 2-5 років у 25(50%) пацієнтів виникає критична ішемія контралатеральної кінцівки [Пиптюк, 2007; Русин, Корсак, 2006 Гриньта ін., 2008]. В останні роки зауважено чітку тенденцію до зростання кількості хворих із мультифокальним ураженням, із незадовільними "шляхами відпливу" та кальцинозом артеріального русла [Faries et al., 2002]. Відсутність умов для виконання реконструкційної операції при оклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента змушує хірургів розробляти і впроваджувати непрямі хірургічні методи ревазуляризації, спрямовані на покращання колатерального кровообігу, збільшення об'єму мікроциркуляторного русла, стимуляції неангіогенезу [Дрюк и др., 2002]. Основними критеріями при виборі показань до виконання стегново-дистальних шунтуючих операцій більшість хірургів

вважають стан (прохідність) гомількових артерій та величину плечо-кісткового індексу [Klinkert et al., 2003; Oderich et al., 2005].

Великого значення в судинній хірургії набуває пошук достовірного й інформативного методу дослідження функціональних можливостей судин мікроциркуляторного русла в передопераційному періоді з метою прогнозування ефективності наступного операційного втручання, оскільки методи, які застосовують сьогодні, недостатньо відповідають необхідним критеріям. Із метою ліквідації ішемії кінцівки виконують прямі реконструкційні операції, а також непрямі методи покращання колатерального кровоплину.

Мета дослідження: на основі комплексного клініко-інструментального обстеження пацієнтів визначити показання та методи хірургічної корекції ішемії нижніх кінцівок при дистальних формах оклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента (СПГС).

Матеріали та методи

Робота базується на аналізі результатів обстеження та лікування 164 хворих із оклюзійно-стеноцичними ураженням стегново-підколінно-гомількового сегменту, яким виконано прямі (52 пацієнтів із первинною реконструкцією та 23 із повторною з приводу реоклюзії) - I група та непрямі (89 пацієнтів) методи ревазуляризації кінцівки - II група. Вік хворих становив від 39 до 84 років, середній - 54±3,2 роки, серед них 11 (6,7%) жінок та 153 (93,3%) чоловіків. Серед пролікованих пацієнтів особи

працездатного віку склали 55,7%.

У всіх хворих діагностовано облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок. Визначення ступені хронічної ішемії у всіх пацієнтів проводили за модифікованою клінічною класифікацією Фонтейна, рекомендованою II Європейським консенсусом по критичній ішемії нижніх кінцівок (1991). Відповідно хворих із III А ступенем ішемії було 22 (13,4%), III Б ступенем - 78 (47,6%) та з IV ступенем - 64 (39%).

Для обстеження пацієнтів застосовували певний алгоритм., що включав у себе лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, з оцінкою регіонарного систолічного тиску (РСТ) та обрахування індексу кісточково-плечового тиску (ІКПТ), та дуплексне сканування (ZONARE Medical Systems Inc., США; "Аloka-3500", Японія; "My Lab-50", Італія; "HDI-1500" ATL-Philips), рентгеноконтрастну ангіографію (DSA, Integris-2000, Philips), радіоізотопну ангіографію ("Тамара", ГКС-301Т), реовазографію з нітрогліцериновою пробою.

Результати. Обговорення

При ультразвуковому та ангіографічному обстеженні пацієнтів для локалізації оклюзійно-стенотичних уражень стегново-підколінно-гомілкового артеріального сегмента використовували класифікацію О.С.Ніконенка та співав. [1986]. У наших пацієнтів спостерігали III-V типи ураження. Переважна більшість пацієнтів мали V тип атеросклеротичного ураження (табл. 1).

Усі прооперовані хворі мали оклюзійно-стенотичні ураження підколінної артерії (ПА). Дана класифікація не враховує стан артерій гомілки та стопи, стан колатеральних шляхів кровоплину, не дозволяє визначити показання до операційного втручання при збереженні прохідності хоча б однієї або двох артерій гомілки.

Проведений аналіз дозволив виділити наступні типи ураження артерій дистального русла в аспекті вибору оптимальної хірургічної тактики: оклюзійно-стенотичні ураження ПА, прохідні артерії гомілки; оклюзійно-стенотичні ураження ПА, оклюзія однієї-двох артерій гомілки; оклюзійно-стенотичні ураження ПА, дифузне оклюзійно-стенотичне ураження всіх артерій гомілки; прохідна підколінна артерія, оклюзійно-стенотичні ураження всіх артерій гомілки; дифузне ураження артерій стегново-підколінно-гомілкового сегменту з збереженням або без збереження прохідності однієї з артерій гомілки.

Тип ураження дистального судинного русла впливав на вибір методу операційного втручання: прямої або непрямой ревазуляризації.

Глибока артерія стегна (ГАС) при ураженні дистального артеріального русла та задовільному розвитку колатеральної системи нижньої кінцівки навіть при критичній ішемії здатна забезпечити або покращити кровопостачання ішемізованої кінцівки, тим самим, збільшити відсоток задовільних результатів у віддаленому післяопераційному періоді.

Таблиця 1. Локалізація оклюзійно-стенотичних уражень за класифікацією О.С.Ніконенка (1986).

Рівень оклюзії	Кількість спостережень			
	I група		II група	
	абс.	%	абс.	%
I тип - ізолювана оклюзія ПАС	-	-	-	-
II тип - оклюзія ПАС, стеноз чи оклюзія ГАС	-	-	-	-
III тип - поширена оклюзія ПАС, ГАС, ПА та артерій гомілки	24	32	33	37,1
IV тип - ураження ПАС та ПА	19	25,3	-	-
V тип - оклюзія ПА та артерій гомілки	32	42,7	56	62,9

Таблиця 2. Розподіл хворих залежно від виду оклюзійно-стенотичного ураження глибокої артерії стегна.

Вид оклюзійно-стенотичних уражень ГАС	Кількість спостережень			
	I група		II група	
	абс.	%	абс.	%
Локальне оклюзійно-стенотичне ураження проксимальної частини ГАС	12	16	27	30,3
Дифузне оклюзійно-стенотичне ураження ГАС	4	5,3	15	16,9

Оклюзійно-стенотичні ураження ГАС ми спостерігали у 86 (52,4%) хворих, зокрема в I групі у 16 (21,3%), а в II групі - у 42 (47,2%) пацієнтів. Відсоток уражень ГАС у II групі як локального, так і дифузного характеру був вищим у три рази у порівнянні з I групою пацієнтів (табл. 2).

У 75(45,7%) пацієнтів виявили умови до виконання реконструкційно-відновних операцій. Первинні реконструкційні операції виконали у 52(69,3%) пацієнтів, повторні реконструкційно-відновні операційні втручання з приводу реоклюзії стегново-підколінно-гомілкового сегменту виконали у 23(30,7%).

Ми дотримувалися активної хірургічної тактики і при збереженні прохідності хоча б однієї з артерій гомілки виконували втручання спрямовані на відновлення магістрального кровоплину. Шунтуючі операційні втручання виконали у 56(74,7%), ендартеректомії з підколінної артерії та/або артерій гомілки виконали у 19(25,3%), з них повторні у 20(26,7%) та 3(4%) пацієнтів відповідно (табл. 3).

При шунтуючих операціях місцем накладання дистального анастомозу були артерії гомілки. У 22 випадках при виконанні шунтуючих операцій дистальний анастомоз накладено із тибіоперонеальним стовбуром, із задньою великогомілковою артерією - у 24, із передньою великогомілковою артерією - у 2, із малоюмілковою ? у 8 випадках. Обстеження проксимального артеріального сегменту дозволило визначити місце накладання проксимального анастомозу, для виключення перешкоди вище зони запланованої реконструкції. Не діагностоване стенотичне ураження проксимального артеріального сегмента є однією із основних причин

Таблиця 3. Види прямих операційних втручань у I групі пацієнтів.

Види операцій	Кількість пацієнтів	Кількість операційних втручань
Стегново-підколінно-гомілкове автовенозне шунтування "стрибаючий шунт"	1	1
Стегново-гомілкове автовенозне шунтування	28	28
Стегново-гомілкове комбіноване шунтування	6	6
Стегново-проксимально-підколінне + підколінно-гомілкове автовенозні шунтування	3	3
Підколінно-гомілкове автовенозне шунтування	18	18
Ендартеректомія з біфуркації підколінної артерії та/або гирл гомілкових артерій	16	16
Ендартеректомія з біфуркації підколінної артерії та/або гирл гомілкових артерій + профундопластика	2	2
Ендартеректомія з біфуркації підколінної артерії та/або гирл гомілкових артерій + ревазуляризуєча остеотрепанція	1	1
Всього	75	75

Таблиця 4. Види непрямой ревазуляризації у II групі пацієнтів.

Види операцій	Кількість пацієнтів	Кількість операційних втручань
Ревазуляризувальна остеотрепанція	48	48
Профундопластика	25	25
Поперекова симпатектомія	4	4
Профундопластика + ревазуляризувальна остеотрепанція	12	12
Всього	89	89

тромбозів та реоклюзій в безпосередньому та ранньому післяопераційному періоді, внаслідок сповільнення припливу крові до зони реконструкції. При шунтуванні у єдину прохідну артерію гомілки у 14 випадках, враховуючи виразне ураження артерій гомілки, хворим накладено розвантажувальну артеріо-венозну фістулу (в 11 випадках при повторних операціях).

Відкриту ендартеректомію із підколінної артерії, тибіоперонеального стовбура або гирл гомілкових артерій виконано 16 хворим. Ендартеректомії з підколінної артерії та/або артерій гомілки у 2 пацієнтів комбінували з профундопластикою, у 1 - з ревазуляризуєчою остеотрепанцією.

При оклюзійно-стенотичних ураженнях всіх артерій гомілки єдиною можливістю зберегти кінцівку була непрямая ревазуляризація. Методи непрямой ревазуляризації застосовані у 89 пацієнтів і включали в себе ревазуляризуєчу остеотрепанцію, профундопластику та поперекову симпатектомію, а також їх комбінування (табл. 4).

Показанням до виконання РОТ служили: наявність колатерального кровоплину на гомілці та візуалізація артерій стопи при рентгенконтрастному ангіографічно-

му обстеженні. При відсутності візуалізації артерій стопи РОТ виконували за умови гіперперфузії стопи під час радіонуклідної ангіографії.

Профундопластику виконували при локальному оклюзійно-стенотичному ураженні проксимальної частини ГАС.

Показанням до поперекової симпатектомії служили візуалізація артерій стопи та позитивна проба з нітрогліцерином під час реовазографії.

Важливим фактором, який впливає на стабільність результатів прямої або непрямой реконструкції, є збереження прохідності артерій стопи. При збільшенні ступеня та розповсюдженості стенозно-оклюзійного процесу в підколінній артерії та артеріях гомілки різко погіршується кровопостачання стопи. При дифузних оклюзійно-стенотичних ураженнях підколінно-гомілкового сегменту в 28(21,4%) хворих з метою вирішення питання про можливість виконання непрямой ревазуляризації оцінювали ангіографічну картину стопи. У 14(50%) пацієнтів відмічали різке ослаблення або повну відсутність контрастування артерій стопи.

При відсутності ангіографічної візуалізації артерій стопи та за допомогою УЗДС, з метою диференціації показань та прогнозування наслідків непрямой ревазуляризації ми запропонували досліджувати стан мікроциркуляторного русла за допомогою радіонуклідної ангіографії. Радіонуклідна ангіографія дозволяє виявити ступінь перфузії стопи та дистальних відділів гомілки, що дає змогу прогнозувати ефективність РОТ.

Збереження колатерального кровоплину стопи та дистальних відділів гомілки є одним з факторів гіперперфузії стопи. Відмічено пряму залежність між розподілом РФП на стопі від ступеня порушення кровоплину. Чим більше розвинутий колатеральний кровоплин гомілки та стопи, тим виразніше гіперперфузія м'яких тканин. При задовільному колатеральному кровоплині нижньої кінцівки вже з перших секунд обстеження виявляють гіперперфузію стопи. При незадовільному колатеральному кровоплині накопичення радіофармпрепарата (РФП) на перших секундах обстеження не спостерігають взагалі, а згодом виявляють гіперперфузію стопи.

При оцінці регіонального кровоплину в ділянці гомілки та стопи у 6 пацієнтів виявлено зменшення накопичення РФП у верхній третині та відсутність накопичення РФП у середній третині гомілки, при візуальному збільшенні зони гіперперфузії на стопі. У 8 пацієнтів виявлено різке зменшення накопичення РФП у нижній третині гомілки та зону гіперперфузії на стопі.

У безпосередньому післяопераційному періоді у 12(16%) хворих I групи та 10(11,2%) хворих II групи виникли різноманітні ускладнення місцевого характеру (лімфорей, гематома, крайовий некроз післяопераційної рани), які, завдяки інтенсивному лікуванню, були успішно ліквідовані на протязі 2-3 тижнів та не вплинули на віддалений результат операційних втручань.

Добрий та задовільний результат у безпосередньому післяопераційному періоді спостерігали у 65(86,7%) пацієнтів I групи та 74(83,1%) пацієнтів II групи. Незадовільний результат після реконструкційно-відновних операцій спостерігали в 10(13,3%), а після непрямой ревазуляризації - у 15(16,9%).

У I групі пацієнтів найкращі результати у безпосередньому післяопераційному періоді спостерігали після шунтуючих операцій - у 50(89,3%) прохідність шунтів була збережена. Після ендартеректомії прохідність зони реконструкції була збережена у 15(79%) пацієнтів. Ампутацію виконали у 8 з 10 випадків внаслідок неефективності повторної операції та наростання симптомів ішемії незважаючи на консервативне лікування.

У II групі пацієнтів найкращі результати у безпосередньому післяопераційному періоді спостерігали після профундопластики - у 22(88%) пацієнтів вдалося зберегти кінцівку. Після профундопластики поєднаної з ревазуляризуючою остеотрепанцією у безпосередньому післяопераційному періоді зберегти кінцівку вдалося у 10 (83,3%) пацієнтів, після ревазуляризуючої остеотрепанції - у 40(83,3%), після поперекової симпатектомії - у 2(50%) пацієнтів. Ампутацію виконали у 13 з 15 випадків.

Добрий та задовільний результат протягом першого року спостереження зафіксовано у 61(81,3%) пацієнтів I групи та 64(71,9%) пацієнтів II групи. Незадовільний результат після реконструкційно-відновних операцій спостерігали в 4(6,2%), а після непрямой ревазуляри-

зації - у 10(11,2%).

Добрий та задовільний результат у віддаленому післяопераційному періоді до 5 років, спостерігали у 45(60%) пацієнтів I групи та 32 (36%) пацієнтів II групи. Незадовільний результат після реконструкційно-відновних операцій спостерігали в 16(26,2%), а після непрямой ревазуляризації - у 32(36%). У I групі пацієнтів після шунтуючих операцій - у 8(14,3%) прохідність шунтів була збережена. Після ендартеректомії прохідність зони реконструкції була збережена у 2(10,5%) пацієнтів. Після поперекової симпатектомії зберегти кінцівку до кінця 5 року спостереження у жодного пацієнта не вдалося.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При збереженні прохідності хоча б однієї артерії гомілки слід виконувати шунтуючі операції, при локальній оклюзії підколінної артерії слід виконувати відкриту ендартеректомію. При прохідності тільки однієї артерії гомілки необхідно формувати AV-фістулу.

2. При ураженні артерій стопи та при оклюзії двох або трьох артерій гомілки показана пряма ревазуляризація (профундопластика, поперекова симпатектомія, POT).

3. При оклюзії трьох артерій гомілки та відсутності візуалізації артерій стопи важливим в діагностиці є радіонуклідна ангиографія. При виявленні гіперперфузії стопи можлива пряма ревазуляризація кінцівки, а при гіпоперфузії стопи - показана ампутація.

Література

- Белов Ю.В. Тактика хирургического лечения мультифокальных стенотических поражений артериальных бассейнов /Белов Ю.В., Комаров Р.Н. //Хирургия. - 2007. - №3. - С. 60-64.
- Восканян Ю.Э. Варианты хирургической коррекции у больных с множественным поражением артерий нижних конечностей /Ю.Э.Восканян, Р.А.Чемурзиев //Ангиология и сосуд. хирургия: как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тезисы докл. - 2008. - Т.15, №2 (приложение). - С. 66-67.
- Выбор способа операции по поводу окклюзии артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента /П.И.Никульников, А.А.Гуч, А.Н.Быцай [и др.] //Клн. хирургия. - 2006. - №10. - С. 39-42.
- Непрямые методы ревазуляризации при хронической критической ишемии конечностей как альтернатива ампутации /Н.Ф.Дрюк, А.В.Самсонов, В.И.Киримов [и др.] //Хирургия України. - 2002. - №3. - С. 48-49.
- Пиптюк О.В. Досвід комплексного лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок /О.В.Пиптюк //Клн. хирургия. - 2007. - №2-3. - С. 117-118.
- Русин В.І. Непрямі методи ревазуляризації при реоклюзії судин стегново-підколінно-гомількового сегмента /В.І.Русин, В.В.Корсак //Клн. хирургия. - 2006. - №4-5. - С. 72.
- Сочетанная ревазуляризация, реконструктивные операции и стимуляция ангиогенеза при облитерирующих поражениях артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента /В.И.Киримов, В.Н.Шкуропат, Н.Ф.Дрюк [и др.] //Клн. хирургия. - 2007. - №2-3. - С. 112-113.
- Шляхи стимуляції непрямой ревазуляризації в лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок /В.К.Гринь, А.Г.Попандопуло, О.А.Штутін [та ін.] // Практична медицина. - 2008. - Т.ХІV, №5. - С. 35-38.
- Combined iliac angioplasty and infrainguinal revascularisation surgery and effective in diabetic patients with multilevel arterial disease / P.L.Faries, D.Brophy, R.H.LoGerfo [et al.] //Ann. Vasc. Surg. - Vol.15, №1. - P. 67-72.
- Comparison of precuffed and vein-cuffed expanded polytetraethylene grafts for infragenicular arterial recstructions: a case-matched study /G.S.Oderich, J.M.Panneton, M.Yagubvan et al. // Ann. Vasc. Surg. - 2005. - Vol.19, №1. - P. 49-55.
- Klinkert P. Polytetrafluorethylene femorotibial bypass grafting: 5-year patency and limb salvage /P.Klinkert, P.J.van Dijk, P.J.Breslau //Ann. Vasc. Surg. - 2003. - Vol.17, №5. - P. 486-491.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВОГО СЕГМЕНТА

Русин В.И., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М.

Резюме. Проанализированы результаты обследования и операционного лечения 164 больных с окклюзионно-стенотическими поражениями дистального артериального русла нижних конечностей. В зависимости от способа операционного вмешательства и наличия условий к реконструктивно-восстановительной операции пациенты разделены на две группы: I

група - 75 пацієнтів, которым проведені реконструктивно-восстановительные операції, II група - 89 пацієнтів, у которых при отсутствии условий к восстановлению магистрального кровотока предложено проводить непрямую реваскуляризацию. Предложен комплексный диагностический подход к выбору способа оперативного лечения. Предложен метод радионуклидной ангиографии при отсутствии визуализации артерий стопы во время традиционного ангиографического обследования для решения вопроса о возможности проведения непрямої реваскуляризації.

Ключевые слова: ишемия нижних конечностей, рентгенконтрастная и радиоизотопная ангиография, дистальное шунтирование, эндартеректомия, непрямая реваскуляризация.

THE POSSIBILITIES OF RECONSTRUCTION SURGERY IN CASE OF DISTAL FEMORO-POPLITEAL-TIBIAL SEGMENT DAMAGE

Rusin V.I., Korsak V.V., Levchak Y.A., Popovich Y.M., Voronich V.M.

Summary. This issue deals with the results of the examination and surgical treatment of 164 cases of occlusive damage in distal arterial basin of the lower limbs. The patients have been divided into two groups: the 1st group - 75 cases, which have been performed reconstructive operations; the 2nd group - 89 cases, which revealed no chance of arterial reconstruction, thus have been offered indirect revascularization procedure. The new complex diagnostic approach in operative treatment method choice has been offered in the issue. Radionuclide angiography method has been offered to make a decision of indirect revascularization treatment in case of the absence of pedal arteries visualization during the traditional angiography.

Key words: lower limb ischemia, contrast and isotope angiography, distal grafting, endarterectomy, indirect revascularization.

© Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є.

УДК: 616.366-003.7-089+617.55-007.43

СИМУЛЬТАНТНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є.

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В.Поліщука (вул. 16 Липня, 36, м. Рівне, Україна, 33000)

Резюме. У роботі проведено аналіз хірургічного лікування 59 хворих на жовчокам'яну хворобу з грижею передньої черевної стінки. Отримані дані порівняли з результатами контрольної групи, яку склали 130 хворих, прооперованих лише з приводу грижі передньої черевної стінки та з результатами 4830 хворих, прооперованих з приводу жовчокам'яної хвороби. В роботі запропоновано методи введення та фіксації троакара для інсуфляції. Одночасне проведення лапароскопічної холецистектомії та герніопластики доцільніше ніж операція в два етапи, оскільки зменшується ризик ускладнень як від наркозу, так і в післяопераційному періоді, зменшуються витрати на лікування і час, потрібний для реабілітації.

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, грижі, оперативне лікування.

Вступ

Одночасні операції в черевній порожнині виконуються частіше, ніж при інших захворюваннях, у зв'язку з високою частотою жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) серед населення та нерідким її поєднанням з патологією інших органів. В умовах впровадження малоінвазивних ендоскопічних технологій можливості проведення таких операцій розширюються. Метою нашої роботи є вивчення можливостей виконання одночасних операцій при жовчокам'яній хворобі та грижах передньої черевної стінки (пупкова грижа, післяопераційна вентральна грижа, грижа білої лінії живота).

Матеріали та методи

З 12 квітня 1995 року по 1 січня 2010 року в РОКЛДЦ ім. В.Поліщука виконано 4830 лапароскопічних холецистектомій. З хронічним калькульозним холециститом, який було діагностовано на УЗД та підтверджено гістологічно, прооперовано 4183(86,6%) пацієнтів, з гострим калькульозним холециститом - 647(13,4%). Жінок прооперовано - 4400(91,1%), чоловіків - 430(8,9%). Більшість пацієнтів віком 40-60 років - 2221(46%), до 20 років - 38(0,8%), 20-40 років - 1748(36,2%), більше

60 років - 823(17%). З вагою понад 100 кг прооперовано 241(5,0%) хворих.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді спостерігались наступні: у 3(0,06%) хворих - кровотеча з ложа міхура, яка ліквідована лапаротомією; у 9(0,2%) хворих - жовчовиділення по дренажу з кукси міхурової протоки, яке в 8 випадках зупинилось через декілька днів самостійно, а в 1 випадку потрібно було виконати лапаротомію; у 2 хворих - тромбоемболія легеневої артерії. Одна хвора померла внаслідок внутрішньочеревної кровотечі від розриву розшаровуючої аневризми черевного стовбура аорти.

Післяопераційна летальність 0,02%. Середня тривалість операцій у цих пацієнтів становила 44,4 хв., середня тривалість наркозу - 67,5 хв., середній ліжко-день - 4,14.

Результати. Обговорення

За цей період часу нами прооперовано 59 пацієнтів (57 жінок та 2 чоловіки), яким одночасно проведено лапароскопічну холецистектомію та пластику грижі передньої черевної стінки. Вік хворих становив: 20-40 років

група - 75 пацієнтів, которым проведені реконструктивно-восстановительные операції, II група - 89 пацієнтів, у которых при отсутствии условий к восстановлению магистрального кровотока предложено проводить непрямую реваскуляризацию. Предложен комплексный диагностический подход к выбору способа оперативного лечения. Предложен метод радионуклидной ангиографии при отсутствии визуализации артерий стопы во время традиционного ангиографического обследования для решения вопроса о возможности проведения непрямої реваскуляризації.

Ключевые слова: ишемия нижних конечностей, рентгенконтрастная и радиоизотопная ангиография, дистальное шунтирование, эндартеректомия, непрямая реваскуляризация.

THE POSSIBILITIES OF RECONSTRUCTION SURGERY IN CASE OF DISTAL FEMORO-POPLITEAL-TIBIAL SEGMENT DAMAGE

Rusin V.I., Korsak V.V., Levchak Y.A., Popovich Y.M., Voronich V.M.

Summary. This issue deals with the results of the examination and surgical treatment of 164 cases of occlusive damage in distal arterial basin of the lower limbs. The patients have been divided into two groups: the 1st group - 75 cases, which have been performed reconstructive operations; the 2nd group - 89 cases, which revealed no chance of arterial reconstruction, thus have been offered indirect revascularization procedure. The new complex diagnostic approach in operative treatment method choice has been offered in the issue. Radionuclide angiography method has been offered to make a decision of indirect revascularization treatment in case of the absence of pedal arteries visualization during the traditional angiography.

Key words: lower limb ischemia, contrast and isotope angiography, distal grafting, endarterectomy, indirect revascularization.

© Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є.

УДК: 616.366-003.7-089+617.55-007.43

СИМУЛЬТАНТНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є.

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В.Поліщука (вул. 16 Липня, 36, м. Рівне, Україна, 33000)

Резюме. У роботі проведено аналіз хірургічного лікування 59 хворих на жовчокам'яну хворобу з грижею передньої черевної стінки. Отримані дані порівняли з результатами контрольної групи, яку склали 130 хворих, прооперованих лише з приводу грижі передньої черевної стінки та з результатами 4830 хворих, прооперованих з приводу жовчокам'яної хвороби. В роботі запропоновано методи введення та фіксації троакара для інсуфляції. Одночасне проведення лапароскопічної холецистектомії та герніопластики доцільніше ніж операція в два етапи, оскільки зменшується ризик ускладнень як від наркозу, так і в післяопераційному періоді, зменшуються витрати на лікування і час, потрібний для реабілітації.

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, грижі, оперативне лікування.

Вступ

Одночасні операції в черевній порожнині виконуються частіше, ніж при інших захворюваннях, у зв'язку з високою частотою жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) серед населення та нерідким її поєднанням з патологією інших органів. В умовах впровадження малоінвазивних ендоскопічних технологій можливості проведення таких операцій розширюються. Метою нашої роботи є вивчення можливостей виконання одночасних операцій при жовчокам'яній хворобі та грижах передньої черевної стінки (пупкова грижа, післяопераційна вентральна грижа, грижа білої лінії живота).

Матеріали та методи

З 12 квітня 1995 року по 1 січня 2010 року в РОКЛДЦ ім. В.Поліщука виконано 4830 лапароскопічних холецистектомій. З хронічним калькульозним холециститом, який було діагностовано на УЗД та підтверджено гістологічно, прооперовано 4183(86,6%) пацієнтів, з гострим калькульозним холециститом - 647(13,4%). Жінок прооперовано - 4400(91,1%), чоловіків - 430(8,9%). Більшість пацієнтів віком 40-60 років - 2221(46%), до 20 років - 38(0,8%), 20-40 років - 1748(36,2%), більше

60 років - 823(17%). З вагою понад 100 кг прооперовано 241(5,0%) хворих.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді спостерігались наступні: у 3(0,06%) хворих - кровотеча з ложа міхура, яка ліквідована лапаротомією; у 9(0,2%) хворих - жовчовиділення по дренажу з кукси міхурової протоки, яке в 8 випадках зупинилось через декілька днів самостійно, а в 1 випадку потрібно було виконати лапаротомію; у 2 хворих - тромбоемболія легеневої артерії. Одна хвора померла внаслідок внутрішньочеревної кровотечі від розриву розшаровуючої аневризми черевного стовбура аорти.

Післяопераційна летальність 0,02%. Середня тривалість операцій у цих пацієнтів становила 44,4 хв., середня тривалість наркозу - 67,5 хв., середній ліжко-день - 4,14.

Результати. Обговорення

За цей період часу нами прооперовано 59 пацієнтів (57 жінок та 2 чоловіки), яким одночасно проведено лапароскопічну холецистектомію та пластику грижі передньої черевної стінки. Вік хворих становив: 20-40 років

Таблиця 1. Кількість проведених операцій, їх тривалість,

	ЛХЕ	ХЕ + Герніо-пластика	Герніо-пластика
Кількість операцій	4830	59	130
Тривалість операцій	44,4 хв.	56 хв.	34,5 хв.
Тривалість наркозу	67,5 хв.	79,8 хв.	57,2 хв.
Середній л/д	4,14	8	7,98

- 6(10,2%), 40-60 років - 32(54,2%), більше 60 років - 21(35,6%). В 7-ми (11,9%) пацієнтів вага була більше 100 кг. Пупкову грижу діагностовано в 45(76,3%) пацієнтів, післяопераційну вентральну грижу - в 13 (22%) пацієнтів, грижу білої лінії живота в 1 хворого (1,7%).

Операцію розпочинали у 34 хворих з герніотомії, та висічення грижового мішка. Інсуфляцію повітря проводили через троакар поставлений через грижові ворота та герметизований навколишніми тканинами.

У 25 хворих спочатку проривався грижовий мішок, яким 2-ма нитками перев'язували та герметизували троакар та налагоджували інсуфляцію повітря в черевну порожнину, а висічення грижового мішка та пластику грижі завершували після закінчення ЛХЕ та видалення жовчного міхура. Пізніше виконували лапароскопічну холецистектомію. Після видалення жовчного міхура операцію завершували герніопластиком.

Середня тривалість операції становила - 56,0 хв., середня тривалість наркозу - 79,8 хв., середній ліжко-день становив - 8 днів (табл. 1). В післяопераційному періоді кровотеч з ложа міхура, підтікання жовчі з кук-

си міхурової протоки не було.

Для порівняння проаналізовано історії хвороби 130 хворих (39 чоловіків та 91 жінок), яким за цей час виконано лише герніопластику. Вік хворих становив 20-40 років - 12(9%), 40-60 років - 95(73%), більше 60 років - 23(18%) пацієнтів. В 11-ти (8,5 %) хворих вага була більше 100 кг. З пупковою грижею прооперовано 65(50%) пацієнтів, післяопераційна вентральна грижа - 28(21,5%) пацієнтів, рецидивна післяопераційна вентральна грижа - 10(7,7%) пацієнтів, грижа білої лінії живота - 27(20,7%) пацієнтів. Середня тривалість операції становила - 34,5 хв. (табл. 1).

Середня тривалість наркозу - 57,2 хв., середній ліжко-день - 8 днів. Ускладнень не було. Летальність - 0%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Одночасне виконання лапароскопічної холецистектомії та герніопластики дає можливість пацієнту оздоровитись повніше, ніж при проведенні однієї операції. Хоча середня тривалість одночасної операції і наркозу в середньому на 10-15 хв. довша, проте вона на 20-30 хв. коротша ніж при проведенні цих операцій окремо.

Тобто, це дає можливість уникнути повторних наркозів, хвилювань хворого, затрат на лікування та зменшення часу реабілітації хворого. Середній ліжко-день при одномоментних операціях не перевищував середній показник після герніопластики.

Література

- Байдо С.В. Косметичний варіант лапароскопічної холецистектомії / С.В.Байдо, М.А.Дудченко //Ендоскопічна хірургія. - 2007. - №1. - 21 с.
- Жебровський В.В. Атлас операцій при грижах живота /Жебровський В.В, Ільченко Ф.Н. - М.: МІА, 2004. - 316 с.
- Порівняльний аналіз способів видалення жовчного міхура з черевної порожнини при лапароскопічній холецистектомії /О.Г.Ткачук, І.М.Шевчук, Р.П.Герич [та ін.] //Шпитальна хірургія. - 2007. - №4. - С. 93-95.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.А., Штрымайтис В.И., Заяц А.Е.

Резюме. В работе проведен анализ хирургического лечения 59 больных желчекаменной болезнью и грыжей передней брюшной стенки. Полученные результаты сравнили с контрольной группой, которую составили 130 больных, прооперированных только по поводу грыжи передней брюшной стенки и результатами 4830 больных, прооперированных по поводу желчекаменной болезни. Предложены методы введения и фиксации троакара для инсуффляции. Одномоментное проведение лапароскопической холецистэктомии и герниопластики рациональнее, чем операция в два этапа, поскольку уменьшается риск осложнений как после наркоза, так и в послеоперационном периоде, уменьшаются затраты на лечение и время, необходимые на реабилитацию.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, грыжи, оперативное лечение.

SIMULTANEOUS OPERATIONS OF CHOLELITHIASIS AND FRONT ABDOMINAL HERNIA

Semenyuk Y.S., Generalchuk F.O., Shtrymaitis V.I., Zaiets O.Y.

Summary. In the 59 cases of surgical treatment of patients with cholelithiasis and the abdominal hernia were analysed. The received data were compared with the results of the control group which consisted of 130 patients who had been operated with only front abdominal hernia and the results of 4830 patients who had been operated with only cholecystectomy. The methods of treatment of trocar insertion and fixation for insufflation were offered. Simultaneous performance of laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty is more efficient than performance of two separate surgical operations. It reduces the risk of anesthetic and postoperative complications. It is also more economically efficient, for it reduces treatment costs and time for aftercare.

Key words: cholelithiasis, hernias, surgical treatment.

© Сергійчук О.Л., Кривецький В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринський В.О., Полянчук М.А., Озолін В.О., Поліщук В.І.

УДК: 616-071-089:616.33-009.12

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Сергійчук О.Л., Кривецький В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринський В.О., Полянчук М.А., Озолін В.О., Поліщук В.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Узагальнені результати обстеження та лікування 122 пацієнтів з АК. Показано, що діагностика патології саме на ранніх стадіях зумовлює позитивні як безпосередні, так і віддалені наслідки лікування. Розроблена схема обстеження хворого на дисфагічний синдром, що включає вперше впроваджену соно-діагностику, допомагає вчасно діагностувати АК та диференціювати її з злякисними враженнями стравохідно-шлункового переходу. Оцінені безпосередні та віддалені (до 11 років) наслідки лікування АК та проаналізовані причини ускладнень та рецидивів захворювання. Розроблена методика кардіодилатацій дозволила ефективно та безпечно проводити хірургічну корекцію АК в I-III стадіях захворювання з позитивним ефектом на момент виписки в понад 80% випадках та в понад 70% - у віддалений час з чітким економічним підґрунтям. Також стало можливим відновлення пасажу їжі в комплексі передопераційної підготовки у хворих з IV стадією АК та в разі післяопераційних стриктур кардії. Аналіз результатів оперативного лікування АК засвідчив переваги абдомінального доступу операції Геллера з передньою неповною фундоплекцією. Використання розробленої методики інтраопераційної внутрішнь-опорожнинної транслюмінації для виконання адекватної за глибиною та довжиною езофагокардіоміотомії сприяє уникненню інтраопераційних труднощів та ускладнень, особливо при повторних хірургічних втручаннях.

Ключові слова: ахалазія кардії, діагностика, хірургічне лікування, віддалені наслідки.

Вступ

Діагностика та лікування ахалазії кардії (АК), яка належить до нервово - м'язових захворювань стравоходу є актуальною та не до кінця вирішеною проблемою в хірургії на сьогодні. Проблемам АК вже присвячено немало наукових робіт: Т.А.Суворової, А.Ф.Черноусова, В.Х.Василенко, А.Л.Гребенева, С.А.Андрєєщева та ін. Разом з тим, багато діагностичних і лікувально-тактичних питань до сьогодні залишаються дискусійними та потребують подальшого вивчення. До того ж, частота незадовільних результатів лікування функціональної непрохідності кардії досягає за даними різних авторів від 4-15% до 30-40% [Гаджиев, 2000; Васильєв, 2002; Gisbert, 2000; Nagammapudur, 2002; Ectardt, 2004]. Одним з основних методів лікування АК є кардіодилатація [Черноусов, 2001]. Разом с тим, у частини пацієнтів виконання кардіодилатації пов'язане із значними труднощами, в тому числі через S-подібне відхилення осі стравоходу в наддіафрагмальному сегменті. При цьому різко зростає імовірність не лише невдач, але й ятрогенних ускладнень; зокрема, пошкодженнь стравоходу [Жерлов, 2005].

Операцію вибору при хірургічному лікуванні АК є органозберігаюча кардіоміопластика, основою якої є екстрамукозна езофагокардіоміотомія за Геллером. Разом з тим, стійка гіпертрофія м'язового шару стравохідно-шлункового переходу, рубцеві та спайкові зміни кардії внаслідок езофагіту, попередніх кардіодилатацій, бужувань, кардіопластик різко ускладнюють орієнтацію хірурга в порушених анатомічних співвідношеннях шарів стінки стравоходу та кардії та також можуть стати причиною або травмування слизової, або неповної корекції захворювання. Водночас, однією з головних причин післяопераційних рецидивів АК є неповна за глибиною та довжиною екстрамукозна міотомія [Черноусов, 2001].

Матеріали та методи

Основу дослідження складають результати клінічного обстеження та лікування різними методами 122 пацієнтів у віці від 10 до 76 років з АК з 1996 по 2009 роки. Серед пацієнтів жінок було 68(55,5%), а чоловіків 54(44,3%).

Всі пацієнти були розподілені за стадією захворювання: I - 9(7,4 ±2,37%), II - 31(25,4±3,94%), III - 66(54,1±4,51%), IV - 16(13,1±3,06%).

З 122 пацієнтів 34 раніше лікувались з приводу АК та 4 перенесли кардіопластичні операції.

Всім хворим виконувались загальноклінічні аналізи крові та сечі, до комплексу спеціальних методів дослідження входили рентгенологічні та ендоскопічні дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, езофагоманометрія, рН-метрія стравоходу, кардії та шлунка, дослідження функції зовнішнього дихання, електрокардіографія. Для вивчення віддалених наслідків лікування пацієнтів з АК крім зазначених використовувався метод анкетування та телефонного опитування.

До діагностичної програми при дисфагічному синдромі впроваджено ультразвукове сканування абдомінального відділу стравоходу для диференційної діагностики АК з злякисними захворюваннями стравохідно-шлункового переходу (декларацийний патент на корисну модель № 25435), яка проводилась нами 41 хворому.

Для кардіодилатації використовували пневмобалон на зонду діаметрами 3, 4 см, а також балони "Wilson Cook" діаметрами 1,5-2 см. Пневматична дилатація під ендоскопічним контролем проведена 20 пацієнтам з АК в ендоскопічних кабінетах. Процедура проходила під седацією пацієнта та під місцевим знеболюванням. Механічна кардіодилатація проводилась 56 пацієнтам в умовах рентген - операційних під рентгенологічним контролем та загальним наркозом із штучною вентиляцією легень.

Оперативні втручання при АК проводились 44 пацієнтам з АК в умовах операційних торакальних відділень після відповідної передопераційної підготовки під багатоконпонентним загальним наркозом із штучною вентиляцією легень. Основу майже всіх операцій складала езофагокардіоміотомія за Геллером. Відмінності методик проведених операцій стосувались саме кардіопластичного етапу втручання та хірургічного доступу. За своїми модифікаціями кардіопластики основні оперативні втручання розділились наступним чином: френокардіопластика Петровського, закриття міотомного отвору шлунком з неповною передньою фундоплікацією та кардіооментопластика за Колесовим.

Результати. Обговорення

У дослідженні вивчались безпосередні результати лікування 122 пацієнтів та у 89 пацієнтів (73%) отримано інформацію про віддалені (до 11 років) наслідки лікування.

Дисфагічні розлади спостерігались у всіх пацієнтів (100%). Зригування, відрижки найчастіше (87,7%) турбували наших хворих. В 45,9% випадків регургітація прогресувала до блювоти. Схуднення та загальну слабкість відмічали 89,3% пацієнтів, серед них 18,9% склали групу з інтенсивним схудненням понад 10 кг за 3 місяці.

Наявність дисфагії була основним клінічним критерієм в оцінці результатів лікування. Результати лікування АК ми розділили на добрі, задовільні та незадовільні.

До добрих результатів відносили практично повну клінічну та трудову реабілітацію пацієнта, відсутність дисфагії. Рентгенологічно доброго результату лікування відповідали відсутність або мінімальна кількість рідини та слизу в стравоході натще, зменшення розмірів стравоходу в порівнянні з попередніми дослідженнями, адекватна прохідність кардії.

Під задовільним результатом мали на увазі періодичні виникнення дисфагії та регургітації. Вважали за можливий й больовий симптом, але значно меншої інтенсивності ніж до проведеного лікування. Рентгенологічне дослідження встановлювало зменшення розмірів стравоходу при прохідності контрастом кардії.

У випадках, коли лікування не давало ефекту, тобто зберігались або посилювались симптоми дисфагії та регургітації, а больовий синдром не мав тенденції до зменшення - результат розцінювали як незадовільний. При цьому, як правило, була відсутня позитивна динаміка рентгенологічного, езофагоманометричного, ендоскопічного досліджень. До незадовільних результатів також відносили наявність шлунково-стравохідного рефлюксу.

Кардіодилатацію за її варіантами ми розглядали, як один з основних методів лікування ахалазії кардії та використали даний метод для лікування 76 хворих з АК (табл. 1).

З 76 пролікованих пацієнтів нами вивчені 59 відда-

Таблиця 1. Результати кардіодилатації.

Стадія АК	Результати лікування при виписці			Віддалені результати лікування		
	добрі	задовільні	незадовільні	добрі	задовільні	незадовільні
I	9	-	-	7	-	-
II	24	2	-	18	3	-
III	23	9	3	14	4	7
IV	2	3	2	2	1	3
Всього	58	13	5	41	8	10
	76			59		

Таблиця 2. Порівняння ефективності кардіодилатацій на різних стадіях АК.

Результати лікування	Результати для I-II стадії АК p±m	Результати для III-IV стадії АК p±m	t
добрі	94,29±3,92	60,98±7,62	3,89
задовільні	5,71±3,92	26,83±6,92	2,65
незадовільні	0±0,90	12,20±5,11	2,30

лених результатів. Пацієнти при рецидиві дисфагії у випадках III та IV стадії АК в подальшому були прооперовані.

Для забезпечення безперешкодного проходження і встановлення дилатора в звуженій ділянці нами розроблено "Спосіб кардіодилатації у пацієнтів з ахалазією при патологічному відхиленні осі стравоходу" (деклараційний патент на корисну модель № 23509). Дотримання впроваджені нами методики дало можливість провести кардіодилатацію з максимальною безпекою та запобіганням ускладнень у всіх випадках АК, включаючи III та IV ст., де головною небезпекою є відхилення осі стравоходу в наддіафрагмальному сегменті, про що свідчили загальні дані позитивних безпосередніх (80%) та позитивних віддалених (70%) результатів лікування.

Ми використали статистичне опрацювання результатів кардіодилатації для порівняння ефективності даного методу при лікуванні початкових стадій АК (I-II) та при III-IV стадіях захворювання (табл. 2). Результати достовірні (p<0,05).

Як видно з наведених даних результатів, лікування АК I та II ст. кардіодилатацією, цей метод безперечно ефективний. Пацієнтам із задовільними результатами та періодичною симптомною дисфагією були рекомендовані повторні курси кардіодилатацій або хірургічні втручання. Хворим з незадовільними результатами в різні періоди було виконано оперативне лікування.

Для оптимізації проведення езофагокардіоміотомії нами був розроблений та впроваджений "Спосіб інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансїлюмінації при хірургічному лікуванні ахалазії стравоходу" (деклараційний патент на корисну модель № 21612).

Характер та методики виконаних та проаналізованих оперативних втручань в лікуванні АК разом із стадійністю захворювання головним чином і визначали на-

Таблиця 3. Безпосередні результати оперативного лікування АК.

Методика операції	Стадія АК	Результати лікування			Всього
		Добрі	Задовільні	Незадовільні	
Геллера - передня неповна фундоплекція	II	1	-	-	18
	III	11	3	-	
	IV	2	1	-	
Геллера - Колесова	II	2	-	-	10
	III	6	-	-	
	IV	2	-	-	
Геллера - Петровського	III	5	3	-	10
	IV	-	1	1	
Езофагофундоанастомоз	IV		2		2
Геллера - Суворової	III	1	-	-	1
Геллера + операція Белсі	III	-	1	-	1
Геллера + операція Алліссона- Розетті	III	1	-	-	1
Гастростома	IV			1	1
Всього		31	11	2	44

Таблиця 4. Віддалені результати оперативного лікування АК.

Методика операції	Стадія АК	Результати лікування			Всього
		Добрі	Задовільні	Незадовільні	
Геллера - передня неповна фундоплекція	II	1	-	-	13
	III	6	2	-	
	IV	1	2	1	
Геллера - Колесова	II	2	-	-	9
	III	4	2	-	
	IV	-	1	-	
Геллера - Петровського	III	3	1	2	7
	IV	-	-	1	
Езофагофундоанастомоз	IV	-	-	2	2
Геллера + операція Белсі	III	-	1	-	1
Всього		17	9	6	32

слідки лікування (табл. 3).

Віддалені результати лікування з 44 прооперованих пацієнтів нам вдалось відстежити в 32 випадках (72,7%). Їх розподіл виконувався також в залежності від характеру оперативного втручання та стадії АК (табл. 4).

Аналізуючи результати операцій при АК, слід зазначити, що крім особливостей характеру втручання або модифікацій, вагоме значення має стадія захворювання. Наприклад, не відмічено жодного незадовільного результату при оперативному лікуванні II ст. АК. Разом з тим, спостерігалось 6 негативних наслідків із 9 випадків у хворих з IV ст. захворювання.

При порівнянні основних методів хірургічної корекції АК, а саме: операції Геллера-Колесова, Геллера-Пет-

ровського та Геллера з передньою неповною фундоплекцією за безпосередніми наслідками хірургічних втручань достовірна різниця ($p < 0.05$) спостерігалась у добрих та задовільних наслідках операцій в модифікації Геллера-Колесова та Геллера з передньою неповною фундоплекцією (НФП) в порівнянні з результатами після френокардіопластики за Петровським.

Вивчені нами віддалені результати хірургічного лікування АК достовірну статистичну відмінність ($p < 0.05$) серед основних модифікацій операції езофагокардіоміотомії виявили лише в незадовільних наслідках операції Геллера-Колесова та Геллера з НФП в порівнянні з модифікацією Геллера-Петровського трансторакальним доступом. За добрими результатами серед вивчених модифікацій оперативного лікування АК достовірної різниці не виявлено ($p > 0.05$).

При лікуванні методом кардіодилатації пацієнтів з III стадією АК позитивні безпосередні результати отримано у 65,71%±8,02%, при оперативному - у 77,42±7,51% ($t=1,06$). Також не виявлено достовірної різниці ($t=0,53$) за віддаленими позитивними результатами серед двох методів (у 54,17±10,17% -при кардіодилатації та - в 61,9±10,06% в хірургічній групі відповідно).

Стосовно незадовільних результатів, які переважали при лікуванні кардіодилатацією ($t=1,8$) слід зазначити, що при рецидиві дисфагії в таких випадках показано планове хірургічне втручання, що не може порівнюватись із проблемою лікування післяопераційних рецидивів захворювання.

В той же час використання кардіодилатації для лікування пацієнтів з АК чи симптоматичного покращення дисфагії при IV стадії захворювання крім переваг через свою мініінвазивність, малотравматичність та широку доступність, має також чітке економічне підґрунтя в значному скороченні середнього ліжко-дня з 23,07 до 10,21 днів ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Усіх пацієнтів на дисфагічний синдром доцільно обстежувати за запропонованою програмою, яка базується на деталізації скарг, клінічному обстеженні та включає соно - діагностику АК.

2. Враховуючи отриману високу ефективність кардіодилатації, розглядаємо цей метод як пріоритетний в лікуванні АК I-II ст. Під час виконання кардіодилатацій при АК III ст., у випадках передопераційної підготовки пацієнтів з IV ст. та в разі післяопераційного рецидиву захворювання рекомендується застосування способу кардіодилатації навіть при патологічному відхиленні осі стравоходу, який дає можливість провести кардіодилатацію ефективно з максимальною безпекою та запобіганням ускладнень.

3. Оперативну корекцію АК доцільно виконувати з застосуванням способу інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансїлюмінації, який шляхом покращення

візуалізації в анатомічних співвідношеннях ділянки кардії сприяє проведенню адекватної езофагокардіоміотомії як за довжиною, так і за глибиною та профілактиці можливих ускладнень.

За віддаленими результатами оперативного лікування АК, операціями вибору доцільно вважати модифікації Геллера-Колесова та Геллера з неповною передньою фундоплікацією абдоминальним шляхом.

Література

- Андреещев С.А. Повторные операции у больных с ахалазией кардии /С.А. Андреещев, С.Д. Мясоедов, Б.Б. Мовчан //Клінічна хірургія. - 2007. - №5-6. - С. 65.
- Василенко В.Х. Ахалазия кардии /Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребенев А.Л. - М.: Медицина, 1976. - 280 с.
- Васильев Ю.В. Идиопатическая ахалазия кардии (этиология, патогенез, эндоскопическая дифференциальная диагностика и лечение больных) /Ю.В. Васильев //Тер. архив. - 2002. - №2. - С. 70-73.
- Гаджиев А.Н. Современные представления о нейромышечных заболеваниях пищевода /А.Н. Гаджиев //Анн. хирургии. - 2000. - №1. - С. 26-33.
- Гребенев А.Л. Двадцатипятилетний опыт лечения ахалазии кардии /А.Л. Гребенев, С.С. Катаев, Р.Н. Гурвич //Клин. мед. - 1987. - №6. - С. 55-56.
- Жерлов Г.К. Хирургическое лечение ахалазии кардии IV степени /Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Райш //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2005. - №11. - С. 42-46.
- Суворова Т.А. Функциональные заболевания пищевода (ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода, эзофагоспазм) /Суворова Т.А. //Многоотное руководство по хирургии. - М., 1966. - Т.6, Кн.2. - С. 317-355.
- Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода /Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
- Eckardt V. F. Pneumatic dilation for achalasia: late results of a prospective follow up investigation /V.F. Eckardt, I. Gockel, G. Bernhard //Gut. - 2004. - Vol.53. - P. 629-633.
- Nagammapudur S. Minimally invasive surgery for esophageal motility disorders /S. Nagammapudur, H. Jeffrey //Surgical Clinics of North America. - 2002. - Vol.82. - P. 763-782.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Сергейчук О.Л., Кривецкий В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринский В.А., Полянчук М.А., Озолин В.О., Полищук В.И.

Резюме. Оценены результаты обследования и лечения 122 пациентов с ахалазией кардии (АК). Показано, что выявление патологии именно на ранних стадиях обеспечивает положительные непосредственные и отдаленные результаты лечения. Разработанная схема обследования больного с дисфагическим синдромом, которая включает впервые внедренную соно-диагностику помогает вовремя диагностировать АК и дифференцировать ее со злокачественными поражениями пищевода-желудочного перехода. Проанализированы непосредственные и отдаленные (до 11 лет) результаты лечения АК, причины осложнений и рецидивов заболевания. Разработанная методика кардиодилатации позволила эффективно и безопасно проводить хирургическую коррекцию АК в I-III стадиях заболевания с положительным эффектом на момент выписки в более 80% случаев и в более 70% - в отдаленный период с четким экономическим обоснованием. Также стало возможным восстановление пассажа пищи в комплексной предоперационной подготовке у пациентов с IV стадией АК и в случаях послеоперационных стриктур кардии. Анализ результатов операционного лечения АК показал преимущество абдоминального доступа операции Геллера с передней неполной фундопликацией. Использование разработанной методики интраоперационной внутрисполостной трансиллюминации для выполнения адекватной эзофагокардиоміотомії по глубине и ширине способствует избеганию интраоперационных трудностей и осложнений, особенно при повторных хирургических вмешательствах.

Ключевые слова: ахалазия кардии, диагностика, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

THE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACHALASIA OF THE CARDIA

Serhiychuk O., Kriveckyy V., Petrushenko V., Shaprinskyy V., Polyanchuk M., Ozolin V., Polischuk V.

Summary. The results of the survey and treatment of 122 patients with achalasia of cardia (AC) are summarized. It is shown that the diagnosis of pathology at early stages hence the positive both immediate and delayed results of the treatment. The schema of the investigation of the patients with dysphagic syndrome is designed. It includes the first embedded sono-diagnosis, which is useful at the early diagnostic of the AC and differentiation of AC with the malignant tumors of the esophageal-gastric junction. The immediate and distant (up to 11 years) results of treatment of AC are evaluated and also the causes of complications and recurrences of the disease are analyzed. The proposed variant of the cardiodilatation allows performing of the surgical management of AC in I-III stages with positive effect in more than 80% of the cases immediately and in more than 70% in the distant time with a clear economic effect. Also the restoring of the food passage in patients with IV stage of AC at there preoperative period as well as in the cases of postoperative narrowing of cardia was obtained. The analysis of the results of the surgical treatment showed the advantage of abdominal Heller procedure with front access incomplete fundoplication. The using of the proposed method of intraoperative intracavitary transillumination during adequate for the depth and length esophagocardiomyotomy helps to avoid the intraoperative difficulties and complications, especially at the recurrent operations.

Key words: achalasia of cardia, diagnostics, surgical treatment, remote results.

© Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецька Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М.
УДК: 007:371.3:614.23:(075.6):614.255:61:656.08:355.72:378.4

НАШ ПОГЛЯД НА ОРГАНІЗАЦІЮ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ "ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА" НА КАФЕДРІ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ТА ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецька Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М.

Кафедра медицини катастроф та військової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. В статті розглядається питання засвоєння практичних навичок лікарями-інтернами за спеціальністю "загальна практика-сімейна медицина" I та II року навчання на кафедрі медицини катастроф.

Ключові слова: лікарі-інтерни, практичні навички.

Вступ

Як відомо з кожної тисячі людей протягом місяця у 750 виникають проблеми зі здоров'ям, із них 33,3%(750) осіб потребують допомоги або консультацію лікаря первинного рівня (лише п'ятьом хворим необхідна консультація вузького спеціаліста). У зв'язку з цим, пріоритетним напрямком розвитку сімейної медицини в Україні вважається підготовка фахівців за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина". А якщо зважити на те, що на посади лікарів загальної практики-сімейної медицини зараховують лікарів терапевтів та педіатрів, то таких фахівців значно збільшиться. Постає питання, як покращити підготовку лікарів-інтернів в стінах університету та лікарняних базах. В університеті потрібно покращити засвоєння практичних навичок, які конче необхідні сімейному лікарю, який буде самостійно надавати допомогу в амбулаторії (відділенні) сімейної медицини. Деякі лікарі-інтерни засвоюють практичні навички надання первинної медичної допомоги населенню у сільських амбулаторіях під наглядом досвідченого лікаря, а деякі в адаптованих умовах під керівництвом викладача (куратора). У всіх випадках потрібно засвоїти певний перелік практичних навичок.

Метою роботи є переконання у створенні тренажерної зали, її матеріального забезпечення для кращої підготовки студентів та лікарів-інтернів.

Матеріали та методи

На кафедрі медицини катастроф та військової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова проведена велика підготовча робота по створенню методичного матеріалу та матеріально-практичної бази. Для цього до 12 тем дисципліни "Медицина надзвичайних ситуацій" підготовлені методичні розробки. До кожної теми окремо виділені практичні навички, якими повинен володіти лікар. Практичні навички у вигляді алгоритму виконання оформлені стендами у тренажерній залі. Кожна навичка має матеріальне забезпечення.

Вивчені освітньо-кваліфікаційні характеристики (ОКХ) з п'яти спеціальностей (хірургія, стоматологія, оф-

тальмологія, отоларингологія, травматологія), проведений їх аналіз.

Результати. Обговорення

Лікарів-інтернів ми розділили за роками навчання (перший та другий) на дві групи. Кожну групу - на 2 блоки: хірургічного та терапевтичного профілю. Найбільшими групами стали лікарі-інтерни терапевтичного профілю, куди ввійшли лікарі "Загальної практики - сімейні лікарі", терапевти та педіатри. При вивченні програми та освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) кожного спеціаліста зосередили увагу на розділах "знати, уміти", "володіти".

Для першого року навчання лікарів-інтернів за останні 10 років вивчили бюлетені, крок 2,3 "Загальна лікарська підготовка" з тестовими завданнями до ліцензійного іспиту, що мають безпосереднє відношення до нашої дисципліни та опосередковане (невідкладні стани, хірургічна патологія, тощо). Як для першого, так і для другого року навчання протягом 5 років підготували матеріально-технічну базу для теоретичного і практичного навчання. Для цього створили тренажерну залу. Для теоретичної частини підготовки лікарів-інтернів склали тематичні плани, тестові завдання, рольові ігри, що залучають лікарів-інтернів до участі в ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Відповіді на питання тестових завдань готували шляхом використання доступної літератури, пояснюючи кожную неправильну та правильну відповіді. До кожної теми тематичного плану значно розширили тестові завдання. Відповіді до завдань, як правило, мають матеріальне забезпечення для виконання практичної навички.

Наприклад, до теми "Аварії на атомній електростанції (АЕС) (радіаційно-небезпечному об'єкті - РНО)" підготовлено 20 тестів.

Один із них: На радіохімічному виробництві стався витік радіоактивних речовин зі значним вмістом радіоактивного йоду I131. Які заходи необхідно провести в першу чергу для персоналу, що опинилися в зоні радіоактивного забруднення?

- А. прийом препаратів йоду.
- В. прийом цистаміну.
- С. прийом сорбентів.
- Д. застосування захисного спецодягу.
- Е. застосування респіратора.

До кожної відповіді є матеріальне забезпечення. Підготовлені засоби захисту органів дихання (протигази, респіратори, ватно-марлеві пов'язки), засоби захисту шкіри (костюми ЗВЗК, Л-1); індивідуальні аптечки АІ-2 (з набором всіх препаратів), 5% розчин йоду. Відповідаючи на питання А, В, С, Д, пояснюємо, що препарати йоду, цистамін, сорбенти призначають більше з лікувальною та профілактичною метою, а захисний спеціальний одяг використовують для захисту шкіри тіла людини, тому в першу чергу доцільно використати респіратори (Е) для персоналу, що постраждав на виробництві - в зоні радіоактивного забруднення. При цьому лікар-інтерн вибирає респіратор і на собі демонструє, виконуючи практичну навичку.

До теми "Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення за умов надзвичайних ситуацій", крім тестових завдань (32) підготовлені ситуативні задачі з рольовою грою. Наприклад, під час землетрусу в Західному районі України (6 балів за шкалою Ріхтера) постраждало до 1 тис. населення. Серед них 30 чоловік мали ушкодження кінцівок та голови: відкриті переломи - 3 (із них відкритий перелом стегна з артеріальною кровотечею - 2, без кровотечі - 1), закриті ушкодження нижніх кінцівок - 23, черепно-мозкові травми - 4; психоемоційні розлади у 150 постраждалих. Серед постраждалого населення - 20 дітей та 2 вагітні жінки.

Для ліквідації наслідків землетрусу потрібно задіяти бригади швидкої медичної допомоги місцевого значення (20), провести сортування в осередку, підготувати постраждалих до евакуації. Розрахувати скільки БШМД потрібно задіяти, якого транспорту, визначити шлях евакуації. Продемонструвати невідкладні заходи постраждалим першої черги. В гру вступають 10 чоловік лікарів-інтернів. Викладач призначає старшого лікаря, який дає розпорядження на виконання ролей в бригадах ШМД, надання допомоги в I та II чергу, їх евакуацію до лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ). В підсумку проводиться аналіз виконаної роботи, допущених помилок. Викладач слідує за виконанням навичок: зупинка кровотечі за допомогою джгута, накладання асептичних пов'язок, іммобілізація кінцівок та інше. Демонстрація навичок проводиться на статистах із лікарів-інтернів або на фантомах.

Тренажерний зал за матеріальним забезпеченням дозволяє виконати всі навички за дисципліною "Медицина катастроф", що передбачені тематичним планом з підготовки лікарів-інтернів терапевтичного профілю I року навчання. Щодо підготовки лікарів-інтернів друго-

го року навчання цього профілю є також тематичний план, але з певними особливостями. Ми вважаємо, що кожна область України має свої потенційно-небезпечні об'єкти (ХНО), без яких наша держава не може обійтись. Це об'єкти з хлором, аміаком, кислотами, радіонуклідами та інші. Для цього в ситуаційні завдання вводили ту чи іншу область.

До теми "Аварії на ХНО" лікарю-інтерну потрібно вміти: надати допомогу потерпілим при отруєнні хлором, аміаком, фосфорорганічними речовинами, продуктами з синильною кислотою та іншими речовинами як в осередку, так і в лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ). Акцентувати увагу на сортування (первинне, вторинне) та допомогу дітям, за комбінованими травмами.

До теми "Аварії на АЕС, РНО" потрібно: надати допомогу потерпілим в осередку аварії та за її межами, але в зоні дії радіоактивних речовин (в складі БШМД) коли випадки ускладнюються зупинкою дихання та кровообігу, коли є потерпілі з політравмами, зовнішньою кровотечею та інші.

В цих випадках, як правило, виконуються практичні навички з використанням сучасних засобів та медичного забезпечення.

Для групи лікарів-інтернів хірургічного профілю створено ту ж саму тематику, але акцентується увага на особливості сортування, надання допомоги в осередку із ушкодженнями голови, політравмами, передчасними родами в осередку, евакуації до лікувально-профілактичного закладу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Досвід використання тренажерного залу у підготовці студентів та лікарів - інтернів на основі результатів дослідження та відгуку їх про ефективність кінцевого результату дає можливість стверджувати не тільки про необхідність його організації, а й розширення відповідно до кількості спеціальностей, студентів та лікарів-інтернів.

2. При створенні тренажерної зали важливим є забезпечення її медичним майном, тренажерами, муляжами, що дають можливість значно покращувати підготовку лікарів-інтернів I року навчання до кроку М-3, вивчення та вдосконалення виконання практичних навичок, як передумова підготовки до виконання функціональних обов'язків сімейного лікаря у ЛПЗ.

3. Контроль якості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в системі охорони здоров'я в цілому та сімейної медицини зокрема є однією з найважливіших проблем відносин між закладом та лікарем.

Перспективою подальшого дослідження є використання тренажерної зали та вдосконалення відпрацювання практичних навичок в ній.

Література

Лысенко Г.И. Семейная медицина в Европе - прошлое, настоящее, буду-

щее: 14 региональная Европейская конференция по семейной медици-

не /Г.И.Лысенко, В.И.Ткаченко. - Wonga Europe 2008, "Медкнига" //

Наук.-практ. журнал. Сімейна медицина. - №3. - 2008. - С. 17-18. Організація підготовки фахівців зі спеціальності "Загальна практика - сімейна медицина" на кафедрі сімейної медицини та загальної практики ОДМУ /Г.С.Попік, А.В.Па-

ненко, Г.В.Корнован [та ін.]. - "Медкнига" //Науково-практичний журнал. Сімейна медицина. - 2008. - №3(25). - С. 22-23. Чухрієнко Н.Д. Освітньо-кваліфікаційна характеристика лікаря загальної практики та кредитно-модульна си-

стема післядипломної підготовки: проблеми взаємозалежності в контексті сучасних вимог медичної освіти /Н.Д.Чухрієнко, О.Є.Козлова, О.І.Гайдук. "Медкнига" //Науково-практичний журнал. Сімейна медицина. - 2008. - №3(25). - С. 22-23.

НАШ ВЗГЛЯД НА ОРГАНІЗАЦІЮ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦІАЛЬНОСТІ "ОБЩАЯ ПРАКТИКА-СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА" НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ВНМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА

Тарасюк В.С., Матвийчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецкая Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М.

Резюме. В статье рассматривается вопрос усвоения практических навыков врачами-интернами по специальности "Общая практика - семейная медицина" первого и второго года обучения на кафедре медицины катастроф.

Ключевые слова: практические навыки, врачи-интерны.

OUR VIEW OF THE ORGANIZATION OF PREPARATION OF INTERSHIP-DOCTORS BY THE SPECIALITY OF "THE GENERAL PRACTICE-FAMILY MEDICINE" OF MEDICINE OF ACCIDENTS AND MILITARY MEDICINE DEPARTMENT OF VNMU NAMED AFTER N.I. PIROGOV

Tarasuk V. S, Matviychuk M. V, Korolova N.D., Podolan V. M, Polarush V.V., Krivetskaya N.V., Malik S.L., Sidorchuk T.M.

Summary. In the article the question of mastering of practical skills by internship - doctors is examined according with the speciality of "General practice is family medicine" of the first and second studying year on the department of medicine of catastrophes.

Key words: practical skills, internship - doctors.

© Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А.

УДК: 617.55-007.43-089.844

ВИБІР СПОСОБУ АЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА

Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, кафедра хірургії та проктології (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 904112)

Резюме. В роботі обґрунтовано вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота (ПГЖ) у 1315 хворих віком від 30 до 80 років, які були прооперовані за період з 2000 по 2009 роки. Аутопластика виконувалася лише у 43 (3,6%) пацієнтів з ПГЖ малого та середнього розмірів при відсутності діастазу прямих м'язів живота. Оптимальним варіантом алопластики при серединних ПГЖ малого і середнього розмірів з діастазом прямих м'язів та ПГЖ великого розміру була методика "sublay", а при гігантських ПГЖ - модифіковані нами операції за Рамірез в комбінації з сітчастими імплантатами. При попереково-бокових ПГЖ виконувалася преперитонеальна алопластика. Інтраабдомінальна гіпертензія спостерігалась у 2(0,8%) серед 231 пацієнта з серединними гігантськими ПГЖ, серома - у 86(7,2%) та нагноєння рани - у 16(1,3%) від загальної кількості прооперованих. Померли 2(0,8%) хворих з серединними гігантськими ПГЖ від тромбоемболії легеневої артерії. Віддалені результати вивчені у 520 прооперованих в строки від 1 до 5 років. Хронічний біль на ділянці черевної стінки спостерігався у 17(3,2%), рецидиви грижі - у 7(1,3%) пацієнтів.

Ключові слова: післяопераційні грижі живота, аутопластика, алопластика, методика "sublay", модифіковані операції Рамірез.

Вступ

Алопластика післяопераційних гриж живота (ПГЖ) домінує над аутопластикою і є патогенетично обґрунтованою операцією. Незважаючи на широке впровадження алогерніопластики при ПГЖ, частота рецидивів тримається на рівні 10-25% [Фелештинський та ін., 2006; Kingsnorth et al., 2000]. Ускладнення з боку рани після алогерніопластики у вигляді сероми спостерігаються у 18-25% хворих, нагноєння - у 4,2-6%, хронічний біль - у 7,6-12,4% [Жебровский и др., 2003; Мішалов та ін., 2008; Cheatham et al., 2000]. У хворих з великими та гігантськими ПГЖ в ранньому післяопераційному періоді часто виникає інтраабдомінальна гіпер-

тензія (6-8%), яка стає основною причиною післяопераційної летальності [Жебровский и др., 2002; Cheatham et al., 2000; Dumanian, Dehman, 2003]. На наш погляд основними причинами таких незадовільних результатів хірургічного лікування ПГЖ є неадекватний вибір способу алопластики. Особливо це стосується ПГЖ великого та гігантського розмірів, коли переважно використовують методики "onlay" та "inlay", а м'язово-апоневротичні тканини зшивають з великим натягом та зменшенням об'єму черевної порожнини [Фелештинський та ін., 2006; 9, 10].

Мета роботи: покращити результати хірургічного

Наук.-практ. журнал. Сімейна медицина. - №3. - 2008. - С. 17-18. Організація підготовки фахівців зі спеціальності "Загальна практика - сімейна медицина" на кафедрі сімейної медицини та загальної практики ОДМУ /Г.С.Попік, А.В.Па-

ненко, Г.В.Корнован [та ін.]. - "Медкнига" //Науково-практичний журнал. Сімейна медицина. - 2008. - №3(25). - С. 22-23. Чухрієнко Н.Д. Освітньо-кваліфікаційна характеристика лікаря загальної практики та кредитно-модульна си-

стема післядипломної підготовки: проблеми взаємозалежності в контексті сучасних вимог медичної освіти /Н.Д.Чухрієнко, О.Є.Козлова, О.І.Гайдук. "Медкнига" //Науково-практичний журнал. Сімейна медицина. - 2008. - №3(25). - С. 22-23.

НАШ ВЗГЛЯД НА ОРГАНІЗАЦІЮ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦІАЛЬНОСТІ "ОБЩАЯ ПРАКТИКА-СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА" НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ВНМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА

Тарасюк В.С., Матвийчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецкая Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М.

Резюме. В статье рассматривается вопрос усвоения практических навыков врачами-интернами по специальности "Общая практика - семейная медицина" первого и второго года обучения на кафедре медицины катастроф.

Ключевые слова: практические навыки, врачи-интерны.

OUR VIEW OF THE ORGANIZATION OF PREPARATION OF INTERSHIP-DOCTORS BY THE SPECIALITY OF "THE GENERAL PRACTICE-FAMILY MEDICINE" OF MEDICINE OF ACCIDENTS AND MILITARY MEDICINE DEPARTMENT OF VNMU NAMED AFTER N.I. PIROGOV

Tarasuk V. S, Matviychuk M. V, Korolova N.D., Podolan V. M, Polarush V.V., Krivetskaya N.V., Malik S.L., Sidorchuk T.M.

Summary. In the article the question of mastering of practical skills by internship - doctors is examined according with the speciality of "General practice is family medicine" of the first and second studying year on the department of medicine of catastrophes.

Key words: practical skills, internship - doctors.

© Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А.

УДК: 617.55-007.43-089.844

ВИБІР СПОСОБУ АЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА

Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, кафедра хірургії та проктології (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 904112)

Резюме. В роботі обґрунтовано вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота (ПГЖ) у 1315 хворих віком від 30 до 80 років, які були прооперовані за період з 2000 по 2009 роки. Аутопластика виконувалася лише у 43 (3,6%) пацієнтів з ПГЖ малого та середнього розмірів при відсутності діастазу прямих м'язів живота. Оптимальним варіантом алопластики при серединних ПГЖ малого і середнього розмірів з діастазом прямих м'язів та ПГЖ великого розміру була методика "sublay", а при гігантських ПГЖ - модифіковані нами операції за Рамірез в комбінації з сітчастими імплантатами. При попереково-бокових ПГЖ виконувалася преперитонеальна алопластика. Інтраабдомінальна гіпертензія спостерігалась у 2(0,8%) серед 231 пацієнта з серединними гігантськими ПГЖ, серома - у 86(7,2%) та нагноєння рани - у 16(1,3%) від загальної кількості прооперованих. Померли 2(0,8%) хворих з серединними гігантськими ПГЖ від тромбоемболії легеневої артерії. Віддалені результати вивчені у 520 прооперованих в строки від 1 до 5 років. Хронічний біль на ділянці черевної стінки спостерігався у 17(3,2%), рецидиви грижі - у 7(1,3%) пацієнтів.

Ключові слова: післяопераційні грижі живота, аутопластика, алопластика, методика "sublay", модифіковані операції Рамірез.

Вступ

Алопластика післяопераційних гриж живота (ПГЖ) домінує над аутопластикою і є патогенетично обґрунтованою операцією. Незважаючи на широке впровадження алогерніопластики при ПГЖ, частота рецидивів тримається на рівні 10-25% [Фелештинський та ін., 2006; Kingsnorth et al., 2000]. Ускладнення з боку рани після алогерніопластики у вигляді сероми спостерігаються у 18-25% хворих, нагноєння - у 4,2-6%, хронічний біль - у 7,6-12,4% [Жебровский и др., 2003; Мішалов та ін., 2008; Cheatham et al., 2000]. У хворих з великими та гігантськими ПГЖ в ранньому післяопераційному періоді часто виникає інтраабдомінальна гіпер-

тензія (6-8%), яка стає основною причиною післяопераційної летальності [Жебровский и др., 2002; Cheatham et al., 2000; Dumanian, Dehman, 2003]. На наш погляд основними причинами таких незадовільних результатів хірургічного лікування ПГЖ є неадекватний вибір способу алопластики. Особливо це стосується ПГЖ великого та гігантського розмірів, коли переважно використовують методики "onlay" та "inlay", а м'язово-апоневротичні тканини зшивають з великим натягом та зменшенням об'єму черевної порожнини [Фелештинський та ін., 2006; 9, 10].

Мета роботи: покращити результати хірургічного

лікування серединних ПГЖ шляхом оптимізації вибору способу алогерніопластики.

Матеріали та методи

В клініці за період з 2000 по 2009 рр. з приводу серединних ПГЖ було прооперовано 1315 хворих віком від 30 до 80 років. Супутні захворювання з переважанням хронічної серцево-судинної патології спостерігалися у 792(60,2%), ожиріння II-III ступеня - у 857(65,1%). Відповідно до міжнародної класифікації SWR classification Chevrel A.A.Rath [Chevrel, Rath, 2000] ПГЖ розподілилися наступним чином: $M_{1,2}W_1R_0$ малого розміру діагностовані у 73 пацієнтів, $M_{1,2}W_2R_0$ середнього - у 96, $M_4W_3R_0$ великого - у 746, $M_4W_4R_0$ гігантського - у 231, $M_4W_3R_1$ великого з первинним рецидивом - у 24, $M_4W_4R_{1,3}$ гігантського з повторним рецидивом - у 17, попереково-бокові великого розміру, $L_2W_3R_0$ - у 128 хворих.

Пацієнтам з ПГЖ великого та гігантського розмірів впродовж $10 \pm 3,2$ днів проводилася спеціальна передопераційна підготовка. Вона включала безшлакову дієту, очисні клізми (напередодні операції фортранс), дозоване бандажування живота, підвищення резервів з боку серцево-судинної та дихальної систем (судинні препарати, дихальна гімнастика), корекцію супутніх захворювань. Антибіотикопрофілактика проводилася з використанням сульперазону 2 г. внутрішньовенно під час операції. З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень використовували клексан 0,4 мг підшкірно за 12 годин до операції та один раз на день після операції впродовж 7-9 днів.

З метою знеболення використовували загальний наркоз з міорелаксантами.

Вибір способу герніопластики проводили з урахуванням віку пацієнта, розмірів ПГЖ, ширини діастазу прямих м'язів живота та показників моніторингу внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) при моделюванні герніопластики.

Вимірювання ширини діастазу прямих м'язів живота виконувалося за допомогою лінійки в см. ВЧТ вимірювали за допомогою катетера Фолея, який вводився в сечовий міхур. Через цей катетер в сечовий міхур вводилося 100 мл фізіологічного розчину, потім катетер з'єднувався з прозорою трубкою, кінець якої підіймався і фіксувався перпендикулярно операційному столу. За нуль вважали лобкове зрощення. Висота стовпчика рідини в трубці була величиною ВЧТ в сантиметрах водного стовпчика (1 см вод.ст.=0,735 мм рт.ст.) [Cheatham et al., 2000; Chevrel, Rath, 2000]. Підвищення ВЧТ до 15 мм рт.ст. вважали граничним при моделюванні та виконанні герніопластики, оскільки тривале підвищення ВЧТ більше 15 мм рт.ст. призводить до синдрому інтраабдомінальної гіпертензії [Dumanian, Dehman, 2003; Kingsnorth et al., 2000].

У 28 пацієнтів з ПГЖ малого розміру ($M_{1,2}W_1R_0$) та 15 з ПГЖ середнього розміру ($M_{1,2}W_2R_0$) у віці від 30 до 40 років виконували аутопластичні операції за Мейо (32)

та Сапезко (11). У решти 126 пацієнтів з ПГЖ малого і середнього розмірів в зв'язку з наявністю діастазу прямих м'язів живота шириною в середньому 3-4 см виконувалася алопластика за методикою "sublay". В якості допоміжного пластичного матеріалу використовували "пролен" та "ультрапро". За останні роки перевагу у виборі сітчастого імплантату надавали легкій сітці "ультрапро". Перекриття сітчастим імплантатом країв гризового дефекту та прямих м'язів було 5-7 см. Укріплення розширення білої лінії живота за наявності діастазу прямих м'язів вище і нижче дефекту черевної стінки малого і середнього розмірів мало виключно важливе значення з точки зору профілактики рецидивування грижі.

Серед 746 пацієнтів з ПГЖ великого розміру ($M_4W_3R_0$) та у 24 з рецидивними ($M_4W_3R_1$) переважно виконувалася алогерніопластика за методикою "sublay". На початку накопичення досвіду алогерніопластики у 117 пацієнтів цієї групи операція виконувалася шляхом периперитоніального розміщення сітки у поєднанні з відокремленням сітки від внутрішніх органів пасмою великого чепця. Згодом від цієї методики ми відмовилися, оскільки при її виконанні залишається ймовірність контакту сітки з кишечником та великим чепцем, що може призводити до злукової кишкової непрохідності та кишкових нориць. У 629 пацієнтів цієї групи виконувалася алогерніопластика за методикою "sublay". Ширина діастазу прямих м'язів живота у них складала $10 \pm 2,1$ см. При моделюванні герніопластики під час операції (контактне зведення м'язово-апоневротичних країв дефекту) ВЧТ коливався в межах $10 \pm 2,3$ мм рт.ст.

Сутність методики "sublay" полягала в тому, що після розрізання апоневротичних півх прямих м'язів живота по краях дефекту прямі м'язи відшаровували від задніх стінок апоневротичних півх. Останні зшивали контактним шляхом ниткою "пролен 1". Над зшитими задніми стінками апоневротичних півх прямих м'язів розміщували сітчастий імплантат (пролен або ультрапро) відповідних розмірів і фіксували його по периметру. Над імплантатом контактним зшивали прямі м'язи та передні стінки апоневротичних півх. До сітчастого імплантату підводили дренаж для вакуумного дренивання. Підшкірна рана дрениувалася окремим трубчастим дренажем.

Серед 231 пацієнта з гігантськими ПГЖ ($M_4W_4R_0$) та у 17 з рецидивами ($M_4W_4R_{1,3}$) підхід до виконання алогерніопластики був диференційованим.

У 68 пацієнтів цієї групи з повздовжніми гігантськими дефектами черевної стінки від мечоподібного відростка до лобкового зрощення ширина діастазу прямих м'язів живота складала $12 \pm 1,8$ см. ВЧТ при моделюванні герніопластики - $10 \pm 2,6$ мм рт.ст. Це дало змогу у цих пацієнтів закрити дефект черевної стінки за методикою "sublay" без значного натягу м'язоапоневротичних тканин та зменшення об'єму черевної порожнини. ВЧТ після герніопластики складав $10 \pm 1,7$ мм рт.ст.

У 107 пацієнтів з ПГЖ гігантських розмірів діастаз прямих м'язів живота складав $16 \pm 1,3$ см. При моделю-

ванні герніопластики ВЧТ коливався в межах $20 \pm 2,6$ мм рт. ст. З метою створення оптимального об'єму черевної порожнини без натягу тканин і підвищення ВЧТ виконувалась модифікована нами операція роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки за Рамірез [цит. за Фелештинський та ін., 2006] (варіант 1). Операція полягала у тому, що після ліквідації контрактури прямих м'язів живота шляхом розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза по краях апоневротичних піхв прямих м'язів та розділення прямих і косих м'язів пролена сітка відповідних розмірів фіксувалась за методикою "sublay", а апоневротичні ділянки між прямими та косими м'язами додатково укріплювались окремими клаптями сітки праворуч і ліворуч за методикою "onlay". ВЧТ після завершення алогерніопластики становив $10 \pm 1,4$ мм рт. ст.

У 56 пацієнтів з гігантськими ПГЖ та діастазом прямих м'язів живота шириною $20 \pm 1,2$ см. при моделюванні герніопластики ВЧТ коливався в межах $25 \pm 2,5$ мм рт. ст. У цих пацієнтів виконувалась модифікована нами операція Раміреза (варіант 2) [цит. за Фелештинський та ін., 2006]. Операція відрізняється від попередньої тим, що після ліквідації контрактури прямих м'язів останні не зшивалися, оптимальний об'єм черевної порожнини (ВЧТ $12 \pm 1,8$ мм рт. ст.) формувався за рахунок клаптів з грижового мішка, поверх яких фіксувалася пролена сітка. ВЧТ після операції становив $11 \pm 1,3$ мм рт. ст.

У 128 хворих з попереково-боковими ПГЖ великого розміру алопластику виконували за розробленим нами способом. Сутність операції полягає в тому, що сітку "пролен" розміщували преперитонеально та фіксували її до механічно міцних анатомічних структур: апоневротичної піхви прямого м'яза живота, окістя XI-XII ребер, поперекового м'яза.

У всіх пацієнтів операцію закінчували вакуумним дрениванням рани з використанням низьковакуумної системи "Unovac". У ранньому післяопераційному періоді лікувальні заходи включали корекцію порушень з боку серцево-судинної та дихальної систем, стимуляцію функції кишечника. Усім пацієнтам впродовж 7 днів після операції призначали диклоберл 3 мл в/м з метою зменшення запальної реакції черевної стінки на імплантацію сітки. З метою профілактики стресових виразок шлунково-кишкового тракту призначали кватател за схемою. Антибактеріальну терапію з використанням сульперазону продовжували у всіх пацієнтів, оскільки всі вони мали підвищений ризик виникнення інфекційних ускладнень з боку рани. Профілактика тромбоемболічних ускладнень продовжувалась клексаном 0,4 мг.

Результати. Обговорювання

Безпосередні результати лікування показали, що в ранньому післяопераційному періоді на другу добу після операції у 2(0,8%) пацієнтів з середніми ПГЖ гігантських розмірів на тлі наростання вираженого парезу кишечника та підвищення ВЧТ до $22 \pm 1,6$ мм рт. ст.

виникла інтраабдомінальна гіпертензія. Клінічно спостерігалися: задишка, тахікардія, олігурія. Завдяки інтенсивній терапії та активній медикаментозній стимуляції функції кишечника та ліквідації його парезу на 3-тю та 4-ту добу явища інтраабдомінальної гіпертензії були ліквідовані.

У 3(1,3%) пацієнтів з середніми ПГЖ гігантських розмірів спостерігалась двобічна нижньодольова пневмонія, яка була ліквідована на 10-ту добу завдяки антибактеріальній, протизапальній терапії та фізіотерапевтичним процедурам.

Серед всіх прооперованих пацієнтів серома спостерігалась у 96 (7,3%) пацієнтів, нагноєння - у 16(1,2%). Померли 2 пацієнти з середніми гігантськими ПГЖ на 7-9 добу після операції від тромбоемболії легеневої артерії, незважаючи на використання антикоагулянтної терапії.

Віддалені результати лікування були вивчені шляхом повторних оглядів у 520 пацієнтів у строки від 1 до 5 років. Хронічний біль на ділянці черевної стінки впродовж 6-8 місяців після операції спостерігався у 17(3,2%) пацієнтів і був ліквідований шляхом призначення фізіотерапевтичних процедур та нестероїдних протизапальних препаратів. Рецидиви грижі виявлені у 7(1,3%) пацієнтів. У 3 пацієнтів рецидив виник після операції "sublay", у 4 - після модифікованої нами операції Раміреза (варіант 2).

Рецидиви після методики "sublay" мали місце в нижніх відділах післяопераційних рубців по нижньому краю фіксації проленої сітки. З найбільшою вірогідністю причиною рецидиву ПГЖ в цих випадках була ненадійна фіксація сітки в нижньому куті рани до м'язів та апоневрозу. Щодо рецидивів після модифікованої нами операції Раміреза (варіант 2), то всі вони виникли по краю фіксації сітки до прямого м'яза живота у зв'язку з недостатнім перекриттям цього м'яза сіткою.

Накопичення досвіду хірургічного лікування ПГЖ, як свідчать отримані результати, переконливо демонструє те, що аутопластика можлива лише у обмеженій кількості (3,6%) пацієнтів молодого та середнього віку з ПГЖ малого та середнього розмірів у випадку відсутності діастазу прямих м'язів живота. У всіх інших випадках хірургічного лікування ПГЖ необхідно виконувати з використанням сітчастих імплантів. Особливістю алопластики ПГЖ малого і середнього розмірів з діастазом прямих м'язів живота є його усунення на всю довжину з використанням методики "sublay".

При ПГЖ великого розміру, як показує наш досвід, оптимальною методикою алопластики є - "sublay". Саме ця методика при таких ПГЖ забезпечує перекриття сіткою країв дефекту черевної стінки та менше 5-7 см без значного їх натягу та зменшення об'єму черевної порожнини. Відсутність контакту сітки при методиці "sublay" з внутрішніми органами та підшкірною основою дозволяє зменшити ймовірність виникнення як злукового процесу так і сероми на ділянці рани. Алоп-

ластика ПГЖ гігантських розмірів в зв'язку з великим ризиком підвищення ВЧТ вимагає створення оптимального об'єму черевної порожнини. Використання розроблених нами реконструктивно-відновних варіантів алогерніопластики дозволяє без натягу тканин черевної стінки закрити складні гігантські дефекти, сформувати оптимальний об'єм черевної порожнини і значно знизити ризик розвитку інтраабдомінальної гіпертензії та зменшити частоту післяопераційних рецидивів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Вибір способу алогерніопластики з врахуванням

віку хворого, розмірів дефекту черевної стінки, діастазу прямих м'язів живота та показників моніторингу ВЧТ забезпечує оптимізацію хірургічного лікування ПГЖ.

2. Методика "sublay" є оптимальним варіантом алопластики при серединних ПГЖ великого розміру та ПГЖ малого та середнього розмірів з діастазом прямих м'язів живота, а при попереково-бокових - преперитонеальна алопластика.

При серединних ПГЖ гігантських розмірів показані модифіковані нами операції Раміреза в комбінації з сітчастими імплантатами, що зменшує частоту післяопераційних ускладнень у 7-9 разів та рецидивування у 12-14 разів у порівнянні з літературними даними.

Література

- Жебровский В.В. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений при большой грыже брюшной стенки /В.В.Жебровский, Салах Ахмед М.С. //Клінічна хірургія. - 2003. - №11. - 18 с.
- Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций /В.В.Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. - 440 с.
- Фелештинський Я.П. Герніопластика складних гігантських дефектів черевної стінки // Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций: материалы научно-практической конференции с международным участием /Я.П.Фелештинський, В.І.Мамич, В.О.Дубенець. - Алушта, 2006. - С. 174-176.
- Хірургічне лікування хворих з післяопераційними попереково-бокових ділянок живота /В.Г.Мішалов, А.О.Бурка, І.І.Теслюк та ін. //Хірургія України. - 2008. - №1(25). - С. 99-105.
- Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension /M.L.Cheatham, M.W.White, S.G.Sagraves [et al.] //J. Trauma. - 2000. - Vol.49, №4. - P. 621-6; discussion P. 626-7.
- Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P.Chevrel, A.M.Rath //Hernia. - 2000. - Vol.4, №1. - P. 1-7.
- Dumanian G.A. Comparison of repair techniques for major incisional hernias /G.A. Dumanian, W.Dehman //Am. J. Surg. - 2003. - Vol.185, №1. - P. 61-65.
- Kingsnorth A.N. The benefits of a hernia service in a public hospital / A.N.Kingsnorth, C.Porter, D.H.Bennet //Hernia. - 2000. - №4. - P. 1-5.
- Manu L.N. Incidence and prognosis of intra-abdominal hypertension in mixed population of critically ill patients: A multiple-center epidemiological study /L.N.Manu, G.Malbrain //Crit. Care Med. - 2005. - Vol.33. - P. 315-22.
- The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure /M.Schein, D.H.Wittman, C.C.Aprahamian [et al.] //J. Am. Col. Surg. - 1995. - Vol.180. - P. 745-53.

ВИБОР СПОСОБА АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННИХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

Фелештинский Я.П., Мамчич В.И., Ватаманюк В.Ф., Свиридовский С.А.

Резюме. В работе обоснован выбор способа аллопластики при послеоперационных грыжах живота (ПГЖ) у 1315 больных в возрасте от 30 до 80 лет, которые были прооперированы за период с 2000 по 2009 годы. Аутопластика выполнялась только у 43(3,2%) больных с ПГЖ малого и среднего размеров при отсутствии диастаза прямых мышц. Оптимальным вариантом аллопластики при срединных ПГЖ малого размера с диастазом прямых мышц была методика "sublay", при пояснично-боковых - преперитонеальная аллопластика. У больных с гигантскими ПГЖ - модифицированная нами операция по Рамірезу в комбинации с аллотрансплантатами. Интраабдоминальная гипертензия наблюдалась у 2(0,8%) больных среди 231 со срединными гигантскими ПГЖ, серома - у 86(7,2%), нагноение раны - у 16(1,2%) среди всех прооперированных. Умерли 2(0,8%) больных со срединными гигантскими ПГЖ от тромбоза легочной артерии. Отдаленные результаты аллопластики изучены у 520 больных в сроки от 1 до 5 лет. Хроническая боль в области брюшной стенки имела место у 17(3,2%) больных, рецидивы ПГЖ - у 7(1,3%).

Ключевые слова: послеоперационные грыжи живота, аутопластика, аллопластика, методика "sublay", модифицированные операции по Рамірезу.

SELECTION OF METHOD OF ALLOPLASTY IN THE CASE OF POSTOPERATIONAL ABDOMINAL HERNIAS

Feleshtynsky Y.P., Mamchich V.I., Vatamanuk V. F., Svyrydovsky S. A.

Summary. In the work the selection of the method of alloplasty is well-founded in the case of postoperational abdominal hernias (PAH) of 1315 patients at the age of 30-80 years old, who were operated during the period from 2000 to 2009. Autoplasty was performed to the 43(3,2%) patients with PAH of small and medium sizes without diastase of rectus abdominal muscles. The optimal variant of alloplasty of middle PAH of the small size with the diastase of rectus abdominal muscles was the "sublay" methodic and the preperitoneal alloplasty was in the case of lumbar-lateral hernias. The patients with giant PAH was performed the operation by Ramirez in our modification combined with allotransplant. Intraabdominal hypertension was observed in 2(0,8%) patients among 231 with middle giant PAH, the seroma - in 86(7,2%) patients, the suppuration of wound - in 16(1,2%) among all patients. The 2(0,8%) patients with middle giant PAH died from thromboembolism of pulmonary artery. The remote results of alloplasty of the 520 patients during the period from 1 to 5 years were studied. The 17(3,2%) patients had the chronic pain in abdominal wall, the 7(1,3%) patients had recurrences of PAH.

Key words: postoperational abdominal hernias, autoplasty, alloplasty, "sublay" methodic, modification operations by Ramirez.

© Черенок Є.П., Крижановський Я.Й.

УДК: 617.576-001.5-089.844:622

ПЕТЛЬОВИЙ ШОВ TSUGE ТА РАННЄ ФУНКЦІОНАЛЬНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ СУХОЖИЛКІВ ЗГИНАЧІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Черенок Є.П., Крижановський Я.Й.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра загальної хірургії №2 (вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, Україна, 02125)

Резюме. Показана висока ефективність застосування петльового шва Tsuge у різних модифікаціях, особливо при множинних та поєднаних ушкодженнях кисті. Визначені переваги петльового шва: збереження кровопостачання сухожилка, мінімальна його деформація, простота і швидкість виконання, надійність. Налагоджений в Україні випуск атравматичних голок для сухожилкового петльового шва за аналогією з голкою Tsuge. Доведена пріоритетність застосування петльового шва не тільки при невідкладній допомозі, а й при лікуванні застарілих ушкоджень сухожилків згиначів пальців кисті. Застосування розроблених нами способів ранньої розробки оперованих пальців дозволили значно знизити утворення згинальних контрактур і як наслідок - скоротити час непрацездатності пацієнтів.

Ключові слова: кисть, сухожилок, ушкодження, петльовий шов, хірургічне лікування.

Вступ

Створення цілковито "бездоганного" сухожильного шва навряд чи можливе, так як деякі вимоги, які висуваються до шва, суперечать один одному. З одного боку, чим товща нитка, чим більше петель та вузлів, чим більше захоплено в шов тканин сухожилка, тим міцніше з'єднання його ушкоджених кінців. З іншого боку, такий шов потребує більшої кількості проколів голки, розволочує і травмує сухожилок, порушує його кровопостачання. Тому поряд із запропонованими надмірними швами ведуться пошуки достатньо міцних і в той же час малотравматичних і простих у виконанні способів накладання сухожильного шва [Бояршинов, Кондакова, 2006]. Застосування такого шва актуальне при поєднаному ушкодженні сухожилків згиначів пальців кисті.

Метою дослідження було покращення результатів комплексного хірургічного лікування пацієнтів з ушкодженнями сухожилків згиначів пальців кисті шляхом застосування модифікованого петльового шва за методикою Tsuge та ранньої післяопераційної розробки рухів.

Матеріали та методи

Робота побудована за даними обстеження та комплексного хірургічного лікування 28 пацієнтів з 82 ушкодженими сухожилками згиначів пальців кисті за період з 2009 по 2010 роки на кафедрі загальної хірургії №2 Національного медичного університету в підрозділ якої входить Київський міський центр пластичної мікрохірургії та хірургії кисті. Вік пацієнтів коливався від 16 до 68 років. Переважаюча кількість пацієнтів була працездатного віку. Поєднанні ушкодження кисті було діагностовано у 19 пацієнтів. Частіше зустрічалися різані рани (79,8%). В більшості випадків ушкодження сухожилків згиначів відбувалося в II та III зонах. В 20 спостереженнях накладали первинний сухожильний шов, в 6 - первинний відстрочений, в 4 випадках застосовували при одномоментній сухожильній пластиці і в 2 - при транспозиції сухожилків в наслідок нейрогенної деформації.

Для досягнення поставленої мети був налагоджений за нашими ескізами випуск атравматичних голок

для петльового шва сухожилків пальців кисті за аналогією з голкою Tsuge. Характеристики атравматичної голки були наступні: тип голки - таперкат, умовний № USP - 3/0, 4/0; окружність - 3/8, діаметр - 0,7 мм, довжина - 15 мм. Характеристика нитки: матеріал - поліестер (лавсан) плетений, не розсмоктується, стійка до абсорбції та будь-якого зменшення міцності на розтягнення.

Петльовий шов ушкоджених сухожилків глибоких згиначів та довгого згинача великого пальця застосовувався у всіх зонах кисті окрім першої (виконували черезкісткову реінсеркцію). Модифікація петльового шва за методикою Tsuge при ушкодженні у 2-й зоні полягала у наступному. Після проколу дистальної кукси сухожилка на відстані 1 см, голку проводили через петлю та затягували. Наступний прокол робили позаду утвореної петлі, проводили голку через її центр та виводили через центр ушкодженого сухожилка. Після чого проколювали по центру проксимальну куксу сухожилка, виколувалися на відстані 1 см, робили подвійний зашморг, відрізали біля голки лише одну нитку та робили вузол. При ушкодженні сухожилків згиначів в 3,4,5-й зонах шов розпочинали з проксимальної кукси сухожилка за описаним вище принципом, дистальна кукса також прошивалась з утворенням петлі і голка поверталась в ділянку першої петлі, де робився зашморг та остаточний вузол. Таким чином ушкоджений сухожилок був з'єднаний за допомогою чотирьох пасм при мінімальній кількості уколів. Після накладання основного шва виконували адаптуєчий шов атравматичною голкою 6/0 (PDS II).

Техніка виконання петльового шва при сухожильній пластиці була наступною: після проколу дистальної кукси сухожилка, голку проводили через петлю та затягували, далі проколювали трансплантат, робили в його дистальній та проксимальній частині по петлі, виколувалися з нього та вколувалися в проксимальний кінець ушкодженого сухожилка, робили подвійний зашморг, відрізали біля голки лише одну нитку та робили вузол, на місця сухожильних стиків накладали адаптуєчи шви.

Розробку пальців в післяопераційному періоді проводили за розробленими нами способами [Крыжановский и др., 2002].

Спосіб контрольованих рухів пальців здійснювали навантаженням на сухожилки м'язів-антагоністів за допомогою еластичних тяг. Після операції кисть та пальці іммобілізували тильною гіпсовою лонгетою від кінчиків пальців до верхньої третини передпліччя у положенні згинання в променево-зап'ястковому суглобі до 30°, згинання в п'ястково-фалангових суглобах - 70° та легке згинання в міжфалангових суглобах. Починаючи з третьої доби післяопераційного періоду, у виступаючій частині нігтьової пластини робили отвір та закріплювали еластичну гумову тягу-трималку для постійного утримання пальця в положенні згинання. В ділянці зап'ястка до бинта прикріплювали англійську шпильку (скріпку), через яку проводили еластичну тягу, яка фіксувалась в ділянці середньої або верхньої третини передпліччя.

Пацієнт починав активні розгинання пальця за методикою "Four Fours" в нашій модифікації: 4 рази щодня; 4 розгинальних рухів пальцями з прагненням доторкнутися кінчиками пальців до гіпсової лонгети; 4 згинальних рухи при розслаблених пальцях під силою еластичних тяг гумки; 4 тижні з моменту накладання тяг.

Через 4 тижні додавали дозоване активне та пасивне згинання пальця із поступово наростаючим навантаженням. Захист анастомозу сухожилка від повного та багаторазового навантаження продовжували ще 2 тижні.

Спосіб одноразового (протягом доби) переміщення сухожилків з повною амплітудою здійснювали змінними лонгетами. Після операції пальці фіксували за допомогою тильної гіпсової лонгети при згинанні в променево-зап'ястковому суглобі до 30°, у п'ястково-фалангових суглобах - до 90°, у проксимальних міжфалангових - до 50° та в дистальних міжфалангових - 20°. Протягом перших трьох діб для кисті забезпечували суворий спокій. Починаючи із 3-4 доби пальці додатково фіксували тильною розгинальною лонгетою при згинанні в променево-зап'ястковому суглобі 30°, згинанні в п'ястково-фалангових суглобах - до 70° і повному розгинанні у міжфалангових суглобах. Тривалість лікувальної іммобілізації кожної лонгетою складала 12 годин на добу. Згинальна лонгета фіксувала кисть та пальці у вечірній час та під час сну, а розгинальна - у світлий час доби. Зміна лонгет проводилась під час перев'язок, протягом яких пацієнт виконував 4-6 згинальних рухів пальцем, після чого кисть іммобілізували знову на 12 годин. Через 3 тижні після операції переходили до дозованих активних рухів пальцями із поступовим збільшенням навантаження. До кінця 4-5 тижня гіпсову лонгету знімали.

Результати. Обговорення

Віддалені результати вивчено у 17 пацієнтів. Вони були оброблені згідно системи інтегральної оцінки функції кисті та верхньої кінцівки розробленої Амери-

Таблиця 1. Порівняльні результати комплексного лікування ушкоджень сухожилків згиначів пальців кисті.

Група	Результати		
	добрі	задовільні	незадовільні
Досліджувана (n=17)	79,5% (n=14)	11,8% (n=2)	5,8% (n=1)
Контрольна (n=17)	52,9% (n=9)	29,5% (n=5)	17,6% (n=3)

канською асоціацією хірургів кисті (AAHS) в модифікації І.М.Курінного [1999] Для оптимізації оцінки функціональної здатності та якості життя пацієнтів ми вперше проводили за допомогою адаптованого нами опитувальника MHQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire) [Крижановський, Черенок, 2009; Horton et al., 2007]. Шкала MHQ містить шість блоків питань: I блок містить загальні питання, які стосуються функції кисті (наприклад, як добре протягом останнього тижня рухалися пальці кисті); II блок містить питання, які охоплюють основні функції кисті (щипок, гачкоподібний захват, складні координовані рухи кистями та інше); III блок містить питання, які дозволяють оцінити ступінь впливу функціональної недостатності кисті на виконання роботи; IV блок містить питання, які стосуються наявності больового синдрому; V блок містить питання про зовнішній вигляд кистей; VI блок містить питання, які стосуються задоволеності пацієнта функціональною спроможністю кисті. Даний опитувальник MHQ дозволяє, на основі суб'єктивної думки самого пацієнта, дати оцінку всім аспектам функціонування кисті.

Для порівняння були оброблені результати 20 пацієнтів з ушкодженнями сухожилків згиначів на 40 пальцях за період з 2006 по 2007 роки. В цій групі шов ушкоджених сухожилків згиначів пальців кисті здійснювали за способами Сунео та Розова. Післяопераційний період проводили за загально прийнятою методикою 4-х тижневої іммобілізації до зрощення сухожилка з наступним призначенням лікувальної фізкультури. За віком пацієнтів, характером та кількістю поєднаних ушкоджень контрольна група була ідентична досліджуваній.

Незадовільні результати лікування в досліджуваній групі були викликані недбалістю ставлення пацієнта до лікування. Тривалість операції у пацієнтів досліджуваної групи в середньому була на 30 хвилин менше, ніж в контрольній групі.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналіз результатів комплексного хірургічного лікування ушкоджень сухожилків згиначів пальців кисті свідчить, що застосування модифікованого нами петльового шва виявилось ефективнішим за шви Сунео та Розова, а методи раннього функціонального навантаження дозволили отримати добрі результати майже у всіх випадках. Застосування петльового шва забезпечило збереження кровопостачання сухожилка, мінімаль-

ну його деформацію, простоту та швидкість виконання, що особливо важливо при лікуванні пацієнтів з множинними та поєднаними ушкодженнями кисті.

Вважаємо перспективним подальше включення да-

ного методу сухожильного шва в протоколи лікування важкої травми кисті та дослідження ефективності його застосування при ушкодженні сухожильків розгиначів пальців кисті.

Література

Бояршинов М.А. Восстановление функции пальцев кисти с применением внутрисуставного петлевого сухожильного шва при открытых повреждениях /М.А.Бояршинов, А.П.-Кондакова //Травматология и ортопедия России. - 2006. - №3(41). - С. 74-75.

Крижановський Я.Й. Хірургічне лікуван-

ня термінальних дефектів пальців кисті /Я.Й.Крижановський, Є.П.Черенок. - Київ: "Макрос", 2009. - 144 с.
Крыжановский Я.И. Реабилитация больных после восстановительных операций при повреждениях сухожильных сгибателей пальцев кисти / Я.И.Крыжановский, Е.П.Черенок, В.А.Куценко //Травма. - 2002. -

Т.3, №2. - С.168-172.

Курінний І.М. Кількісна оцінка порушень функції кисті та верхньої кінцівки / І.М.Курінний //Лікарська справа. - 1999. - №6. - С. 99-105.

Horton T.C. Social deprivation and hand injury /T.C.Horton, J.J.Dias, F.D.Burke //J. Hand Surg. [Eur]. - 2007. - Vol.32, №3. - P. 256-261.

ПЕТЛЕВОЙ ШОВ TSUGE И РАННИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАГРУЗКИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Черенок Е.П., Крыжановский Я.Й.

Резюме. Показана высокая эффективность применения петлевого шва Tsuge в разных модификациях, особенно при множественных и сочетанных повреждениях кисти. Определены преимущества петлевого шва: сохранение кровообращения в сухожилии, минимальная его деформация, простота и быстрота выполнения, надежность. Налажен в Украине выпуск атравматических игл для сухожильного петлевого шва по аналогии с иглой Tsuge. Доказана приоритетность применения петлевого шва не только при неотложной помощи, а и при лечении застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти. Применение разработанных нами способов ранней разработки оперированных пальцев позволило значительно снизить образование сгибательных контрактур и как следствие - время нетрудоспособности пациента.

Ключевые слова: кисть, сухожилие, повреждения, петлевой шов, хирургическое лечение.

LOOP SUTURE TSUGE AND EARLY FUNCTIONAL LOADINGS AT RECONSTRUCTION OF FLEXOR TENDON FINGERS OF A HAND

Cherenok E., Kryzhanovsky Y.

Summary. High efficiency of application of loop suture Tsuge in different updatings is shown, especially at plural and combined damages of a hand. Advantages of a loop suture: preservation of a circulation in a sinew, its minimal deformation, simplicity and speed of performance, reliability are certain. Release atraumatic needles for tendon a loop suture by analogy to needle Tsuge is adjusted in Ukraine. It is proved priority applications of a loop suture not only with the urgent help, and and at treatment of chronic damages of flexor tendon fingers of a hand. Application of the ways of early development developed by us operate on fingers has allowed to lower education flexion contracture and invalidity of the patient.

Key words: hand, tendon, damages, loop suture, surgical treatment.

© Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О.

УДК: 616.441-003.822-085.252

РЕЗУЛЬТАТИ СКЛЕРОТЕРАПІЇ КІСТОЗНИХ ВУЗЛІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ 70% РОЗЧИНОМ ЕТАНОЛУ

Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського (майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001)

Резюме. Проведено аналіз ефективності склеротерапії в залежності від об'єму вузла та відсотку рідинного компоненту в ньому. Розроблена нами методика склеротерапії вузлів з кістозною трансформацією, з використанням 70% розчину етилового спирту, немає деструктивного впливу на паранодулярну тканину залози при збереженні лікувального ефекту. Виліковування настає в період від 6 до 12 місяців із заміщенням вузла з кістозною дегенерацією на сполучну тканину. Розроблені покази до повторної склеротерапії та критерії виліковування вузлів з кістозною трансформацією. Склеротерапія з використанням 70% розчину етилового спирту є високоефективною методикою лікування кістозних вузлів щитоподібної залози.

Ключові слова: вузловий зоб з кістозною трансформацією, кіста щитоподібної залози, лікування, склеротерапія, 70% розчин етилового спирту.

Вступ

На сьогоднішній день є безліч методик проведення склеротерапії [Барсуков, 2006; Мартино и др., 2000; Dong Wook Kim et al., 2005; Jayesh et al., 2009; Jin Yong Sung, et al., 2008; Monzani et al., 1994; Zieleznik et al., 2005;

Zingrillo et al., 1996]. Вони відрізняються за концентрацією етанолу, об'єму введеного склерозанту відносно об'єму кисті, та по експозиції склеротерапії.

Проте, загально визнаним є той факт, що прове-

ну його деформацію, простоту та швидкість виконання, що особливо важливо при лікуванні пацієнтів з множинними та поєднаними ушкодженнями кисті.

Вважаємо перспективним подальше включення да-

ного методу сухожильного шва в протоколи лікування важкої травми кисті та дослідження ефективності його застосування при ушкодженні сухожильків розгиначів пальців кисті.

Література

Бояршинов М.А. Восстановление функции пальцев кисти с применением внутрисуставного петлевого сухожильного шва при открытых повреждениях /М.А.Бояршинов, А.П.-Кондакова //Травматология и ортопедия России. - 2006. - №3(41). - С. 74-75.

Крижановський Я.Й. Хірургічне лікуван-

ня термінальних дефектів пальців кисті /Я.Й.Крижановський, Є.П.Черенок. - Київ: "Макрос", 2009. - 144 с.
Крыжановский Я.И. Реабилитация больных после восстановительных операций при повреждениях сухожильных сгибателей пальцев кисти / Я.И.Крыжановский, Е.П.Черенок, В.А.Куценко //Травма. - 2002. -

Т.3, №2. - С.168-172.

Курінний І.М. Кількісна оцінка порушень функції кисті та верхньої кінцівки / І.М.Курінний //Лікарська справа. - 1999. - №6. - С. 99-105.

Horton T.C. Social deprivation and hand injury /T.C.Horton, J.J.Dias, F.D.Burke //J. Hand Surg. [Eur]. - 2007. - Vol.32, №3. - P. 256-261.

ПЕТЛЕВОЙ ШОВ TSUGE И РАННИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАГРУЗКИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Черенок Е.П., Крыжановский Я.Й.

Резюме. Показана высокая эффективность применения петлевого шва Tsuge в разных модификациях, особенно при множественных и сочетанных повреждениях кисти. Определены преимущества петлевого шва: сохранение кровообращения в сухожилии, минимальная его деформация, простота и быстрота выполнения, надежность. Налажен в Украине выпуск атравматических игл для сухожильного петлевого шва по аналогии с иглой Tsuge. Доказана приоритетность применения петлевого шва не только при неотложной помощи, а и при лечении застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти. Применение разработанных нами способов ранней разработки оперированных пальцев позволило значительно снизить образование сгибательных контрактур и как следствие - время нетрудоспособности пациента.

Ключевые слова: кисть, сухожилие, повреждения, петлевой шов, хирургическое лечение.

LOOP SUTURE TSUGE AND EARLY FUNCTIONAL LOADINGS AT RECONSTRUCTION OF FLEXOR TENDON FINGERS OF A HAND

Cherenok E., Kryzhanovsky Y.

Summary. High efficiency of application of loop suture Tsuge in different updatings is shown, especially at plural and combined damages of a hand. Advantages of a loop suture: preservation of a circulation in a sinew, its minimal deformation, simplicity and speed of performance, reliability are certain. Release atraumatic needles for tendon a loop suture by analogy to needle Tsuge is adjusted in Ukraine. It is proved priority applications of a loop suture not only with the urgent help, and and at treatment of chronic damages of flexor tendon fingers of a hand. Application of the ways of early development developed by us operate on fingers has allowed to lower education flexion contracture and invalidity of the patient.

Key words: hand, tendon, damages, loop suture, surgical treatment.

© Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О.

УДК: 616.441-003.822-085.252

РЕЗУЛЬТАТИ СКЛЕРОТЕРАПІЇ КІСТОЗНИХ ВУЗЛІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ 70% РОЗЧИНОМ ЕТАНОЛУ

Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського (майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001)

Резюме. Проведено аналіз ефективності склеротерапії в залежності від об'єму вузла та відсотку рідинного компоненту в ньому. Розроблена нами методика склеротерапії вузлів з кістозною трансформацією, з використанням 70% розчину етилового спирту, немає деструктивного впливу на паранодулярну тканину залози при збереженні лікувального ефекту. Виліковування настає в період від 6 до 12 місяців із заміщенням вузла з кістозною дегенерацією на сполучну тканину. Розроблені покази до повторної склеротерапії та критерії виліковування вузлів з кістозною трансформацією. Склеротерапія з використанням 70% розчину етилового спирту є високоефективною методикою лікування кістозних вузлів щитоподібної залози.

Ключові слова: вузловий зоб з кістозною трансформацією, кіста щитоподібної залози, лікування, склеротерапія, 70% розчин етилового спирту.

Вступ

На сьогоднішній день є безліч методик проведення склеротерапії [Барсуков, 2006; Мартино и др., 2000; Dong Wook Kim et al., 2005; Jayesh et al., 2009; Jin Yong Sung, et al., 2008; Monzani et al., 1994; Zielesnik et al., 2005;

Zingrillo et al., 1996]. Вони відрізняються за концентрацією етанолу, об'єму введеного склерозанту відносно об'єму кисті, та по експозиції склеротерапії.

Проте, загально визнаним є той факт, що прове-

дення склеротерапії та ранній післяманіпуляційний період (до 5-7 днів) супроводжується болем [Jayesh et al., 2009; Lee, Ahn, 2005; Valcavi, Frasoldat, 2004; Zingrillo et al., 1996], в поодиноких випадках спостерігається транзиторне порушення фонації [Мартіно і др., 2000; Valcavi, Frasoldat, 2004; Zingrillo et al., 1996]. Дані симптоми наводять на думку про те, що склеротерапія з використанням 96% спирту має деструктивний вплив не лише на тканину вузла, а і на паранодулярну та навколишні тканини.

Нами проаналізовано вплив склеротерапії з використанням 96% етилового спирту в об'ємі 1/3 від евакуйованої рідини та експозицією 15 хвилин. Ми обстежили 20 хворих (жінки) віком від 20 до 68 років, середній вік складав $28,9 \pm 2,8$ роки. Усі пацієнти до лікування знаходились в еутироїдному стані та без ознак аутоімунного процесу. Об'єм вузлів коливався від 1,8 до $8,2 \text{ см}^3$, середній об'єм складав $2,9 \pm 1,4 \text{ см}^3$. Відсоток рідинного компоненту у 18 хворих складав $> 80\%$, та у 2 хворих $< 80\%$ проте $> 50\%$. Ми дослідили зміни цитологічної картини рідинного та тканинного компонентів вузла і паранодулярної тканини щитоподібної залози на другу добу та через місяць після склеротерапії, а також зміни показників АТТГ та Т4 (вільний).

На другу добу після маніпуляції у 18 хворих (96%) відзначалось достовірне підвищення АТТГ в середньому в 1,5 рази та рівня Т4 (вільний) у середньому у 1,8 рази ($p < 0,05$). Дані показники повернулись до вихідного рівня через 1 місяць після маніпуляції. Вищевказані зміни наводять на думку про те, що склерозант має цитолітичну дію не лише на вузол, а і на незмінені тиреоцити. Це спонукало нас провести цитологічне дослідження паранодулярної тканини залози на другу добу та через 1 місяць після маніпуляції. У всіх хворих паранодулярна тканина на другу добу містила елементи вираженого запалення (лейкоцитарна інфільтрація, набряк інтерстиціальної тканини та безформенні маси), що свідчило про деструктивний вплив 96% розчину етилового спирту на паранодулярну тканину. При цитологічному дослідженні пунктатів через 1 місяць відмічався регрес запального процесу та поява ознак фіброзу.

У зв'язку із цим метою нашого дослідження було розробити методику склеротерапії із нижчим деструктивним впливом на паранодулярну тканину щитоподібної залози.

Матеріали та методи

Нами проліковано 62 хворих на вузловий зоб з кістозною дегенерацією. У всіх випадках підписано інформаційну згоду на проведення маніпуляцій та досліджень. Усі пацієнти - жінки віком від 21 до 66 років, середній вік складав $30,1 \pm 3,1$ роки. Серед них 30 хворих віком до 25 років, 28 хворих віком від 25 до 50 років та 4 хворих старше 50 років (табл. 1).

В усіх хворих до лікування лабораторно підтверджений еутироїдний стан та відсутність ознак аутоімун-

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком.

Вік хворих (роки)	Кількість хворих (n)	Відсоток (%)
< 25 років	30	48,4
25 - 50 років	28	45,1
> 50 років	4	6,5
Разом	62	100

Таблиця 2. Розподіл хворих за об'ємом вузла.

Об'єм вузла (см^3)	Кількість хворих (n)	Відсоток (%)
< 2	31	50,0
2 - 5	26	41,9
> 5	5	8,1
Разом	62	100

Таблиця 3. Розподіл хворих за відсотком рідинного компоненту.

Відсоток рідинного компоненту вузла (%)	Кількість хворих (n)	Відсоток (%)
> 80	60	96,8
80 - 50	2	3,2
Разом	62	100

ного процесу. Об'єм вузлів коливався від 1,5 до $7,8 \text{ см}^3$, середній об'єм складав $2,4 \pm 1,2 \text{ см}^3$. У 31 хворій об'єм вузла був до 2 см^3 , у 26 хворих - від 2 до 5 см^3 , у 5 хворих об'єм вузла перевищував 5 см^3 (табл. 2).

Відсоток рідинного компоненту у 60 хворих складав $> 80\%$, та у 2 хворих $< 80\%$ проте $> 50\%$ (табл. 3).

Склеротерапія проводилась з використанням 70% розчину етилового спирту. Дана концентрація етанолу є одним із стандартних розчинів [Ажгіхін, 1980; Домбровський та ін., 1998]. Об'єм склерозанту, що вводився, розраховувався у співвідношенні 1/3 від об'єму евакуйованої рідини. Цей об'єм не підвищує тиску всередині капсули кістозного вузла (внутрішньокапсулярний тиск складав 0 мм. вод. ст.), таким чином відсутнє витікання склерозанту за межі капсули. Експозиція склеротерапії становила 15 хвилин.

Контроль ефективності склеротерапії проводився на другу добу, через два тижні 1, 3, 6 та 12 місяців після маніпуляції. Проводили наступні обстеження: УЗД (УЗД апарат "TOSHIBA" Nemio XG SSA-580 A), визначення рівня Т4 (вільний) та АТТГ (імуноферментний метод, апарат STAT FAX 3200, 2600, 2200). На другу добу, через 1 місяць та, при необхідності, через 3 місяці після склеротерапії діагностичні заходи доповнювались цитологічним дослідженням рідинного та тканинного компонентів вузла, а також паранодулярної тканини. Регрес об'єму вузла порівнювали із вихідними даними (до проведення маніпуляції).

Результати. Обговорення

На другу добу після склеротерапії об'єм рідинного компоненту знаходиться в межах первинних значень. При цитологічному дослідженні рідинного та тканинно-

Таблиця 4. Розподіл хворих за регресом вузлів.

Регрес вузла (%)	Кількість хворих (n)	Відсоток (%)
> 80	59	95,2
80 - 50	3	4,8
Разом	62	100

го компонентів вузла виявлено ознаки асептичного запалення (рідинний компонент представлений запальним ексудатом, тканинний - містить лейкоцитарну інфільтрацію, набряк інтерстиціальної тканини та помірну кількість безформених мас). У паранодулярній тканині наявні елементи запалення: незначна лейкоцитарна інфільтрація, помірний набряк інтерстиціальної тканини, безформенні маси відсутні. Зміни рівня АТТГ та Т4 (вільний) достовірно не відрізнялись від вихідних значень ($p < 0,05$).

Через два тижні після маніпуляції, за даними УЗД, регрес рідинного компоненту складав $22 \pm 1,2\%$ ($p < 0,01$). Рівень АТТГ та Т4 (вільний) знаходився в межах показників до склеротерапії (повертались до норми).

Через 1 місяць після процедури регрес рідинного компоненту складав $63 \pm 2,1\%$ ($p < 0,001$). При цитологічному дослідженні тканинного компоненту вузла визначалась виражена фіброзна трансформація, набряк інтерстиціальної тканини відсутній. У паранодулярній тканині виявлено поодинокі групи лейкоцитів, тироцити без патологічних змін, ознаки фіброзу відсутні.

Через 3 місяці після маніпуляції заміщення вузла сполучною тканиною відмічалось у 51 пацієнта (82,2%). У цих хворих рідинний компонент до початку лікування складав >80% об'єму вузла. У решти 11 хворих (17,8%), на даному етапі спостереження середній регрес вузлів складав $71 \pm 3,1\%$. У 59 хворих при УЗД рідинний компонент не візуалізувався, відмічалось зменшення паренхіматозної частини вузла. У 3 хворих ультрасонографічно констатовано наявність рідини в порожнині кістозного вузла.

На 6 місяць після лікування у 3 хворих (4,8%) відмічався рідинний компонент при ультразвуковому дослідженні та його об'єм не змінився в порівнянні з попереднім контролем. У пункті рідинного компоненту наявні елементи характерні для кісти. При цитологічному дослідженні тканинного компоненту виявлено "слизопродуючі" (високі призматичні) клітини на фоні фіброзу.

Цим пацієнтам ми провели повторний сеанс склеротерапії з використанням тих же кількісних та якісних характеристик склерозанту та умов експозиції. Спостереження за змінами цитологічної картини та рівнів АТТГ і Т4 (вільний) проводились за тими ж методиками та у ті ж строки що і після первинної склеротерапії. У паранодулярній тканині при цитологічному дослідженні через 3 місяці після повторної маніпуляції фіброзних змін не виявлено. Зміни рівнів АТТГ та Т4 (вільний) були схожими до таких, що відмічались після первинної склеротерапії.

Через 12 місяців після первинної склеротерапії у 59

хворих (95,2%) ультрасонографічно наявна гіпоехогенна ділянка без рідинного компоненту, при цитологічному дослідженні - ознаки рубця. В усіх цих хворих відсоток рідинного компоненту до лікування складав >80% об'єму вузла.

У хворих після повторної склеротерапії через 6 місяців рідинний компонент не визначався.

Через 12 місяців у 3 хворих регрес вузла був в межах 50-80% ($p < 0,05$). У двох з них при цитологічному дослідженні ділянки вузла визначався рубець. У одного пацієнта цитологічно верифіковано наявність клітин папілярної аденоми на фоні фіброзних тяжів.

Як видно з результатів нашого дослідження, використання 70% етанолу в об'ємі введення 1/3 від евакуйованої рідини та експозицією тривалістю 15 хвилин має виражену деструктивну дію на рідинний та тканинний компоненти вузла. Зміни паранодулярної тканини носять транзиторний характер (не призводять до фіброзу) і не викликають змін рівнів АТТГ та Т4 (вільний).

Заміщення вузла сполучною тканиною відмічалось у 61 хворого (98,4%). Середня тривалість вилікування складала 6-12 місяців після первинної маніпуляції. Вік хворих не мав істотного впливу на швидкість регресу об'єму вузла ($p < 0,5$). Заміщення рубцевою тканиною вузлів з кістозною дегенерацією залежало від початкового об'єму вузла та відсотку рідинного компоненту.

Серед 3 хворих, котрим проводили повторний сеанс склеротерапії, та регрес вузла у яких склав 80-50%, у одного пацієнта відсоток рідинного компоненту до першого сеансу склеротерапії був >80, і об'єм вузла $7,8 \text{ см}^3$; у двох інших хворих об'єм вузлів знаходився в межах $2-5 \text{ см}^3$ та відсоток рідинного компоненту в межах 80-50%. У одного з цих двох хворих відсоток тканинного компоненту складав 48,2%, у нього ж і виявлено при цитологічному дослідженні на 12 місяць після повторної процедури клітини, характерні для папілярної аденоми.

Серед пролікованих нами хворих, у всіх випадках регрес вузла становив $\geq 50\%$. У 59 хворих відмічався регрес вузла більше ніж на 80%, у 3 хворих загальний регрес об'ємного утвору складав 80-50% (табл. 4).

На підставі аналізу проведених досліджень, нами визначено критерії вилікування кістозної дегенерації вузлів методом склеротерапії: позитивна динаміка УЗ картини (відсутність рідинного компоненту та ознаки рубцювання в проекції кісти); наявність ознак сполучної тканини в пункті при повторному ТАПБ.

Ми виділили покази до повторної склеротерапії: наявність рідинного компоненту, який в проміжку між 3 та 6 місяцями спостереження не мав тенденції до регресу; у пункті із залишкової тканини вузла - "слизопродуючі" (високі призматичні) клітини на 6 місяць після маніпуляції.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання 70% розчину етилового спирту з

розрахунку 1/3 об'єму евакуйованої рідинного компоненту та експозицією 15 хвилин є високоефективним методом лікування вузлів із кістозною дегенерацією.

2. Розроблена методика склеротерапії характеризується мінімальним деструктивним впливом на паранодулярну тканину.

3. Виліковування хворих з використанням даної методики наступає в періоді 6-12 місяців після маніпуляції.

4. Розроблена методика найбільш ефективна у хво-

рих на вузловий зоб з кістозною дегенерацією з відсотком рідинного компоненту > 80%.

5. Пацієнти із відсотком рідинного компоненту в межах 80-50%, а надто <50% потребують диференційованого підходу до вибору методів малоінвазивного лікування.

Склеротерапія з використанням 70% розчину етилового спирту є високоефективним методом лікування вузлів щитоподібної залози з кістозною трансформацією з мінімальним впливом на паранодулярну тканину.

Література

- Ажгіхін І.С. Технологія ліків /Ажгіхін І.С. - К.: "Медицина" - 1980. - С. 32.
- Барсуков А.Н. Результаты чрескожной склерозирующей терапии доброкачественных узловых образований щитовидной железы /Барсуков А.Н. //Хирургия. - 2006. - №2. - С. 32-37.
- Домбровський А.В. Хімія 10-11: Органічна хімія: [підручник для 10-11 кл. серед. загальноосв. шк.] /Домбровський А.В., Лукашова Н.І., Лукашов С.М. - К.: Освіта, 1998. - 192 с.
- Метод склеротерапии в лечении доброкачественной кистозно-узловой патологии щитовидной железы /Ильин А.А., Терентьев Р.О., Марченко Е.В. [и др.]. - Обнинск. http://5ka.su/ref/meditsina/0_object63626.html
- Мартино Энио. Чрезкожные инъекции этанола в лечении заболеваний щитовидной железы /Энио Мартино, Фаусто Богацци, Альдо Пинкера // Thyroid international. - 5-2000. - Мерк KGaA, Дармштадт. Німеччина. http://www.voed.ru/etanol_injekt.htm
- Dong Wook Kim. Percutaneous ethanol injection for benign cystic thyroid nodules: Is aspiration of ethanol - mixed fluid advantageous? /Dong Wook Kim, Myung Ho Rho, Hak Jin Kim [et al.] // Am. J. Neuroradiology. - 2005. - Vol. 26, №9. - P. 2122-2127.
- Efficacy and safety of USG-guided ethanol sclerotherapy in cystic thyroid nodules /Jayesh S.R., Pankaj Mehta, Mathew P Cherian [et al.] //Interventional Radiology. - 2009. - Vol.19, №3. - P 199-202.
- Lee S. Effectiveness of percutaneous ethanol injection therapy in benign nodular and cystic thyroid disease: long-term follow-up experience /S.Lee, J.Ahn // Endocr. J. - 2005. - Vol.52, №4. - P. 455-462.
- Modified percutaneous ethanol injection in the treatment of viscous cystic thyroid nodules /W.Zieleznik, A.Kawczyk-Krupka, M.Barlik et al. //Thyroid. - 2005. -Vol.15, №7. - P. 683-686.
- Percutaneous aspiration and ethanol sclerotherapy for thyroid cysts / F.Monzani, F.Lippi, O.Goletti [et. al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1994. - Vol.78, №6. - P. 800-802.
- Percutaneous ethanol injection of large thyroid cystic nodules /M.Zingrillo, M.Toroltano, M.Ghiggi et al. // Thyroid. - 1996. - Vol.6, №5. - P. 403-408.
- Valcavi R., Frasoldati A. Ultrasound-guided percutaneous ethanol injection therapy in thyroid cystic nodules /R.Valcavi, A.Frasoldati //Endocrine Practice. - Vol.10, №3. - P. 269-275.
- One-step ethanol ablation of viscous cystic thyroid nodules /Jin Yong Sung, Jung Hwan Baek, Yoon Suk Kim [et al.] //A.J.R. - 2008. - Vol.191. - P. 1730-1733.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИИ КИСТОЗНЫХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 70% РАСТВОРОМ ЭТАНОЛА Шидловский А.В., Карел О.И., Бобко В.М., Стасив М.Я., Шидловский В.А.

Резюме. Проведен анализ эффективности склеротерапии в зависимости от объема узла и процента жидкостного компонента в нем. Разработана нами методика склеротерапии узлов с кистозной трансформацией, с использованием 70% раствора этилового спирта, не имеет деструктивного влияния на паранодулярную ткань железы при сохраненные лечебного эффекта. Излечение наступает в период от 6 до 12 месяцев с замещением узла с кистозной дегенерацией на соединительную ткань. Разработаны показания к повторной склеротерапии и критерии излечения узлов с кистозной трансформацией. Склеротерапия с использованием 70% раствора этилового спирта является высокоэффективной методикой лечения кистозных узлов щитовидной железы.

Ключевые слова: узловой зоб с кистозной трансформацией, киста щитовидной железы, лечение, склеротерапия, 70% раствор этилового спирта.

RESULTS OF SCLEROTHERAPY OF CYST NODULES OF THYROID GLAND WITH 70% SOLUTION OF ETHANOL Shydlovskiy A.V., Karel O.I., Bobko V.M., Stasiv M.Ya., Shydlovskiy V.A.

Summary. The analysis of sclerotherapy efficiency is conducted depending on the volume of nodule and the percent of a liquid component in it. The developed by us method of sclerotherapy with nodules cyst transformation, with the use of 70% ethanol solution, does not have destructive influence on paranodular tissue of gland at stored medical effect. Curing comes in a period from 6 to 12 months with substituting for nodules with cyst degeneration for connective tissue. The indications of the repeated sclerotherapy and the criterias of curing of nodules with cyst transformation were developed. A sclerotherapy with the use of 70% ethanol solution is the high-efficiency method of treatment of cyst transformation of nodules of thyroid gland.

Key words: nodular goiter with cyst transformation, cyst of thyroid gland, treatment, sclerotherapy, 70% ethanol solution.

© Шимон В.М., Пантьо В.І., Вайнагії О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегії А.А.

УДК: 617-089

ДОСВІД ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИВЧЕННЯ КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Шимон В.М., Пантьо В.І., Вайнагії О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегії А.А.

Ужгородський національний університет, кафедра загальної хірургії (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. Засвоєння теоретичних знань та успішне оволодіння на їх основі практичних навичок лікарської діяльності - головне завдання формування майбутнього спеціаліста-медика. Полегшує виконання цієї мети випущений навчальний посібник "Загальна хірургія", який містить основні теоретичні положення теми, блок питань-відповідей, тестові завдання та ситуаційні задачі. Тестовий контроль дозволяє охопити значний теоретичний матеріал, швидко та об'єктивно оцінити знання. Уніфікований підхід забезпечується тим, що кожен студент отримує один пакет тестових завдань. У кінці кожної теми розглядаються ситуаційні задачі, у яких студент повинен продемонструвати вміння клінічного мислення на основі отриманих теоретичних знань. Велике значення має вміння правильно оцінити дані додаткових методів досліджень, засвоїти які допомагає навчально-методичний посібник "Рентгенологічні методи дослідження у вивченні курсу загальної хірургії", додатком до яких є компакт-диск із 125 описаними базовими рентгенограмами з основних розділів, які вивчаються на курсі загальної хірургії. З відміною виробничої практики, ми переходимо на індивідуальну самостійну роботу студентів із засвоєння основних навичок по догляду за хворими та хірургічних маніпуляцій, для якісного оволодіння якими на кафедрі підготовлено методичний посібник "Практичні навички з загальної хірургії з доглядом за хворими" та методичні розробки - щоденник по засвоєнню базових навичок та вмінь, який містить короткий алгоритм виконання кожної маніпуляції, індивідуальну карту засвоєння кожного практичного навичку та компакт-диск із слайдами та міні-фільмами.

Ключові слова: тестовий контроль, практичні навички, самостійна робота.

Вступ

Реформування вищої освіти на Україні з ціллю повноцінного входження у систему загальноєвропейської освіти має на меті створення умов для отримання вищої освіти світового рівня, випуск конкурентноспроможних кадрів та можливість їх працевлаштування у будь-якій країні світу, підвищення рейтингу національної системи освіти та науково-педагогічних кадрів на Європейському та світовому ринку вищої освіти [Желіба та ін., 2006; Крижановський та ін., 2006].

Згідно цього і проходить входження вищих учбових закладів України, у тому числі медичних, у Болонський процес. Положення Болонського процесу вимагають не тільки певних організаційно-структурних змін, але й збільшення часу на самостійну роботу студента, її індивідуалізація, а також введення виробничої практики у семестровий період для засвоєння та вдосконалення практичних навичок та умінь [Крижановський та ін., 2006; Міщенко та ін., 2006; Мунтян та ін., 2006].

Засвоєння теоретичних знань та успішне оволодіння на їх основі практичних навичок лікарської діяльності - головне завдання формування майбутнього спеціаліста-медика [Желіба та ін., 2006; Мунтян та ін., 2006]. Програма курсу загальної хірургії включає у себе вивчення тем, які життєво необхідні не тільки лікарю, особливо "сімейному", але й більш широкому загалу. Це і основи асептики та антисептики, принципи догляду за хворими, основи реанімації, принципи надання першої медичної допомоги при травматичних ураженнях та хірургічних захворюваннях.

З кожним роком зростає об'єм інформації, яку повинен засвоїти студент-медик. Та, як показує досвід, існуюча система контролю знань не завжди стимулює студентів до систематичного навчання протягом учбового року, а самостійне опрацювання підручників, посібників

та іншої додаткової літератури дає невисокий рівень виживання знань. Не є обґрунтованим і акцентування уваги тільки на тестовому контролі, який, хоч і змушує студента-медика завчити певний базовий рівень знань, та не дає основ клінічного мислення.

Тому, навіть "успішно" володіючи базовим рівнем знань на основі тестового контролю, студент-медик 2-3 курсу виглядає розгубленим біля ліжка хворого, у перев'язочних та маніпуляційних, неспроможний адекватно оцінити об'єм інформації, отриманий при курації хворих, виробити тактику обстеження та план лікування.

Саме з метою підвищення ефективності оволодіння теоретичними знаннями та засвоєння практичних навичок студентами-медиками ми прагнемо поєднати та вдосконалити класичні методи засвоєння та перевірки знань та вмінь студентів із пошуком нових.

Результати. Обговорення

Для підготовки до практичних занять студенти використовують випущені на кафедрі навчальний посібник "Загальна хірургія", який містить основні теоретичні положення теми, блок питань-відповідей, тестові завдання та ситуаційні задачі, навчально-методичний посібник "Тестовий контроль з загальної хірургії з доглядом за хворими" та методичні розробки для самопідготовки студентів по кожній з тем програми загальної хірургії, у яких в стислій формі подано основний зміст теми, яка розглядається, алгоритм обстеження та лікування хворого із даною патологією. У кінці кожної теми розглядаються тести та приведені ситуаційні задачі, у яких студент повинен віднести описану клінічну ситуацію до тієї чи іншої групи захворювань, виділити основні групи симптомів (загальних та місцевих), скласти алгоритм обстеження для уточнення діагнозу, ок-

реслити принципи лікування (загального та місцевого) даної патології.

Тестовий контроль за допомогою використання тестів різних рівнів складності дозволяє охопити значний теоретичний матеріал, швидко та об'єктивно оцінити знання. Але, на відміну від точних наук, застосування його як основного і єдиного способу засвоєння знань, приводить не до покращення підготовки, а до спрощення оцінювання викладачем знань студента.

Першим етапом тестового контролю є поточний вхідний контроль знань на кожному практичному занятті з послідовним розглядом теоретичного матеріалу та корекцією помилок, які були допущені студентами. Щоразу, для забезпечення кращого засвоєння матеріалу робочої програми, серед тестових завдань по даній темі включено декілька тестових завдань попередніх тем розділу.

У кінці кожного семестру навчання та перед іспитом (для бажаючих підвищити рейтинг) ми проводимо контрольне тестування, яке включає в себе стандартний набір тестів для всіх студентів по всім темам розділу або робочої програми. Уніфікований підхід забезпечується тим, що кожен студент отримує набір із одного пакету тестових завдань. Відповіді даються шляхом внесення правильних відповідей на контрольній карті, яка зберігається до складання іспиту.

Досвід вирішення типових ситуаційних задач дозволяє студенту не розгубитися при роботі з хворими і, розуміючи необхідність індивідуального підходу до хворого, все ж таки виділити певний діагностично-лікувальний алгоритм, базуючись на знаннях, засвоєних при вирішенні тестових завдань. На кожному практичному занятті студент вирішує дві ситуаційні задачі, при проведенні підсумкового семестрового модулю - шість, при проведенні підсумкового модулю перед іспитом - двадцять ситуаційних задач з усіх розділів робочої програми.

Що стосується таких загальнономедичних тем, як асептика-антисептика, анестезіологія-реаніматологія, десмургія, ситуаційні задачі максимально наближають студента до практичного застосування того чи іншого засобу антисептики, методу знеболення, способів стерилізації у найрізноманітніших життєвих ситуаціях, у тому числі зонах стихійних лих, військово-польових умовах тощо.

Протягом усього семестру використовується карта поточного контролю знань студентів, на якій відмічаються правильні відповіді на тести, даються письмові відповіді на ситуаційні задачі. Карта дозволяє зберігати інформацію про засвоєння тем робочої програми кожним студентом протягом усього періоду навчання.

Така послідовність дозволяє вдосконалити контроль та самоконтроль студентів, підготувати їх для послідовного складання ліцензійних іспитів "Крок-1" та "Крок-2".

Успішному вивченню матеріалу курсу загальної хірургії сприяє повноцінне методичне забезпечення, наявність унаочнень: фантомів, наборів для виконання маніпуляцій, шин тощо.

Велике значення для вивчення розділів травматичних ушкоджень, хірургічної інфекції, основ онкології та вад розвитку є вміння правильно оцінити дані додаткових методів досліджень, зокрема рентгенологічних. З цією метою на кафедрі випущені методичні розробки "Рентгенологічні методи дослідження у вивченні курсу загальної хірургії", теоретична частина яких виділяє основні рентгенологічні ознаки, об'єднує рентгенологічні симптоми та синдроми, які найчастіше зустрічаються при розгляді хірургічних захворювань. Окремим додатком до методичних розробок став компакт-диск із 125 описаними базовими рентгенограмами по основним розділам, які вивчаються на курсі загальної хірургії (методи обстеження у хірургії, травматичні ушкодження, у тому числі переломи та вивихи, остеомієліт, кістково-суглобовий туберкульоз, пухлини, вад розвитку) і може бути використаний для самостійної роботи з використанням персонального комп'ютера або ж DVD-програвача. Рівень засвоєння рентгендіагностики хірургічних захворювань обов'язково контролюється при проведенні підсумкових занять та у виді контрольних рентгенограм при здачі модулю та на іспиті.

Враховуючи, що студенти молодших курсів при вивченні загальної хірургії та пропедевтики внутрішніх хвороб вперше переступають поріг клінічної бази, у процесі навчання їх необхідно привчити систематично самостійно працювати як над літературою, так і над оволодінням практичними навичками з догляду за хворими та вмінням виконання базових хірургічних маніпуляцій.

З цією метою на кафедрі підготовлено та випущено методичний посібник "Практичні навички з загальної хірургії з доглядом за хворими" та методичні розробки-щоденник по засвоєнню базових навичок та вмінь. У посібнику досить детально розглянуто основні навички по догляду за різними групами хворих, показання та правила виконання хірургічних маніпуляцій по усім розділам загальної хірургії.

Індивідуальний щоденник-методичка містить короткий алгоритм виконання кожної маніпуляції, індивідуальну карту засвоєння кожного практичного навичку із датою теоретичного та практичного (під час самостійної роботи) засвоєння, оцінкою та підписом викладача, який контролював засвоєння та виконання даної маніпуляції. Під час самостійної роботи студенти проводять під контролем викладача такі маніпуляції, як постановку різних видів клізм, катетеризацію сечового міхура м'яким катетером, промивання шлунка, накладання бинтових та гіпсових пов'язок, шин для транспортної іммобілізації, проводять обстеження хворих із визначенням симптомів запалення, подразнення очеревини, вимірювання абсолютної та відносної довжин кінцівок, визначення груп крові та сумісності крові та інші.

Протягом обох семестрів навчання проводиться епізодичний вибірковий контроль знань, умінь та набутих навичок, про що ставиться відповідна оцінка у карті засвоєння практичних навичок та маніпуляцій. На нашу

думку, такий вибірковий контроль у групах по різних навичкам та маніпуляціям сприяє кращому їх оволодінню, стимулює студентів до більш усвідомленого засвоєння таких, безперечно, професійно необхідних питань для лікаря будь-якої спеціальності.

Перелік основних 65 навичок та маніпуляцій узгоджений із кафедрами факультетської та госпітальної терапії, пропедевтики внутрішніх хвороб і є базовим для підготовки у послідовному до державного іспиту у кінці навчання на факультеті. Він включає у себе базові пов'язки на різні анатомічні ділянки тіла, приготування та практичне використання основних антисептичних розчинів, підготовка інструментарію до стерилізації та основні способи стерилізації різних видів інструментів, операційної білизни та перев'язочного матеріалу, обробка предметів догляду за хворими; визначення груп крові та правила переливання крові та інфузійних розчинів; надання першої медичної допомоги при травмах, у тому числі серцево-легенева реанімація, транспортна та лікувальна іммобілізація та інше. Додаток у виді компакт-диску містить ілюстративний матеріал до виконання кожної маніпуляції у виді слайдів та міні-фільмів і може бути використаний для самостійної роботи з використанням персонального комп'ютера або ж DVD-програвача.

Отже, з відміною виробничої практики, ми переходимо на індивідуальну самостійну роботу студентів із засвоєння основних навичок по догляду за хворими та хірургічних маніпуляцій, створюємо умови для поетапного їх засвоєння та об'єктивного контролю, зменшуємо вірогідність "випадковості" в оцінці знань та умінь студента, даємо можливість до складання іспиту ліквідувати всі "білі плями" та вдосконалити свої вміння та навички.

Важливим етапом систематизації набутих протягом навчання на кафедрі знань є написання навчальної історії хвороби. Оцінювання її проводиться за 40-бальною шкалою, що, на наш погляд, більш реально відображає оц-

інку самостійної роботи студента з хворим протягом періоду курації. При оцінюванні історії хвороби використовується розроблена таблиця-шкала, згідно з якою за повне або неповне висвітлення кожного розділу історії хвороби студент отримує певну кількість балів. Підсумкова оцінка відповідає сумі балів кожного розділу, що допомагає уникнути суб'єктивізму в оцінюванні історії хвороби як з боку студента, так і з боку викладача.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, комплексне вивчення курсу загальної хірургії повинно включати:

- тестовий контроль (вхідний - на кожному практичному занятті, підсумковий - у кінці кожного семестру та перед іспитом), який дозволяє швидко та об'єктивно оцінити підготовку студентів, вивільнити час для розгляду та вирішення ситуаційних задач біля ліжка хворого та засвоєння практичних навичок по догляду за хворими, виконання хірургічних маніпуляцій у процедурних, перев'язочних та операційних;

- вирішення типових ситуаційних задач, які виробляють у студента клінічне мислення, вміння швидко виділити основні групи симптомів, алгоритм обстеження та принципи лікування хірургічних захворювань;

- клінічна інтерпретація додаткових методів дослідження (перш за все, рентгенологічних);

- засвоєння основних навичок догляду за хворими та вміння виконання базових хірургічних маніпуляцій шляхом індивідуального контролю із фіксацією оцінки знань та умінь у індивідуальному щоденнику студента в кінці кожного розділу, семестру та на іспиті;

- написання "курсової роботи" - історії хвороби, яка підсумовує засвоєння як теоретичних знань, так і практичних навичок по курсу загальної хірургії.

Тестовий контроль у медичних вузах має бути не альтернативою до інших форм засвоєння та контролю знань, а одним із її етапів.

Література

Желіба М.Д. Викладання предмету "загальна хірургія" за умови запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу / М.Д.Желіба, С.П.Жученко, С.Д.Хімич [та ін.] //Актуальні проблеми сучасної медицини. - Т.6, вип. 1-2. - Полтава, 2006. - С. 310-311.

Крижановський Я.Й. Погляди на викладання курсу загальної хірургії в світі положень Болонського процесу /Я.Й-

.Крижановський, Г.В.Буренко, В.М.Меллін [та ін.] //Актуальні проблеми сучасної медицини. - Т.6, Вип. 1-2. - Полтава, 2006. - С. 320-323.

Методологічні підходи до засвоєння практичних навичок з загальної хірургії студентами стоматологічного факультету /С.О.Мунтян, С.І.Баранник, М.М.Бондаренко [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної меди-

цини. - Т.6, Вип. 1-2. - Полтава, 2006. - С. 337-339.

Мищенко В.В. Самостійна робота студентів у вивченні дисципліни "загальна хірургія" у світі вимог Болонської угоди /В.В.Мищенко, В.С.Кадочников, Н.Д.Волошенко-ва [та ін.] //Актуальні проблеми сучасної медицини. - Т.6, Вип. 1-2. - Полтава, 2006. - С. 334-336.

ОПЫТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Шимон В.М., Пантьо В.И., Вайнагий О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегий А.А.

Резюме. Овладение теоретическими знаниями и практическими навыками врачебной работы - главная задача формирования будущего специалиста-медика. Способствует достижению этой цели выпущенное учебное пособие "Общая хирургия", содержащее основные теоретические положения темы, блок вопросов-ответов, тестовые задания и ситуационные задачи. Тестовый контроль позволяет охватить значительный объем теоретического материала, быстро и объективно оценить знания. Унифицированный подход достигается тем, что каждый студент получает один пакет тестовых заданий. В конце каждой темы рассматриваются ситуационные задачи, позволяющие продемонстрировать навыки клинического мыш-

ления на основе полученных теоретических знаний. Большое значение имеет умение правильно оценить данные дополнительных методов исследований, освоить которые помогает учебно-методическое пособие "Рентгенологические методы исследований в изучении курса общей хирургии", дополнением к которому является компакт-диск с 125 описанными базовыми рентгенограммами по основным разделам, изучаемым на курсе общей хирургии. С отменой производственной практики мы переходим на индивидуальную самостоятельную работу студентов по усвоению основных навыков по уходу за больными и хирургическим манипуляциям для качественного овладения которыми на кафедре подготовлено методическое пособие "Практические навыки по общей хирургии с уходом за больными" и методические разработки-дневник по усвоению базовых навыков и умений, содержащий краткий алгоритм выполнения каждой манипуляции, индивидуальную карту усвоения каждого навыка и компакт-диск со слайдами и мини-фильмами.

Ключевые слова: тестовый контроль, практические навыки, самостоятельная работа.

EXPERINCE OF IMPROVEMENT OF STUDIING OF THE GENERAL SURGERY COURSE

Shymon V.M., Pantyo V.I., Vaynagiy O.M., Fentsyk V.L., Slyvka R.M., Chundak S.A., Sheregiy A.A.

Summary. The acquirement of the theoretical knowledge and the practical skills of medical activity are the main task in the forming of the future medical specialist. The issued tutorial "The General Surgery" promotes to achieves this goal, this manual contains the main theoretical proposition of the themes, the block of questions-answers, the test tasks and the situational tasks. The test control allows to cover the significant volume of the theoretical material, quickly and objectively to estimate knowledge of the students. The unified approach is provided in way that every student getsonе batch of test. At the end of every theme the situational tasks are considered, which allowing to demonstrate the skills of clinical thoughts based on the received theoretical knowledge. A greatvalue has the ability of correct estimation of the data of complementary methods of examinations "Roentgenological methods of examination in the study of course of the generalsurgery" compact disks with 125 written out base rontgenograms of the basic parts studied at the course of general surgery is addition to it. Without industrial practice we start the individual written tests of the students how they have mastered the basic skills of nursing care and surgical manipulation, for these goals the department has prepared the manual of "The Practical skills of nursing care" and the methodological course books - the diary of mastering with the basic skills contained the brief algorithm of the execution of every manipulation, the individual map of mastering of every skill and the CD with slides and mini-films.

Keywords: test control, practical skills, written test.

© Юлдашев А.

УДК: 616.366-003.7-06-073.43+616.366-003.7-089-06

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В СЛУЧАЕ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ПРИЧИНЫ

Юлдашев А.

Главный военно-медицинский клинический центр "ГВКГ" МО Украины, отделение неотложной хирургии (ул. Госпитальная, 18, г. Киев, Украина, 01133)

Резюме. Целью работы явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии. В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17 случаях из 996 (1,7%), по поводу острого холецистита в 17 из 157 (10,8%). Наиболее распространенными при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, лапаротомия.

Введение

Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия является "золотым стандартом" в лечении желчекаменной болезни, в некоторых случаях приходится прибегать к лапаротомии (конверсии). Переход от лапароскопической холецистэктомии к лапаротомии - одна из нередких неудач ЛХЭ, чаще определяется как предел возможности лапароскопического способа холецистэктомии в конкретной ситуации. Частота переходов (конверсии), по данным литературы, составляет 1,5-12,2%, в среднем 5,1% [Ермелычев и др., 1999; Дюжев, 2001; Seligman, Ragland, 1997; Koo, Traverso, 2006]. На сегодняшний день нет абсолютных критериев, четко указывающих на необходимость отказа от примене-

ния лапароскопии как диагностического метода определения возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим путем.

Основными принципами в принятии решения о конверсии большинство авторов считают необходимость и благоразумие [Кригер, Ржебаев, 2000; Brodsky et al., 2000; Voyles et al., 2005]. Конверсия "по благоразумию" при сложных топографо-анатомических взаимоотношениях и выраженных воспалительных и инфильтративных изменениях в области треугольника Кало не является недостатком метода и хирурга, но принятие подобного решения не должно быть поздним, так как увеличение продолжительности операции нивелирует

ления на основе полученных теоретических знаний. Большое значение имеет умение правильно оценить данные дополнительных методов исследований, освоить которые помогает учебно-методическое пособие "Рентгенологические методы исследований в изучении курса общей хирургии", дополнением к которому является компакт-диск с 125 описанными базовыми рентгенограммами по основным разделам, изучаемым на курсе общей хирургии. С отменой производственной практики мы переходим на индивидуальную самостоятельную работу студентов по усвоению основных навыков по уходу за больными и хирургическим манипуляциям для качественного овладения которыми на кафедре подготовлено методическое пособие "Практические навыки по общей хирургии с уходом за больными" и методические разработки-дневник по усвоению базовых навыков и умений, содержащий краткий алгоритм выполнения каждой манипуляции, индивидуальную карту усвоения каждого навыка и компакт-диск со слайдами и мини-фильмами.

Ключевые слова: тестовый контроль, практические навыки, самостоятельная работа.

EXPERINCE OF IMPROVEMENT OF STUDIING OF THE GENERAL SURGERY COURSE

Shymon V.M., Pantyo V.I., Vaynagiy O.M., Fentsyk V.L., Slyvka R.M., Chundak S.A., Sheregiy A.A.

Summary. The acquirement of the theoretical knowledge and the practical skills of medical activity are the main task in the forming of the future medical specialist. The issued tutorial "The General Surgery" promotes to achieves this goal, this manual contains the main theoretical proposition of the themes, the block of questions-answers, the test tasks and the situational tasks. The test control allows to cover the significant volume of the theoretical material, quickly and objectively to estimate knowledge of the students. The unified approach is provided in way that every student getsone batch of test. At the end of every theme the situational tasks are considered, which allowing to demonstrate the skills of clinical thoughts based on the received theoretical knowledge. A greatvalue has the ability of correct estimation of the data of complementary methods of examinations "Roentgenological methods of examination in the study of course of the generalsurgery" compact disks with 125 written out base rontgenograms of the basic parts studied at the course of general surgery is addition to it. Without industrial practice we start the individual written tests of the students how they have mastered the basic skills of nursing care and surgical manipulation, for these goals the department has prepared the manual of "The Practical skills of nursing care" and the methodological course books - the diary of mastering with the basic skills contained the brief algorithm of the execution of every manipulation, the individual map of mastering of every skill and the CD with slides and mini-films.

Keywords: test control, practical skills, written test.

© Юлдашев А.

УДК: 616.366-003.7-06-073.43+616.366-003.7-089-06

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В СЛУЧАЕ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ПРИЧИНЫ

Юлдашев А.

Главный военно-медицинский клинический центр "ГВКГ" МО Украины, отделение неотложной хирургии (ул. Госпитальная, 18, г. Киев, Украина, 01133)

Резюме. Целью работы явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии. В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17 случаях из 996 (1,7%), по поводу острого холецистита в 17 из 157 (10,8%). Наиболее распространенными при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, лапаротомия.

Введение

Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия является "золотым стандартом" в лечении желчекаменной болезни, в некоторых случаях приходится прибегать к лапаротомии (конверсии). Переход от лапароскопической холецистэктомии к лапаротомии - одна из нередких неудач ЛХЭ, чаще определяется как предел возможности лапароскопического способа холецистэктомии в конкретной ситуации. Частота переходов (конверсии), по данным литературы, составляет 1,5-12,2%, в среднем 5,1% [Ермелычев и др., 1999; Дюжев, 2001; Seligman, Ragland, 1997; Koo, Traverso, 2006]. На сегодняшний день нет абсолютных критериев, четко указывающих на необходимость отказа от примене-

ния лапароскопии как диагностического метода определения возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим путем.

Основными принципами в принятии решения о конверсии большинство авторов считают необходимость и благоразумие [Кригер, Ржебаев, 2000; Brodsky et al., 2000; Voyles et al., 2005]. Конверсия "по благоразумию" при сложных топографо-анатомических взаимоотношениях и выраженных воспалительных и инфильтративных изменениях в области треугольника Кало не является недостатком метода и хирурга, но принятие подобного решения не должно быть поздним, так как увеличение продолжительности операции нивелирует

ее преимущества и повышает риск развития осложнений [Nguyen et al., 1997; Ничитайло 2001; Koo, Traverso, 2006].

Конверсия "по необходимости" - естественный выход при возникновении осложнений (кровотечение, повреждение холедоха, полых органов и др.), которые невозможно или сложно устранить лапароскопическим способом [Галлингер, 2000; Кригер, Ржебаев, 2000; Дюжев, 2001].

Частота конверсии при хроническом холецистите по данным различных авторов, составляет от 1,5 до 12,2% [Комаровский и др., 1997; Вальтер, Кутуков, 2000; Sanabria, Gallinger, 2004; Voyles et al., 2005], а при острым холецистите -20-59,5% [Хатьков, 1997; Вальтер, Кутуков, 2000; Brodsky et al., 2000].

Целью исследования явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы

В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153(2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17 случаях из 996(1,7%), по поводу острого холецистита в 17 из 157(10,8%). Наиболее распространенными при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Конверсия доступом по Кохеру выполнена в 25 случаях, верхне-срединная лапаротомия - в 8, параректальный - в одном.

Параректальный доступ осуществляли вертикальным разрезом передней брюшной стенки в правом подреберье длиной 4-6 см на 5-7 см правее средней линии (по краю прямой мышцы живота), начиная от края реберной дуги. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и передней стенки влагалища прямой мышцы у ее латерального края волокна прямой мышцы отводили медиально, обнажая заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. После рассечения задней стенки влагалища прямой мышцы живота с фиксированной к ней париетальной брюшиной лапаротомный доступ проекционно был ориентирован на область гепатодуоденальной связки.

Результаты. Обсуждение

В большинстве случаев острого холецистита более оправданным (для исключения инфицирования свободной брюшной полости) является косой подреберный доступ. Он выполнен у 16 человек, лишь в одном случае - при разрыве и выпадении контейнера в брюшную полость осуществили срединную лапаротомию.

Во всех случаях кровотечения (из ложа желчного

Таблица 1. Выбор доступа в случаях конверсии при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита.

Причина конверсии	Количество наблюдений	Лапаротомный доступ		
		Кохер	ВСЛ	Параректальный
Кровотечение из ложа желчного пузыря	2	2		
Повреждение пузырной артерии	1	1		
Рубцово-склеротические изменения в зоне шейки желчного пузыря	4	2	1	1
Прокол тонкой кишки иглой Вереша	1	-	1	
Необходимость дренирования холедоха	3	2	1	
Повреждение холедоха	2	1	1	
Подозрение на рак яичника	1	-	1	
Повреждение воротной вены	1	-	1	
Осложнения пневмоперитонеума	2	2		
Всего	17	9	7	1

Таблица 2. Выбор доступа в случаях конверсии при выполнении ЛХЭ по поводу острого холецистита.

Причина конверсии	Количество наблюдений	Лапаротомный доступ		
		Кохер	ВСЛ	Параректальный
Кровотечение из ложа желчного пузыря	1	1	-	
Повреждение пузырной артерии	1	1	-	
Воспалительно-инфильтративные изменения в зоне шейки желчного пузыря	9	9	-	
Повреждение холедоха	2	2	-	
Разрыв контейнера	1	-	1	
Подозрение на холедохолитиаз	3	3	-	
Всего	17	16	1	-

пузыря, пузырной артерии) умеренной и средней интенсивности выполнена конверсия из косого доступа, лишь при тяжелом интенсивном угрожающем жизни кровотечении -повреждении воротной вены, для экстренного доступа в брюшную полость конверсия осуществлена срединным доступом.

Во всех 9 случаях выраженных воспалительных изменений в области шейки желчного пузыря и треугольника Кало (5 - флегмонозный, 4 - гангренозный холецистит), а также в 2 случаях рубцово-склеротических изменений этой зоны выполнена конверсия доступом Кохера. В одном случае рубцовых изменений в шейке желчного пузыря выполнена конверсия срединным доступом, в другом случае конверсия осуществлена параректальным доступом в связи со спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости вследствие перенесенной резекции желудка.

При повреждении холедоха в 3 случаях осуществлен доступ Кохера, в одном -срединный доступ. При подозрении на холедохолитиаз во всех трех случаях выполнена конверсия косым доступом. Необходимость

дренирования холедоха как причины конверсии встретилась в 3 случаях: доступ Кохера - в одном случае (геморрагический панкреонекроз), срединный доступ - в двух случаях (индуриативный панкреатит, опухоль головки поджелудочной железы).

Такие причины конверсии, как повреждение тонкой кишки, разрыв и выпадение контейнера и камней, рак яичника потребовали выполнения срединного доступа, так как из косоого доступа эти осложнения устранить не представлялось возможным. После коррекции кардио-респираторных нарушений как причин осложненный карбоксиперитонеума, приведших к конверсии, последнюю осуществляли наиболее удобным доступом - по Кохеру (табл. 1, 2).

Существенным недостатком срединного доступа является большая вероятность образования в послеоперационном периоде грыжевого дефекта. Косой доступ лишен такого недостатка, однако при нем чаще встречается нагноение послеоперационной раны.

После срединной лапаротомии при конверсии мы отметили образование вентральной грыжи у 3 пациентов в течение ближайших 3х лет. Нагноение послеоперационной раны отмечено в 2 случаях - после конверсий, связанных с механической желтухой на почве опухоли головки поджелудочной железы (после релапаротомии по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря), индуриативного панкреатита (после формирования подпеченочного абсцесса на 7 сутки после операции). В обоих случаях произошло нагноение раны косоого доступа в правом подреберье, когда были пересечены мощные мышечные массивы брюшной стенки, а также были нарушены коагуляционные свойства крови на фоне механической желтухи.

Продолжительность лечения больного в стационаре после лапароскопической холецистэктомии (исключая

конверсию) составила в среднем $3,81 \pm 0,03$ суток, а после конверсии срок лечения, естественно, удлинялся и составил $8,92 \pm 0,55$ суток (доступ Кохера), $8,25 \pm 1,54$ (верхнее-срединная лапаротомия). Трудоспособность восстанавливалась на 7-14 сутки после вмешательства.

Традиционные лапаротомные доступы не позволяют закончить лечение больных (при прочих равных условиях неосложненного течения послеоперационного периода) ранее 6-7 суток. Однако, сроки послеоперационного периода после лапароскопической операции и лапаротомии не должны противопоставляться друг другу, большее значение имеет равнозначные сроки послеоперационного лечения пациентов после разных доступов конверсии (сроки лечения достоверно не отличались $p < 0,05$).

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Своевременный переход на лапаротомию позволяет провести полноценную коррекцию имеющейся патологии и ведет к профилактике возможных осложнений.

2. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии: при экстремальных ситуациях (профузное кровотечение) и сложных топографо-анатомических ситуациях (тяжелое повреждение гепатикохоледоха, синдром Мириizzi, повреждение полого органа) необходимо выполнить срединную лапаротомию, а при рубцовых и воспалительных изменениях, затрудняющих идентификацию элементов треугольника Кало, венозном кровотечении из ложа желчного пузыря - показано завершение операции доступом в правом подреберье.

3. После разных доступов конверсии сроки послеоперационного лечения пациентов - равнозначны.

Литература

- Вальтер В.Г. Осложнения лапароскопической холецистэктомии /В.Г.Вальтер, В.Е.Кутуков //Анналы хир. гепатологии. - 2000. - Т.5, №1. - С. 101.
- Выполнение холецистэктомии с применением минимального доступа / А.Ц.Комаровский, Ю.Ф.Малиновский, А.А.Скомаровский [и др.] //Клін. хірургія. - 1997. - №7-8. - С. 104-105.
- Галлингер Ю.И. Повреждения гепатикохоледоха при лапароскопической холецистэктомии /Ю.И.Галлингер //Анналы хірургічної гепатології. - 2000. - Т.5, №1. - С. 104.
- Дюжев О.С. Завершения лапароскопичних втручань на жовчних протоках /О.С.Дюжев //Шпитальна хірургія. - 2001. - №2. - С. 44-46.
- Ермелычев А.А. Острый холецистит - пограничная проблема лапароскопической и открытой холецистэктомии /А.А.Ермелычев, Л.А.Федун, В.Т.Гейну //Укр. журнал малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. - 1999. - №4. - С. 19-23.
- Иващенко В.В. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии: неудача, своевременное тактическое решение либо заранее спланированное изменение тактики /В.В.Иващенко, К.К.Скворцов //Клін. хірургія. - 2000. - №7. - С. 45-46.
- Кригер А.Г. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях /А.Г.Кригер, К.Э.Ржебаев //Анналы хірургічної гепатології. - 2000. - Т.5, №1. - С. 90-97.
- Ничитайло М.Е. Уроки лапароскопической холецистэктомии /М.Е.Ничитайло //Клін. хірургія. - 2001. - №10. - С. 6-9.
- Хатьков И.Е. Рациональная хирургическая тактика при кровотечении из пузырной артерии во время лапароскопической холецистэктомии /И.Е.Хатьков //Эндоскоп. хірургія. - 1997. - Т.3, №1. - С. 30-31.
- Brodsky A. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? A prospective study /A. Brodsky, I. Matter, E. Sabo //Surg. Endosc. - 2000. - Vol. 14, №8. - P. 755-760.
- Koo K.P. Do preoperative indicators predict the presence of common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy? /K.P. Koo, L.W. Traverso //Am. J. Surg. - 2006. - Vol. 171, №5. - P. 495-499.
- Nguyen Th.L. Laparoscopic cholecystectomy. Vascular and biliary complications /Th.L. Nguyen, S. Houry, M. Huguiet //Ann. Chir. - 1997. - Vol. 51, №3. - P. 237-242.
- Sanabria J.R. Risk factors in elective

- laparoscopic cholecystectomy for conversion to open cholecystectomy / J.R.Sanabria, S.Gallinger //J. Am. Coll. Surg. - 2004. - Vol.179, №6. - P. 696-704.
- Seligman J.Y. Common bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: report of two cases /J.Y.Seligman, J.J.Ragland //J. Am. Osteopath. Assoc. - 1997. - Vol.97, №4. - P. 233-235.
- Voyles R. A practical approach to laparoscopic cholecystectomy /R.Voyles, A.Petro, A.Meena //Am. J. Surg. - 2005. - Vol.161. - P. 365-370.

ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ У ВИПАДКУ КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇЇ ПРИЧИНИ

Юлдашев А.

Резюме. Метою роботи стало обґрунтування вибору доступу при виконанні конверсії при лапароскопічній холецистектомії. У нашому дослідженні конверсію було виконано у 34 випадках із 1153 (2,95%) лапароскопічних холецистектомій: при виконанні ЛХЕ з приводу хронічного холециститу в 17 випадках зі 996 (1,7%), з приводу гострого холециститу в 17 з 157 (10,8%). Найбільш поширеними при конверсії доступами до органів біліарної системи є косий доступ за Кохером і верхньо-серединний доступ. Вибір доступу для здійснення конверсії залежить від причини конверсії.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, конверсія, лапаротомія.

SELECT OF OPERATIVE ACCESS IN THE CASE OF CONVERSION AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DEPENDING ON ITS CAUSE

Yuldashev A.

Summary. The aim of work was the rationale for the choice of access in the realization of conversion during laparoscopic cholecystectomy. In our study, the conversion was performed in 34 cases of 1153 (2.95%) laparoscopic cholecystectomy: if the LCE about chronic cholecystitis in 17 cases of 996 (1.7%) for acute cholecystitis in 17 cases of 157 (10, 8%). Most common in the conversion of access to biliary system are oblique access Kocher and upper-middle access. The choice of access to carry out the conversion depends on the reasons for conversion.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, conversion, laparotomy.

ЗМІСТ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Антипина О.Ю. Патогенез эпифизарного остеомиелита костей тазобедренного сустава у новорожденных	221
Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В. Фармакоеконімічний аналіз схем антибактеріальної терапії вентилятор-асоційованої пневмонії у хірургічних хворих	225
Малеєв Ю.В., Черных А.В., Шмакова Н.М. Особенности хирургической анатомии параситовидных желез, возвратного гортанного нерва в аспекте предупреждения операционных осложнений	228
Мищенко В.В., Мерлич С.В. Особенности перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в современных условиях окружающей среды	231
Мосиенко Б.И. К вопросу variability способности сократительной способности миокарда у пациентов при расширенных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости	233
Мунтян О.С. Шляхи підвищення ефективності лікування та профілактики післяопераційних пневмоній	236
Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И. Анестезиологическое обеспечение органосохраняющих операций на желудке	239
Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І. Особенности флебодинамики при остром варикотромбофлебите	242
Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н. О роли адвентициальной оболочки в регенерации стенки артерий	246
Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М. Гідрострумінна резекція паренхіматозних органів в експерименті та клінічній практиці	248
Сотников А.А. Клиническая анатомия большого дуоденального сосочка и протоковой системы поджелудочной железы в норме и при остром геморрагическом панкреонекрозе	250
Сушко Ю.І., Олійник О.В. Ефективність безперервної шлункової оксигенації в лікуванні експериментального панкреонекрозу	251
Топка Е.Г., Шарапова Е.Н. Электромиографическое исследование передней брюшной стенки при нарушении процесса миграции яичек	253
Хімич С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П. Доцільність виконання внутрішньом'язових ін'єкцій традиційними голками пацієнтам з ожирінням	256
Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О. Експериментальне дослідження ефективності системного та катетер-спрямованого тромболізу	259
Шимон В.М., Шерегій А.А. Трансплантація культивованих клітин кісткового мозку в модельований дефект (експериментальне дослідження)	261
Топка Е.Т., Шарапова Е.Н. Динамика соматометрических показателей у детей с крипторхизмом и после его гормонального и хирургического лечения	265
Яворський П.В. Стан статевих стероїдів у жінок з фіброміомою матки та ожирінням	267

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ничитайло М.Е., Захараш М.П., Скумс А.В., Огородник П.В., Литвиненко А.Н., Захараш Ю.М., Усова Е.В. Хирургическое лечение больных раком органов панкреатодуоденальной зоны с синдромом механической желтухи с применением миниинвазивных и электросваривающих технологий	271
Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р. Прогнозування розвитку тромбозу глибоких вен у плановій хірургії при тромбопрофілактиці	275
Маркевич С.В., Кобірніченко А.А. Використання ультразвукової кавітації в комплексному лікуванні дермоїдних кіст крижово-куприкової ділянки	277
Міщук І.І., Казаков М.Ю., Осовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В. Периопераційна фармакологічна підтримка і післяопераційна коригуюча терапія комбінованої спінально-епідуральної анестезії-аналгезії з використанням α_2 -адреноагоніста клофеліну	279
Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянський П.А., Чундак С.С. Лікування варикозної хвороби із використанням транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції вен	281
Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Ковальчук В.П., Ходаківський С.В., Антонюк Є.С. Інтервенційна ендоскопія у хворих з запальною патологією гепаторопанкреатичної зони біліарної етіології	284
Пиптюк О.В., Чурпій І.К. Обґрунтування використання розчину декасану у хворих з перитонітом	287

Погорельий В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Солейко Н.П., Дымчина Ю.А. Опыт лечения детей с парапроктитом	289
Росул М.В., Пацкань Б.М. Ефективність озонотерапії у хворих з виразковими ураженнями стоп на тлі цукрового діабету	291
Сидорчук Р.І., Плегуца О.М., Багрій В.М., Білик І.І., Хомко О.Й., Плегуца І.М., Кнут Р.П., Паляниця А.С., Сидорчук Л.П. Системна етіотропна антибактеріальна терапія абдомінального сепсису	294
Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю. Хірургічна корекція природжених вад розвитку передньої черевної стінки новонароджених в умовах єдиного перинатального центру	297
Усенко Л.В., Макачук О.І. Післяопераційна динаміка змін шкіри після проведення різних видів фронтліфтингу з інтраопераційним використанням перфторану у пацієнтів групи ризику	301
Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения аденом печени	305
Заруцкий Я.Л., Денисенко В.М., Король С.О., Бурлука В.В., Петкау В.В., Пастушков О.В. Реанімаційно-хірургічні протишокові заходи при поєднаній травми	308
Коваленко А.Є., Тарашенко Ю.М., Мельник М.Д. Хірургічне лікування вузлових форм зоба	312
Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В. Хірургічне лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків	316
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаєтов А.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложненным обтурационной желтухой	319
Хмельницький С.Й. Характеристика та хірургічне лікування гепатобіліарних ускладнень хронічної дуоденальної виразки	323
Хоменко І.П., Рагушин Д.А., Яроцук Д.В. Сучасні підходи в хірургічному лікуванні перфорацій гострих виразок дванадцятипалої кишки	325
Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І. Особливості хірургічного лікування хронічного панкреатиту з синдромом панкреатичної гіпертензії	327
Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С. Комплексное хирургическое лечение доброкачественных структур магистральных желчных протоков	330
Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П. Досвід лікування вентральних гриж в ГВМКЦ "ГВКГ"	334
Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библиак Ж.Н., Кукуруза И.Л. Эмболизация маточных артерий при миоме матки - революционная альтернатива гистерэктомии	336
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А. Использование тромбоцитарного концентрата в хирургии печени	339
Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю. Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений при перфорации гастродуоденальных язв	341
Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер М.Д., Мальцев В.М., Криворук М.И. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений в восстановительной хирургии толстой кишки	344

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ковальчук А.П. Порівняльний аналіз якості життя хворих на рак молочної залози, в залежності від способу хірургічного лікування	347
Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М. Абдомінальні пошкодження при дорожньо-транспортній травмі	350
Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю. Папілярний рак щитоподібної залози з кістозними змінами	353
Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л. Надання медичної допомоги постраждалим з черепно-мозковою травмою сільської місцевості в умовах стаціонару	355
Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В. Екологія та медицина - нова ідеологія медичної освіти	357
Ткачук О.Л., Шевчук М.Г. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційну жовтяницю	360

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

Беловол А.Н., Береговая А.А., Штыров И.Н. Хронические системные дерматозы на фоне метаболического синдрома	364
Ивашенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Ивашенко А.В. Желчнокаменная болезнь у пациентов молодого возраста в свете 15-летнего опыта лапароскопической хирургии	370
Шудрак А.А. Сучасні хірургічні методи лікування геморою	372

МЕТОДИКИ

Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О., Андреев М.Д., Кириченко В.І., Корольова Н.Д., Кириченко І.М., Поляруш В.В., Малик С.Л., Кривецька Н.В., Дарманський С.М., Чурбанов О.В. Метод діагностики гострого апендициту	378
Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В. Нові підходи до оцінювання знань іноземних студентів під час проведення комплексного випускного державного іспиту зі стоматології дитячого віку	380
Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І. Порівняльна оцінка методів корекції панкреатичної гіпертензії при хронічному панкреатиті	381
Капшитарь А.В., Капшитарь А.А. Особенности методики лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии при различных конституциональных типах больных	384
Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С. Оцінка кровообігу при сучасних і традиційних методах лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок	386
Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Выбор способа холецистэктомии	390
Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б. Дуплексне обстеження і комбіноване оперативне лікування хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок	392
Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Свириденко Н.П. Прогнозування перебігу загоєння гнійних ран	394
Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В. Использование шовных материалов с антибактериальными свойствами в лечении обширных первично инфицированных ран	399
Машкова Т.А., Неровный А.И. Методики эвакуации экссудата из лобной пазухи при фронтитах с учетом типа лобно-носового сообщения	402
Пархисенко Ю.А., Булынин В.В. Редкие методы устранения дисфагии в пластической хирургии пищевода	405
Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В. Пластические и реконструктивные операции передней стенки живота	407
Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І., Лойко Є.Є., Фомін О.О., Зябченко І.С., Федчишин О.П., Доброванов О.Є., Сасюк А.І., Череповський В.В. Малоінвазивний спосіб лікування лікоподібної деформації грудної клітки у дітей	409
Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В. Досвід лапароскопічної профілактики та лікування червоного спайкоутворення	413
Притуляк С.Н., Кирилевський С.И. Значение шунтирующей пластики пищевода для улучшения качества жизни больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод	415
Рылов А.И. Селективная антибиотикотерапия в гипотермическом режиме тяжёлой интраабдоминальной инфекции	419
Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М. Можливості реконструкційної хірургії при дистальних формах ураження стегново-підколінно-гомількового сегмента	422
Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є. Симультантні оперативні втручання з приводу жовчокам'яної хвороби та гриж передньої черевної стінки	426
Сергійчук О.Л., Кривецький В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринський В.О., Полянчук М.А., Озолін В.О., Поліщук В.І. Оцінка результатів діагностики та лікування ахалазії кардії	428
Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецька Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М. Наш погляд на організацію підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю "Загальна практика-сімейна медицина" на кафедрі медицини катастроф та військової медицини в нму ім. М.І. Пирогова	432
Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А. Вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота	434
Черенок Є.П., Крижановський Я.Й. Петльовий шов tsuge та ранне функціональне навантаження при відновленні сухожилків згиначів пальців кисті	438
Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О. Результати склеротерапії кістозних вузлів щитоподібної залози 70% розчином етанолу	440
Шимон В.М., Пантьо В.І., Вайнагій О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегій А.А. Досвід вдосконалення вивчення курсу загальної хірургії	444
Юлдашев А. Выбор оперативного доступа в случае конверсии при лапароскопической холецистэктомии в зависимости от ее причины	447

© **Вісник Вінницького національного медичного університету**
Рецензуемий журнал

Технічний редактор В.Р. Чехова
Художній редактор Л.О. Клопотовська
Технічний редактор О.П. Віштак

Здано до набору 15.01.2010 р. Підписано до друку 1.02.2010 р.
Затверджено Вченою Радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова, протокол №5 від 28.01.10 р.
Формат 84x120 1/16. Друк офсетний. Замовлення № 21. Тираж 600

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56