

4 (64)
2017

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

S U R G E R Y O F U K R A I N E
Х И Р У Р Г И Я У К Р А И Н Ы

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ДОДАТОК №1

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ



КИЇВ – 2017

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України
Асоціація хірургів-гепатологів України
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ
SURGERY OF UKRAINE

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4 (64)(ДОДАТОК №1) / 2017

Заснований 19 червня 2001 року

Виходить чотири рази на рік

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ

*За редакцією проф. В.Г. Мішалова (Київ),
проф. Л.С. Білянського (Київ),
доц. Л.Ю. Маркулана (Київ),
доц. В.М. Селюка (Київ),*

ЗАЛЕЖНІСТЬ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ ВИДІЛЕННЯХ З ГРУДНОГО СОСКА ВІД РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МАМОДУКТОСКОПІЇ

О.А. Аксьонов, Г.А. Білоненко, О.Г. Аксьонова

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

Залежність хірургічної тактики при патологічних виділеннях з грудного соска від результатів ендоскопічної мамодуктоскопії вивчена недостатньо.

МЕТА РОБОТИ. Аналіз і популяризація власного досвіду оптимізації хірургічної тактики при патологічних виділеннях з грудного соска.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Вперше в Україні проведено 263 ендоскопічних мамодуктоскопій. Проаналізовано результати діагностики і хірургічного лікування у 137 хворих, яким проведено 144 дуктоскопії. В залежності від способу передопераційного маркування внутрішньопрокових новоутворень сформовано 2 групи спостережень. В основній групі (n = 66) застосовували власний спосіб вибору хірургічної тактики. В контрольній групі (n = 78) після рутинної ендоскопії проводили традиційні дуктотомії.

РЕЗУЛЬТАТИ. Діагностична точність ендоскопічної мамодуктоскопії в контрольній групі складала 48,0%, в основній –98,2%. Застосування авторської методики на 87,8% знижує частоту використання центральної дуктотомії – більш травматичного втручання, ніж селективна дуктотомія, причому, об'єм видалених тканин зменшується з $55,4 \pm 4,8$ до $33,8 \pm 3,9$ см³, що призводить до зниження частоти ускладнень на 5,9% і скороченню термінів госпіталізації на 3 доби.

ВИСНОВКИ. Подвійне передопераційне маркування внутрішньопрокових новоутворень під ендоскопічним та ехографічним контролем з додатковим визначенням особливостей артеріального кровопостачання в зоні операції удосконалює хірургічну тактику при патологічних виділеннях з грудного соска за рахунок завчасного планування способу та об'єма оперативного втручання, диференційованого вибору типу і топографії хірургічного розрізу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сосок грудний, виділення патологічні, тактика хірургічна, ендоскопія

ЕНДОСКОПІЧНА МАМОДУКТОСКОПІЯ (ЕМДС) – відносно нова методика, що призначена для встановлення причин патологічних виділень із грудного соска (ПВГС) і вигідно відрізняється від інших діагностичних технологій, наприклад, цитологічних або променевих, унікальною можливістю прямої візуальної оцінки сецернуючих молочних проток (СМП) та безпосереднього доступу до внутрішньопрокових новоутворень (ВПНУ). До переваг ЕМДС також відносять порівняно низьку собівартість, незначну тривалість процедури, атравматичність, можливість проведення в амбулаторних умовах під місцевим знеболюванням [1].

Однак, ЕМДС утруднена або неможлива при анатомічних і патологічних особливостях соска (інверсії, виразки) та СМП (відходження гілок 2 порядку під кутом менше 90°, стенози, обтурації), а також при периферійних ВПНУ, доступ до яких обмежений габаритами дуктоскопа. Суттєвим недоліком ЕМДС є висока (36,8 – 41,3%) частота хибних результатів, причини яких полягають в помилковій інтерпретації отриманих даних ендоскопістом, зникненні дрібних і крихких папілом після передопераційних внутрішньопротокових маніпуляцій, втраті патологічних субстратів при виготовленні патогістологічних препаратів, або, що найбільш імовірно, в периферійному розташуванні ВПНУ, коли після стандартної хірургічної процедури – центральної дуктотомії, патологічні осередки залишаються невидаленими [3, 4].

В науковому середовищі переважає думка, що неспроможність ЕМДС забезпечити гарантований розподіл ВПНУ на добро- та злоякісні виправдовує безперечне вирізання СМП, як єдиний підхід, здатний одночасно забезпечити не тільки діагностичний, але й терапевтичний ефект, особливо у пацієнток пре- та менопаузального віку з негативними результатами мамо- і/або ехографії [5].

Водночас, залежність хірургічної тактики при ПВГС від результатів ЕМДС вивчена недостатньо, а такі її ключові аспекти, як обґрунтування показань до оперативного втручання, вибір методики маркування СМП, способу і об'єму операції, типу і топографії розрізу все ще залишаються предметом наукової дискусії.

МЕТА РОБОТИ: аналіз і популяризація власного досвіду оптимізації хірургічної тактики при патологічних виділеннях із грудного соска.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Вперше в Україні нами проведено 263 ЕМДС. Результати 144 ендоскопій верифіковано патогістологічно. В залежності від способу передопераційного маркування ВПНУ сформовано 2 групи спостережень ідентичних за віковим складом та клінічними характеристиками. В основній групі (n = 66) застосовували власний спосіб вибору хірургічної тактики, для чого проводили подвійне маркування ВПНУ через сосок під ендоскопічним та через шкіру під ехографічним контролем, додатково виміряли відстань між маркерами, сканували зону передбачуваного розрізу в режимі кольорового доплерівського картування, виявляли гілки артеріальних судин і на підставі отриманих даних розташовували розріз поза локусами артеріального кровопостачання, причому, якщо відстань між маркерами не перебільшувала 3,0 см, виконували периареолярний розріз, а в випадку більше 3,0 см – радиарний або півовальний [6].

В контрольній групі (n = 78) після рутинної ЕМДС проводили традиційні дуктотомії з маркуванням СМП індігокарміном.

Ультразвукові дослідження в В-режимі і в режимі кольорового доплерівського картування виконували високочастотними лінійними датчиками на ехосканерах HD-11-XE (Нідерланди), Aplio SSA-780A та Aloka Prosound-6 (Японія). Результати ехографії оцінювали за категоріями BI-RADS™.

Для ЕМДС використовували 2-канальний дуктоскоп фірми Karl Storz (Німеччина) з тубусом довжиною 120 мм і зовнішнім діаметром 1,3 мм. Дослідження виконували в амбулаторних умовах під місцевим внутрішньопротоковим знеболюванням. Після знеболювання розширяли отвір СМП спеціальними зондами і для герметизації протокової системи встановлювали у ньому термолабільний поліхлорвініловий катетер. Через просвіт катетера вводили тубус дуктоскопу і послідовно оглядали СМП з періодичною інстіляцією фізіологічного розчину натрію хлориду, що сприяло не тільки розширенню галактофорів, але й проведенню дуктального лаважу з наступним цитологічним аналізом промивної рідини. Отримані ендоскопічні зображення оцінювали у відповідності до рекомендацій Японської асоціації грудної дуктоскопії (Japanese Association of Mammary Ductoscopy).

Для оцінки ефективності хірургічних втручань враховували методику маркування СМП, спосіб операції, тип розрізу, об'єм видалених тканин, виникнення ускладнень, терміни госпіталізації.

Гістологічні дослідження (референтний метод) проводили шляхом світлової мікроскопії препаратів, фарбованих гематоксилином, еозином і пікрофуксином за ван Гізоном. У необхідних випадках застосовували імуногістохімічні реакції.

Віддалені результати в терміни до 3 років вивчали при повторних відвідуваннях, спілкуванні по телефону, шляхом отримання даних з канцеррегістру.

Для статистичних досліджень використовували загальновідомі методики.

Проведення даного дослідження на основі інформованої згоди пацієнток ухвалено комісією з біоетики при Національному інституті раку МОЗ України і відповідає принципам Гельсінської декларації.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Результати ЕМДС наведені в таблиці 1 і демонструють, що в 14 випадках контрольної групи причину ПВГС не встановлено.

Таблиця 1

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Показники	Групи			
	Основна (n = 66)		Контрольна (n = 78)	
Характер змін (абс.; %):				
– солітарний	44	66,7	32	41,0
– численний	17	25,8	17	21,8
– поверхневий	5	7,6	14	17,9
– змішаний	–	–	1	1,3
– норма	–	–	14	17,9
Розміри новоутворень (см):				
– мінімальний		0,1		0,1
– максимальний		0,6		0,4
– середній		0,29 ± 0,17		0,23 ± 0,15
Відстань від соска (см):				
– мінімальна		1,5		1,0
– максимальна		8,0		9,0
– середня		4,1 ± 3,5		3,6 ± 3,5
– 3 см і більше (абс; %)		50 – 75,8%		33 з 64 – 51,6%*

* тільки пацієнтки з ендоскопічно виявленою патологією

Дані пацієнтки оперовані на підставі позитивних результатів цитологічних та галактодуктографічних досліджень і у 6 з них (7,7% від 78) патогістологічно виявлені ВПНУ, що кваліфіковано як хибнонегативні результати ЕМДС. Встановлено, що їх причиною були анатомічні особливості СМП (обмежений діаметр, відходження гілок 2 порядку під кутом близьким до 90°) і неможливість просування ендоскопу далі 2,0 – 2,5 см, що співпадає з даними J. Zielinski та співавторів (2015), які взагалі вважають ЕМДС невдалою, якщо огляд обмежений тільки протоками 1 порядку [7].

Не виключається, що псевдонегативні результати виникали також і при периферійному розташуванні ВПНУ, бо 51,6 – 75,8% з них знаходились на відстані не менше 3,0 см від соска (див. таблицю 1). Нашими клінічними спостереженнями встановлено, що традиційне вирізання СМП без прицільного передопераційного маркування ВПНУ часто пропускає периферійні патологічні осередки і залишає їх невидаленими, що співпадає з даними S. Tang та співавторів (2011) [8]. Особливості хірургічних втручань відображає таблиця 2.

Таблиця 2

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Показники	Групи	
	Основна (n = 66)	Контрольна (n = 78)
Характер оперативних втручань:		
– центральна дуктектомія (абс.; %)	3 (4,5%)	72 (92,3%)
– селективна дуктектомія (абс.; %)	62 (93,9%)	2 (2,7%)
– мастектомія (абс.; %)	1 (1,5%)	4 (5,1%)
Тип хірургічного розрізу(абс.; %)*:		
– периареоларний	54 (83,1%)	74 (100,0%)
– півовальний	8 (12,3%)	–
– радиарний	3 (4,6%)	–
Об'єм видалених тканин (см ³)*	33,8 ± 3,9	55,4 ± 4,8
Ускладнення (абс.; %)*:		
– гематома	1 (1,5%)	1 (1,3%)
– серома	1 (1,5%)	4 (5,1%)
– частковий некроз АСК	–	2 (2,6%)
Терміни госпіталізації (доби)	4,5 ± 0,5	7,9 ± 0,6

* не враховані випадки мастектомії

З отриманих даних витікає, що подвійне передопераційне маркування ВПНУ на 87,8% знижує частоту використання центральної дуктектомії – більш травматичного втручання, ніж селективна дуктектомія, причому, об'єм видалених тканин зменшується з 55,4 ± 4,8 до 33,8 ± 3,9 см³. Крім того, диференційований вибір типу і топографії хірургічного розрізу з урахуванням віддаленості патологічного осередка від соска та індивідуальних особливостей артеріального кровопостачання в зоні операції дозволяє на 5,9% знизити частоту ускладнень і відповідно скоротити терміни госпіталізації на 3 доби.

Показово, що в контрольній групі 4 (5,1%) мастектомії були проведені після відкритої біопсії з експрес-дослідженням свіжемороженого препарату, а в основній групі 1 (1,5%) мастектомія була запланована завчасно, що вигідно відрізняється від результатів R. Maraz та співавторів (2013), які через недостатньо ефективне маркування СМП індігокарміном прибігали до перевірзання в 6,0% випадків [9].

Результати патогістологічних досліджень надані в таблиці 3 і відображають, що в 49 (62,8%) спостереженнях контрольної групи (дуктектазія, запалення, фіброаденоматоз) причину ПВГС не встановлено, що оцінено як хибнопозитивні результати ЕМДС, бо перед операцією в 33 (42,3%) випадках виявлено ендоскопічні ознаки ВПНУ.

Таблиця 3

РЕЗУЛЬТАТИ ПАТОГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Патогістологічні форми	Групи	
	Основна (n = 66)	Контрольна (n = 78)
Атипова протокова гіперплазія	4 (6,1%)	1 (1,3%)
Дуктектазія	–	3 (3,8%)
Запалення	–	7 (9,0%)
Інвазивна карцинома	2 (3,0%)	6 (7,7%)
Множинні папіломи	33 (50,0%)	12 (15,4%)
Солітарні папіломи	27 (40,9%)	10 (12,8%)
Фібroadеноматоз	–	39 (50,0%)

Причини хибнопозитивних результатів, як встановлено подальшим аналізом, в 69,7% були пов'язані з периферійною, не менше 3,0 см від соска, локалізацією ВПНУ («залишені осередки»), а в 30,3% – з їх незначними (0,1 см) розмірами, що утруднювало виготовлення і оцінку патогістологічних препаратів.

Результати патогістологічних досліджень також доводять, що подвійне передопераційне маркування ВПНУ сприяє більш обгрунтованому встановленню показань до оперативного втручання і дозволяє уникнути непотрібних операцій при дуктектазіях, запаленнях та фібroadеноматозах.

Статистичними розрахунками встановлено, що в контрольній групі діагностична точність ЕМДС складала 48,0%, а в основній – 98,2%, що доказує ефективність запропонованої методики.

Віддалені результати досліджені у 39 (73,6%) хворих основної групи в терміни до 1 – 1,5 року і у 67 (94,4%) пацієнток контрольної групи – до 3 років. У 2 (2,6%) жінок контрольної групи виявлено інвазивні карциноми, у 1 (1,3%) – рецидив внутрішньопротокового папіломатозу і у 3 (4,0%) – естетичні порушення у вигляді втягнутого соска та гіпертрофічних рубців. В основній групі рецидиви ВПНУ не спостерігались, а естетичний дефект (западиння ареоли, втягнутий сосок) констатовано в 1 (1,9%) спостереженні, що не відрізняється від результатів Х. Kong та співавторів (2016), які також спостерігали естетичні порушення в 2,0% випадків [10].

Отже, узагальнюючи отримані результати, слід констатувати, що запропонована методика подвійного передопераційного маркування ВПНУ зі встановленням індивідуальних особливостей артеріального кровопостачання в області ареоларно-соскового комплексу оптимізують хірургічну тактику при ПВГС за рахунок більш обгрутованого встановлення показань до оперативного втручання, а також диференційованого вибору способу операції, типу і топографії розрізу.

ВИСНОВКИ.

Рутинна ЕМДС відрізняється недостатньою (48,0%) діагностичною точністю, що обмежує її значимість в побудові хірургічної тактики при ПВГС.

Подвійне передопераційне маркування ВПНУ під ендоскопічним та ехографічним контролем з додатковим визначенням особливостей артеріального кровопостачання в зоні операції удосконалює хірургічну тактику при ПВГС за рахунок завчасного планування способу та об'єма оперативного втручання, диференційованого вибору типа і топографії хірургічного розрізу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ductoscopic detection of intraductal lesions in cases of pathologic nipple discharge in comparison with standard diagnostics: the German multicenter study / R. Ohlinger, A. Stomps, S. Paepke [et al.] // *Oncology research and treatment*. – 2014. – Vol. 37, № 11. – P. 628–632.
2. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of ductoscopy in patients with pathological nipple discharge / L. Waaijer, J.M. Simons, I.H.M. Borel Rinkes, P.J. van Diest et al. // *Br. J. Surg.* – 2016. – Vol. 103, №6. – P.632–643.
3. Assessment of diagnostic and therapeutic value of ductoscopy biopsy in single intraductal papillary lesion compared with open surgery / Z. Xu, W. Xing, Q. Li et al. // *Cancer Res.* – 2015. – Vol. 75, № 9 Suppl. – Abstract nr P2-13-10.
4. Wire-guided Localization in Non-palpable Breast Cancer: Results from Monocentric Experience / S. Tardioli, L. Balesio, S. Gigli et al. // *Anticancer Res.* – 2016. – Vol. 36, № 5. – P. 2423–2427.
5. Does nipple discharge color predict (pre-) malignant breast pathology? / J. E. Wong Chung, S.A. Jeurien-van de Ven, N.van Helmond [et al.] // *Breast J.* – 2016. – Vol. 22, № 2. – P. 202–208.
6. Пат. 116603 У Україна, МПК (2017.01) А61В 8/00. Спосіб вибору хірургічної тактики при внутрішньопотокових новоутвореннях грудної залози / Аксьонов О.А., Білоненко Г.А., Аксьонова О.Г.; винахідники та патентовласники Аксьонов О.А., Білоненко Г.А., Аксьонова О.Г. (UA). – № у 2016 12959; заявл. 19.12.2016; опубл. 25.05.2017, бюл. № 10. – 4 с.
7. The significance of ductoscopy of mammary ducts in the diagnostics of breast neoplasms / J. Zielinski, R. Jaworski, N. Irga-Jaworska [et al.] // *Videosurg. Miniinv.* – 2015. – Vol. 10, №. 1. – P. 79–86.
8. Tang, S. Mammary ductoscopy in the current management of breast disease / S. Tang, D. Sacke, G. Gui // *Surg. Endosc.* – 2011. – Vol. 25, № 6. – P. 1712–1722.
9. Selective ductectomy for the diagnosis and treatment of intraductal papillary lesions presenting with single duct discharge / R. Maraz, G. Boross, E. Ambrozay [et al.] // *Pathol. Oncol. Res.* – 2013. – Vol. 19, № 3. – P. 589–595.
10. Periareolar incision for the management of benign breast tumors / X. Kong, X. Chen, L. Jiang [et al.] // *Oncol. Let.* – 2016. – Vol. 12, № 5. – P. 3259–3263.

ЗАВИСИМОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ ГРУДНОГО СОСКА ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МАММОДУКТОСКОПИИ

Аксёнов А.А., Белоненко Г.А., Аксёнова Е.Г.

Зависимость хирургической тактики при патологических выделениях из грудного соска от результатов эндоскопической маммодуктоскопии изучена недостаточно.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ и популяризация собственного опыта оптимизации хирургической тактики при патологических выделениях и грудного соска.

Материалы и методы. Впервые в Украине проведено 263 эндоскопических маммодуктоскопий. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения у 137 больных, которым проведено 144 дуктоскопии. В зависимости от способа предоперационной маркировки внутрипротоковых новообразований сформированы 2 группы наблюдений. В основной группе (n = 66) применяли собственный способ выбора хирургической тактики. В контрольной группе (n = 78) после рутинной эндоскопии проводили традиционные дуктэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Диагностическая точность эндоскопической маммодуктоскопии в контрольной группе составила 48,0%, в основной –98,2%. Применение авторской методики на 87,8% снижает частоту использования центральной дуктэктомии – более травматичного вмешательства, чем селективная дуктэктомия, причём, объём удаленных тканей уменьшается с $55,4 \pm 4,8$ до $33,8 \pm 3,9$ см³, что приводит к снижению частоты осложнений на 5,9% и сокращению сроков госпитализации на 3 дня.

ВЫВОДЫ. Двойная предоперационная маркировка внутрипротоковых новообразований под эндоскопическим и эхографическим контролем с дополнительным определением особенностей артериального кровоснабжения в зоне операции усовершенствует хирургическую тактику при патологических выделениях из грудного соска за счет предварительного планирования способа оперативного вмешательства, дифференцированного выбора типа и топографии хирургического разреза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сосок грудной, выделения патологические, тактика хирургическая, эндоскопия

DEPENDENCE OF SURGICAL TACTICS AT PATHOLOGICAL NIPPLE DISCHARGE FROM A RESULTS OF ENDOSCOPIC MAMMODUCTOSCOPY

Aksonov A.A., Belonenko G.A., Aksonova E.G.

Dependence of surgical tactics at pathological nipple discharge from results endoscopic mammoductoscopy is studied insufficiently.

THE PURPOSE. The analysis and popularisation of own experience of optimisation of surgical tactics at pathological nipple discharge.

MATERIALS AND METHODS. For the first time in Ukraine 263 endoscopic mammoductoscopy are spented. Results of diagnostics and surgical treatment at 137 patients by whom it is spent 144 ductoscopy are analysed. Depending on a way of preoperative marks intraductal neoplasms 2 groups of observations are generated. In the basic group (n = 66) applied own way of a choice of surgical tactics. In control group (n = 78) after a routine endoscopy spent traditional ductectomy.

RESULTS. Diagnostic accuracy endoscopic mammoductoscopy in control group has made 48,0 %, basically–98,2 %. Application of an author's technique on 87,8 % reduces frequency of use central ductectomy – more traumatical interventions, than selective ductectomy, and, the volume of remote tissues decreases with $55,4 \pm 4,8$ to $33,8 \pm 3,9$ sm³ that leads to reduction of frequency of complications on 5,9 % and terms of hospitalisation for 3 days.

CONCLUSION. Double preoperative localisation intraductal neoplasms under endoscopic and echographic control with additional definition of features of arterial blood supply in an operation zone will improve surgical tactics at pathological nipple discharge at the expense of preliminary planning of a way of the operative measure, the differentiated choice of type and topography of a surgical cut.

KEYWORDS: pathological nipple discharge, surgical tactics, an endoscopy

ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТА ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Балик Д. В.

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

У роботі представлено результати використання малоінвазивних методів в діагностиці та лікуванні холедохолітазу. Було проліковано 595 пацієнтів з діагнозом холедохолітазу у віці від 24 до 92 років. У 552 (93,0 %) пацієнтів спостерігалися клінічні прояви механічної жовтяниці. У 508 (85,3 %) хворих холедохолітаз поєднувався з наявністю каменів в жовчному міхурі, у 15 (2,5 %) випадках – з безкам'яним холециститом, у 69 (11,6 %) випадках – холедохолітаз був резидуальним. Хірургічне лікування включало в себе як малоінвазивні втручання, так і традиційні операції. Ефективність транспілярних маніпуляцій на пряму залежала від розмірів конкременту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Холедохолітаз, діагностика, хірургічне лікування.

ВСТУП. Холедохолітаз (ХЛ) є однією з найбільш поширених патологій жовчних протоків. З часом холедохолітаз може викликати стриктури жовчних протоків і великого дуоденального соска (ВДС) з розвитком механічної жовтяниці. Останні десять років ознаменувалися значним поліпшенням діагностики і хірургічного лікування холедохолітазу шляхом введення в практику міні-інвазивних інноваційних технологій. Незважаючи на це, вибір оптимальної тактики лікування ХЛ і спосіб оперативного втручання, як і раніше є важким завданням.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: оцінка результатів використання мініінвазивних методів в діагностиці та лікуванні холедохолітазу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

На базі хірургічного відділення обласної клінічної лікарні ім. Мечникова за період з 2007 по 2017 роки спостерігали 595 хворих на холедохолітаз (ХЛ). Середній вік пацієнтів становив $61,7 \pm 3,9$ років. В 552 (93,0 %) випадках відзначалися клінічні прояви механічної жовтяниці різного ступеня тяжкості. У 508 (85,3 %) хворих холедохолітаз (ХЛ) поєднувався з наявністю конкрементів жовчного міхура, в 15 (2,5 %) випадках - з безкам'яним холециститом, в 69 (11,6%) випадках - ХЛ був резидуальним. Для скринінгу ХЛ використовувався повний спектр доступних методів у відповідності зі стандартними клінічними протоколами: УЗД черевної порожнини (УЗ), при наявності показань проводилася комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), чрезшкірночрезпечінкова фістулохолангіографія (ЧЧХГ), інтраопераційна холангіографія або холангіоскопія (ІХГ), інтраопераційна або

трансдуоденальні фіброхоледохоскопія (ФХС) з використанням фіброхолангіоскопа «Olympus». Хірургічне лікування хворих на механічну жовтяницю виконували в один або в два етапи. Показаннями для попередньої декомпресії жовчних шляхів були: важка ступінь механічної жовтяниці (гіпер-білірубинемія > 200 мкмоль/л, тривалість > 14 днів, гіпопротеїнемія, підвищення сулемової проби більш ніж в 4 рази, зниження протромбінового індексу, гіподинамія, інверсія сну, зниження діурезу більш ніж на 50 %. Перший етап лікування хворих з тяжкою механічною жовтяницею був представлений чрезшкірночрезпечінковим дрениванням жовчних протоків (ЧЧДЖВП). Методи лікування включали в себе як мініінвазивні втручання, так і традиційні операції.

Таблиця 1

ВИДИ РАДИКАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Вид операції	Кількість		Ускладнення		Летальність	
	n	%	n	%	n	%
<i>Лапароскопічні операції (n = 263, 84,0 %)</i>						
ЛХЕ (після ЕПСТ)	157	50,2				
ЛХЕ, ХЛЕ, зовнішнє дренивання жовчних протоків	71	22,7				
ЛХЕ, ХДС	31	9,9	1	0,3		
ЛХЕ, ХЛЕ, дренивання холедоуху	4	1,3	1	0,3	1	0,3
<i>Традиційні операції, (n = 50, 16,0 %)</i>						
Холецистектомія, ХЛЕ, зовнішнє дренивання холедоуху	25	7,8	1	0,3	1	0,3
Холецистектомія, холедоходуоденостомія	20	6,4	2	0,6	1	0,3
Холецистектомія, холедохоєюностомія	5	1,7				
Всього	313	100	5	1,5	3	0,9

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

227 (38,1 %) хворим виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію, яка була ефективна при розмірі конкременту до 7 мм в 83,7 %. У 9 (3,9 %) з них не було можливості канюлювати ВДС через наявність парафателлярного дивертикулу, стенозу сосочка та дистальної частини загальної жовчної протоки. Аналіз результатів 218 ЕПСТ показав, що ефективність процедури безпосередньо корелює з розміром каменю і його механічною міцністю. Таким чином, при розмірах каменю 2 - 7 мм ЕПСТ і подальша консервативна терапія приводили до міграції конкременту з жовчних проток в кишечник у 83,7% хворих, холедохоліоекстракцію (ХЛТ) провели в 8,5 % випадків, у 7,8 % пацієнтів спроби холедохоліоекстракції були неефективні. При діаметрі каменю близько 8 - 10 мм у всіх випадках використовували ХЛТ, яка вияви-

лася ефективною в 86,5 % випадків, для 13,5% хворих транспапільярні маніпуляції не увінчалися успіхом. При розмірах конкременту 11 - 15 мм використовували механічну літотрипсію з подальшим витяганням фрагментів кошиком Dogmia, яка виявилася ефективною в 30,0 % випадків. Частота ускладнень після ЕПСТ була 5,0 % (11 випадків). У 7 випадках розвинувся гострий панкреатит, який на тлі медикаментозного лікування мав абортивний клінічний перебіг. Дуоденальне кровотеча спостерігалось в 4-х випадках, які почалися після поєднання ЕПСТ з літоекстракцією. У 3 пацієнтів кровотеча була зупинена шляхом комбінування медикаментозної терапії з ендоскопічним ін'єкційним гемостазу. Лікування 1 пацієнта потребувало термінової хірургічної операції. Післяопераційний період у цього хворого протікав гладко. У 23 пацієнтів з рецидивним (n = 16) або резидуальним (n = 4) ХЛ і ХЛ з безкам'яним холециститом (n = 3) ЕПСТ в поєднанні з медикаментозною терапією виявилася радикальним і остаточним методом лікування. Після виконання ЕПСТ з ендоскопічною літоекстракцією летальності не було.

Чрезшкірночрезпечінкове дронування (ЧЧДЖВП) використовували у 88 хворих з ХЛ. У 14 (15,9 %) випадках порушення відтоку жовчі через дренажну трубку були викликані її дислокацією дренажу (n = 9) або прогресуючої печінковою недостатністю (n = 4). В 1 (1,1 %) випадку відмічалось підтікання жовчі в вільну черевну порожнину. В цьому випадку виконали ургентну лапароскопію, ХЛЕ, зовнішнє дронування жовчних проток за Холстедом, санацію і дронування черевної порожнини. У 9 пацієнтів, у яких відбулася дислокація дренажу, при проведенні повторного ЧЧДЖВП використовували катетери більшого діаметру і додаткове дронування підпечінкового простору. Після відновлення відтоку по дренажу підтікання жовчі в черевну порожнину припинялось.

ВИСНОВКИ.

1. Діагностика холедохолітіазу є складним завданням, успішне вирішення якої вимагає комплексного підходу і використання сучасних методів дослідження таких як ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія і фіброхоледохоскопія.

2. Ефективність транспапільярних маніпуляцій безпосередньо залежала від розмірів конкременту. При діаметрі конкрементів холедоха 2 - 7 мм ендоскопічна папілосфінктеротомія виявилася радикальним методом лікування холедохолітіазу в 83,7 % випадків, при розмірі конкрементів 11 - 15 мм механічна літотрипсію з подальшою евакуацією фрагментів привела до лікування тільки 30,0 % хворих.

УДК 617-089

ОДНОМОМЕНТНЕ СТЕНТУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИХ ПУХЛИН ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Безродний Б.Г., Слободянік В.П., Колосович І.В., Філатов М. С.

Національний медичний університет імені академіка О.О. Богомольця

У роботі проведено порівняльний аналіз клінічної ефективності подвійного стентування біліарної системи та дванадцятипалої кишки при лікуванні нерезектабельних пухлин головки підшлункової залози, ускладнених механічною жовтяницею та дуоденальною непрохідністю, класичними методами хірургічного лікування та методами ендоскопічного стентування. Показана клінічна ефективність малоінвазивних оперативних втручань, визначено їх місце при виборі тактики лікування пацієнтів, оцінені результати обох типів хірургічних технологій при лікуванні хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак підшлункової залози, механічна жовтяниця, непрохідність дванадцятипалої кишки, ендоскопічний ретроградний дренаж жовчної протоки, подвійне стентування.

ВСТУП

У зв'язку із пізньою діагностикою біля 80% хворим на рак головки підшлункової залози (РГПЗ), ускладнений механічною жовтяницею, виконують лише паліативне хірургічне втручання, спрямоване на усунення холестазу. Проте, у 5-8% пацієнтів вже при первинному зверненні виявляється необхідність у шунтуванні як біліарної системи, так і обтурованої пухлиною дванадцятипалої кишки (ДПК).

У 10-20% хворих, що перенесли біліодигестивне шунтування, через 4-6 місяців після корекції холестазу розвивається обтурація ДПК пухлиною із прогресуванням кахексії та серйозних метаболічних порушень, що не дозволяє дотримуватись протоколів хіміотерапевтичного лікування, погіршує якість життя хворих і вимагає повторного, дренуючого шлунок, втручання [1,3,5,7].

Тому, в останні роки, при відкритих хірургічних втручаннях було розширено показання до виконання одномоментного біліо- і гастродигестивного шунтування. Паралельно ведеться розробка тактики і хірургічної техніки малоінвазивних ендоскопічних операцій, що полягають у двохетапному (одноетапному) подвійному стентуванні біліарної системи та ДПК. Виконання подібних втручань обґрунтоване у хворих з важким станом здоров'я, при високому операційному ризику внаслідок ускладнень основного захворювання, а також у осіб з важкою супутньою патологією [2,3,4]. В той же час, досі залишаються невирішеними питання вибору хірургічної тактики і особливостей

техніки подібних операцій.

МЕТА

Покращити результати паліативного хірургічного лікування хворих на нерезектабельний РГПЗ, ускладненого механічною жовтяницею та обструкцією ДПК, шляхом використання малоінвазивних методів ендоскопічного стентування.

ЗАВДАННЯ

1. Уточнити алгоритм вибору тактики хірургічного лікування хворих на механічну жовтяницю, обумовлену нерезектабельним раком головки ПЗ при обструкції дванадцятипалої кишки пухлиною.

2. Оцінити клінічну ефективність методики подвійного ендоскопічного стентування біліарної системи і дванадцятипалої кишки при лікуванні нерезектабельних пухлин головки підшлункової залози, ускладнених механічною жовтяницею і дуоденальною непрохідністю.

3. Шляхом порівняльного аналізу результатів відкритих і ендоскопічних методів лікування відповідної категорії хворих визначити показання щодо використання ендоскопічного стентування біліарної системи і дванадцятипалої кишки при лікуванні нерезектабельних пухлин головки підшлункової залози.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

До відкритого проспективного рандомізованого дослідження було включено 45 пацієнтів у віці від 62 до 79 років, у тому числі 29 (64,4%) чоловіків і 16 жінок (35,6%). Усі хворі були госпіталізовані до хірургічної клініки Київської міської клінічної лікарні № 4 або у хірургічну клініку Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (м. Київ) впродовж 2014-2017 рр. з приводу нерезектабельного РГПЗ, ускладненого механічною жовтяницею і обструкцією ДПК.

Діагноз РГПЗ верифікували відповідно до наказу № 554 МОЗ України від 17.09.2007 р. та Європейським протоколом з лікування і діагностики РПЗ (European Society For Medical Oncology) [1]. Усі хворі при госпіталізації були рандомізовані на дві групи.

Пацієнтам 1-ої групи (23 хворих) виконували подвійне біліо- і гастродигестивне шунтування шляхом послідовного накладення гепатікоєюноанастомоза і гастроеюноанастомоза на ізольовану по Ру і проведену позадодово петлю порожньої кишки (патент України на корисну модель №71046).

Пацієнтам 2-ої групи (22 хворих) виконували ендоскопічне (двоетапне або одномоментне) подвійне стентування біліарної системи та дванадцятипалої кишки нітіноловими біліарними і дуоденальними стентами, які саморозширювались.

На підставі порівняльного аналізу результатів лікування, сформульовані показання до виконання подібного типу оперативних втручань, уточнена тактика і техніка хірургічного лікування хворих.

Критеріями включення у дослідження були: поширені форми РГПЗ, ускладнені механічною жовтяницею з рентгенологічними (ендоскопічними) ознаками дуоденальної обструкції (класифікація за 4-х бальною шкалою медичного центру Мейо, 2002) [6]; наявність даних, що свідчать про проростання пухлини в сусідні органи, верхні брижові судини або загальну печінкову артерію, ураження регіонарних лімфовузлів, а також наявність метастатичного ураження печінки.

Класифікація порушень евакуації із шлунку передбачає оцінку значущості клінічних проявів дисфагії у балах: неможливе харчування - 0 балів, можливий прийом тільки рідини - 1 бал, тільки «м'якої» їжі - 2 бали, повноцінна дієта - 3 бали. Підрахунок балів дозволяє провести статистичний аналіз результативності хірургічних процедур з оцінкою достовірності відмінностей отриманих результатів.

Критеріями не включення у дослідження були: місцеворозповсюджений РГПЗ, ускладнений механічною жовтяницею без рентгенологічних (ендоскопічних) ознак дуоденальної обструкції, відсутність даних, що свідчать про генералізацію ракового процесу та ураження великих судин і сусідніх органів.

Відповідно класифікації міжнародного протиракового союзу за системою TNM (International Union Against Cancer, 2009, 7th edition), усі хворі страждали раком головки підшлункової залози IV стадії.

Об'єм досліджень до операції включав: загальноклінічні і біохімічні аналізи крові, сечі, спеціальні методи обстеження: УЗД, дуплексне сканування вісцеральних артерій, аорти, КТ з болюсним контрастуванням, ФГДС з оглядом ретробульбарного відділу ДПК і великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК), рентгеноскопію шлунку і ДПК, ЕРХПГ, трансдуоденальне ультразвукове сканування.

У роботі використовували наступну рентген-ендоскопічну апаратуру: GE OEC Fluorostar C-arm 7900; відеодуоденоскоп Olympus Evis Exera TJF - 160VR, відеодуоденоскоп Olympus Evis Exera TJF - 150. Для стентування ДПК використовували стенти HANAROSTENT Duodenum/Pylorus NDSL20 - 140-230 виробництва Південної Кореї. Для стентування біліарної системи використовували покриті стенти Boston Scientific WallSTENT Biliary Uncovered 10mm*60mm виробництва Сполучених Штатів Америки.

Серед осіб першої і другої групи чоловіки склали 65,2% та 63,6%. Жінки - 34,8% та 36,4% відповідно. Вік хворих у першій та другій групах знаходився у межах від 64 до 76 та від 62 до 79 років відповідно. За гістологічною будовою ракова пухлина усіх пацієнтів обох груп ідентифікувалася, як аденокарцинома.

Таким чином, включені до дослідження пацієнти страждали на ускладнені механічною жовтяницею та прогресуючою, внаслідок дуоденальної непрохідності, кахексією. Нудота (93,3%), блювота (84,4%) дисфагічні та диспепсичні явища (93,3%), що не піддавались фармакологічній корекції перешкоджали пероральному харчуванню, зумовлювали втрату маси тіла, обумовлювали високий ризик аспіраційної пневмонії, значною мірою знижували якість життя хворих при її і без того низькому початковому рівні.

Тому вирішення проблеми вибору тактики лікування таких пацієнтів, коли хірургічне втручання безальтернативне, а діяти доводиться в умовах вкрай високого операційного ризику, відсутності однозначних критеріїв сортування хворих щодо вибору способів оперативних втручань, техніки і послідовності виконання процедур, полягає у впровадженні малоінвазивних технологій із завчасною профілактикою вірогідних ускладнень.

При відкритих операціях одномоментне биліодигестивне і гастродигестивне шунтування здійснювали за терміновими показами (впродовж 24-48 годин від моменту госпіталізації). У 6 хворих, у яких холестатичний синдром був ускладнений печінковою недостатністю третьої стадії з симптомами енцефалопатії, печінково-нирковим і/або геморагічним синдромами, холангітом хірургічна корекція виконувалась у два етапи. На першому з них проводили декомпресію біліарної системи шляхом ендоскопічного транспапілярного стентування з проведенням до порожньої кишки зонду для ентерального харчування. Через 5-6 днів, після корекції явищ печінкової недостатності, виконували запланований об'єм хірургічного лікування. Проте, у будь-якому випадку, хірургічному втручанню передував курс інтенсивної терапії (в межах згаданих 24-48 годин), спрямований на корекцію волемічних порушень, ендогенної інтоксикації, геморагічного синдрому, профілактику ерозій і гострих виразок шлунково-кишкового тракту (інгібіторами протонної помпи, сандостатіном), а також, корекцією супутньої патології. При виявленні холангіту проводили антибіотикотерапію карбапенемами.

Ендоскопічна корекція біліарної та дуоденальної обструкції здійснювалась також за терміновими показами (впродовж 24-48 годин від моменту госпіталізації) і припускала виконання на першому етапі (19 хворих) тільки транспапілярного стентування біліарної системи з проведенням до порожньої кишки зонду для ентерального харчування. Така тактика пояснювалась тяжкістю холестатичного синдрому, ускладненого явищами печінкової недостатності і холангітом. Через 5-6 днів інтенсивної терапії, яка коригувала метаболічні порушення та явища холангіту, здійснювали стентування ДПК. Трьом хворим стентування біліарної системи і ДПК зробили одномоментно.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнти обох груп були співставні за статтю, віком, частотою супутніх захворювань, основними показниками гомеостазу, тобто групи порівняння були репрезентативними.

Рівень білірубінемії у хворих першої групи (23 пацієнти) складав $211 \pm 18,3$ мкмоль/л. Локалізація обструкції ДПК була діагностована (ендоскопічно): у постбульбарному відділі ДПК у 1 хворого, у верхній горизонтальній частині ДПК - у 15, у вертикальній частині ДПК - у 7 хворих. Для оцінки міри дуоденальної обструкції використовували класифікацію D. G. Adler, 2002 (Gastric Outlet Obstruction Scoring System) [6], згідно якої ступінь проявів дуоденальної обструкції у пацієнтів першої групи складала $1,7 \pm 0,19$ балів. Питома вага післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні хворих

першої групи склала 30,4% при летальності 13,04%. Післяопераційні ускладнення виникли у 7 пацієнтів: пневмонія - у 4 хворих, інфаркт міокарду - у 1 хворого, печінкова недостатність з прогресуючим геморагічним синдромом - у 2 хворих. Летальні випадки відмічені у 3 пацієнтів, причинами яких були : інфаркт міокарду, печінкова недостатність і пневмонія.

У віддаленому післяопераційному періоді накладені біліодигестивні та гастродигестивні шунти ефективно забезпечували свою дренажну функцію до смерті від основного захворювання.

У осіб другої групи (22 хворих) рівень гіпербілірубінемії складав $216 \pm 19,3$ мкмоль/л. Локалізацію дуоденальної обструкції діагностовано: у верхній горизонтальній частині ДПК у 16, у вертикальній частині - у 6 хворих. Міра дуоденальної обструкції, згідно класифікації D. G. Adler, склала $1,65 \pm 0,17$ балів. Питома вага післяопераційних ускладнень при лікуванні хворих другої групи склала 30,4%, летальності не було. Післяопераційні ускладнення виникли у 5 пацієнтів: пневмонії - у 2, холангіт - у 3 хворих. Таким чином, ендобіліарне стентування забезпечувало ефективну дренажну функцію жовчовивідних шляхів у 86,4% випадків. Холангіт, що було діагностовано у трьох хворих, він був усунутий цілеспрямованою антибіотикотерапією з урахуванням посівів жовчі на мікрофлору, інтенсивною терапією і санацією дренажу. Едобіліарні стенти ефективно функціонували упродовж залишку життя хворих. Після дуоденального стентування оральний прийом спочатку рідкої, а потім і твердої їжі починався хворими з другої доби після оперативного втручання. При подальшому спостереженні встановлено, що обструкції дуоденальних стентів не відбувалося до самої смерті від основного захворювання, і пацієнти другої групи могли пити рідину та приймати їжу до летального кінця.

При порівняльному аналізі термінів перебування в стаціонарі встановлено, що у пацієнтів першої і другої груп, відповідно, цей період складав $17,2 \pm 1,74$ і $8,4 \pm 0,94$ дня. Середня тривалість життя після хірургічної корекції у осіб першої групи складала $71,2 \pm 6,3$ діб, у осіб другої - $69,1 \pm 7,1$ діб. При цьому летальність у осіб першої групи складала 13,04% при її відсутності у пацієнтів другої групи.

Аналіз ефективності дуоденального стентування у хворих другої групи показав клінічно значиму успішність процедури в усіх випадках. Так, при початковій мірі дуоденальної обструкції в $1,65 \pm 0,17$ балів, після корекції її рівень склав $2,6 \pm 0,19$ балів ($p < 0,05$), що свідчить про достовірне поліпшення транзиторної функції ДПК. Міра ефективності процедури була різною. Так, з 22 пацієнтів у 19 були ліквідовані дисфагічні та диспепсичні явища. У 3 осіб їх прояви зменшились і вони могли харчуватися перорально. Оцінюючи отримані результати, слід зазначити високу вартість витратних матеріалів, проте в перспективі ця проблема, безумовно, буде розв'язана.

ВИСНОВКИ

1. Операцією вибору при хірургічному лікуванні хворих на нерезектабельний рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею і дуоденаль-

ною непрохідністю, є виконання подвійного ендоскопічного стентування. Процедура дозволяє уникнути наркозу, не провокує прогресування печінкової недостатності, відрізняється меншою тривалістю.

2. Ендоскопічне стентування біліарної системи та ДПК при їх обструкції пухлиною головки підшлункової залози має переваги у порівнянні з подвійним гастро- і білідігестивним шунтуванням, виконаним за класичною методикою, оскільки забезпечує більш швидке відновлення пасажу жовчі та шлункового вмісту, легше переноситься хворими, супроводжується меншим числом ускладнень, відсутністю летальності. Це дозволяє хворим на другу добу після втручання починати харчуватися природним чином, а лікарям розглядати питання про продовження хіміотерапевтичного лікування.

3. Усунення біліарної і дуоденальної обструкції внаслідок раку головки підшлункової залози шляхом ендоскопічного стентування біліарної системи і дванадцятипалої кишки показано пацієнтам із генералізованими формами ракового процесу, коли термін життя хворих обмежений, а анестезіологічний і хірургічний ризику операцій вкрай високі.

ЛІТЕРАТУРА

4. M. Ducreux, A. Sa. Cuhna, C. Caramella, A. Hollebecque, P. Burtin, D. Goéré// Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow - up. *Annals of Oncology* - 2015 - № 26(Supplement 5) - v56 - v68
5. Tsuyoshi Hamada, Ryunosuke Hakuta, Naminatsu Takahara. Covered versus uncovered metal stents for malignant gastric outlet obstruction: Systematic review and metaanalysis// *Digestive Endoscopy*. - 2017 - No 29 - P. 259-271
6. Ryosuke Tonozuka, Takao Itoi, Atsushi Sofuni. Endoscopic double stenting for the treatment of malignant biliary and duodenal obstruction due to pancreatic cancer. Fumihide Itokawa, Fuminori Moriyasu// *Digestive Endoscopy* - 2013. - Vol. 25(Suppl. 2) - P. 100-108
7. Hans G. Beger, Andrew L. Warshaw, Markus W. Büchler. *An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery*// Blackwell Publishing Limited, Massachusetts US, 2008. - 1006 P.
8. Laura J. Moore, S. Rob Todd. *Common Problems in Acute Care Surgery*// Springer International Publishing, Switzerland. - 2017- 507 P.
9. Douglas G. Adler, M.D., and Todd H. Baron, M.D. Endoscopic Palliation of Malignant Gastric Outlet Obstruction Using Self - Expanding Metal Stents: Experience in 36 Patients.// *The American journal of gastroenterology* - 2002 - Vol. 97, No. 1 - P. 72-78
10. Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Петрова Н.А., Бекбауов С.А., Котовський А.Е. Ендоскопічне транспапільярне стентування жовчних проток металевими ендопротезами, що саморозкриваються. *Аналі хірургічної гепатології* - 2012 - том 17, №3, С. 65-74

ОДНОМОМЕНТНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Безродный Б.Г., Слободяник В.П., Колосович И.В., Филатов М.С.

Национальный медицинский университет имени академика А.А. Богомольца

В работе проведен сравнительный анализ клинической эффективности двойного стентирования билиарной системы и двенадцатиперстной кишки при лечении неоперабельных опухолей головки поджелудочной железы, осложненных механической желтухой и дуоденальной непроходимостью, классическими хирургическими операциями и методами эндоскопического стентирования билиарной системы и двенадцатиперстной кишки.

Показана клиническая эффективность малоинвазивных оперативных вмешательств, определено их место при выборе тактики лечения пациентов, оценены результаты обоих типов подходов к хирургическому лечению больных.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, механическая желтуха, непроходимость двенадцатиперстной кишки, эндоскопический ретроградный дренаж желчного протока, двойное стентирование.

ENDOSCOPIC DOUBLE STENTING OF THE BILIARY SYSTEM AND DUODENUM IN THE TREATMENT OF UNRESECTABLE CANCER OF THE HEAD OF THE PANCREAS

Bezrodnyi B.G., Slobodjanic V.P., Kolosovich I.V., Filatov M.S.

National O.O. Bogomolets Medical University

The comparative analysis of the clinical efficacy of double stenting of the biliary system and duodenum in the treatment of inoperable pancreatic head cancer complicated by mechanical jaundice and duodenal obstruction, classical surgical operations and endoscopic stenting methods of the biliary system and duodenum was carried out.

The clinical effectiveness of minimally invasive surgical interventions is shown, their place is determined when choosing the tactics of patients' treatment, the results of both types of approaches to surgical treatment of patients are evaluated.

Key words: pancreatic cancer; mechanical jaundice, duodenal obstruction, endoscopic retrograde cholangiopancreatography - guided biliary drainage; duodenal obstruction; double stenting.

УДК: 616.342-002.44-06-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бемянский Л.С., Бекмурадов А.Р.*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца*

Целью нашей работы являлось улучшение результатов лечения пациентов с НС ДПК и забрюшинными повреждениями ДПК путём выбора оптимальной хирургической методики и определения наиболее эффективного лечения свищей ДПК различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы располагаем опытом лечения 29 больных свищами и повреждениями ДПК за период с 2002г. по 2016г, из них, мужчин – 19, женщин - 10.

Среди них, 6 больных с наружными несформированными высокодебитными полными НС ДПК. В исследуемой группе мужчин было 4, женщин – 2. Возраст пациентов колебался от 24 до 72 лет. Причинами развития НС ДПК являлись: последствия оперативного лечения заболеваний желудка и пилородуоденопластики – 5, после выполнения холедоходуоденостомии – 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Вопросы хирургической тактики у каждого пациента решались индивидуально. У 6 больных I группы после операций пилоропластики либо после холедоходуоденостомии сформировались НС ДПК, как осложнение вмешательства, в среднем на 3-5 сутки, а суточный дебит из НС ДПК составил 1,5- 2,5л. Еще у 2 больных этой группы повреждения ДПК были замечены через 12 и 18 часов после колэктомии, соответственно. После предпринятого оперативного вмешательства у всех больных удалось избежать развития НС ДПК и они выписались из стационара в разные сроки без серьёзных осложнений. Из 9 больных II группы несостоятельность ушитого повреждения ДПК возникла у 3, но дебит не превышал 200 мл в сутки. После диагностики несостоятельности швов больные переводились на парентеральное и энтеральное зондовое питание, налаживалось промывание зоны несостоятельности слабыми растворами органических кислот, для создания нейтральной среды в ране. При необходимости проводилось дополнительное дренирование. У всех больных отмечено полное заживление поврежденных ДПК. III группу составили пациенты с нагноением забрюшинной клетчатки, что требовало дополнительного вмешательства для улучшения качества дренирования. Мы не отметили ни одного осложнения, связанного с формированием анастомозов в брюшной полости. Из 8 больных, у 3 отмечалась несостоятельность ушитых повреждений. В 1 случае проблему удалось разрешить установкой дуоденального стента, еще в 1 – образовался неполный наружный свищ ДПК, который удалось закрыть через 9 месяцев после операции. Один больной, у которого свищ образовался после правосторонней эпинефрэктомии, умер от сепсиса на фоне сахарного диабета, неуправляемой артериальной гипертензии. Из 4 больных IV группы умерло 2, одна больная от прогрессирующего перитонита и сепсиса ввиду несостоятельности дуоденоэнтероанастомоза, массивных потерь. Еще 1 больной умер в раннем послеоперационном периоде от массивной кровопотери, ДВС-синдрома после удаления аневризмы брюшного отдела аорты, аорто-дуоденальной фистулы, резекции нижнегоризонтальной ветви ДПК, дуоденоюно-стомии над корнем брыжейки.

ВЫВОДЫ: 1. Активная хирургическая тактика с ранним хирургическим вмешательством препятствует развитию гнойно-септических осложнений и электролитных нарушений, особенно при повреждениях забрюшинной части ДПК. 2. Оптимальным методом лечения НС ДПК считаем выполнение раннего оперативного вмешательства с формированием позадибодочного поперечного ГЭА по предложенной методике, с отключением ДПК, что способствует сокращению сроков ликвидации свища и ранней реабилитации больных. 3. Выполнение наружного дренирования холедоха считаем обязательным этапом хирургического лечения НС ДПК, развившихся в результате панкреонекроза или ятрогенного повреждения при проведении ЭРХПГ с ЭПСТ. 4. Индивидуальный подход к выбору методики выключения из пассажа ДПК на короткой монопетле или длинной петле по Ру позволяет обеспечить снижение дебита поврежденной кишки и снизить возможность фатальных послеоперационных осложнений. 5. Обязательным условием адекватного ведения больных

в послеоперационном периоде считаем обеспечение раннего энтерального зондового питания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дуоденальный свищ, повреждение двенадцатиперстной кишки, позадибодочный гастроэнтероанастомоз.

ВСТУПЛЕНИЕ. С расширением возможностей обширных хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе лапароскопических, повысилась частота таких грозных осложнений, как забрюшинные повреждения ДПК. Попытки создания алгоритма лечения не увенчались успехом, ввиду необходимости индивидуального подхода к каждой конкретной ситуации [1,2,3,6,8,9]. Сложность проблемы напрямую связана с ранней диагностикой повреждений, сроками повторных хирургических вмешательств и решением тактических задач [4,5,10]. Клинические проявления забрюшинных повреждений ДПК проявляются, как правило через 12 – 20 часов после вмешательства, но в ряде случаев и на 3 – 5 сутки после операции. Высокая агрессивность дуоденального содержимого быстро приводит к повреждениям забрюшинной клетчатки, развитию забрюшинной флегмоны, что еще больше усугубляет принятие решения о характере оперативного вмешательства. Показатель летальности среди таких пациентов, несмотря на высокий уровень развития современной медицины, по-прежнему остается высоким, достигая 50-80% [1,3,5].

Наружные свищи (НС) двенадцатиперстной кишки, возникающие после резекции желудка или гастрэктомии, возникают в 3,4 – 33% [1,3,7], с летальностью, по данным различных исследователей, от 15,4 до 18,7% [1,2,5,7,12]. При адекватном дренировании примерно у 90% пациентов, такие свищи закрываются самостоятельно, остальные 10% нуждаются в хирургическом вмешательстве [8,9,11,12].

ЦЕЛЬЮ НАШЕЙ РАБОТЫ являлось улучшение результатов лечения пациентов с НС ДПК и забрюшинными повреждениями ДПК путём выбора оптимальной хирургической методики и определения наиболее эффективного лечения свищей ДПК различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы располагаем опытом лечения 29 больных свищами и повреждениями ДПК за период с 2002г. по 2016г, из них, мужчин – 19, женщин – 10.

Среди них, 6 больных с наружными несформированными высокодебитными полными НС ДПК. В исследуемой группе мужчин было 4, женщин – 2. Возраст пациентов колебался от 24 до 72 лет. Причинами развития НС ДПК являлись: последствия оперативного лечения заболеваний желудка и пилородуоденопластики – 5, после выполнения холедоходуоденостомии – 1.

Больных с ятрогенными повреждениями забрюшинной части и ниже-горизонтальной ветви ДПК было 23, из них, мужчин – 15, женщин – 8. В этой группе больные распределились так: ятрогенные травматические повреждения при выполнении ЭРХПГ – 2, осложнения острого деструктивного панкреатита – 5, повреждения ДПК после удаления опухоли правого надпочечника – 3, после правосторонней нефрэктомии – 2, правосторонней гемиколэктомии – 3, колэктомии по поводу синдрома токсич-

ческой дилатации толстой кишки – 2, повреждения ниже-горизонтальной ветви ДПК – 2 (вследствие электротравм при лапароскопии), аорто-дуоденальной фистулы при аневризме брюшного отдела аорты – 2, ножевого ранения – 1, огнестрельного – 1.

С целью установления вида свища ДПК проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, включавших общеклиническую и лабораторную диагностику, бактериологические исследования отделяемого, УЗИ, рентгениследования, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). Обязательным считали проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии, фистулографию с обязательным изучением скорости и характера прохождения контраста по ДПК. Основным в диагностике считали получение максимального объема информации о характере свища и его происхождении.

В практической работе мы использовали классификацию свищей ДПК по Саенко В.Ф. и соавт.[6]:

- I. По типу:
 1. Боковой.
 2. Концевой.
- II. По локализации внутреннего отверстия свища относительно в отношении уровня большого сосочка ДПК:
 1. Супрапапиллярный:
 - а) I части ДПК; б) II-A части ДПК.
 2. Инфрапапиллярный: а) II-Б части ДПК; б) III части ДПК; в) IV части ДПК.
- III. По морфологии:
 1. Несформированный.
 2. Сформированный.
- IV. По форме:
 1. Трубоччатый.
 2. Губовидный.
- V. По количеству внутренних отверстий:
 1. Одиночный.
 2. Множественные: а) комбинированные; б) объединенные.
- VI. По объему дебита отделяемого из свища:
 1. Низко дебитный (200 мл и меньше).
 2. Высокодебитный (свыше 200 мл).
- VII. По возможности пассажа содержимого по ДПК:
 1. Неполный.
 2. Полный.

VIII. По наличию дистального препятствия пассажа содержимого из ДПК:

1. Без дистального препятствия.
2. С дистальным препятствием.

Нами был предпринят способ оперативного лечения таких свищей, который заключался в формировании позадиободочного поперечного гастроэнтероанастомоза (ГЭА) на длинной петле по Ру, либо ГЭА на максимально короткой приводящей петле. Особенностью формирования ГЭА являлось наложение анастомоза в дистальной части желудка в зоне пилорического жома по задней его стенке. Обязательным считали выключение ДПК из пассажа, для чего через просвет ГЭА кисетным швом прошивали пилорический жом (использовали рассасывающиеся нити Викрил, Дексон, Максон), затем выполняли холецистэктомия с наружным дренированием холедоха с целью декомпрессии ДПК. Интраоперационно через ГЭА проводили зонд в проксимальные отделы тощей кишки для энтерального питания.

У 6 больных после установления диагноза наружного|наружной| несформированного|формирующей| высокодебитного полного свища| ДПК было проведено неотложное хирургическое вмешательство по срочным показаниям в связи с развитием перитонита, ретроперитонита и быстрого нарастания нарушений водно-электролитного и белкового обменов. Характер оперативного вмешательства состоял в формировании заднего позадиободочного ГЭА на короткой моно-петле. У 2 больных после колэктомии по поводу фульминантного колита и перитонита операция была выполнена по такой же методике. Для оценки результатов лечения и по характеру перенесенного вмешательства мы отнесли этих больных к I группе.

У 9 больных, а именно, у 2 вследствие ятрогенного повреждения ДПК при ЭРХПГ, у 5 больных после перенесенного панкреонекроза, 1 больного после ножевого ранения и у 1 после огнестрельного, с повреждением II-Б части ДПК, был сформирован позадиободочный поперечный ГЭА на длинной петле по Ру, с выключением ДПК по описанной методике. Длинная петля по Ру использовалась для перитонизации ушитого повреждения ДПК. Этих больных мы отнесли ко II группе.

У 8 больных с ятрогенным повреждением забрюшинной нисходящей (II-A и II-B) части ДПК, ввиду выраженного воспалительного процесса с формированием забрюшинной флегмоны, предпринималась этапность оперативного вмешательства, а именно: поле лапаротомии и оценки состояния брюшной полости, отсутствии перитонита тощая кишка пересекалась на расстоянии 50 см от связки Трейтца, формировался тонкокишечный трансплантат. Луковица ДПК и пересекалась формировалась культя ДПК, формировался позадиободочный бульбоэнтероанастомоз конец в бок (у 4 больных) или ГЭА (у 4 больных). Анастомоз по Ру формировался на расстоянии 40 см от бульбо- или гастроэнтероанастомоза. По окончании этого этапа операции брюшная полость тщательно отгораживалась салфетками и выполнялась ревизия забрюшинного пространства, его адекватное дренирование. Найденное повреждение ушивалось и

перитонизировалось боковой стенкой длиной Ру петли тощей кишки. Эти больные отнесены нами к III группе.

У 2 больных с повреждением III (нижнегоризонтальной) ветви ДПК была выполнена резекция нижнегоризонтальной ветви ДПК с формированием дуоденоеюноанастомоза на стомированной петле тощей кишки. У 2 больных с аортодуоденальными фистулами после окончания сосудистого этапа операции была выполнена резекция нижнегоризонтальной ветви ДПК с формированием дуоденоеюноанастомоза впереди корня брыжейки. Эти больные отнесены нами к IV группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Вопросы хирургической тактики, способов и сроков проведения оперативного лечения у каждого пациента решались индивидуально.

У 6 больных I группы после операций пилоропластики либо после холедоходуоденостомии сформировались НС ДПК, как осложнение вмешательства, в среднем на 3-5 сутки, а суточный дебит из НС ДПК составил 1,5- 2,5л. Еще у 2 больных этой группы повреждения ДПК были замечены через 12 и 18 часов после колэктомии, соответственно. После предпринятого оперативного вмешательства у всех больных удалось избежать развития НС ДПК и они выписались из стационара в разные сроки без серьёзных осложнений. Отдаленные результаты в этой группе изучены в сроки от 3 до 8 лет. Все больные отмечают удовлетворительное общее состояние, жалоб со стороны органов пищеварительной системы не наблюдается. При эндоскопическом исследовании через 6 месяцев у одного больного выявлена пептической язва ГЭА, которая потребовала назначения антацидов.

Из 9 больных II группы несостоятельность ушитого повреждения ДПК возникла у 3, но дебит не превышал 200 мл в сутки. Фактор возможной несостоятельности этих швов всегда учитывался при выборе способа дренирования. К этому месту подводилось 2 отдельных дренажа, помимо дренирования правого фланка и полости малого таза. После диагностики несостоятельности швов больные переводились на парентеральное и энтеральное зондовое питание, налаживалось промывание зоны несостоятельности слабыми растворами органических кислот, для создания нейтральной среды в ране. При необходимости проводилось дополнительное дренирование. Длительность пребывания в стационаре после проведенного радикального оперативного вмешательства зависела от тяжести состояния |стана|и уровня компенсации водно-электролитного обмена, возраста |веку|пациентов, наличия сопутствующих заболеваний. У всех больных отмечено полное заживление поврежденных ДПК.

Особую группу составили пациенты III группы. Ввиду нагноения забрюшинной клетчатки они требовали дополнительного вмешательства для улучшения качества дренирования. В то же время мы не отметили ни одного осложнения, связанного с формированием анастомозов в брюшной полости. Из 8 больных, у 3 отмечалась несостоятельность ушитых повреждений. В одном случае проблему удалось разрешить

установкой дуоденального стента, еще в 1 случае образовался неполный наружный свищ ДПК, который удалось закрыть через 9 месяцев после операции. Один больной, у которого свищ образовался после правосторонней эпинефрэктомии, умер от сепсиса на фоне сахарного диабета, неуправляемой артериальной гипертензии.

Из 4 больных IV группы умерло 2, одна больная от прогрессирующего перитонита и сепсиса ввиду несостоятельности дуоденоэнтероанастомоза, массивных потерь. Еще 1 больной умер в раннем послеоперационном периоде от массивной кровопотери, ДВС-синдрома после удаления аневризмы брюшного отдела аорты, аорто-дуоденальной фистулы, резекции нижнегоризонтальной ветви ДПК, дуоденоюностомии над корнем брыжейки.

Таким образом, сложность проблемы поврежденных различных отделов ДПК состоит в правильности выбора оптимального оперативного лечения, индивидуальном подходе к каждой конкретной ситуации. Наиболее эффективной является методика выключения ДПК из пассажа. Операция одностороннего выключения тонкокишечного свища выполнил [исполнил|Sehn| в 1887 году [8,9,10]. Прототип одностороннего выключения для боковых НС ДПК, который [какой|включал гастроеюностомию], отключение (перевязку) пилоруса], впервые предложил Berg]. в 1903 году. Указанный способ (так называемой „желудочной диверсии») имеет много [многие|сторонников|поклонника]. По принципу одностороннего отключения ДПК построены и другие хирургические методики лечения: „дуоденальная дивертикуляризация|», [какая|предусматривающая выполнение антрумэктомии|, гастроеюностомии|, зондовой |дуоденостомии|, ваготомии; резекции желудка по методике Бильрот- II [2,8,11].

Исходя из опыта лечения НС ДПК, В.Ф. Саенко, В.В. Кучерук, А.С. Лаврик и др. [6], показали, что при отсутствии показаний к вынужденной операции целесообразно проводить консервативное лечение до полного формирования свища, а затем - через 6-8 недель после ликвидации септического процесса выполнять операцию, но не раньше 10-12 недель с момента возникновения свища. Показаниями к выполнению [до|вынужденной операции, по мнению авторов, могут быть: разлитой перитонит, [неудержимое|внутрибрюшное кровотечение, а также «истошающие|изнуряющие|» фистулы при высоком дебите свища [3,6].

[усложнения|Существует две противоположные точки зрения относительно сроков проведения восстановительного хирургического лечения пациентов с НС|на |. Согласно одной из них операции следует выполнять [исполнять|после ликвидации гнойно-септических осложнений|усложнения| и компенсации расстройств |разлада|питания, в среднем через|из-за| 3-6 месяцев|луны| от момента возникновения свища [3,4,6]. Согласно второй, рекомендуется выполнять [исполнять|ранние восстановительные операции с одновременным хирургическим лечением инфекционных осложнений |усложнения|свищей | до |до|развития у пациентов расстройств |разлада|питания [3,4,6,13].

Наш опыт показал, что [совершить|в большинстве случаев НС ДПК являются по-

слеоперационными осложнениями и требуют индивидуального подхода в выборе принципа лечения[усложнение].

ВЫВОДЫ:

1. Активная хирургическая тактика с ранним хирургическим вмешательством препятствует развитию гнойно-септических осложнений и электролитных нарушений, особенно при повреждениях забрюшинной части ДПК.
2. Оптимальным методом лечения НС ДПК считаем выполнение раннего оперативного вмешательства с формированием позадиободочного поперечного ГЭА по предложенной методике, с отключением ДПК, что способствует сокращению сроков ликвидации свища и ранней реабилитации больных.
3. Выполнение наружного дренирования холедоха считаем обязательным этапом хирургического лечения НС ДПК, развившихся в результате панкреонекроза или ятрогенного повреждения при проведении ЭРХПГ с ЭПСТ.
4. Индивидуальный подход к выбору методики выключения из пассажа ДПК на короткой монопетле или длинной петле по Ру позволяет обеспечить снижение дебита поврежденной кишки и снизить возможность фатальных послеоперационных осложнений
5. Обязательным условием адекватного ведения больных в послеоперационном периоде считаем обеспечение раннего энтерального зондового питания.

Список литературы

1. Базаев А.В. Результаты лечения наружных кишечных свищей / Базаев А.В., Овчинников В.А., Соловьев В.А., Пузанов А.В. // Хирургия, 2004. - №1. – С. 30-33.
2. Борисов А.И. Хирургическое лечение высоких кишечных свищей / Борисов А.И., Аликов В.Б. // Хирургия, 1981. - № 9. – С. 54-56.
3. Кучерук В.В. Зовнішні нориці дванадцятипалої кишки: діагностика та лікування // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня к.м.н. – 2006.
4. Ничитайло М.Ю. Лікування кишкових нориць, як ускладнень некротического панкреатиту / Ничитайло М.Ю., Крижевський В.В., Кучерук В.В., Мошковський Г.Ю. //Шпитальна хірургія, 2002. - №1. – С.87-91.
5. Рысбеков М.М. Лечение больных со свищами на эвентрированных петлях кишок / Рысбеков М.М. Муканова У.А., Есиркепов М.М., Есиркепов М.Р., Есиркепов А.М. // Хирургия, 20007. - №8. – С.43-47..
6. Саенко В.Ф. Зовнішні нориці дванадцятипалої кишки: класифікація, діагностика та лікування / Саенко В.Ф. Кучерук В.В., Лаврик А.С., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А, Гомоляка І.В. // Харківська хірургічна школа, 2006.- №1(20). – С.77-80.
7. Шапринський В.О. Зовнішні кишкові нориці / Шапринський В.О.- Вінниця: Діло, 2004. - 162 с.
8. Bastiaens M.T. A patient with a duodenocolic fistula / Bastiaens M.T., Wittens C.H., van Deursen C.T, Lens J., Lustermaans F.A., Neth J. // Surg., 1989.- Vol. 41(3).- p. 74 – 76.
9. Björck M. Amended Classification of the open Abdomen / Björck M., Kirkpatrick A.W., Cheatham M, Kaplan M, Leppäniemi A., de Waele // Scandinavian Journal of Surgery 2016, Vol. 105(1).- p. 5 – 10

10. Cogbill T.H. Pyloric exclusion in the management of complicated duodenal and pancreatic disease / Cogbill T.H., Moore E.E., Newman M.M., Halgrimson C.G. // Am Surg., 1984.- Vol. 50(5).- p. 244-247
11. Ipek T. Use of a jejunal island flap for repair of a large duodenal defect after resection of a malignant duodenocolic fistula / Ipek T., Sirin F., Alver O. // S. Afr. J. Surg. 1995, Vol. 33(4).- P. 186.
12. Martin T.D. Severe duodenal injuries. Treatment with pyloric exclusion and gastrojejunostomy / Martin T.D., Feliciano D.V., Mattox K.L., Jordan G.L.// Jr.Arch Surg., 1983.- Vol. 118(5).- p. 631-635
13. Reintam Blaser A. Should we use early enteral nutrition in all intensive care patients? / Reintam Blaser A. Starkopf J. // Int. J. Abdom. Res., 2013.-Vol. – 1.- p. 59–63.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДУОДЕНАЛЬНИМИ НОРИЦЯМИ ТА ПОШКОДЖЕННЯМИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Метою нашої роботи було покращання результатів лікування пацієнтів з ЗН ДПК і заочеревинними пошкодженнями ДПК шляхом вибору оптимальної хірургічної методики і визначення найбільш ефективного лікування нориць ДПК різної етіології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Ми маємо досвід лікування 29 хворих з норицями і ушкодженнями ДПК за період з 2002р. по 2016р, з них, чоловіків - 19, жінок - 10. Серед них, 6 хворих із зовнішніми несформованими високодебітними повними ЗН ДПК. У досліджуваній групі чоловіків було 4, жінок - 2. Вік пацієнтів коливався від 24 до 72 років. Причинами розвитку ЗН ДПК були: наслідки оперативного лікування захворювань шлунка і пілородуоденопластики - 5, після виконання холодоходуоденостомії - 1.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Питання хірургічної тактики у кожного пацієнта вирішувалися індивідуально. У 6 хворих I групи після операції пілоропластики або після холодоходуоденостомії сформувалися ЗС ДПК, як ускладнення втручання, в середньому на 3-5 добу, а добовий дебіт з ЗН ДПК склав 1,5- 2,5л. Ще у 2 хворих цієї групи пошкодження ДПК були помічені через 12 і 18 годин після колектомії, відповідно. Після проведеного оперативного втручання у всіх хворих вдалося уникнути розвитку ЗН ДПК і вони виписалися із стаціонару в різні терміни без серйозних ускладнень. З 9 хворих II групи неспроможність зашитого ушкодження ДПК виникла у 3, але дебіт не перевищував 200 мл на добу. Після діагностики неспроможності швів хворі переводилися на парентеральне і енттеральне зондове харчування, налагоджувалося промивання зони неспроможності слабкими розчинами органічних кислот, для створення нейтрального середовища в рані. При необхідності проводилося додаткове дренивання. У всіх хворих відзначено повне загосення ушкоджені ДПК. III групу склали пацієнти з нагноєнням заочеревинної клітковини, що вимагало додаткового втручання для поліпшення якості дренивання. Ми не відзначили жодного ускладнення, пов'язаного з формуванням анастомозів в черевній порожині. З 8 хворих, у 3 відзначалася неспроможність ушитих пошкоджень. В 1 випадку проблему вдалося вирішити установкою дуоденального стента, ще в 1 - утворилася неповна зовнішня нориця ДПК, яку вдалося закрити через 9 місяців після операції. Один хворий, у якого нориця утворився після правобічної епінефректомії, помер від сепсису на фоні цукрового діабету, некеровані артеріальної гіпертензії. З 4 хворих IV групи померло 2, одна хвора від прогресуючого перитоніту і сепсису через неспроможність дуоденоентероанастомоза, масивних втрат. Ще 1 хворий помер в ранньому післяопераційному періоді від масивної крововтрати, ДВС-синдрому після видалення аневризми черевного відділу аорти, аорто-дуоденальної фістули, резекції ніжньогоризонтальної частини ДПК, дуоденоюностомії над коренем брижі.

ВИСНОВКИ: 1. Активна хірургічна тактика з раннім хірургічним втручанням перешкоджає розвитку гнійно-септичних ускладнень і електролітичних порушень, особливо при пошкодженнях заочеревинної частини ДПК. 2. Оптимальним методом лікування ЗН ДПК вважаємо виконання раннього оперативного втручання з формуванням позадуододового поперечного ГЕА за запропонованою методикою, з відключенням ДПК, що сприяє скороченню термінів ліквідації нориці і ранньої реабілітації хворих. 3. Виконання зовнішнього дренивання холодохом вважаємо обов'язковим етапом хірургічного лікування ЗН ДПК, які розвинулися в результаті панкреонекрозу або ятрогенного пошкодження при проведенні ЕРХПГ з ЕПСТ. 4. Індивідуальний підхід до вибору методики виключення з пасажу ДПК на короткій монопетлі або довгій петлі по Ру дозволяє забезпечити зниження дебіту пошкоджені кишки і знизити можливість фатальних післяопераційних ускладнень. 5. Обов'язковою умовою адекватного ведення хворих в післяопераційному періоді вважаємо забезпечення раннього енттерального зондового харчування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дуоденальна нориця, пошкодження дванадцятипалої кишки, позадуододовий гастроентероанастомоз.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DUODENAL FISTULAS AND INJURIES OF DUODENUM

OBJECTIVE: To improve the treatment results of patients with EF of duodenum and retroperitoneal injuries of duodenum by selecting the optimal surgical technique and determine the most effective treatment of duodenum fistula of different etiologies.

MATERIALS AND METHODS. We have experience of treating of 29 patients with fistulas and lesions of the duodenum in the period since 2002 by 2016, of which, men – 19, women - 10. Among them, 6 patients exposed unformed high-output full EF of duodenum. In the study group were men -4, women – 2. The age of patients ranged from 24 to 72 years. The reasons for the development of the EF of duodenum were: the effects of surgical treatment of diseases of the stomach and piloroduodenoplasty – 5, after performing choledochoduodenostomy – 1.

THE RESULTS OF RESEARCH AND THEIR DISCUSSION. Questions the surgical approach in each patient was decided individually. In 6 patients of group I after operations pyloroplasty or after choledochoduodenostomy formed EF of duodenum, as a complication of intervention was on average 3-5 days, and the daily yield of EF of duodenum made up of 1,5-2,5 l. Once in 2 patients of this group damage of duodenum was seen after 12 and 18 hours after colectomy, respectively. After an attempted surgical intervention all patients were able to avoid the development of the EF of duodenum and they have left the hospital at different times without serious complications. Of the 9 patients of group II, the failure was damage to the duodenum occurred in 3, but the yield did not exceed 200 ml per day. After the diagnosis of incompetence of sutures of the patients were transferred to parenteral and enteral tube feeding, organize the washing zone of insolvency, weak solutions of organic acids to create a neutral environment in the wound. If needed, carried out further drainage. All patients had complete healing of damaged duodenum. The III group consisted of patients with suppuration of the retroperitoneal tissue that required additional intervention to improve the quality of drainage. We have not observed any complications associated with the formation of anastomoses in the abdominal cavity. Of the 8 patients, 3 patients noted the failure of the sutured injury. In 1 case the problem was resolved installing the duodenal stent, 1 formed incomplete external fistula of duodenum, which managed to close 9 months after surgery. One patient whose fistula was formed after the right epinephrectomy, died from sepsis on the background of diabetes mellitus, uncontrolled hypertension. Of the 4 patients of the IV group 2 died, one patient from progressing of peritonitis and sepsis due to insolvency of duodenopancreatectomy, massive losses. 1 patient died in early postoperative period from bleeding, DIS-syndrome after removal of an aneurysma of the abdominal aorta, aorta-duodenal fistula, resection low-horizontal branch of duodenum, duodenojejunostomy above the root of the mesentery.

CONCLUSIONS: 1. Active surgical approach with early surgical intervention prevents the development of purulent-septic complications and electrolyte imbalance, especially in injuries of the retroperitoneal part of the duodenum. 2. The optimal method of treatment of EF of duodenum consider performing early surgical intervention with formation of posterior colon gastroenteroanastomosis in the proposed method, turn off the duodenum, that helps to reduce the time of elimination of the fistula and early rehabilitation of patients. 3. The implementation of external drainage of the common bile duct believe it is a mandatory step in the surgical treatment of the EH of duodenum, developed as a result of necrotizing pancreatitis or iatrogenic damage during ERCP with EPST. 4. Individual approach to the choice of the technique off from a passage of duodenum monopole on a short or a long loop in the Ru allows to reduce the rate of damaged intestines and reduce the possibility of fatal postoperative complications. 5. Mandatory requirement for an adequate management of patients in the postoperative period we believe the provision of early enteral tube feeding.

KEY WORDS: duodenal fistula, injury of the duodenum, posterior colon gastroenteroanastomosis.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ЭТАПНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бойко В.В., Замятин П.Н., Замятин Д.П

*Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины
Харьковский национальный медицинский университет*

В работе детально рассмотрены вопросы организации медицинских и социально-психологических реабилитационных мероприятий у раненых и пострадавших участников локальных конфликтов с последствиями огнестрельных и минно-взрывных ранений и травм в системе этапного восстановительного лечения. Представлены разработанные устройства для тренировки дыхания и для воздействия на респираторную систему с помощью подогретой и увлажненной дыхательной кислородно-лекарственной смеси, а также принцип их клинического использования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: последствия минно-взрывной травмы и минно-взрывных ранений, реабилитационные мероприятия, кардио-респираторная система, повреждения сердца.

ВВЕДЕНИЕ. Проблема охраны здоровья военнослужащих - одна из важнейших в современной медицине и хирургии повреждений. Она носит национальный характер и имеет выраженную социальную направленность. Современная боевая травма отличается особой тяжестью, множественностью и сочетанностью поражения при минно-взрывной травме (МВТ) и минно-взрывных ранениях (МВР), в связи с чем, является мощным стрессом для организма - физическим и психическим. При этом травматическая болезнь на позднем госпитальном этапе у большинства раненых протекает с доминированием выраженных функциональных нарушений со стороны различных органов и систем.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов реабилитационных мероприятий у раненых и пострадавших участников локальных конфликтов с последствиями огнестрельных и минно-взрывных ранений и травм.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», являющейся клинической базой кафедры хирургии №1 Харьковского национального медицинского университета, в период 2014-2016 гг. проведено лечение и реабилитационные мероприятия 37 раненым и пострадавшим участникам проведения АТО с последствиями огнестрельных и минно-взрывных ранений и травм груди, в том числе повреждений сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Раненым с нарушениями функции внешнего дыхания после МВТ в комплексную реабилитационную программу включали оригинальную дыхательную гимнастику и респираторные тренировки с помощью тренажеров, направленные на выработку адекватного дыхания.

С этой целью нами разработано устройство для тренировки дыхания, которое позволяет проводить реабилитационные мероприятия у раненых при респираторных нарушениях в различные сроки послеоперационного периода (Пат. 64228 А Україна, МПК 7 А61М16/06).

При использовании устройства воздушный поток, поступающий через полностью открытое сквозное отверстие, свободно проходя внутри полого корпуса сквозь мундштук, попадает в ротовую полость и верхние дыхательные пути пациента при вдохе и обратным путем при выдохе.

Нагрузка на дыхательную систему при вдохе и выдохе осуществлялась за счет поворота вращающегося кольца по- или против часовой стрелки относительно корпуса. Для удобства вращения кольца вокруг корпуса его поверхность выполнена ребристой.

При повороте кольца вокруг корпуса в результате смещения бокового отверстия кольца относительно сквозного отверстия осуществлялось его постепенное перекрытие поверхностью вращающегося кольца из открытого положения к положению полностью закрытого, что позволяло регулировать величину сопротивления прохождения воздушного потока. Задержка влаги, образующейся внутри корпуса при выдохе, и различных воздушных примесей при вдохе производилась сменным фильтром, расположенным в мундштуке.

С помощью скобок, расположенных на мундштуке, устройство крепится к голове пациентов, находящихся в тяжелом состоянии. Требуемую величину сопротивления вдоха и выдоха при проведении реабилитационного лечения либо профилактической тренировки дыхания выставляли по шкале.

Таким образом, устройство для тренировки дыхания может использоваться в ходе проведения реабилитационных мероприятий для профилактики и лечения дыхательных расстройств путем тренировки мышц вдоха и выдоха дыхательной системы раненого.

Также для проведения реабилитационных мероприятий в клинике предложено устройство для воздействия на респираторную систему раненого с помощью подогретой и увлажненной дыхательной кислородно-лекарственной смеси, в котором подогрев кислорода происходит в газоведе за счет нагревателя, рассчитанного на подогрев до температуры тела человека, а увлажнение осуществляется в емкости для жидкости водой комнатной температуры с добавлением лекарственных препаратов (Пат. 5727 А Україна, МПК 7 А61М16/16).

Устройство работает следующим образом. Перед началом работы емкость для жидкости заполняли водой и лекарственным препаратом, устанавливали корпус-крышку и с помощью кронштейна крепили к кровати или в салоне машины скорой медицинской помощи. Газовод подсоединяли к источнику кислорода и включали в сеть нагреватель, рассчитанный на подогрев кислорода до температуры тела человека.

Подогретый кислород в виде потока мелких пузырьков, проходя по газоводу через распределитель в трубку-штуцер и одновременно в кислородный дозиметр, попадал в насадку, где увлажнялся по мере подъема к поверхности увлажняющей жидкости. При этом возникающий поток газовых пузырьков разрушался о пеногаситель и увлажненный кислород через выходной патрубок со штуцером поступал в дыхательные пути пациента любым известным способом: через лицевую маску, носовые либо назотрахеальные катетеры и т.д.

Конструкция устройства для воздействия на респираторную систему пациента с помощью подогретой и увлажненной дыхательной кислородно-лекарственной смеси малогабаритна, достаточно проста, безопасна и удобна в эксплуатации, технологична в изготовлении.

Раненым с гипервентиляционным синдромом, дополнительно целесообразно проводить полирецепторную релаксацию.

В целях совершенствования персонального учета пострадавших в локальных конфликтах, улучшения диспансерного наблюдения за ними, повышения качества лечебных и оздоровительных мероприятий на этапах медицинской реабилитации необходимо ведение карты диспансерного наблюдения. Создание единой системы учета раненых и обеспечение комплексной информационной поддержки позволяет более успешно решать задачи по их реабилитации. Разработанный современный методологический подход к медико-психологической и социальной реабилитации позволяет создать и внедрить в практику новые патогенетически обоснованные программы для коррекции здоровья и улучшения качества жизни раненых, доказывающий, что этапная организация медицинской помощи, основанная на преемственном сочетанном применении различных методов восстановительной медицины, повышает медико-социальную эффективность лечебного процесса у раненых после возвращения к обычной гражданской жизни. Высокая эффективность и простота осуществления разработанных схем лечения способствуют широкому использованию их в клинической практике. Разработанная комплексная программа коррекции здоровья раненых позволяет избежать чрезмерного применения лекарственных средств, следовательно, исключить развитие лекарственной интоксикации, фармакологической и психологической зависимости. Практическое применение организационных инноваций этапной медицинской помощи и системы динамического диспансерного наблюдения за состоянием здоровья раненых на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации обеспечивает сокращение сроков лечебно-восстановительного процесса и временной утраты трудоспособности, уменьшение койко-дня в условиях регоспитализации.

Современный анализ и системная оценка психофизического состояния раненых в подостром периоде травматической болезни позволяет разработать индивидуально ориентированную программу реабилитации данного контингента с дифференцированным применением передовых нелекарственных технологий.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, для повышения эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении раненых, перенесших минно-взрывную травму с нарушениями функции внешнего дыхания, в том числе и повреждений сердца, проводимых врачами военного контингента, амбулаторно-поликлинических учреждений и военных госпиталей различного уровня, предлагается реализовать следующие рекомендации:

- Организация и проведение мероприятий восстановительного лечения, наряду с общеклиническими, должны включать оценку функционального состояния кардио-респираторной системы, а также учет характера и степени выраженности изменений в психоэмоциональной сфере и индивидуально-психологических особенностях личности раненых.

- Осуществлять оценку эффективности проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в процессе диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими с использованием показателей качества жизни.

- Совершенствование организации проведения лечебно-реабилитационных мероприятий после боевой травмы в условиях клиники путем использования индивидуальных программ восстановительного лечения, в особенности раненым, перенесшим МВТ с повреждением сердца, рекомендуется применение комплексного лечения с первых дней пребывания в клинике с учетом характера повреждения и состояния организма в целом.

БАКТЕРИОФАГЕАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бондарев Р.В., Сопко А.И., Заря И.Л., Козубович Р.Н.

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

Несмотря на внедрение лапароскопической техники, применение новых видов и классов антибиотиков, количество послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при хирургическом лечении острого деструктивного холецистита (ОДХ) осложненного перитонитом не имеет тенденции к снижению, что особенно характерно для лиц пожилого и старческого возраста. Поиск новых методов лечения, с помощью которых можно было бы улучшить результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с ОДХ осложненным перитонитом является актуальным. Определенный интерес в усовершенствовании профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при лечении ОДХ осложненного перитонитом у лиц пожилого и старческого возраста представляет применение лечебных бактериофагов (БФ).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – оценить частоту инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и ЛХЭ с бактериофагальной терапией ОДХ осложненного гнойным перитонитом у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 229 пациентов в возрасте от 60 лет и старше, которым проведена ЛХЭ по поводу ОДХ осложненного гнойным перитонитом. Мужчин было 21 (9,2 %), женщин – 208 (90,8 %).

Сопутствующая соматическая патология отмечена у всех пациентов. Наиболее часто наблюдалась ишемическая болезнь сердца – 229 (100,0 %), гипертоническая болезнь – 148 (64,6 %), ожирение I-II ст – 65 (28,4 %), сахарный диабет – 14 (6,1 %) больных.

ОДХ осложненный местным гнойным перитонитом диагностирован у 202 (88,2 %), диффузным гнойным перитонитом – у 27 (11,8 %) пациентов.

В зависимости от применяемого saniрующего раствора во время ЛХЭ больные

були распределены на две группы. В группе сравнения ($n = 133$) санацию брюшной полости осуществляли физиологическим раствором и раствором декасана. Экстракцию желчного пузыря в резиновом стерильном контейнере выполняли через субкисфоидальную рану, которая санировалась раствором декасана. Основную группу ($n = 96$) составили пациенты, которым после ЛХЭ и санации брюшной полости физиологическим раствором проводили орошение последней лечебными БФ. При местном перитоните санацию области очага воспаления проводили в объеме 20-80 мл, при диффузном перитоните – в объеме 80-150 мл. Также БФ орошали субкисфоидальную рану, через которую извлекали в контейнере желчный пузырь и вводили БФ через трубчатые дренажи в брюшную полость в послеоперационном периоде в объеме по 20 мл каждые 8 часов. Применяли один из следующих БФ: секстафаг, колипротейный, интести-бактериофаг, синегнойный, а также их комбинацию.

По гендерному признаку, возрасту, степени ожирения, хирургической и нехирургической патологии исследуемые группы статистически не отличались (все $p > 0,05$).

Результаты лечения оценивали по характеру и частоте инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В послеоперационном периоде в обеих исследуемых группах отмечены ИОХВ. Инфильтрат брюшной полости в основной группе наблюдали только у 1 (1,0 %) пациента, напротив, в группе сравнения инфильтрат брюшной полости определялся у 5 (3,8 %) больных, и был диагностирован абсцесс брюшной полости – у 1 (0,8 %) пациента. Среди раневых осложнений: инфильтрат и/или серому троакарной раны в основной группе наблюдали у 2 (2,1 %), в группе сравнения – у 5 (3,6 %) больных, нагноение троакарной раны отмечено только в группе сравнения у 6 (4,5 %).

Таким образом, бактериофагеальная терапия при хирургическом лечении острого деструктивного холецистита осложненного гнойным перитонитом у лиц пожилого и старческого возраста, позволила в послеоперационном периоде снизить частоту возникновения ИОХВ с 12,7 % до 3,1 %.

ВЫВОДЫ

Применение бактериофагеальной терапии при хирургическом лечении острого деструктивного холецистита осложненного гнойным перитонитом у лиц пожилого и старческого возраста эффективно, и позволяет снизить в послеоперационном периоде частоту возникновения инфекции области хирургического вмешательства с 12,7 % до 3,1 %.

УДК 616.381-089.168.1-06 :617.55-007.43]-089

ДОСВІД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ.

**Васильчук О.В.¹, Піотрович С.М.¹, Мусієнко А.В.², Коломієць П.В.², Яцентюк В.Г.²,
Чиньба О.В.², Дубенець В.О.², Кузнєцов О.О.², Мамонов О.В.²**

НМУ ім. О.О. Богомольця⁽¹⁾,

Київський міський центр хірургії гриж живота (КМКЛ №15)

В Київському міському центрі хірургії гриж живота з приводу післяопераційної вентральної грижі прооперовано 191 пацієнт у віці від 30 до 73 років. Враховуючи, що більшість пацієнтів даної категорії мають важку супутню патологію (захворювання серцево-судинної системи, хронічні обструктивні захворювання легень, ожиріння) зберігається достатньо великий ризик виникнення таких тяжких післяопераційних ускладнень як гостра дихальна та серцево-легенева недостатність. Виконуючи реконструкцію черевної стінки проводили попереднє моделювання та контроль змін тиску в дихальному контурі апарату штучної вкнтиляції легень (ШВЛ). В кожному конкретному випадку прагнули вибрати найбільш доцільний варіант розташування та фіксації сітки, щоб уникнути значного підвищення тиску в дихальному контурі апарату ШВЛ, та розвитку торако-абдомінальної дихальної недостатності в післяопераційному періоді

КЛЮЧОВІ СЛОВА: післяопераційна вентральна грижа, оперативне лікування, дихальна недостатність.

ВСТУП. Незважаючи на розвиток малоінвазивної хірургії, кількість пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами (ПВГ) не зменшується. За даними зарубіжних авторів, післяопераційні грижі виникають у 10 - 15% хворих після абдомінальних операцій. [1] В США щороку виконується понад 300 тисяч реконструкцій передньої черевної стінки з приводу ПВГ, на що витрачається \$3,2 млрд [2,3].

Враховуючи, що більшість пацієнтів даної категорії мають важку супутню патологію (захворювання серцево-судинної системи, хронічні обструктивні захворювання легень, ожиріння) зберігається достатньо великий ризик виникнення таких тяжких післяопераційних ускладнень як гостра дихальна та серцево-легенева недостатність.

Вибір методу оперативного лікування хворих з ПВГ, що дозволяє відновити фізіологічну функцію передньої черевної стінки, звести до мінімуму можливість виникнення рецидиву грижі та попередити в ранньому післяопераційному періоді розвиток порушень функції дихання і роботи серцево-легеневої системи - є однією з актуальних проблем сучасної герніології.

МЕТА РОБОТИ. Покращити якість надання оперативної допомоги пацієнтам з ПВГ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В 2014-15р.р. в Київському міському центрі хірургії гриж живота з приводу післяопераційної вентральної грижі прооперовано 191 пацієнт у віці від 30 до 73 років. Жінок було 152 (79,6%), чоловіків 39 (20,4%). У 128 (67,0 %) з них була наявна супутня патологія (ожиріння, ішемічна хвороба серця, хронічні обструктивні захворювання легень). Відповідно до класифікації Європейської асоціації хірургів герніологів (Гент, Бельгія, 2008) пацієнти розділились наступним чином: пацієнтів з грижовим дефектом W1 було 45(23,6%), W2 – 129(67,5%), W3 – 17(8,9%).

Перед оперативним втручанням всім хворим проводили стандартні загальноклінічні обстеження та підготовку шлунково-кишкового тракту. У пацієнтів з грижами W2-3 додатково вивчали функцію зовнішнього дихання, та проводили тренувальне бандажування живота з поетапним підвищенням інтраабдомінального тиску.

При оперативному лікуванні пацієнтів з грижами W2-3 після вправлення вмісту грижового мішка загальний об'єм органів черевної порожнини збільшується. В той же час об'єм самої черевної порожнини може зменшитись внаслідок зашивання грижового дефекту. Дані фактори сприяють підвищенню внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), зміщенню діафрагми в грудну порожнину та зменшенню дихального об'єму і функціональної залишкової ємності легень. В післяопераційному періоді парез кишечника ще більше посилює вплив негативних факторів та може призвести до прогресуючого зменшення дихального об'єму легень з порушенням перфузії легеневої тканини і розвитком гострої торако-абдомінальної дихальної недостатності.

Щоб запобігти розвитку даних ускладнень ми до початку операції, але в стані релаксації та штучної вентиляції легень, відмічали базові показники тиску в дихальному контурі апарату штучної вентиляції легень (за показниками датчика тиску) та внутрішньочеревний тиск (методика Kron, 1984). При виборі способу реконструкції черевної стінки враховували об'єм дислокованих в грижовий мішок органів, розміри грижового дефекту, оцінювали можливість збільшення внутрішньочеревного тиску як за рахунок збільшення об'єму органів черевної порожнини, так і внаслідок зменшення об'єму черевної порожнини при ліквідації грижового дефекту. Для цього після мобілізації елементів грижі, ентеролізу та вправлення вмісту грижового мішка в черевну порожнину виконували пробне зближення країв грижового дефекту з оцінкою зміни показників тиску в дихальних шляхах та ВЧТ. Адже згідно закону Бойля-Маріота при постійній температурі і масі газу добуток тиску газу на його об'єм є постійною величиною. У математичній формі це твердження записується у вигляді формули: $PV=const$, де P – тиск газу, V – об'єм. Тобто якщо під час операції відбувається зменшення об'єму (V) грудної клітини (легень) внаслідок підвищення ВЧТ та зміщення діафрагми в грудну клітину, то зростає тиск (P) в дихальній системі апарату ШВЛ. Метою попереднього моделювання був вибір способу корекції при якій тиск в дихальному контурі апарату збільшувався не більше ніж на 5 см.вод.ст. від початкового. Таким чином мінімізували можливість виник-

нення порушень дихальної функції в післяопераційному періоді.

У 5(11,1%) пацієнтів з грижами W1 виконали автопластику, у 33(73,3%) випадках сітчастий протез (поліпропіленова сітка) розміщено преперитонеально а над ним зшито в дотик краї грижового дефекту (sublay preperitoneal). Реконструкція передньої черевної стінки за рахунок зшивання задніх листків піхв прямих м'язів живота та зміцненням внаслідок цього задньої стінки протеза, розташованого між прямими м'язами і заднім листком піхви(sublay retromuscular), дозволила домогтися відновлення її повноцінної функції у 7 (15,6%) пацієнтів.

При грижах W2 у 62(48,1%) пацієнтів виконали реконструкцію черевної стінки з ретромускулярним або преперитонеальним розміщенням сітчастого протезу та зашиванням грижового дефекту, в інших 67(51,9%) – без зшивання опорних тканин, але виконували додаткову фіксацію протезу по периметру грижових воріт (sublay retromuscular + inlay, або sublay preperitoneal+inlay).

У 11(64,7%) пацієнтів з грижовим дефектом W3 виконали протезуюче відновлення передньої черевної стінки з розділенням анатомічних компонентів черевної стінки та без зближення прямих м'язів. В даних випадках для закриття грижового дефекту ми використали клапті грижового мішка, поєднані з стінками піхв прямих м'язів, в комбінації з сітчастим протезом. Сітка при цьому розташовується частково під прямими м'язами, частково між листками грижового мішка. Корекція передньої черевної стінки без зведення прямих м'язів, у пацієнтів з такими дефектами опорних тканин, дозволяє уникнути зменшення загального об'єму черевної порожнини та попередити розвиток порушень дихальної функції в післяопераційному періоді. У інших 6 (35,3%) пацієнтів з грижами W3 виконували реконструкцію черевної стінки з ретромускулярним або преперитонеальним розміщенням (без зведення країв грижового дефекту) та подвійною фіксацією протезу (sublay retromuscular+inlay, sublay preperitoneal+inlay).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Виконуючи оперативні втручання ми в кожному конкретному випадку, в залежності від клінічної ситуації, розміру грижового дефекту та стану навколишніх опорних тканин, прагнули вибрати найбільш доцільний варіант розташування та фіксації сітки, щоб уникнути значного підвищення тиску в дихальному контурі апарату ШВЛ.

В післяопераційному періоді одним з чинників торакоабдомінальної дихальної недостатності є обмеження рухомості грудної клітини не тільки внаслідок високого стояння діафрагми, але і внаслідок вираженого болювого синдрому. Тому адекватна післяопераційна аналгезія є одним з основних елементів активної післяопераційної реабілітації. Як правило ми використовували спинальну аналгезію, яка забезпечує відмінний знеболюючий результат на тривалий час. Крім того даний вид знеболення допомагає швидшому відновленню роботи кишківника, що зменшує ризик підвищення ВЧТ.

У пацієнтів з грижовими дефектами W1 післяопераційний період протікав без ускладнень з боку легенево-серцевої системи.

Першим проявом наростаючої легенево-серцевої недостатності була задишка та тахікардія. Такі симптоми спостерігали у 16(8,4%) пацієнтів з грижами W2-3. У 10 з них констатовано дихальну недостатність I ступеню, у 4 - II і у 2 - III (ступінь тяжкості дихальної недостатності класифікували залежно від показників сатурації крові киснем: I ступінь - SaO₂ 90-94%, II - SaO₂ 75-89%, III - SaO₂ < 75 %). У 3 пацієнтів клінічні ознаки легенево-серцевої недостатності виникли на 2-3 добу після операції, що ми пов'язуємо з «газовим періодом» на фоні парезу кишечника. Необхідність проведення подовженої штучної вентиляції легень на протязі 2-3 діб після операції виникла у 2 пацієнтів з грижами W3, з подальшим відновленням самостійного адекватного дихання.

ВИСНОВКИ.

У пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами W2-W3 для профілактики розвитку торакоабдомінальної дихальної недостатності в післяопераційному періоді крім передопераційної підготовки показано інтраопераційне моделювання способу протезуючої реконструкції черевної стінки з метою максимального запобігання підвищенню ВЧТ та краніального зміщення діафрагми з порушенням біомеханіки дихання.

ЛІТЕРАТУРА.

1. The Management of Incisional Hernia / Andrew Kingsnorth // Ann R Coll Surg Engl. - 2006 May; - 88(3). - P 252-260.
2. Incisional ventral hernias: Review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair/ The Ventral Hernia Working Group: Karl Breuing, MD,a Charles E. Butler, MD, FACS,b Stephen Ferzoco et al.//Surgery. - Volume 148, Issue 3. - September 2010. - Pages 544-558)
3. Epidemiology and cost of ventral hernia repair: making the case for hernia research / B. K. Poulouse, J. Shelton, S. Phillips et al.// Hernia/ - April 2012, Volume 16. - P. 179-183/

ШКАЛА BISAP В ОЦІНЮВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Гудивок В.І., Іванина В.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведене комплексне обстеження і лікування 42 хворих на гострий біліарний панкреатит. Усі пацієнти мали клініко-лабораторні ознаки гострого панкреатиту. Гострий набряковий панкреатит діагностували у 32 (76,2 %), тяжкий панкреатит – у 4 (9,5 %), гостре накопичення рідини – у 6 (14,3 %). У всіх хворих проводилася оцінка тяжкості перебігу панкреатиту за шкалою BISAP. Встановлено, що у хворих на гострий біліарний панкреатит найбільш часто виявляються дві і більше ознаки SIRS (73,8 %), вік хворих понад 60 років (33,3 %) та рівень сечовини крові більше 25 мг/дл (8,9 ммоль/л) (23,8 %). При наявності чотирьох і більше балів за шкалою BISAP збільшується частота тяжкої органної дисфункції та летальність при гострому біліарному панкреатиті. Шкалу BISAP необхідно використовувати для виявлення хворих групи ризику, однак вона не могла конкурувати із звичною щоденною оцінкою стану хворого.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий біліарний панкреатит, шкала BISAP, органна дисфункція.

ВСТУП. Тенденція до зростання захворюваності на гострий панкреатит, в першу чергу, зумовлена високою частотою жовчнокам'яної хвороби і вживання алкоголю в людській популяції [1, 2]. В залежності від цього, у 90 % випадків гострого панкреатиту хірурги трактують його як біліарний або аліментарний. За темпами росту захворюваності гострий панкреатит випереджає всі інші невідкладні захворювання органів черевної порожнини. У кожного четвертого хворого розвивається тяжкий панкреатит, при якому, навіть у спеціалізованих клініках світу, показники загальної летальності залишаються стабільно високими і становлять майже 15 %, а у фазі ферментативно-го шоку – аж 85-90 % [3]. Важливими факторами, що визначають частоту летальності є пізня або помилкова діагностика, недооцінка важкості стану хворих і відповідно - неадекватний вибір необхідних консервативних і хірургічних заходів [4].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Оцінити значення показників шкали BISAP для прогнозування перебігу гострого біліарного панкреатиту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Нами проведено комплексне обстеження і лікування 42 хворих на гострий біліарний панкреатит. Усі пацієнти мали клініко-лабораторні ознаки гострого панкреатиту: больовий синдром, іктеричність шкіри і слизових, паралітичну гостру кишкову непрохідність, підвищення амілази крові. Ультрасонографія панкреатогепатобіліарної зони, проведена в межах двох годин від моменту поступлення підтверджувала діагноз

гострого панкреатиту і дозволяла оцінити його генез як біліарний, за наявності холецистолітазу, розширення загальної жовчної протоки понад 6 мм та мікрохолелітазу. Гострий набряковий панкреатит діагностували у 32 (76,2 %), тяжкий панкреатит – у 4 (9,5 %), гостре накопичення рідини – у 6 (14,3 %).

Бали шкали BISAP підраховували у всіх хворих впродовж першої доби перебування хворих у стаціонарі згідно наступних критеріїв: рівень сечовини крові більше 25 мг/дл (8,9 ммоль/л); порушення ментального статусу; не менше двох наступних ознак синдрому системної запальної відповіді (SIRS): температура тіла нижча 36 чи вища 38°C; задишка більше 20 рухів за хвилину; тахікардія вище 90 за хвилину; лейкоцитоз нижче 4,0 чи вище 12,0x10⁹/л чи більше 10 % незрілих форм; вік хворого понад 60 років; реактивний плеврит, підтверджений інструментальними методами. Кожному з цих показників надавалася оцінка в один бал. Необхідно зазначити, що оцінка перебігу гострого біліарного панкреатиту за BISAP є самостійною від отриманих даних під час комп'ютерної томографії і рядом авторів рекомендується для незалежного оцінювання ризику панкреонекрозу [5, 6].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При аналізі частоти виявлення критеріїв шкали BISAP у хворих на гострий біліарний панкреатит, нами було встановлено, що найбільш часто відмічали наявність двох і більше критеріїв SIRS. Вони зустрічалися у 31 (73,8 %) хворого: у 23 з гострим набряковим панкреатитом, у всіх пацієнтів з тяжким панкреатитом та у 4 – з гострим накопиченням рідини у чіпцевій сумці. Практично у всіх з цих пацієнтів був наявний лейкоцитоз та зсув формули ліворуч у загальному аналізі крові. Наступною, за частотою, ознакою був вік хворих понад 60 років – вона виявлялася у 14 (33,3 %) випадків. У 10 пацієнтів (23,8 %) рівень сечовини крові перевищував 8,9 ммоль/л. Цей критерій спостерігався нами у 5 хворих з нетяжким панкреатитом, у всіх пацієнтів з тяжким панкреатитом та тільки у одного хворого з гострим накопиченням рідини у сальниковій сумці. Реактивний плеврит впродовж першої доби перебування хворого у стаціонарі діагностувався нами у 6 (14,3 %) випадків, причому у 100,0 % при розвитку тяжкого біліарного панкреатиту та у 33,3 % - при гострому накопиченні рідини у сальниковій сумці.

У 13 пацієнтів кількість балів за шкалою BISAP не перевищувала 3 балів. Серед них не було пацієнтів з тяжким панкреатитом і гострим накопиченням рідини у чіпцевій сумці. Летальності серед цих пацієнтів не було. У 29 (69,1 %) хворих тяжкість стану оцінювали у 4-5 балів. Серед них було 19 пацієнтів з набряковим панкреатитом та всі хворі з тяжким панкреатитом та гострим накопиченням рідини у сальниковій сумці. Органна дисфункція, яку вдалося ліквідувати до 24 годин була у 11 (26,2 %) хворих.

Одним із факторів ризику несприятливих наслідків лікування і летальності хворих на гострий біліарний панкреатит є розвиток органної дисфункції: вентиляційної, кардіогенної, печінкової, ниркової та ін. Власне для попередження цих ускладнень і існують системи оцінки тяжкості перебігу панкреатиту. Поряд з цим, незважаючи на

їхню достатню чіткість і, здавалося б, клінічну ефективність, у повсякденній практиці ургентного хірурга немає специфічних критеріїв ранньої діагностики чи прогнозування гострого панкреатиту.

Так, ушпиталення пацієнтів у відділення чи палату інтенсивної терапії, у більшості випадків, проводилося на підставі загальноприйнятих показів. Найбільшу увагу надавали хворим з нестабільною гемодинамікою, надлишковою масою тіла ($IMT > 30 \text{ кг/м}^2$), низьким центральним венозним тиском та ультрасонографічними ознаками панкреонекрозу чи рідини у чіпцевій сумці. У динаміці лікування (в перед- чи післяопераційному періоді) завжди орієнтувалися на клініко-лабораторну оцінку функції життєво-важливих систем (перистальтика, діурез, вміст у шлунку, сатурація периферії киснем, ментальні реакції, свідомість, рівень ниркових та печінкових маркерів біохімічного аналізу крові тощо). На нашу думку, шкалу BISAP необхідно використовувати для виявлення хворих групи ризику, однак вона не могла конкурувати із звичною щоденною оцінкою стану хворого.

ВИСНОВОК.

У хворих на гострий біліарний панкреатит найбільш часто виявляються наступні критерії шкали BISAP: наявність двох і більше ознак SIRS (73,8 %), вік хворих понад 60 років (33,3 %) та рівень сечовини крові більше 8,9 ммоль/л (23,8 %). При наявності чотирьох і більше балів за шкалою BISAP збільшується частота тяжкої органної дисфункції та летальність при гострому біліарному панкреатиті.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Cho JH, Kim TN, Kim SB. Comparison of clinical course and outcome of acute pancreatitis according to the two main etiologies: alcohol and gallstone. *BMC Gastroenterol.* 2015 Jul 25;15:87.
2. Bonfrate L, Wang DQ, Garruti G, Portincasa P. Obesity and the risk and prognosis of gallstone disease and pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014 Aug;28(4):623-35.
3. Malik AM. Biliary pancreatitis. Deadly threat to the elderly. Is it a real threat? *Int J Health Sci (Qassim).* 2015 Jan;9(1):35-9.
4. Malik AM. Acute pancreatitis. A more common and severe complication of gallstones in males. *Int J Health Sci (Qassim).* 2015 Apr;9(2):141-5.
5. Дронов А.И., Ковальская И.А., Лубенец Т.В., Бурмич К.С. Сравнение шкал BISAP, APACHE-II, RANSON'S в прогнозировании тяжести заболевания и летальности при остром панкреатите // Украинський Журнал Хірургії, 2011. - № 5 (14). - С. 39-41.
6. Singh V, Wu B, Bollen Th., Repas K., Maurer R., Johannes R., Morteale K., Conwell D., Bnaks P. A Prospective Evaluation of the Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis Score in Assessing Mortality and Intermediate Markers of Severity in Acute Pancreatitis // *American J. of Gastroenterology*, 2009. – Vol. 104, Apr. – P. 966-971.

УДК: 616.137.9 – 089.168.1 – 06:616.718-995.4

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕПЕРФУЗІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

¹Венгер І.К., ¹Костів С.Я., ¹Господарський А.Я., ²Колотило О.Б.,
¹Зарудна О.І., ¹Костів О.І., ¹Гусак М.О.

¹Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
²Буковинський державний медичний університет

В роботі розглянуто попередження розвитку реперфузійного синдрому у пацієнтів із атеросклеротичним ураженням аорти та артерій нижніх кінцівок. Запропоновані прийоми та хірургічні операції у складі реваскуляризуючого оперативного лікування атеросклеротичної оклюзії магістральних артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Облітеруючий атеросклероз, реконструктивна операція, реперфузійний синдром

Післяопераційні ускладнення при реконструктивних операціях на аорті та магістральних артеріях нижніх кінцівок знаходяться на рівні 2,7 – 3,2 % [6]. Однією з причин несприятливих наслідків реконструкції аорто-стегно-підколінного сегмента є розвиток реперфузійних ускладнень [5]. Існуючі методи профілактики і лікування реперфузійно-ішемічних ускладнень: прекодиціонування [7], інтраопераційна контрольована реперфузія [8]; до- і післяопераційна детоксикаційна терапія [4], застосування еферентних методів детоксикації [1] та медикаментозних методів корекції [3]. Механізм розвитку реперфузійних ускладнень запускається в момент відновлення кровотоку в ішемізованій нижній кінцівці [2]. Останнє вимагає запропонувати прийоми та хірургічні втручання у складі реваскуляризуючого оперативного лікування, що дадуть можливість корегувати кров'яний потік у магістральних артеріях нижньої кінцівки.

МЕТА РОБОТИ - попередити розвиток реперфузійних ускладнень шляхом застосування прийомів та хірургічних втручань у складі реваскуляризуючого оперативного лікування атеросклеротичної оклюзії магістральних артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В роботу включено 52 пацієнти із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень. З них у 35 виявлено різні варіанти атеросклеротичної оклюзії аорто-стегового сегмента, з яких у 23 виявлено стенотично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента. У 17 діагностовано односторонню атеросклеротичну оклюзію клубового сегмента, з яких у 7 був стенотично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента.

У всіх пацієнтів нижня кінцівка із високим ризиком розвитку реперфузійних усклад-

вень характеризувалась IIIA-B – IV ст. ХАН, контрлатеральна нижня кінцівка – IIA-B ст.ХАН. Для встановлення ступеню ішемічного ураження нижньої кінцівки застосовано класифікацію Fontaine R. із врахуванням критеріїв Європейської робочої групи (1992).

Ризик розвитку реперфузійних ускладнень оцінювали за підвищеним вмістом в сироватці крові С-реактивного білка – (2,04 + 0,38) г/л ($p < 0,05$); лактату – (3,43 + 9,45) ммоль/л ($p < 0,001$); за ступенем синдрому ендогенної інтоксикації, вираженим лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ) – (1,66 + 0,29) од.. ($p < 0,05$); за рівнем спонтанного (ОВНс) і стимульованого (ОВН E.coli) “оксидантного вибуху” нейтрофілів, відповідно, (0,49±0,11) г/л ($p > 0,05$), (5,59 + 1,12) г/л ($p > 0,05$); за рівнем спонтанного (ОВМс) і стимульованого (ОВМ E.coli) “оксидного вибуху” моноцитів, відповідно, (0,03 + 0,02) г/л ($p > 0,05$), (0,35 + 0,03) г/л ($p > 0,05$).

Передопераційна підготовка пацієнтів включала крім препаратів для покращення реологічного стану крові) включала пролонговану епідуральну анестезію, один-два сесанси лейкаферезу, довенне введення рефортану і алпростану, корветину.

Реваскуляризацію у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень розпочинали із катетиризації загальної стегнової артерії кінцівки, яка підозрюється у розвитку реперфузійних ускладнень. Внутріартеріально протягом часу проведення операції вводиться 100 мл 0,03% розчину гіпохлориту натрію і 0,5 г.кверцетину у 100 мл фізіологічного розчину.

Реваскуляризацію артеріального русла проводили із застосуванням ряду прийомів та методів хірургічного втручання, основна мета - сповільнення ударної хвилі кровотоку у скомпрометовану нижню кінцівку.

Декліпування аорти визначає перебіг відновлення кровотоку по магістральних артеріях нижніх кінцівок. При аорто-біфеморальному алошунтуванні/протезуванні слід відновлювати кровотік по браншам алошунта/протеза почергово. Першим відновлюється кровотік по бранші непроблемної нижньої кінцівки. В другу чергу відновлюється кровотік по бранші нижньої кінцівки, в якій очікується розвиток реперфузійних ускладнень. Вказана послідовність відновлення кровотоку по браншам алопротеза дає змогу знизити в двічі силу ударної хвилі кровотоку по артеріальному руслу проблемної нижньої кінцівки.

При багаторівневому атеросклеротичному оклюзивному процесі артеріального русла нижньої кінцівки: аорто/клубово-стегновий і стегно-підколінний сегменти, в якій існує підозра розвитку реперфузійних ускладнень, проводиться тільки аорто/клубово-стегнове алошунтування. Вказаний об'єм операції дає можливість усунути поширення ударної хвилі кровотоку на дистальні сегменти нижньої кінцівки.

При оклюзії II – III типу за О.С. Ніконенком стегно-підколінного сегмента тільки аорто/клубово-стегнове алошунтування недостатнє із-за неповноцінного функціонування глибокої артерії стегна. При вказаних типах оклюзії стегно-підколінного сегмента відбувається блокування анастомозів гілок глибокої артерії стегна із артеріями підколінної артерії та артеріями гомілки. І операцію аорто/клубово-стегнового алошунтування слід

доповнювати стегно-дистальним аутовенозним шунтуванням. Але у випадках загрози реперфузійних ускладнень слід її проводити на другу – третю добу після першого оперативного втручання. Саме у цей період ПСШ і ІР на рівні глибокої артерії стегна досягає, відповідно, 23,2 – 1,5 см./с і 0,41 – 0,29 уо, а ПСШ і ІР на рівні тібіоперинеального стовбура знаходиться, відповідно, в межах 17,1-3,1 см./с і 0,39 – 0,11 уо. (табл. 1). Поглиблення вказаних показників може викликати розвиток незворотніх ішемічних ускладнень в дистальних відділах кінцівки. І на 2 – 3 добу аорто/клубово-стегнове алошунтування доповнюється стегно-дистальним ауто венозним шунтуванням.

Таблиця 1.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ

	ПСШ, см/с		ІР, у.о.	
	ГАС	ТПС	ГАС	ТПС
Норма	52,6±11,3	45,5±7,3	0,89±0,05	0,82±0,03
Вихідний рівень	49,1±4,7	39,8±3,7	0,61±0,27	0,51±0,15
I день п/о	53,7±6,1	38,9±2,8	0,58±0,19	0,50±0,08
II день п/о	43,4±4,8	27,3±2,4	0,53±0,22	0,43±0,06
III день п/о	23,2±1,5	17,1±3,1	0,41±0,29	0,40±0,11

Серед пацієнтів, які мають високий ризик розвитку реперфузійних ускладнень, із однічною атеросклеротичною оклюзією клубово-стегнового сегмента у 23% спостережень виявляється стенотичний атеросклеротичний процес (63 – 88%) контрлатерального клубово-стегнового сегмента. Стенотичний процес клубового сегмента контрлатеральної нижньої кінцівки (ПСШ по ЗаКА на рівні 180 – 200 см/с) створює високий периферійний судинний опір. Відновлення кровоплину тільки по оклюзованому клубово-стегновому сегменту проблемної нижньої кінцівки сприяє перерозподілу потоку крові із аорти у напрямку русла із низьким периферичним судинним опором. Створюються сприятливі умови для формування тромботичного процесу у судинному руслі контрлатеральної нижньої кінцівки. Враховуючи вказані обставини, з метою попередження формування тромботичного процесу у судинному руслі контрлатеральної нижньої кінцівки, а також зниження у два рази сили ударної хвилі кровотоку по артеріальному руслу проблемної нижньої кінцівки, при однічній атеросклеротичній оклюзії клубово - стегнового сегмента і при стенозі при ПСШ на рівні 180 – 200 см/с контрлатерального клубового сегмента слід проводити двобічне аорто-біфеморальне алошунтування (Патент на корисну модель № 115930).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Дотримуючись вище наведених принципів реконструкції аорто-стегно-підколінного сегмента у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень, оперовано 52 пацієнти. З них у 16 одномоментно відновлено кровотік по артеріаль-

ному руслу скомпрометованої нижньої кінцівки, у 17 проведено тільки аорто/клубово-стегнове алошунтування, а у 19 аорто/клубово-стегнове алошунтування доповнено на другу – третю добу після першого оперативного втручання стегно-дистальним аутовенозним шунтуванням.

9 пацієнтам при стенотичному процесі клубового сегмента контрлатеральної нижньої кінцівки (ПСШ по ЗаКА на рівні 180 – 200 см/с) і з оклюзією клубово-стегового сегмента проблемної нижньої кінцівки провели аорто-біфеморальне алопротезування.

При проведенні аналізу перебігу периопераційного періоду у пацієнтів діагностовано 7 (13,5 %) проявів реперфузійного синдрому. З них 5 виявили у хворих, яким було виконано одномоментне відновлення кровотоку по артеріальному руслу скомпрометованої нижньої кінцівки. По одному випадку діагностовано серед групи пацієнтів, яким проведено тільки аорто/клубово-стегнове алошунтування, і серед пацієнтів, у яких аорто/клубово-стегнове алошунтування доповнене стегно-дистальним аутовенозним шунтуванням на другу – третю добу після першого оперативного втручання.

Найбільш часто виявляли ускладнення, що мали відношення до порушення ритму і провідності серцевого м'яза – 5 спостережень. Минуща ниркова недостатність (креатинін > 0,13 ммоль/л) діагностована у двох спостереженнях. Основним патогенетичним фактором пошкодження нирок є гіпоксія ниркової тканини, викликана перерозподілом кровотоку і зміна кисневотранспортної функції крові. Додатковим фактором сприяння ураженню нирок є пошкоджуючий вплив метаболітів перекисного окислення ліпідів, компонентів системи комплементу, що активуються в умовах реперфузії артеріального русла нижньої кінцівки.

ВИСНОВКИ.

Патогенетично обґрунтована передопераційна підготовка та застосування прийомів та хірургічних втручань у складі реваскуляризуючого оперативного лікування атеросклеротичної багаторівневої оклюзії магістральних артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійних ускладнень дали можливість запобігти розвитку ряду реперфузійних та тромботичних ускладнень і знизити частоту ускладнень, що мали відношення до порушення ритму і провідності серцевого м'яза до 5 (9,9 %) спостережень, а минущу ниркову недостатність до двох (4,0 %) спостережень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Никульников П.И. Особенности хирургической тактики при многоуровневых окклюзионно-стенотических поражениях бедренно-берцового артериальных сегментов / П. И. Никульников, А. Н. Бйцай, А. В. Ратушнюк, А. В. Ликсунов // Харківська хірургічна школа. - 2013. - № 3. - С. 148-151.
2. Маршалов. Д.В. Реперфузионный синдром – понятие, определение, классификация /Д.В. маршалов, А.П. Петренко, И.А. Глушач// Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2008. - № 3. – С.67 – 72.
3. Kabaroudis, A. Metabolic alteration of skeletal muscle tissue after prolonged acute ischemia and reperfusion (In Process Citation) / A. Kabaroudis, T. Gerassimidis, D. Karamanos // J. Invest. Surg. – 2003. – Vol. 16, № 4. – P. 219–228

4. Saita Y, Yokoyama K, Nakamura K, Itoman M. Protective Effect of Preconditioning Against Ischemia-Induced Reperfusion Injury of Skeletal Muscle How Many Preconditioning are Appropriate?. *British Journal of Plastic Surgery*. 2002;55(3):241-245.
5. Кузнецов М. Р. Современные аспекты диагностики, профилактики и лечения реперфузионного синдрома / М. Р. Кузнецов, В. М. Кошкин, К.В. Комов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2006. – Т. 12, № 1. – С.133–143.
6. Венгер І.К. Корекція еферентною терапією системної запальної відповіді у хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок / І.К. Венгер, О.Я. Якимчук, О.І. Зарудна// *Шпитальна хірургія*. – 2010. - №1. – С. 83 – 86.
7. Калинин Р.Е. Реализация ишемии и реперфузии в хирургии магистральных артерий нижних конечностей /Р.Е. Калинин, А.С. Пшенников, И.А. Сучков// *Новости хирургии*.- Том 23. - № 1. – С.51-56. – 2015.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕПЕРФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹Венгер І.К., ¹Костів С.Я., ¹Господарський А.Я., ²Колотило О.Б.,
¹Зарудна О.І., ¹Костів О.І., ¹Гусак М.О.

¹*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,*
²*Буковинський державний медичний університет*

В работе рассмотрены пути предупреждения развития реперфузионного синдрома у пациентов с атеросклеротическим поражением аорты и артерий нижних конечностей. Предложенные приемы и хирургические операции в составе реваскуляризирующих операций при атеросклеротической окклюзии магистральных артерий нижних конечностей у пациентов с высоким риском развития реперфузионных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Облитерирующий атеросклероз, реконструктивная операция, реперфузионный синдром

REVASCULARIZATION OF LOWER LIMBS IN THE CONDITIONS OF THE RISK DEVELOPMENT OF REPERFUSION COMPLICATIONS

¹Venher I.K., ¹Kostiv S.Ya., ¹Hospodarskiy A.Ya., ²Kolotilo O.B.,
¹Zarudna O.I., ¹Kostiv O.I., ¹Husak M.O.

¹*Ternopil state medical university by I.Ya. Horbachevsky,*
²*Bukovinian State Medical University*

The ways of preventing the development of reperfusion syndrome in patients with atherosclerotic lesions of the aorta and arteries of the lower limbs are considered. Proposed methods and surgical operations in the composition of revascularization operations in the atherosclerotic occlusion of the main arteries of the lower extremities in patients with a high risk of developing reperfusion complications.

KEYWORDS. Atherosclerosis, reconstructive surgery, reperfusion syndrome

УДК 616.003.7-072.1-089.819

СИМУЛЬТАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ГРИЖОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

О.О. Воровський.*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни.*

В даній статті проаналізовано результати проведених симультанних лапароскопічних операційних втручань під час виконання лапароскопічних герніопластик у 135 пацієнтів.

За структурою симультанні лапароскопічні операції були виконані: у 36 (26,7%) хворих з пахвинною грижею, де у 4 (3,1%) випадках поєднувалися з хронічним калькульозним холециститом, 12 (8,9%) з гінекологічною патологією, 18 (13,3%) з білатеральною локалізацією пахвинною грижею та у 2 (1,5%) -зі стегновою грижею; 64 (47,5%) - з пупковою грижею, де у 42 (31,1%) випадках з хронічним калькульозним холециститом, 10 (7,4%) - з гінекологічною патологією, - з гострим та хронічним апендицитом; з грижею білої лінії живота 4 (3,0%) пацієнтів; з післяопераційними вентральними грижами, де у 33 випадках супроводжувалось лапароскопічним адгезіо-вісцеролізом.

Тривалість оперативних втручань подовжилась від 15 до 40 хвилин. Кількість ускладнень 6 (4,4%), що не перевищує їх при виконанні одномоментних лапароскопічних операцій. Летальних випадків не було.

Таким чином, істотних заперечень щодо проведення симультанних лапароскопічних втручань не виявлено.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: симультанні лапароскопічні втручання, симультанна герніопластика, грижі передньої черевної стінки.

ВСТУП. За даними ВООЗ поєднана хірургічна патологія фіксується у 20—30% пацієнтів хірургічного профілю [3]. Прогрес медичної науки і впровадження малоінвазивних технологій за останні десятиліття підняло на більш якісний рівень надання хірургічної допомоги. Основними перевагами лапароскопії над втручаннями, що виконуються лапаротомним доступом, є низька травматичність і високі оперативні можливості [2,8]. Лапароскопічні операції на позапечінкових жовчних шляхах стали “золотим стандартом” в лікуванні жовчнокам’яної хвороби [5,10]. На сьогодні ендоскопічні втручання посідають одне з головних місць в оперативній гінекології, де лапароскопічна хірургія також стала “золотим стандартом” у хірургії яєчників та маткових труб [1]. Бурхливий розвиток сучасної лапароскопічної відеохірургії зробив її доступною практично в усіх галузях сучасної урології, залучаючи виконання радикальних втручань при злоякісних пухлинах нирки, передміхурової залози та сечового міхура. Найбільш поширеними в урологічній практиці стали операції з приводу варикоцеле, видалення кіст нирок, нефректомія, простатектомія, нефролітотомія, уретеролітотомія [6]. При гострій хірургічній патології з діагностичною та лікувальною метою активно застосовують вище вказані методи при гострих деструктивних холециститах та апендицитах, при кишковій непрохідності як спайкового, так і пухлинного генезів, при

гнійних захворюваннях органів малого тазу тощо [7]. Все ж серед хірургічних втручань перше місце займають операції з приводу гриж передньої черевної стінки, що складає 10-20% від усіх оперативних втручань [4]. Лікування гриж пахвинно-стегнової локалізації з використанням лапароскопічної техніки в останні десятиліття також набуло великої популярності. Переважна кількість дослідників відзначає, що лапароскопічна герніопластика в порівнянні з традиційною супроводжується зниженням числа інтра- та післяопераційних ускладнень, незначним больовим синдромом, ранніми термінами реабілітації і швидким поверненням оперованих хворих до звичного праці. Число рецидивів після лапароскопічних герніопластик за даними різних авторів щодо невисоко і коливається від 0,3% до 12,5% [5,6]. Удосконалення техніки лапароскопічних втручань сприяло розширенню показань їх застосування в лікуванні досить складних рецидивних або двобічних гриж пахвинної локалізації й в тому числі при поєднанні її з грижами іншої локалізації передньої черевної стінки вказує [9]. Проте виконання одночасної хірургічної корекції декількох захворювань залишається проблематичною. До цього часу відсоток виконання даних операцій у клініках залишається досить низьким (3-5%), відсутня також єдина назви операцій, класифікація чіткий алгоритм тактики хірургічного лікування поєднаної хірургічної патології.

МЕТА РОБОТИ. Дослідити можливості виконання симультанних лапароскопічних операцій при поєднаній хірургічній патології органів черевної порожнини з грижами передньої черевної стінки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. В умовах хірургічного відділення Вінницького обласного госпіталю ветеранів війни лапароскопічна герніопластика була виконана у 244 (16,1%) хворих. За віком 76 (31,1%) хворих були старше 60 років, 164 (67,2%) хворих були віком від 40 до 59 років, 4 (1,6%) хворих молодші 39 років. За статтю чоловіки склали 106 (43,4%) осіб, жінки – 138 (56,6%).

Всім хворим попередньо проводили загальні клінічні та біохімічні дослідження, рентгенологічні та ендоскопічні обстеження з обов'язковим ультрасонографічного та (при потребі) комп'ютерно-томографічне дослідження дефекту передньої черевної стінки, об'єму вмісту грижового мішка та органів черевної порожнини. При проведенні даних досліджень звертали увагу на розміри дефекту в передній черевній стінці, співвідношення об'єму вмісту грижового мішка до об'єму самої черевної порожнини.

У 219 (89,8%) хворих спостерігали супутню патологію: атеросклеротичний кардіосклероз – у 86 (35,2,0%) випадках; гіпертонічна хвороба – у 46 (18,9%); захворювання опорно-рухової системи – у 33 (13,5%); хронічні обструктивні захворювання легень – у 48 (19,7%); ожиріння – у 102 (41,8%); цукровий діабет II типу – у 12 (4,9%); виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – у 4 (1,6%); оклюзійні захворювання судин нижніх кінцівок – у 14 (5,7%); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 22 (9,0%); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлевестибулярним та атаксичним синдромом - у 35 (14,3%); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – 8 (3,3%).

148 (60,7%) особи напередодні пройшли лікування у відділеннях терапевтичного профілю, інші отримали передопераційну підготовку в умовах хірургічного відділення від 3-х до 7-ми діб. Тривалість підготовки залежав не тільки від супутньої патології, а й від важкості перебігу основного захворювання. Зокрема, у 9 (3,7%) випадках мав місце гострий деструктивний холецистит, де в 3-х (1,2%) – поєднувався з гострим набряковим панкреатитом.

Вибір способу анестезії погоджувався при проведенні консилиуму спеціалістів, який в основному залежав від супутньої технології та місця локалізації й розмірів дефекту передньої черевної стінки. В 74 (54,8%) хворих застосували епідуральну анестезію, яку в 10 (7,4%) випадках поєднували із загальним ендотрахеальним комбінованим наркозом та в 12 (8,9%) – із спиномозковою анестезією. При потребі пролонгації знеболення даний вид анестезій поєднували з медикаментозною седитацією. В інших випадках застосовували комбінований загальний внутрішньовенний наркоз в поєднанні з керованою штучною вентиляцією легень в режимі гіпервентиляції.

Симультанна лапароскопічна герніопластика (ЛГП) була виконана у 135 (55,3%) хворих. Заструктурою: трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика мала місце у 18 (13,3%) пацієнтів з білатеральною локалізацією гризових дефектів у пахвинній та у 2 (1,5%) з такою ж локалізацією у стегновій ділянках, у 4 (3,0%) – з лапароскопічною холецистектомією (ЛХЕ), у 12 (8,9%) – з гінекологічною операцією; ЛГП мала місце у 64 (47,5%) хворих з пупковою грижею, де у 42 (31,1%) випадках – з хронічним калькульозним холециститом; у 10 (7,4%) з гінекологічною патологією; у 4 (3,0%) – з гострим та хронічним апендицитом; з грижею білої лінії живота ЛГП було виконано у 4 (3,0%) пацієнтів. де симультанні операції проводились сумісно з ЛХЕ (в даній групі не враховували гризові дефекти, де розмір гризових воріт становив менше 5,0 см за класифікацією SWR - W1)); у групі післяопераційних вентральних гриж ЛГП було виконано у 58 (43,0%) пацієнтів, де у 33 (24,4%) випадках оперативне втручання супроводжувалось лапароскопічним адгезіо - вісцеролізом.

У 8 (5,9%) випадках пахвинна грижа була діагностовано як інтраопераційна знахідка під час виконання ЛХЕ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. В залежності від локалізації залежала й техніка та тактика симультанної ЛГП, При поєднанні пахвинної грижі з хронічним чи гострим холециститом починали з трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики. Виконання даного способу було удосконалено. При виділенні гризового мішка, у випадках його інтимно злучення з елементами сім'яного канатика чи з яєчком відділяли спочатку передню стінку гризового мішка, а потім відсікали її так, щоб задня стінка залишилась тільки на сім'яному канатику. В дане "вікно" очеревини розташовували поліпропіленовий трансплантат розмірами не менше 10x8см, яким прикривали не тільки гризові ворота, а й всі "слабкі" місця даної ділянки. В подальшому дана хірургічна маніпуляція не відрізнялась від загальноприйнятої методики (Патент на корисну модель 11.01.2010. Бюл. №1. Спосіб трансабдомінальної преперитонеальної

ендовідеогерніопластики при пахвинних та стегнових грижах за допомогою імплантату №46810.). При білатеральних грижах імплантат висікали таким чином, щоб між площинами сітки, що прикривала грижові отвори зберігався “місточок” шириною на більше 2-х см, який знаходився без фіксації в передміхуровому просторі

При наявності пупкової грижі розміром W2-W3 при потребі виконання внутрішньочеревного етапу на верхньому поверсі черевної порожнини розріз робили над пупком, на ниному – під пупком. Під час ЛГП вентральної післяопераційної грижі в 3-х (2,2%) випадках виникла потреба в одному, а в одному - в 2-х (1,5%) додаткових троакарах. Асистент інвагінував грижовий мішок в черевну порожнину, а хірург виконував адгезіо- та вісцеролізис. Виділення кишки та великого сальника із спайкового процесу в ділянці грижевих воріт виконували, як електрохірургічним гачком, так і ножицями з монополярним електродом. З метою попередження кровотечі надавали перевагу застосуванню біполярної коагуляції. Для пластики необхідно було зберегти цілісним 2/3 грижевого мішка з мобілізацією очеревини від черевної стінки хоча б з одного боку від межі грижевих воріт менше, ніж на 4 см, що вдалось виконати в 10 (3,3%) випадках. В 22 (16,3%) випадках зіткнулися з фіксованими грижами, де їх вмісткістю був великий сальник, а в 10 (7,4%) спостереженнях в спайковий процес були втягнуті петлі тонкої кишки. При цьому зрощення були настільки грубими, що при введенні кишки в черевну порожнину для уникнення її десерозації потребувало висічення країв грижевих воріт навколо кишки з ділянкою апоневрозу.

Місцеві ускладнення в післяопераційному періоді склали 6 (4,4%) випадків. З ускладнень, пов'язаних з використанням карбоперитонеума, відмічено розвиток підшкірної емфіземи та калитки у 1 (0,7%) пацієнта, яке не потребувало спеціальної допомоги й через добу зникла..

Пошкодження нижніх епігастральній судин у всіх випадках відбулося у 2-х (1,5%) пацієнтів з ожирінням III ступеня. При вираженому передочеревному відложення жирової клітковини, що зробило менш помітними складки черевної стінки, які є важливими анатомічними орієнтирами під час операції. Їх локалізації не були визначена інтраопераційно, вдалос зупинити в одному випадку за допомогою біполярної коагуляції, в другому – за допомогою кліпуваннущкодженої судин. В кінці операції обов'язково оглядали ендоскопічно операційне поле та провели ретельний гемостаз навіть при незначному по інтенсивності та тривалості кровотечі. Це необхідно було у зв'язку з тим, що після проведення десуфляції в кінці операції дрібні пошкоджені судини моогли б деякий час кровоточити знову і бути причиною розвитку післяопераційної гематоми.

Як найбільш серйозне ускладнення ЛГП мало місце пошкодження стінки тонкої кишки у 1 (0,7%) випадках при вісцеролізі електричним інструментом, що призвело до виконання мінілапаротомії, ушивання депфекту.

Больовий синдром (невралгії) і парастезії виникає внаслідок пошкодження або компресії гілок нервів проходять в зоні операції при фіксації сітки скріпками. ззовні від судин і безпосередньо під волокнами клубово-лобкового тракту, де знаходяться

латеральний підшкірний нерв стегна, що спостерігали також у 1 (0,7%) хворого. Враховуючи дану проблему стали фіксувати сітчастий трансплантант латеральніше судин сім'яного канатика накладаючи скріпки тільки вище клубово-лобкового тракту і паралельно йому.

Гематома пахвинного каналу та калитки після ЛГП виникає за літературними даними в 1,52% - 9,3% випадків [9]. У нашому дослідженні гематома виникла у одного пацієнта (0,7%), якому була виконана двобічна комбінована трансабдомінальна ендоперітонеальна ендовідеогерніопластика з приводу великих пахвинно-калиткових гриж. Операція супроводжувалася більш значною травматизацією тканин, ніж проста ЛГП і ймовірно в процесі відкритого виділення мішка з елементів канатика був недостатній гемостаз, що й стало причиною подальшого накопичення гематом в каналах. Пацієнт успішно проліковано консервативно. В подальшому профілактика даного ускладнення полягала в ретельному гемостазі при виділенні грижового мішка та адекватному дренажу пахвинного каналу. В даний час під час операції проводимо дренажну трубку по ходу елементів канатика і виводимо вільний кінець через окремий розріз на калитці на ззовні, що забезпечує достатній відтік геморагічного вмісту. Гнійно-септичних та загальних ускладнен в даній досліджуваній групі не було.

Рецидив захворювання спостерігався в 1 (0,7%) хворого похилого віку де. На нашу думку не було враховано зменшення площі протезу внаслідок його рефракції в післяопераційному періоді.

В більшості випадків в післяопераційному періоді хворі не потребували додаткового знеболення, активізація хворих відбувалась на другу добу після операції. Післяопераційні ускладнення спостерігались в основному у групі з післяопераційними вентральними грижами зі спайковим процесом, де розміри грижових воріт були більше 15,0 см (W3) - 4 (3,0%). Строки стаціонарного лікування та реабілітації хворих в основному залишилось в таких межах, що і при роздільному виконанні одномоментних оперативних. Втручаннях. Летальні випадки були відсутні

ВИСНОВКИ. В ході одного оперативного втручання усувався ризик повторних втручань та анестезій, скорочується час перебування хворого в стаціонарі, зникала необхідність повторного обстеження та передопераційної підготовки, підвищувалася економічність. Хворі похилого та старечого віку потребували терапевтичної корекції супутньої патології та адекватного вибору знеболення при виконанні лапароскопічних симультанних операцій, так як дані хірургічні маніпуляції дещо збільшували об'ємність та тривалість оперативного втручання, проте виконанні симультанних операції давали змогу даної категорії хворим позбутись супутньої хірургічної патології та уникнути в майбутньому повторного оперативного втручання. Також відмічено, що дані хірургічні втручання не супроводжувалися збільшенням післяопераційних ускладнень та летальності. Таким чином, симультанні лапароскопічні втручання на органах черевної порожнини та на передній черевній стінці є операцією вибору в любій віковій категорії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Венцківський Б.М. Лапароскопічне лікування гострих запальних процесів придатків матки і пельвіо-перитонітів із застосуванням озонотерапії. Б. М. Венцківський, В.Г. Жегулович, Л.Н. Семенюк С.В. // Одес. мед. журнал. – 2001. – № 2 (64). – С. 29–31.
2. Галей М. М. Симультанні лапароскопічні операції у хворих на жовчнокам'яну хворобу та супутню хірургічну абдомінальну патологію / М. М. Галей, І. Я. Дзюбановський // Шпитальна хірургія. - 2016. - № 3. - С. 84-88.
3. Козань І.В. Симультанні операції при виконанні лапароскопічних холецистектомій. І.В. Козань, О.З. Бойченко, Я.І. Козань, М.М. Лізанець // Медичний онлайн довідник VIRGO. Org.ua
4. Кузин Н.М. Современные методы лечения паховых грыж. Н.М. Кузин, К.Д. Далгатов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Том 161, №5. – С.107-110.
5. Ничитайло М.Ю. Технічні аспекти симультанних лапароскопічних операцій у хворих на жовчнокам'яну хворобу та супутню хірургічну абдомінальну патологію М.Ю. Ничитайло, М.С. Загрійчук, І.І. Булик, Ю.І., Масюк // Украинский журнал хирургии. – 2013. - №2 (21). – С.46-49.
6. Сікора В.В. Лапароскопічні операції в урології. В.В. Сікора, Ю.М. Шевцова, М.Г. Сікер // Вістник СумДУ. – 2010. - №2. – С.163-168.
7. Слонецький Б.І., Онищенко С.М., Гостра спайкова кишкова непрохідність: проблеми та перспективи діагностики на ранньому госпітальному етапі. Б.І. Слонецький, С.М. Онищенко // Журнал «Медицина неотложных состояний». – 2010 - №6(31). – С.65-69.
8. Тутченко М.І., Васильчук О.В., Піотрович С.М., Мамонов О.В., Грижа як ускладнення лапароскопічних операцій. Тутченко М.І., Васильчук О.В., Піотрович С.М., Мамонов О.В. // Украинский журнал хирургии. – 2013. - №2 (21). – С.38-41.
9. Schmedt, C. G., Daubler P., Leibl B. J., Kraft K., Bittner R. Simultaneous bilateral laparoscopic inguinal hernia repair: an analysis of 1336 consecutive cases at a single center.// Surg-Endosc. – 2002.- vol. 16.- № 2.- p. 240-244
10. Zhang K. Laparoscopic hepatic left lateral lobectomy combined with fiber choledochoscopic exploration of the common bile duct and traditional open operation / K. Zhang, S. Zhang, Y. Jiang, P. Gao // World J. Gastroenterol. — 2008. — 14(7). — P. 1133-1136.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ГРЫЖЕВИМИ ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**О.О. Воровский**

*Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова,
Винницкий областной клинический госпиталь ветеранов войны*

В данной статье проанализированы результаты проведенных симультантных лапароскопических операционных вмешательств при выполнении лапароскопических герниопластик в 135 пациентам.

По структуре симультантные лапароскопические операции были выполнены: в 36 (26,7%) больных с паховой грыжей, где в 4 (3,0%) - случаях сочетались с хроническим калькулезным холециститом; 12 (8,9%) с гинекологической патологией 18 (3,3%) с билатеральной локализацией паховой грыжей, и 2 (1,5%) с бедренной грыжей; 64 (47,5%) с пупочной грыжей, где в 42 (31,1%) случаях с хроническим калькулезным холециститом, 0 (7,4%) - с гинекологической патологией, 4 (3,3%) с острым и хроническим аппендицитом; с грыжей белой линии живота – у 4 (3,0%) пациентов; с послеоперационными вентральными грыжами, из которых в 33 (24,4%) случаях сопровождалось лапароскопической адгезио-висцеролизом.

Продолжительность оперативных вмешательств удлинилась от 15 до 40 минут. Количество осложнений 6 (4,4%), что не превышает их при выполнении одномоментных лапароскопических операций. Летальных случаев не было.

Таким образом, существенных возражений относительно проведения симультанных лапароскопических вмешательств не обнаружено.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Симультанные лапароскопические вмешательства, симультанная герниопластика, грыжи передней брюшной стенки

SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH COMBINED SURGICAL PATHOLOGY OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH HERNIA DEFECTS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

O.O.Vorovskiy

*Vinnitsa National Medical University named after. M. Pirogov
Vinnitsya Regional Clinical Hospital of Veterans of War*

Abstract. In this article the results of the performed simultaneous laparoscopic surgical interventions during the implementation of laparoscopic hernioplasty in 135 patients are analyzed.

Under the structure of one-way laparoscopic operations were performed: in -36 (26,7%) patients with inguinal hernia, where in 4 (3,0%) cases were combined with chronic calculous cholecystitis, 12 (8,9%) - with gynecological pathology, 18 (13,3%) - with bilateral localization inguinal hernia, 2,0 (1,5%) with femoral hernia; 4 (3,0%) with umbilical hernia, where in 42 (31,1%) cases with chronic calculous cholecystitis; 10 (7,4%) with gynecological pathology; 4 (3,0%) with acute and chronic appendicitis; with hernia of the white linea abdomen 4 (3,0%) - patients; with postoperative ventral hernia, of which 33 (24,4%) cases of laparoscopic adhesion- viscerolysis.

Duration of surgical interventions extended from 15 to 40 minutes. The number of complications 6 (4,4%), which doesn't exceed the implementation of one-stage laparoscopic operations. There were no deaths.

Thus, there were no significant objections regarding the implementation of sympathetic laparoscopic interventions.

KEY WORDS: simultaneous laparoscopic interventions, simultaneous hernioplasty, hernias of the anterior abdominal wall.

УДК 617.51+617.53] – 007.24 – 089

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА І ПРИНЦИПИ ЛЕЧЕННЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ЛИЦА

Галич С. П., Гиндич О. А.

*Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова
НАМН Украины*

Представлены результаты обследования и лечения 69 пациентов с различными формами сосудистых мальформаций лица. Исследования показали, что причинами рецидивов заболевания является первичная неточная дифференциальная диагностика и определение истинной распространенности процесса. Предложенная схема диагностики и дифференцированный подход к выбору оптимального метода лечения позволяет улучшить эстетические и функциональные результаты, а также снизить риск развития рецидивов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сосудистая мальформация, комбинированный подход, рентгенэндоваскулярная окклюзия, хирургическое лечение.

Сосудистые мальформации – врожденные аномалии развития сосудистой системы, обусловленные нарушением эмбрионального морфогенеза и приводящие к различным формам нарушения регионарного кровообращения. Однако, не смотря на определенный прогресс в изучении этой патологии, на сегодняшний день нет общепринятых подходов к диагностике и лечению заболевания [1, 2]. Поскольку мальформации достаточно полиморфны, то вопрос дифференциальной диагностики выходит на первый план, так как от типа мальформации зависит поход к ее лечению. В свою очередь, лечение сопровождается высоким уровнем осложнений и развития рецидивов. Это обусловлено первичной недооценкой объема поражения [2] (В. В. Lee, 2006). Кроме того, эстетические и функциональные результаты проведенного лечения зачастую не устраивают ни пациента, ни хирурга. Особенно это характерно для мвльформаций области головы, в частности лица.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ - улучшить эстетические и функциональные результаты лечения пациентов с сосудистыми мальформациями лица путем расширения диапазона методов и дифференцированного похода к выбору оптимального метода лечения в зависимости от типа и локализации заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В период 2000-2017 гг. под наблюдением находилось 69 пациентов в возрасте 4-58 лет. С капиллярными мальформациями (КМ) – 20 пациентов, с артериовенозными (АВМ)– 38, с венозными (ВМ) – 11. Все пациенты прошли комплексное обследование, которое включало осмотр, УЗИ (69 пациентов), по показаниям ангиографию

(38 пацієнтів), КТ (17 пацієнтів). Все мальформації були обширними, т.е. займали більше 50% площі однієї естетическої одиниці лиць. При ліченні пацієнтів застосовували склеротерапію, ендovasкулярний, хірургічний метод а також їх комбінацію. У 30 пацієнтів с АВМ виконали емболізацію живих мальформацію судин с наступним хірургічним висіченням а замещенням сформованого дефекта тканин при допомозі вільної пересадки или транспозиції лоскутів, а у 8 виконали тільки емболізацію судин, оскільки висічення патологічного осередка не представлялось можливим в зв'язі с вовлеченням в процес внутрішньої сонної артерії. У всіх пацієнтів с КМ, резистентними к лазерній терапії, застосовували хірургічне висічення с закриттям дефекта пластичним матеріалом. Для закриття дефекта надавали перевагу транспозиції тканин с попередньою балонною дермотензією, як гарантованому а технічно більш простому методу, дозволяючому закрити дефект васкуляризованими тканинами, максимально відповідними по своїм характеристикам втраченим тканинам. У 3 пацієнтів с ВМ виконали хірургічне висічення патологічного осередка, у 4 пацієнтів склерозирование а в 4 випадках склерозирование під УЗІ контролем.

Результати лічення без застосування хірургічних методик (склероблітерація, емболізація) оцінювали по ступені зниження інтенсивності кольору ураженої шкіри, а також по наявності ускладнень: вираженості рубцового процесу, гіперпигментації шкіри, некрозу м'яких тканин.

Найближчі результати хірургічного лічення оцінювали по наявності или відсутності ускладнень в післяопераційному періоді. Клінічні тести включали контроль кольору, тургора, температури, швидкості капілярної реакції, кровоточивості из країв лоскута.

Віддаленні результати хірургічного лічення оцінювали с декількох позицій. Головним критерієм був прогноз течія захворювання (рецидив или контроль течія захворювання). У 58 пацієнтів спостерігається контроль течія захворювання а у 11 рецидив захворювання.

Естетическі а функціональні результати хірургічного лічення оцінювали по відповідності кольору шкіри лоскута а оточуючих тканин; відповідності контура реципієнтної а контралатеральної естетическої одиниць; якості рубців; ступені порушення функції донорської а реципієнтної зон.

РЕЗУЛЬТАТИ А ЙХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Ранні ускладнення хірургічного лічення включали в себе: гематоми реципієнтної (4 випадки) а донорської зон (5 пацієнтів), частинний (3 пацієнта) или повний некроз лоскутів (2 пацієнта), функціональні порушення в донорській зоні в одному випадку. В віддаленому післяопераційному періоді хороші естетическі результати оперативного лічення отримані у 38 пацієнтів, задовільні у 21 а незадовільні у 2 пацієнтів.

Анализ послеоперационных результатов показал, что одной из причин неудовлетворительных результатов и рецидивов заболевания является первичная недооценка формы и объема поражения. Поэтому, предложенная схема предоперационного обследования пациентов, позволила определять форму и истинную распространенность процесса.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения комбинированного метода при лечении АВМ в сроки от 24 до 72 часов между эмболизацией и хирургическим иссечением [3, 4]. В более поздние сроки проведения оперативного вмешательства, по данным М. Kohout (1998), А. Sessia (1999), существует риск быстрого прогрессирования заболевания за счет открытия латентных артериовенозных шунтов [3, 4, 5].

При закрытии дефекта тканей учитывали не только прогноз течения заболевания в послеоперационном периоде, но и предполагаемый эстетический результат операции. Анализ отдаленных результатов показал, что целесообразно использовать баллонную экстензию тканей смежных с дефектом зон, что соответствует данным Xiao Jie Hu (2011), а также транспозицию сложных комплексов тканей (М.Р. Kogout, 1998 и А.К. Greene, 2011) [3,6,7].

При анализе результатов лечения пациентов с ВМ наилучшие результаты при минимальной травматичности наблюдались при склерозировании мальформации под УЗИ контролем. У 3 пациентов наблюдалась полное склерозирование патологического очага на протяжении 3-8 недель, что соответствует данным В.В. Lee, у 1 пациентки наблюдалась облитерация до 50% объема мальформации через 4 недели, что требует проведения последующих сеансов склеротерапии [2].

ВЫВОДЫ

1. Основными причинами рецидива заболевания является неадекватная диагностика формы и распространенности патологического процесса.
2. Наиболее информативными методами инструментального обследования, являются ультразвуковое обследование в серошкальном режиме и цветовом дуплексном ангиосканировании и ангиография. Ангиографию следует выполнять всем пациентам с признаками артериовенозного шунтирования крови, выявленным при цветном дуплексном ангиосканировании.
3. Дифференцированный подход к выбору метода лечения позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов и снизить риск развития рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

4. Mulliken, J. B. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics / J. B. Mulliken, Glowacki J. // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1982. – Vol. 69. – P. 412 – 420.
5. Lee B.B. New approaches to the treatment of congenital vascular malformations (CVMs) – a single centre experience / B. B. Lee // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* – 2005. – Vol. 30. – P. 184 – 197.
6. Kohout M. P. Arteriovenous malformations of the head and neck: natural history and management/ Kohout M. P., Hansen M., Pribaz J. J., Mulliken J. B. // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1998. – Vol. 102, N 3. – P. 643 – 654.
7. Seccia A. Combined radiological and surgical treatment of arteriovenous malformation of the head and neck / Seccia A., Salgarello M., Farallo E., Falappa P.G. // *Ann Plast Surg.* – 1999. – Vol. 43. – P. 359 – 366.
8. Hurwitz D. J. Hemodynamic considerations in the treatment of arteriovenous malformations of the face and scalp / D. J. Hurwitz, C. W. Kerber // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1981. – Vol. 67, N 4. – P. 421 – 432.
9. XiaoJie Hu Reconstruction of the cheek after large port-wine stain lesion resection/ XiaoJie Hu, Cheng Hong Jiang, XiaoXi Lin [et al.] // *Aesth. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 35, N 5. – P. 795–801.
10. Greene A. K. Vascular anomalies: current overview of the field / A. K. Greene // *Clin. Plastic. Surg.* – 2011. – Vol. 38. – P. 1 – 5

УДК 616.14-005.6-08

МІСЦЕ РЕГІОНАЛЬНОГО КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН

Гоцинський В.Б.,¹ Луговий О.Б.,² Пятничко О.З.²

¹Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського,

²Тернопільська міська клінічна лікарня №2

У 85 хворих проаналізовані результати лікування гострого венозного тромбозу глибоких вен (ГВТГ) із різною протяжністю, локалізацією та формою. Для лікування цієї патології у 39 хворих був застосований системний тромболізис та в 36 випадках регіонарний катетерний тромболізис (РКТ). У інших 10 пацієнтів виконана відкрита тромбектомія в комбінації із РКТ. Порівняльна оцінка результатів лікування ГВТГ у віддаленому періоді виявила значну перевагу РКТ у плані збереження функції клапанного апарату глибоких вен та нівелювання проявів хронічної венозної недостатності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тромбоз глибоких вен, регіонарний катетерний тромболізис.

Незважаючи на досягнення в сучасній флебології, вибір методу лікування хворих із гострим тромбозом глибоких вен (ГТГВ) залишається проблематичним. Наявність різних за своїм вмістом методик та підходів, які нерідко мають суперечний характер у лікуванні цієї патології, дезорієнтує практичних хірургів. Так, одні автори дотримуються консервативної терапії, інші віддають перевагу операційному лікуванню, при цьому на важливіші тактичні питання немає однозначних відповідей. На нашу думку, методи вирішення цих завдань мають бути максимально ефективні, технічно доступні, економічно доцільні, мати низький ризик ускладнень. У цьому питанні перспективним є впровадження активної тактики лікування ГТГВ, що передбачає тромбектомію та регіональний катетерний тромболізис.

МЕТА РОБОТИ: проаналізувати ефективність регіонарного тромболізу у лікуванні ГТГВ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Під спостереженням перебували 85 хворих, які лікувались з приводу ГТГВ. Вік пацієнтів – від 21 до 71. Чоловіків – 36, жінок – 49. Слід відмітити, що найбільша кількість ГТГВ припадає на хворих працездатного віку – 32–61 року (65–76,5 %). Що стосується локалізації тромботичного процесу, то в нижній порожнистій вені він був у 3 (3,5%) хворих, в клубово-стегновому сегменті у 18 (21,2%) пацієнтів, в стегно-підколінному і дистальному сегменті відповідно у 29 (34,1%) та у 35 (41,2%) хворих. Основні чинники ризику виникнення ГТГВ у пацієнтів представлені у таблиці 1.

Таблиця 1.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО ТРОМБОЗУ

Фактори ризику	Кількість	%
Ортопедичні операції та травми, що вимагали довготривалої іммобілізації	9	10,6
Загальнохірургічні операції	7	8,2
Гінекологічні операції	10	11,8
Онкологічні захворювання	8	9,4
Вагітність та післяпологовий період	11	12,9
Гормонотерапія (замісна або контрацептивна)	8	9,4
Захворювання серцево-судинної системи	10	11,8
Синдром Мейо-Тернера	4	4,7
Інфекційні захворювання	4	4,7
Запальні процеси органів малого таза	7	8,2
Коагулопатії, в тому числі первинні та вторинні тромбофілії, антифосфоліпідний синдром, дефіцит природних інгібіторів коагуляції	3	3,6
Причину з'ясувати не вдалося	4	4,7

Діагностика ГТГВ базувалась на загальному клінічному обстеженні хворих та огляді нижніх кінцівок. При клінічних ознаках ГТГВ або при його підозрі усім хворим виконували ультразвукове кольорове дуплексне сканування вен на апараті Vivid 3 ("Дженерал Електрик", США) з датчиком частотою 5–10 МГц, із відповідним стандартним пакетом програмного забезпечення вказаної фірми для обстеження венозної системи. За основу ультразвукової діагностики ГТГВ брали такі його критерії: візуалізація тромбу; нестискання вени при легкому пробному її здавленні ультразвуковим датчиком; відсутність розширення вени при виконанні проби Вальсальви; доплеронегативність у режимі кольорового картування. За характерними ультразвуковими ознаками діагностувалась оклюзійна та неоклюзійна форма ГТГВ, його локалізація та протяжність. Окрім того, оцінювали "зрілість" тромбу, його емболонебезпечність, протяжність та орієнтовну площу фіксації його головки до венозної стінки. Дані ультразвукового обстеження у хворих на ГТГВ визначали тактичні заходи щодо їх лікування, які при необхідності, уточнювалися під час проведення проксимальної або дистальної флебографії на ангіографічному комплексі фірми "Siemens". У 11,8% випадках (10 хворих) констатовано емболонебезпечний (флотуючий) тромб, у 54 (63,5%) хворих не емболонебезпечний оклюзивний та у 21 (24,7%) пацієнта не емболонебезпечний пристінковий тромбоз (В.С. Савельєв, 2001). У 10 випадках флотуючого тромба була застосована відкрита тромбектомія із клубової, стегнової або підколінної вени в комбінації із регіональним

катетерним тромболізісом (РКТ). У 36 пацієнтів був використаний РКТ із заведенням катетера безпосередньо у тромботичні маси. РКТ здійснювався у наступних варіантах (в залежності від локалізації тромботичного процесу): через пункцію стегнової вени; через задню гомілкову вену, проводячи інфузійний катетер під контролем УЗД або флебографії, безпосередньо у дистальний відділ тромботичних мас; введення двох “зустрічних” інфузійних катетерів у дистальний та проксимальний відділ тромботичних мас; пункційне введення інфузійного катетера у підколінну вену під контролем УЗД. Для запобігання тромбемболії легеневої артерії, під час проведення РКТ, була застосована методика постановки тимчасового қава-фільтру (Opt Ease компанії Cordis) або оклюзійного балонного катетера у загальну клубову вену. Для тромболізісу була використана tPA – Alteplase (Actilyse) або урокіназа та стрептокіназа (фармакіназа) в комбінації із антиагрегантами, реологічними розчинами та нестероїдними протизапальними препаратами. У 39 хворих було проведено системний тромболізіс стрептокіназою (фармакіназою) або урокіназою, згідно з рекомендаціями до їх застосування у комплексі із антиагрегантами, реологічними розчинами та нестероїдними протизапальними препаратами. Необхідність подальшого проведення РКТ оцінювали щодня, за динамікою розчинення тромботичних мас за допомогою УЗД або рентгенконтрастної флебографії та залежно від цього, корегували позицію інфузійного катетера. Селективну інфузію тромболітичних препаратів проводили протягом 1–5 діб до появи флебографічних ознак прохідності венозних сегментів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Оцінку ефективності РКТ проведено на основі випадків ТЕЛА, опитувача ВООЗ для оцінки якості життя (The world health organization quality of life), наявності об'єктивних симптомів, що характерні для ГТГВ та хронічної венозної недостатності, даних ультразвукового моніторингу за відновленням прохідності глибокої венозної системи та станом її клапанного апарату. Результати лікування ГТГВ вважали як добрі, коли були відсутні клінічні ознаки, характерні для ГТГВ і ХВН, повне відновлення функції нижньої кінцівки; задовільні – поява набряку та больового синдрому, що проходять після сну; незадовільні – стійке утримування клінічних ознак ХВН та їх прогресування. Комплексне обстеження хворих проводили через 12 місяців після лікування.

За цими параметрами була проведена порівняльна характеристика системного тромболізісу та регіонарного катетерного тромболізісу. Так, при системному тромболізісі відмічено 3 випадки нефатальної ТЕЛА. У 13,3 % пацієнтів виявлено повний або частковий (63,4 %) лізис тромбу. У 16,7 % хворих збереглася функція клапанного апарату глибоких вен та у 30,0 % хворих наступила декомпенсації функції клапанного апарату. У цій групі хворих спостерігається 30,0% добрих та 53,3% задовільних результатів лікування. Найбільш ефективним було застосування для лікування РКТ. Так, епізодів ТЕЛА не спостерігалось. Хочемо відмітити, що у 55,9 % хворих настав повний лізис тромботичних мас, а у 44,1 % пацієнтів – їх частковий лізис. Внаслідок застосування РКТ у 44,1 % хворих вдалося зберегти нормальну функцію клапанів глибоких вен.

Більш того, завдяки застосуванню РКТ нами констатовано 53,0 % добрих результатів.

ВИСНОВОК.

Застосування регіонарного катетерного тромболізу дає можливість впродовж короткого періоду (1-3 доби) відновити повну або часткову прохідність глибоких вен із збереженням їх клапанного апарату і таким чином невілювати або зменшити прояви хронічної венозної недостатності у віддаленому періоді.

УДК 616.381-002:612.017

ПРОЛОНГОВАНА САНАЦІЯ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ЗА ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В

Буковинський державний медичний університет

Представлені результати лікування 33 хворих на гострий поширений перитоніт. У 11 хворих на розлитий перитоніт і у 6 – на дифузний окрім базового лікування застосований розроблений спосіб пролонгованої санації очеревинної порожнини, який полягає в введенні в очеревинну порожнину пристрою, що складається з товщої і кількох тонких перфорованих трубок (4-6), кількість і довжина яких моделювалась індивідуально. У хворих на розлитий перитоніт виконували запрограмовані повторні санації очеревинної порожнини. У проміжках між санаціями і у післяопераційний період через тонкі трубки двічі на добу вводили розчин декасана. Встановлено, що використання способу сприяє прискоренню реабілітації хворих. Зокрема, тривалість стаціонарного лікування скоротилась на 2-3 доби, залежно від форми перитоніту, не виникло жодного післяопераційного ускладнення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: перитоніт, санація очеревинної порожнини, дренажування очеревинної порожнини.

ВСТУП. Санація очеревинної порожнини є одним з основних завдань хірургічного втручання за гострого перитоніту [1,8]. Жоден з численних запропонованих методів, спрямованих на збільшення її ефективності, не досягає повної абактеріальності, не гарантує абсолютного ефекту [3,4]. Для збільшення ефективності застосовують різноманітні дренажні системи, запрограмовані повторні втручання, перитонеосорбцію, вакуумні аспіраційні системи [1,2,5,6], що, втім, не завжди досягає бажаного ефекту.

Водночас, використання деяких методів асоціюється зі збільшеним ризиком виникнення ускладнень, таких як післяопераційні грижі після повторних чи вакуумних санацій, тяжкий спайковий процес, кишкові нориці внаслідок застосування вакуумних систем [1,3,7]. У зв'язку з цим питання санації очеревинної порожнини потребує подальшого вивчення.

МЕТА РОБОТИ. Оцінити ефективність розробленого методу пролонгованої санації очеревинної порожнини за різних форм гострого поширеного перитоніту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Обстежено 33 хворих на перитоніт, причиною якого був гострий апендицит – 6 випадків, гострий холецистит – 5, перфораційні виразки – 7, гострий панкреатит – 3, непрохідність кишків – 4, мезентеріальний тромбоз – 3, неспроможність кишківних швів – 2, триваючий післяопераційний перитоніт – 3 випадки. Гнійний дифузний перитоніт виявлений у 12 пацієнтів, у решти – розлитий.

Усім пацієнтам проведено однотипне базове лікування. У хворих на розлитий перитоніт виконували запрограмовані повторні санації черевної порожнини. У 11 з них для проведення пролонгованої санації вдавались до розробленого методу, який передбачає підведення в певну анатомічну ділянку (зону найбільшого ураження, як правило наближену до вогнища перитоніту) дренажно-санаційного пристрою, який складається з трубки діаметром 1,5-2 см і 4-6 тонких трубок, кількість, довжина і конфігурація яких моделювалась індивідуально, залежно від анатомічних особливостей. У проміжках між повторними санаціями і після їх завершення через тонкі трубки в очередину порожнини вводили декасан двічі на добу в кількості 100 - 150 мл, залежно від розмірів порожнини дренивання. Контролем слугувала решта хворих на розлитий перитоніт. Групи порівняння були зіставні за тяжкістю перитоніту, значення Мангаймського перитонітного індексу становили $35,78 \pm 2,15$ та $36,51 \pm 3,27$ відповідно.

Пристрій використаний також у 6 випадках дифузного перитоніту. Контролем слугували решта 6 хворих. Групи порівняння були зіставні за тяжкістю перитоніту, значення Мангаймського перитонітного індексу становили $23,65 \pm 3,25$ та $22,17 \pm 3,42$ відповідно. Санації проводили в післяопераційний період.

Після операції в динаміці аналізували загально-клінічні показники, дані лабораторних аналізів. Статистичне обчислення результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel (build 11.5612.5703). Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Вілкі. Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували критерій Вілкоксона.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Установлено, що застосування розробленого способу дренивання й санації черевної порожнини призводило до прискорення регресу запального процесу. Зокрема, кількість повторних операцій становила $1,71 \pm 0,28$, а в контрольній групі – $2,09 \pm 0,21$.

Швидше нормалізувались основні клінічні критерії. Стіжка перистальтика відмічена в більшості випадків через 3 доби після останньої операції, у той час, як у контролі - через 4-5 діб. Температура тіла нормалізувалась до 6 діб (проти 8 у контролі). Концентрація сечовини та креатиніну нормалізувалась у 7 (63,63%) хворих уже через 2 доби, а в 6 (60%) контрольних спостереженнях лабораторні та клінічні прояви інтоксикаційного синдрому утримувались до 5-6 доби.

У жодного хворого не було черевних інфільтратів чи залишкових скупчень екссудату, у той час як у 2 (20%) контрольних випадках діагностували інфільтрати, що потребувало пролонгованого лікування. Середній ліжко-день становив $14,71 \pm 1,06$ проти $17,72 \pm 1,71$ у контролі.

У переважної більшості хворих на дифузний перитоніт, яким проводили пролонговану санацію, після операції лабораторні показники змінювались в межах норми. Натомість у групі порівняння впродовж 3-4 діб спостерігали збільшений вміст сечови-

ни, креатиніну, лейкоцитів, гіпертермію. Середній ліжко-день становив $9,25 \pm 2,09$ проти $11,54 \pm 3,82$ у контролі. У жодного хворого не було черевних інфільтратів чи залишкових скупчень ексудату. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням способу, ми не спостерігали.

Викладене свідчить, що запропонований спосіб пролонгованої санації очеревинної порожнини із застосуванням дискретного промивання вогнищ найбільшого ураження черевної порожнини розчинами антисептиків у проміжках між повторними санаціями і у післяопераційний період може бути застосований у хворих на різні форми поширеного перитоніту. Це дає змогу збільшити ефективність лікування та попереджати утворення залишкових скупчень ексудату. На нашу думку, така методика, окрім безпосереднього, пролонгованого локального антибактеріального впливу, збільшує ефективність дренивання черевної порожнини за рахунок індивідуального моделювання декількох дренажних трубок у межах дренованої ділянки, а також за рахунок постійного відновлення прохідності трубок під час повторних промивань.

Технічна простота способу робить його доступним для застосування в хірургічних стаціонарах будь-якого рівня.

ВИСНОВКИ.

1. Застосування пролонгованої санації очеревинної порожнини за розробленим способом у хворих на поширений гнійний перитоніт в проміжках між запрограмованими повторними санаціями і в післяопераційний період сприяє прискореному регресу запального процесу, на що вказує динаміка клінічних і лабораторних показників, скорочує тривалість стаціонарного лікування.
2. Спосіб, внаслідок технічної простоти і відсутності потреби у спеціальному обладнанні, може бути використаний у стаціонарах будь-якого рівня.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

3. Гострий перитоніт на сучасному етапі – проблеми, здобутки і перспективи / І.Ю. Полянський, Ф.В. Гринчук, В.В. Білоокий [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2014. - Т. 13, № 1. - С. 83-87.
4. Мікробіологічні характеристики перитонеального ексудату у хворих на розповсюджений перитоніт при використанні пролонгованого інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу / С. О. Мунтян, В. П. Кришень, П. В. Лященко, Г. М. Чабаненко, А. М. Гайтеров, Є. І. Чередниченко, В. І. Ціпко // Харківська хірургічна школа. - 2016. - № 2. - С. 69-72.
5. Оптимізація лікування поширених форм перитоніту із застосуванням запрограмованої лапароперції / В. П. Польовий, Р. І. Сідорчук, Д. Д. Лепкалюк, А. С. Паляниця, П. В. Кіфяк // Харківська хірургічна школа. - 2017. - № 2. - С. 38-42.
6. Experimental comparison of abdominal drainage systems / J. Schalamon, T. Petnehazy, H. Ainoedhofer [et al.] // Am. J. Surg. - 2017. - Vol. 213, № 6. - P. 1038-1041.
7. The effect of vacuum-assisted closure in bacterial clearance of the infected abdomen / I. Pliakos, N. Michalopoulos, T.S. Papavramidis [et al.] // Surg. Infect.- 2014.- Vol. 15, № 1.- P. 18-23.
8. The Role of Planned and On-Demand Relaparotomy in the Developing World / M.F. Scriba, G.L. Laing, J.L. Bruce [et al.] // World J. Surg. - 2016. - Vol. 40, № 7. - P. 1558-1564.

9. The value of vacuum-assisted closure in septic patients treated with laparostomy / I. Pliakos, N.S. Papavramidis, N. Michalopoulos [et al.] // S. Am. Surg. - 2012. - Vol. 78, N 9. - P. 957 - 961.
10. Van Ruler O. Surgical treatment of secondary peritonitis: A continuing problem / O. van Ruler, M. A. Boermeester // Chirurg. - 2016. - Vol. 87, № 1. - P. 13-19.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ САНАЦИЯ БРЮШИННОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В.

Буковинский государственный медицинский университет

Реферат. Представлены результаты лечения 33 больных с острым распространенным перитонитом. У 11 больных с разлитым перитонитом и у 6 – с диффузным кроме базового лечения применен разработанный способ пролонгированной санации брюшинной полости, который состоит в введении в брюшинную полость устройства, состоящего из более толстой и нескольких тонких перфорированных трубок (4-6), количество и длина которых моделировалась индивидуально. У больных с разлитым перитонитом выполняли запрограммированные повторные санации брюшинной полости. В промежутках между санациями и в послеоперационном периоде через тонкие трубки дважды в сутки вводили раствор декасана. Выявлено, что использование способа способствует ускорению реабилитации больных. В частности, продолжительность стационарного лечения сократилась на 2-3 суток, в зависимости от формы перитонита, не возникло ни одного послеоперационного осложнения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перитонит, санация брюшинной полости, дренирование брюшинной полости.

A PROLONGED SANATION OF THE PERITONEAL CAVITY IN AN ACUTE PERITONITIS CASE.

Grynchuk A.F., Grynchuk F.V.

Bukovinian state medical university

Abstract. The results of 33 patients with acute common peritonitis treatment are presented. Besides the basic treatment, a developed method of prolonged rehabilitation of the peritoneal cavity is used for 11 patients with general peritonitis and for 6 – with a diffuse one. That method includes an insertion of the device, which consists of thick and a few thin perforated tubes (4-6), into the peritoneal cavity. The number and length of the tubes were modeled individually. A programmed repeated rehabilitation of the abdominal cavity has been provided to the patients with general peritonitis. In the intervals between rehabilitation and postoperative time a dechacan solution was injected through the thin tubes twice a day. It was established, that the use of this method contributes to accelerating the rehabilitation of patients. In particular, the duration of the hospitalization decreased by 2-3 days, depending on the peritonitis type. No postoperative complications has been observed.

KEY WORDS: peritonitis, sanation of the abdominal cavity, drainage of the abdominal cavity.

АЛОТРАНСПЛАНТАТИ ІЗ НАНЕСЕННЯМ АДАПТУЮЧОЇ КОМПОЗИЦІЇ НА ПОВЕРХНЮ ІМПЛАНТАТУ

Грищук Я.І.¹, Грищук Б.Я.¹, Лазаренко О.М.¹, Ничитайло М.Ю.²

*¹Науково-профілактичний центр практичної та клінічної медицини
Державного управління справами,*

²Інститут хірургії та трансплантології ім.О.О. Шалімова НАМН України

В статті описано застосування адаптуючої композиції (Adaptive Composition - AdC), виготовленої на основі білків сироватки крові реципієнта, для обробки зміцнюючих сіток при виконанні герніопластики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: алотрансплантат, сітки для герніопластики, сумісність, адаптація.

У другій половині 20 століття при проведенні герніопластики почали застосовувати алотрансплантати у вигляді полімерних сіток, які виробляли поліпропілену [1]. Широке їх розповсюдження набуло при операціях з герніопластики за Ліхтенштейном [2]. Але віддалені результати, до 2 років після операції, показали, що у 60% хворих алотрансплантати, сітки для герніопластики, викликають реакцію організму різного ступеня [3]. За дослідженнями [3] було показано, що в результаті реакції організму між елементами сітки утворюються фіброзні містки, що спричиняють ущільненню та зменшенню у розмірах встановленого імплантату.

МЕТОЮ нашого дослідження було визначити переваги застосування обробки сіток для герніопластики адаптуючою композицією (Adaptive Composition - AdC) [4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В клініці ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» ДУС з липня 2016 по березень 2017 було планово прооперовано 12 хворих з приводу гриж черевної стінки та пахового каналу із використанням алотрансплантату (рис.1.), обробленого AdC (див таб.1.).

Операції проводили за стандартним методом Ліхтенштейну. Перед імплантацією пропіленові сітки обробляли згідно «Методичним рекомендаціям» № 58.16/140.16 (МК), затвердженим МОЗ України 18.07.2016 [5]. Для проведення обробки алотрансплантатів згідно МК у пацієнтів було отримано інформаційну згоду відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації [6]. У пацієнтів набирали 9 мл крові із ліктьової вени. Кров відстоювали до формування згустку та центрифугували 5 хвилин при 3 500 об/хв. Отриману сироватку відбирали стерильним шприцем, доводили об'єм

до співвідношення сироватка : 0,9% розчин хлориду натрії 1:10, пропускали через мембранний фільтр з порами 0,22 мкм (Minisart, Sartorius stadium, Biotech corp.) для стерилізації отриманої композиції - AdC. Імплатанти занурювали повністю в AdC на 3-5 хвилин. Після чого імплатат встановлювали у відповідне місце.

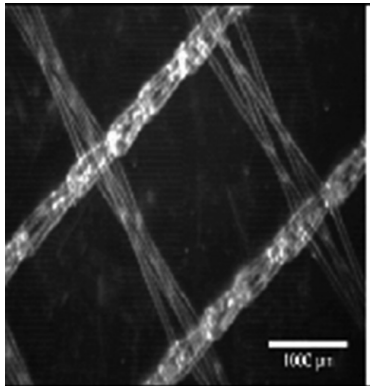


Рис.1. Зображення сітки на оптичному мікроскопі із збільшенням.

РЕЗУЛЬТАТИ

Оброблені AdC сітки набули гідрофільності і ними стало зручно маніпулювати в операційному полі, що привело до скорочення терміну операційного втручання на 20% у порівнянні з традиційними методиками. У ранньому післяопераційному періоді у всіх пацієнтів не спостерігалось гіперемій та набряків в місці встановлення сітки. Були відсутні традиційні скарги на відчуття стороннього тіла. Використання знеболювального тривало 2 дні після операції. На час зняття швів (6-7 день) у пацієнтів рана була загоєна первинним натягом без ознак інфільтрації та запалення.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Спостереження останніх років показали, що застосування алотрансплантатів при герніопластиці з кожним роком подвоюється. Так у 2016 в США було прооперовано до 1 500 000 хворих. Загальна ж кількість таких операцій у розвинених країнах налічує 3 000 000 [1]. При цьому встановлено, що відбувається зниження післяопераційних ускладнень у порівнянні з герніопластиком без використання алотрансплантатів у 2 рази, але спостерігаються ускладнення, пов'язані з реакцією організму на екзогенний матеріал. Останнє уповільнює процес загоєння операційної рани та може викликати біль, відчуття стороннього тіла, гіперемію в місці розташування імплатату. Відсоток таких проявів може складати від 10 до 30 %. Це обумовлено реакцією організму на матеріал сітки, яка проявляється у формуванні фіброзно-сполучної тканини між вічками сітки, що приводить до ущільнення сітки та втрати її еластичності. В роботах зазначається [3], що втрата площі імплатату може сягати до 30 %. Нівелювання дії організму на екзогенне тіло можна досягти нанесенням на його поверхню наношару білків сиро-

ватки крові реципієнта. В дослідженні [8] було доведено, що обробка штучних матеріалів альбуміном сироватки крові приводить до зменшення сили афінної взаємодії між їх поверхнею та імуноглобулінами класу G (IgG) реципієнта, яка вимірюється за допомогою атомно-силової мікроскопії (АСМ) [8]. В цьому випадку значення сила взаємодії між вістрям АСМ з IgG і поверхнею відповідають таким як при вістрі без нанесення IgG реципієнта. В таблиці 1 наведені результати тестування різних поверхонь за допомогою АСМ і IgG реципієнта.

Таблиця 1.

ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ ПОКРИТТЯМ АЛЬБУМІНОМ ПОВЕРХНІ РІЗНИХ ЗРАЗКІВ НА АФІННУ ВЗАЄМОДІЮ МІЖ НЕЮ ТА ІМУНОГЛОБУЛІНІВ КЛАСУ G

	Сили афінної взаємодії зонду АСМ з IgG та зразка, нН			
	Золото	Скло	Слюда	Кремній
Зразки без обробки альбуміном	101	16	Відштовхування Зонду АСМ з IgG	35
Зразки оброблені альбуміном	20	21	18	19
	Сили афінної взаємодії зонду АСМ без IgG та зразка, нН			
Зразки без обробки альбуміном	18	15	16	21

Як видно з таблиці нанесення на поверхню зразків матеріалів тонкий шар альбуміну приводить до нівелювання афінної взаємодії між ними і зондом АСМ з IgG. З огляду на це доцільно обробляти сітки для герніопластики AdC, яка в своїй основі має переважно альбумін сироватки реципієнта. Через 4 місяці хворі пройшли обстеження в амбулаторних умовах. Результати застосування AdC для нанесення на поверхню сітки сприяли позитивним результатам як в ранньому так і у віддаленому післяопераційному періоді, що підтверджується відсутністю негативних проявів як біль, відчуття стороннього тіла та набряками в місці встановлення імплантату. Порівнюючи ці результати із ризиком виникнення післяопераційних ускладнень при використанні традиційної методики (13,3%(95% ВІ 9,5% - 17,6%, де 95% ВІ - вірогідний інтервал)) можна зробити висновок, що запропонована методика обробки алотрансплантату AdC при герніопластичі дозволяє знизити ($p=0,03$) цей ризик, відношення ризиків - $BP = 0,18$ (95% ВІ 0,03 - 1,0)

ВИСНОВОК

Використання обробки алотрансплантату, сітки для герніопластики, адаптуючою композицією (AdC), яка готується на основі сироватки крові реципієнта приводить до: підвищення зручності маніпулювання алотрансплантатом в операційному полі; зменшення термін операційного втручання; у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді рани загоюються первинним натягом без ознак інфільтрації та запалення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alam NN, Narang SK, Pathak S, et al Methods of abdominal wall expansion for repair of incisional hernia: systematic review. - Hernia. -2016.- Apr.-20(2).- P.191-9.
2. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Willias P.A. Hernia repair with polypropylene mesh. An improved method. //AORN.J.— 1990.- Vol.52, N3.-P. 559-565.
3. Hannu Paajanen, Kirsi Rönkä, Anniina Laurema.- A single-surgeon randomized trial comparing three meshes in lichtenstein hernia repair: 2- and 5-year outcome of recurrences and chronic pain.- International Journal of Surgery.- V. 11, Issue 1.- January 2013.- P.81–84
4. Aleksyeyeva T., Lazarenko O. Substance enhancing biocompatibility of implants with recipient body and method of its preparation // Международная заявка PCT UA2011/000045. Priority data 18.05.2011. - 8 p.
5. Картель, Т.А. Алексеева, І.В. Бойко, О.М. Лазаренко та інш. Клінічне застосування обробки поверхні імплантатів адаптуючою композицією для поліпшення їх біосумісних властивостей у реконструктивно-відновлювальній хірургії.- Методичні рекомендації МОЗ (58.16/140.16).-Видавець Ю.В. Піча «Каравела». Київ, 2016.-С.23
6. www.rada.gov.ua/laws/show/900_005
7. Алексеева Т.А., Гомоляко І.В., Гришук Я.І., Лазаренко О.М., Фурманов Ю.О. Удосконалення приживлення алотрансплантатів при герніопластичі методом індивідуальної наноадаптації поверхні імплантатів (експериментальне дослідження) Медицина невідкладних станів.-2013.-№3(50).-С.164-169.
8. Алексеева Т.А., Ермоленко И.С., Лебовка Н.И., Литвин П.М, Ошкарёров С.П., Янченко В.В.// Исследование биоадгезивных взаимодействий на золоте, кремнии и стекле методом атомно-силовой спектроскопии// Металлофизика и новейшие технологии – 2009. – том 31. - №2. – стр. 241-248.

ALOGERNIOPLASTY WITH APPLICATION THE ADAPTIVE COMPOSITION ON THE IMPLANTATE'S SURFACE

Hryshchuk Ya.I. 1, Hryshchuk B.Ya. 1, Lazarenko O.M. 1, M.U. Nychytailo2

¹Research and Practice Center of Preventive and Clinical Medicine State Administrative Department,

²State Institution O.O. Shalimov's National institute of surgery and transplantation

Article describes the use of Adaptive Composition – AdC that prepared on the base of recipient's serum proteins for treatment the reinforced mesh during hernioplasty.

KEYWORDS: allotransplant, mesh for hernioplasty, compatibility, adaptation.

УДК 617.55 - 072.1

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гром А.П.

Криворожская городская больница №5

Обследовано 385 пациентов с подозрением на острую абдоминальную патологию. Исследована эффективность проведения диагностической лапароскопии с целью верификации диагноза у пациентов с подозрением на аппендицит, перитонит невыясненной этиологии и патологии гепатобилиарной зоны. Выявлено, что в зависимости от характера патологического процесса диагностическая лапароскопия помогает в 84,2-95,1% случаев верифицировать диагноз, позволяя определить дальнейшее лечение и избежать необоснованных лапаротомий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: диагностическая видеолапароскопия, ургентная хирургия.

ВСТУПЛЕНИЕ. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости сохраняют значимое положение (до 25%) в структуре общей хирургической патологии [5].

Основными проблемами экстренной хирургии являются запоздалые вмешательства, послеоперационные осложнения и высокая летальность, что обусловлено сложностью постановки правильного и своевременного диагноза [2]. Поэтому, несмотря на возрастающее количество новых лечебно - диагностических технологий, поиск новых и усовершенствование имеющихся, доступных ургентному хирургу методов диагностики, остаются актуальными задачами современной науки. Диагностическая видеолапароскопия (ДВЛ) в ходе совершенствования своих оптических характеристик и методик исследования заняла приоритетное место среди наиболее информативных методов верификации диагноза. А доступность выполнения ДЛ в условиях ургентной хирургии обуславливает ее широкое распространение в условиях общего хирургического отделения, снижая частоту необоснованных лапаротомий и длительность динамического наблюдения за пациентом в неясных клинических случаях [1,4,5]. Это позволяет повысить качество жизни больного и сократить длительность стационарного лечения.

ЦЕЛЬ: улучшить результаты хирургического лечения больных с ургентной абдоминальной патологией с помощью ранней комплексной диагностики, включающей проведение диагностической видеолапароскопии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Проанализированы результаты обследования и лечения 385 пациентов хирургического отделения КУ «Криворожская городская больница №5» ДООС в возрасте от 24 до 62 лет, госпитализированных в экстренном порядке с 2007 по 2017 год, которым с целью уточнения диагноза была проведена ДВЛ. Из них мужчин было 174 человек (45,2%), женщин - 211 (54,8%).

Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 183 пациента (47,5%), у которых нельзя было исключить диагноз острого аппендицита. Вторую группу составили 164 пациента (42,6%) с симптомами перитонита неясной этиологии (подозрение на прободную гастродуоденальную язву, острую кишечную непроходимость, мезентериальный тромбоз). Третью группу составили 38 пациентов (9,9%) с предположительной острой патологией поджелудочной железы и органов гепатобилиарной зоны.

Всем пациентам при поступлении в стационар в зависимости от предполагаемого диагноза проводили стандартное клиничко - лабораторное и инструментальное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов живота).

Критерием исключения пациентов из эксперимента были спаечный процесс в брюшной полости, парез кишечника, ожирение 2-3 степени, большие послеоперационные вентральные грыжи.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по общепринятым методикам с помощью программного пакета «Excel 2007 for Windows XP» («Microsoft», США). Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Проведенные клинические исследования показали, что лабораторно-инструментальные методы диагностики, проведенные 183 пациентам первой группы в 67% случаев были неинформативными, в 33% - не позволили с точностью верифицировать диагноз и исключить другую патологию, что обусловило необходимость проведения ДВЛ. Данное исследование было проведено у 68 пациентов первой группы (37%) в первые часы с момента госпитализации, у 115 пациентов (63%) - через 2 часа динамического наблюдения. Верифицировать диагноз лапароскопически нам удалось у 163 больных (89,1%), при этом острые воспалительные изменения в аппендиксе (отек отростка, гиперемия с выраженным сосудистым рисунком, «симптом карандаша») нами были установлены лишь у 87 пациентов (53,4%), что потребовало выполнение аппендэктомии. По результатам последующего гистологического исследования, у данных пациентов имел место поверхностный и деструктивный аппендицит, катаральных форм заболевания определено не было. У 65 пациентов первой группы (38,0%) была диагностирована гинекологическая патология, у 14 (8,6%) - прочие заболевания. Таким образом, в 89%

случаев ДВЛ позволила поставить диагноз и определить правильное лечение, избежав нецелесообразных лапаротомий.

Во второй группе исследования у пациентов, имеющих симптомы перитонита неясной этиологии, в 57% случаев стандартные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования были неинформативными. ДВЛ выполнялась в первые 2 часа с момента госпитализации в стационар и в 95,1% случаев позволила верифицировать диагноз, определив у 39 пациентов (25,0%) флегмонозный аппендицит, у 48 (30,7%) - острый деструктивный холецистит, у 27 больных (17,4%) - панкреонекроз, у 42 (26,9%) - гнойно-воспалительные заболевания придатков матки.

В третьей группе исследования у пациентов с подозрением на патологию поджелудочной железы и органов гепатобиллиарной зоны стандартное обследование с обязательным определением маркеров биохимических печеночных сывороточных синдромов, активности альфа-амилазы в сыворотке крови и моче, ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны было информативным лишь в 47,4% случаев. В данной группе пациентов ДВЛ проводили после выполнения консервативной терапии, направленной на купирование болевого приступа, уменьшение явлений воспаления и интоксикации, т.е. спустя более двух часов с момента госпитализации в стационар. При этом в 84,2% случаев удалось верифицировать диагноз, из них патология гепатобиллиарной зоны была подтверждена у 23 пациентов (71,9%).

Таким образом, анализ результатов обследования по основным нозологическим формам ургентной абдоминальной патологии позволил подтвердить значимость выполнения ДВЛ, что в зависимости от характера патологического процесса позволяет в 84,2-95,1% случаях верифицировать диагноз, правильно определить дальнейшее лечение и избежать необоснованных лапаротомий.

ВЫВОДЫ.

1. Диагностическая видеолапароскопия является высокоинформативным и малоинвазивным методом диагностики ургентной абдоминальной патологии.
2. Эндовидеохирургическим методом можно диагностировать значительное количество заболеваний органов брюшной полости при условии достаточного опыта хирурга, выполняющего исследование.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Копылов А. А. Роль лапароскопии в диагностике аппендицита / А. А. Копылов, Б. С. Коваленко, Ю. В. Корниенко // Научные ведомости Белгородского государственного университета - 2011. - № 22 (117). - С. 226-229.
2. Милонов О. Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, // Издательство: Медицина. - 1990. - 560 с.
3. Неотложная хирургия груди и живота / Под ред. Бисенкова Л.Н., Зубарева П.Н. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 512 с.

4. Саганов В. П. Лечебно-диагностическая лапароскопия при различных формах острого панкреатита / В. П. Саганов, В. Е. Хитрихеев // Acta Biomedica Scientifica. - 2010. - № 3 (73). - С. 126-129.
5. Серебренников В. В. Малоинвазивные операции - приоритетное направление в urgentной хирургии / В. В. Серебренников, А. И. Баранов, А.М. Алексеев // Медицина в Кузбассе. - 2014. - № 1. - С. 59-62.

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Гром А.П.

Обстежено 385 пацієнтів з підозрою на гостру абдомінальну патологію. Досліджено ефективність проведення діагностичної лапароскопії з метою верифікації діагнозу у пацієнтів з підозрою на апендицит, перитоніт нез'ясованої етіології та патологію гепатобіліарної зони. Виявлено, що в залежності від характеру патологічного процесу діагностична лапароскопія дозволяє в 84,2-95,1% випадків верифікувати діагноз, що дозволяє визначити подальше лікування та уникнути необґрунтованих лапаротомій.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діагностична віеолапароскопія, ургентна хірургія.

ANALYSIS OF DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF ENDOVIDEOURGICAL TECHNOLOGIES IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

Grom A.P.

385 patients with acute abdominal pathology were examined. The efficiency of diagnostic laparoscopy for the purpose of verification of the diagnosis in patients with suspected appendicitis, peritonitis of unknown etiology and pathology of the digestive area. It has been revealed that, depending on the nature of the pathological process, diagnostic laparoscopy makes it possible to verify the diagnosis in 84.2-95.1% of cases, which allows to determine the further treatment and avoid unreasonable laparotomy.

KEY WORDS: diagnostic laparoscopy , urgent surgery.

УДК 616.12 – 008.331.1 – 089:621.386

ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЦИРОЗУ ШЛУНКУ, УСКЛАДНЕНОГО ШКК

Грубнік В.В., Загороднюк О.М., Гуцулюк В.Г., Дегтяренко С.П.

*Одеський Національний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня.*

Автори застосували в комплексному лікуванні 73 пацієнтів з цирозом печінки шлуноково-кишковими кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу ендovasкулярну емболізацію селезінкової та лівої шлункової артерій в поєднанні з ендоскопічним гемостазом. У 35 хворих стадія цирозу становила «В», у інших- «С» за Чайльд-Пью. Прогноз лікування кровотечі ускладнювався наявним у всіх хворих синдромом гіперспленізму з вираженою тромбоцитопенією, від 35 до 90 Т/л. У 61 хворого окрім варикозно розширених вен стравоходу було в наявності і варикозне розширення вен кардіального відділу шлунку, важкодоступне для ендоскопічного гемостазу.

Всім хворим першим етапом виконувався ендоскопічний гемостаз. Наступним етапом виконувалася ендovasкулярна емболізація селезінкової та лівої шлункової артерій, в разі успішності ендоскопічного гемостазу – планово, неуспішності (12 хворих) – ургентно. Емболізація селезінкової артерії виконувалась всім хворим розробленим нами методом, який поєднує використання спіралі типу Гантурко та мікросферичних емболів (Патент України №53848). Емболізація лівої шлункової артерії виконувалась 25-30 мікросферичними емболами. У 4 хворих з кровотечею з вен кардії та неефективним ендоскопічним гемостазом за технічними причинами (нестандартне відходження артерії) емболізацію лівої шлункової артерії не зроблено.

Проаналізовано результати лікування на протязі 12-48 місяців. Всі хворі (69), яким було успішно виконано емболізацію селезінкової та лівої шлункової артерій вижили та у подальшому отримували консервативну терапію цирозу печінки у стаціонарах гастроентерологічного профілю. Тривалість їх життя залежала від важкості циротичного процесу, але рецидивів кровотеч на протязі від року до двох не спостерігали. Також після емболізації селезінкової артерії в них нормалізувалася картина крові та зменшувалися явища гіперспленізму та важкість портальної гіпертензії.

З 4 хворих, у яких емболізацію лівої шлункової артерії не виконано, вижив лише один пацієнт, якому кровотечу вдалося зупинити консервативною терапією. Через 8 місяців від загинув від проваторної кровотечі.

Таким чином виявлено, що сполучення емболізації селезінкової та лівої шлункової артерій з ендоскопічними втручаннями на варикозно розширених венах стравоходу має високу клінічну ефективність, дозволяє подовжити життя пацієнтів та покращує його якість.

ПОВТОРНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Усенюк С.А.

*Одесский Национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница.*

В последние десятилетия бариатрическая хирургия получила бурное развитие. Несмотря на то, что разработано большое количество высокоэффективных бариатрических операций, практически после каждого вмешательства могут возникнуть те или иные осложнения, которые требуют повторных вмешательств.

ЦЕЛЮ настоящего исследования был анализ повторных бариатрических вмешательств у больных, оперированных по поводу морбидного ожирения и метаболических расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

За период с 1999 по 2017 год бариатрические операции были выполнены у 456 пациентов. Среди оперированных пациентов преобладали женщины - 230 (50.4%). Возраст больных был от 19 до 72 лет. Средний возраст составил 43.6 ± 11.5 лет. Индекс массы тела (ИМТ) пациентов был от 35 кг/м² до 62 кг/м². Средний ИМТ составил 46.4 ± 8.9 кг/м². У подавляющего большинства больных (92%) имелись серьезные сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, дислипидемия, жировой гепатоз, ночное апноэ, болезни суставов, нарушение функции эндокринной системы, импотенция, дисминорея. У 72 пациентов (15.8%) имелся сахарный диабет II типа.

У 416 пациентов (91.2%) бариатрические операции выполнялись лапароскопическим способом. У остальных 40 пациентов выполнялись комбинированные вмешательства: основные этапы операции проводились лапароскопически, а наложение анастомозов производили через минилапаротомию. Среди выполненных бариатрических вмешательств наибольшее число было лапароскопическое бандажирование желудка – 216 операций. Лапароскопические рукавные резекции (sleeve gastrectomy) выполнены у 198 больных. Различные виды шунтирующих операций произведены у 42 больных.

В послеоперационном периоде производился тщательный мониторинг всех больных. Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 397 (87%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Серьезных интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у оперированных больных не было. Никто из оперированных больных не умер. Повторные операции в ранний послеоперационный период были выполнены у 12 (6%) пациентов после лапароскопического бандажирования желудка. Необходимость повторных операций была обусловлена смещением и дислокацией желудочного бандажа, что приводило к непроходимости.

После лапароскопической рукавной резекции желудка ранние повторные операции выполнены на 2-3 сутки всего у 2 (1%) больных. Повторная релапароскопия производилась по поводу продолжающегося кровотечения из линии механического шва. Кровоточащие сосуды прошиты и лигированы, после чего все больные выздоровели. Необходимо отметить, что благодаря усовершенствованной нами технике проведения лапароскопической рукавной резекции, ни в одном случае не было несостоятельности механического шва, что не потребовало серьезных повторных вмешательств на фоне желудочного свища, перитонита или сепсиса.

Из группы, больных которым производились шунтирующие операции - ранние повторные операции были выполнены у 2 пациентов. У одной больной повторные вмешательства произведены по поводу внутрибрюшного кровотечения. Второй больной оперирован по поводу ранней спаечной непроходимости. После повторных операций все больные выздоровели.

В отдаленные сроки, чаще всего повторные операции выполнялись у больных, которым было произведено лапароскопическое бандажирование желудка. У 32 больных выполнялись сложные лапароскопические вмешательства, в связи с миграцией бандажа в просвет желудка. У всех пациентов операция удаления бандажа была выполнена лапароскопически без серьезных осложнений. У 18 пациентов произведено лапароскопическое удаление бандажа в связи с дискомфортом и нарушением пищеварения. У 17 пациентов выполнено удаление подкожного порта, в связи с нагноением в этой зоне.

После лапароскопической рукавной резекции повторные операции произведены у 12 пациентов. Причинами повторной операции у больных послужили: неадекватная потеря веса, либо повторный набор веса. У 2 больных выполнена операция SADI-S (наложение дуоденоюнального анастомоза на петлю тонкой кишки отступя 2.5-3 м от баулгиниевой заслонки). У остальных пациентов была произведена мини шунтирующая операция с наложением одного анастомоза в области антрального отдела желудка. У всех пациентов после повторных вмешательств получены хорошие результаты с адекватной потерей избыточного веса.

Из 42 пациентов после шунтирующих операций – повторно прооперировано 5. 2 пациента оперированы по поводу пептических язв гастроюнального анастомоза. 3 пациентам произведена реконструкция петель, шунтирующих желудок. Серьезных ос-

ложнений после повторных операций в этой группе больных не наблюдалось.

ВЫВОДЫ.

Повторные бариатрические операции технически достаточно сложны, однако могут быть у большинства больных выполнены лапароскопически. Чаще всего необходимость в повторных операциях возникает после лапароскопического бандажирования желудка. После лапароскопической рукавной резекции мини шунтирующие операции позволяют добиться хороших результатов с адекватным снижением избыточной массы тела.

УДК 616.131-005.6

ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЕМБОЛІЗМ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

І.М.Гудз, О.І.Гудз

*Івано-Франківський національний медичний університет***КЛЮЧОВІ СЛОВА:** венозний тромбоемболізм, хірургія, доказова медицина

Смертність від венозного тромбоемболізму (ВТЕ) на сьогодні є провідною причиною післяопераційної летальності. Існуючі рекомендації доказової медицини щорічно зазнають змін у зв'язку із появою нових результатів рандомізованих досліджень. У даній роботі представлено останні дані зі з'їздів світових товариств, які займаються проблематикою ВТЕ. Особливої уваги заслуговує профілактика та лікування ВТЕ у хворих із раковою патологією.

Глобальність проблеми венозного тромбоемболізму (ВТЕ) полягає в тому, що кожного року більше 3 млн людей помирає в світі від його наслідків, також кожний четвертий випадок смерті спричинений ВТЕ, а 60% таких смертельних випадків виникають або підчас перебування хворого в стаціонарі чи в ближчий період після його виписки. Такими є дані сайту www.worldthrombosisday.org, який створений декілька років тому і кожного року інтенсивно пропагує проведення 13 жовтня світового дня тромбозу.

МЕТОЮ даної роботи було представити останні дані доказової медицини щодо проблеми венозного тромбоемболізму у хворих хірургічного профілю.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У липні 2017 в Берліні відбувся світовий конгрес міжнародного товариства тромбозу та гемостазу, більшість засідань якого була присвячена проблемі ВТЕ. Передував конгресу випуск інтернет-платформи ІТАС СМЕ (www.itacsmc.com) із публікацією оновлених рекомендацій доказової медицини щодо проблеми ВТЕ у ракових хворих [1]. Тому вважаємо за доцільне, на основі наведених публікацій та виступів провідних світових експертів, більш повно представити у подальшому сучасний стан проблеми ВТЕ у хірургічних хворих. При цьому мова йтиме про ВТЕ як ускладнення у хворих із іншою хірургічною патологією.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

ВТЕ у прооперованих пацієнтів приймає перебіг «тихої» патології – більше 80% всіх тромбозів глибоких вен кінцівок є асимптомними, а ТЕЛА при житті діагностується менш ніж у 50% таких хворих. Згідно даних великих популяційних досліджень середній час розвитку тромбозу глибоких вен після хірургічного втручання – 7 день, а ТЕЛА – 21 день. Важливим прогностичним критерієм розвитку післяопераційного ВТЕ може бути шкала Caprini [2], практичне застосування якої значно спрощене розробленим в Україні калькулятором ВТЕ. В той же час більшістю практичних хірургів недооцінюється роль у виникненні ВТЕ такого фактору як тривалість оперативного втручання. J.Y.S.Kim et al. на когорті 1 432 855 пацієнтів із 315 госпіталів США констатували, що при використанні загальної анестезії за умови проведення короткотривалих оперативних втручань ризик ВТЕ складав 1,44%, в той же час якщо тривалість операції подовжувалась у 2-3 рази, то ризик виникнення ВТЕ зростав до 3,49% [3]. На сьогодні переглядаються рекомендації доказової медицини щодо профілактики ВТЕ у ряду хворих хірургічного профілю по наступних причинах: пацієнти із ожирінням, люди похилого віку, пацієнти хірургії одного дня та fast track surgery, хірургія вагітних та післяпологового періоду, інтенсивна терапія після операцій, збільшення кількості хворих із постійним прийомом дезагрегантів та антикоагулянтів, патологія згортальної системи крові. Для прикладу, якщо раніше для пацієнтів, які підлягають коротким лапароскопічним втручанням при наявності супутніх факторів ризику ВТЕ фармакологічна профілактика була одноразовою, то тепер рекомендується її подовження до 7 днів. Особливо важливою складовою проблеми профілактики ВТЕ є питання доцільності застосування з цією метою нових оральних антикоагулянтів та ацетилсаліцилової кислоти. Втратила доказовість рекомендація використання з метою профілактики ВТЕ компресійних панчіх – більшою ефективністю володіють прилади переміжної пневматичної компресії.

Проблема профілактики та лікування ВТЕ у хворих із раковою патологією останніми роками супроводжується стрімкою зміною рекомендацій доказової медицини. У зв'язку з великим потоком рандомізованих багатоцентрових досліджень щодо ВТЕ у хворих із раком було засновано сайт www.itacscme.com, в якому представлено нові рекомендації. Так, визнано, що низькомолекулярні гепарини (НМГ) є основними препаратами профілактики ВТЕ в разі ракової патології, при цьому їхня доза повинна бути профілактично максимальною (1А). При цьому профілактична цінність фондапаринуксу при раку заперечується. Тривалість профілактики 4 тижні, незалежно від того чи це була лапаротомна чи лапароскопічна операція (1В). НМГ є також препаратами вибору при лікуванні проявів ВТЕ у ракових хворих, причому тривалість їх призначення повинна складати 3-6 міс (1А), роль нових оральних антикоагулянтів, не дивлячись на недавно опубліковані результати окремих досліджень, розглядається досить критично. У разі ж розвитку рецидиву ВТЕ у ракових хворих при лікуванні НМГ дозу останніх слід підвищити на 20-25%, у жодному випадку не слід розглядати можливість переведення на нові оральні антикоагулянти.

ВИСНОВКИ

Проблема венозного тромбоемболізму у хворих хірургічного профілю залишається актуальною через високі показники післяопераційної смертності через ТЕЛА. Існуючі рекомендації доказової медицини є недосконалими, тому вони зазнаватимуть періодичних змін, з якими практичні лікарі повинні бути ознайомлені. Інформування хірургів України про сучасний стан проблеми ВТЕ в хірургії є надзвичайно актуальним завданням для фахівців із галузі флебології та судинної хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. 2016 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism (VTE) in patients with cancer / Farge-Bancel D, Bounameaux H, Brenner B. et al. // Lancet Oncol 2016 Oct;17(10):e452-e466.
2. Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism // The American Journal of Surgery 2010; (199)1 S3-S10.
3. Surgical duration and risk of venous thromboembolism / Kim Y.J., Kavanin N., Rambachan A. et al. // JAMA 2015 Feb;150(2):110-7

УДК616.361-002-089.86:57.089.6:621.791.7

ФОРМУВАННЯ БІЛІОДИГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ МЕТОДОМ ВЧ-ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ М'ЯКИХ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Гуцуляк А.І.¹, Ничитайло М.Ю.², Василюк С.М.¹, Булик І.І.²

1- Івано-Франківський національний медичний університет

2- Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова

В поточній хірургічній практиці актуальною залишається проблема накладання білідигестивних анастомозів з метою відновлення магістрального жовчовідтоку. Гепатикоєюностомія займає домінуюче місце серед методів відновлення жовчовідтоку і є стандартною операцією при доброякісних та злроякісних ураженнях жовчних проток. Проте рівень ускладнень після формування білідигестивних анастомозів залишається досить високим, ранні ускладнення (формування абсцесу, холангіт, жовчотеча з анастомозу) виникають у біля 20%, віддалені проявляються в основному у вигляді стриктур і складають 10–30%. Також значні труднощі виникають при наявності виражених запальних явищ в зоні операції, а наявність гнійного холангіту чи жовчного перитоніту часто є протипоказом до виконання реконструктивних втручань, через високу загрозу неспроможності шовних анастомозів.

У 14 пацієнтів з порушенням прохідності позапечінкових жовчовивідних проток, які потребували реконструктивних втручань проведено формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ-електрозварювання апаратом «Патонмед ЕКВ3-300». У 11-и випадках сформовано терміно-латеральні гепатикоєюноанастомози, ще у 3-х – латеро-латеральні холедохоєюноанастомози на виключеній за Ру петлі тонкої кишки.

Вік хворих коливався від 37 до 70 років, в середньому 59,1±2,7 роки, чоловіків було 7 (50 %), жінок теж 7 (50%). У 8 пацієнтів було діагностовано злроякісні пухлини органів біліопанкреатодуоденальної зони, ще у 6 – доброякісні захворювання позапечінкових жовчовивідних проток. З них у 3 хворих були стриктури, у 2 гострий гнійний холангіт та у однієї хворої жовчний перитоніт на 8-й день після ятрогенного пошкодження гепатикохоледоха II тип по Бісмуту.

З пацієнтам з гострим холангітом та жовчним перитонітом проведено одномоментні реконструктивні оперативні втручання в об'ємі формування зварювальних гепатикоєюноанастомозів.

Білідигестивні анастомози сформовані методом ВЧ-електрозварювання були герметичними та володіли достатньою міцністю, як відразу після формування, так і в

подальшому післяопераційному періоді.

Для визначення адекватності жовчовідтоку через анастомоз проведено оцінку рівня білірубину та трансаміназ. Рівень загального білірубину при поступленні в середньому становив $134,2 \pm 18,8$ мкмоль/л, на 1-у добу після операції знижувався до $100,6 \pm 22,5$ мкмоль/л, а на момент виписування з стаціонару становив $40,4 \pm 6,2$ мкмоль/л. Рівні АлАТ та АсАТ при поступленні становили $165,1 \pm 33,3$ та $129,0 \pm 23,0$ Од/л відповідно, на момент виписування знижувалися до $63,3 \pm 9,4$ та $44,6 \pm 5,4$ Од/л.

Добрупрохідність та спроможність зварювальних анастомозів також підтверджено даними УЗД та МРПХГ. Часткова неспроможність анастомозу виникла в одного хворого (7,1%) і була усунута консервативними методами. Середній післяопераційний ліжкодень склав $11,4 \pm 1,1$.

Таким чином, формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ-електрозварювання є надійним та безпечним. Використання даного методу зменшує частоту виникнення неспроможності анастомозів і сприяє більш швидкій нормалізації рівнів білірубину та трансаміназ, що свідчить про добрий жовчовідтік і краще відновлення показників функціональної здатності печінки.

Також метод ВЧ-електрозварювання дозволяє формувати надійні білідигестивні анастомози в умовах гострого холангіту та жовчного перитоніту.

УДК 616.14–002.1–08.06–07–089

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНАТОМО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гуч А.А., Чернуха Л.М., Смержевский В.И., Боброва А.О.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова

Одной из наиболее важных причин неудовлетворительных результатов лечения больных с варикозной болезнью является недостаток знаний в области анатомии и физиологии венозной системы и, как следствие, – допущение тактических и технических ошибок при первичном хирургическом вмешательстве. Отличительной особенностью подкожной венозной системы является ее вариабельность, что оказывает влияние на объективность диагностики и результаты хирургического лечения. Определение анатомо-гемодинамических типов варикозной болезни нижних конечностей является основой для обоснования путей распространения патологического венозного рефлюкса, улучшения результатов первичного лечения больных, профилактики и выяснения причин развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬЮ исследования было определение путей распространения патологического венозного рефлюкса, выделение анатомо-гемодинамического типа заболевания, прогнозирование и предотвращение возможных тактических и технических ошибок хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В проведенном исследовании были проанализированы результаты ультразвуковой диагностики, выполненной у 100 больных с первичной варикозной болезнью. Средний возраст пациентов составил $(38,7 \pm 13,6)$ года (от 18 до 58 лет), мужчин было 29 (29,0 %), женщин – 71 (71,0 %). В Исследование были включены больные, принадлежащие к II – IV клиническим классам по CEAP. Критерием исключения являлся перенесенный тромбоз глубоких вен.

Комплексное обследование включало тщательно собранный анамнез, клинический осмотр, инструментальные исследования. Основным методом инструментальной диагностики считали цветное дуплексное сканирование (ЦДС). Использовали аппарат EnVisor фирмы Philips (Голландия) с мультислотным линейным датчиком 12–5 МГц. Поскольку клинические проявления варикозной болезни не всегда были обусловлены недостаточностью клапанов большой подкожной вены, а рефлюкс крови распростра-

нявся не тільки по стволу БПВ, для правильної постановки діагноза считали необхідним посегментне дослідження БПВ на всем протяженні.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБСУЖДЕННЯ.

Анатомічне строєння бедренної частини БПВ з впадаючими притоками було найбільш варіабельним, що визначало різноманітність шляхів поширення патологічного венозного рефлюкса.

А. Один ствол БПВ, крупних притоків немає – 19 (24,05 %) пацієнтів

Б. В сафеновому просторі візуалізували один ствол БПВ, один або декілька крупних притоків впадали в БПВ на рівні СФС або мали власне соєдєє з загальною бедренною веною – 27 (34,18 %) пацієнтів.

В. Сегментарна гіпо/аплазія БПВ в середній і/або нижній третині бедра, при цьому сам ствол зберігався на рівні верхньої третини бедра і на голени. По крупному, надфасціальному розположенному притоку, зєдєднюєму фрагменти БПВ, відбувало фізіологічне шунтування крові в обхід гіпо/аплазованого сегмента – 30 (37,97 %) обслідованих.

Г. У 3 (3,8 %) пацієнтів БПВ була представлена двома паралельними стволами, лежачими в єдиному сафеновому просторі.

Дослідження шляхів поширення рефлюкса по великій підкожній вени дозволило виділити наступні анатомо-гемодинамічні типи ВБ:

1. Нисходящий тип – несостоятельность остиального клапана, рефлюкс крови по основному стволу БПВ от устья – 50 больных (63,29 %). В рамках указанного типа ВБ параллельный рефлюкс крови по «шунтирующему» притоку в зоне сегментарной гипоплазии БПВ был выявлен у 6 (12,0 %) больных.

2. Восходящий тип – остиальный, терминальный и претерминальный клапаны БПВ состоятельны, рефлюкс крови формировался от уровня средней или нижней трети бедра и в последствии приводил к расширению и несостоятельности клапанов сафены проксимальнее и дистальнее варикозно измененного сегмента – у 12 (15,19 %) больных вследствие:

а) стволочной несостоятельности клапанов БПВ в средней/нижней трети бедра у 5 (41,67 %) больных;

б) гемодинамической перегрузки внефасциально расположенного «шунтирующего» притока БПВ в средней/нижней трети бедра при сегментарной гипоплазии ствола сафены у 7 (58,33 %) пациентов.

3. Варикозное расширение притоків БПВ при состоятельности ее стволочных клапанов – у 11 (13,92 %) больных, из них:

а) рефлюкс крови по передней добавочной сафеновой вене (ПДСВ) – 9 (81,82 %) пациентов;

б) рефлюкс крові по задній добавочній сафеновій вені (ЗДСВ) – 1 (9,09 %) пацієнтів;

в) варикозне розширення латеральної венозної системи (передньої і задньої вен, огибаючих бедро) – 1 (9,09 %) больної.

4. Притоковий тип – остиальний клапан БПВ достоян, рефлюкс крові розпространився на ствол сафени з її варикозно змінених притоків – у 4 больних (5,06 %):

а) розпространення рефлюкса з варикозно зміненої малої підкожної вени посередством комунікантних вен на голени – 3 (75,0 %) больних;

б) з вени Giacomini і її розширених притоків на бедрі при недостаточності сафеноплітеального соустья і антигравітаційним рефлюксом крові – 1 (25,0 %) больної.

5. Перфорантний тип (ектазія, несостоятельність клапанного апарату перфорантних вен як можлива первопричина ВБ – у 2 (2,54 %) больних:

а) остиальний клапан і клапани проксимального сегмента БПВ достоян. Рефлюкс крові по БПВ от уровня перфорантної вени Dodd, Hunter – 1 (50,0 %) больного;

б) остиальний клапан і клапани БПВ на бедрі достоян. Рефлюкс крові по БПВ от уровня перфорантної вени Boyd – 1 (50,0 %) пацієнт;

Детальне вивчення анатомо-гемодинамічних типів первинної варикозної хвороби дозволило зробити висновок про те, що будь-яке відхилення від «класического варіанта» таїт в собі небезпечність допущення тактических помилок при хірургіческій ліквідації патологіческого венозного рефлюкса. Обравшись к виділенним типам в басейні великої підкожної вени, слідует отметить следующие ситуації.

У больних з першим анатомо-гемодинаміческим типом ВБ, при наявності рефлюкса крові по гіпоплазірованому стволу БПВ і „шунтуючому” притоку, удалення тільки одного з цих сегментів могло бы привести к сохранению патологіческого венозного рефлюкса з послідуючим розвитком рецидива захворювання. Подібна ситуація могла сложиться і при удвоєнні стволу БПВ.

Отсутствие предварительного ультразвукового исследования, а также недооценка возможности формирования рефлюкса крові на участку стволу БПВ или „шунтуючого” притока при достоянності остиального клапана у пацієнтів з вторим типом ВБ могли стать причиной отказа от выполнения хірургіческого втручання в полном объеме с ограниченной обработкой только расширенных притоків.

У больних з третім типом ВБ даже после тщательной хірургіческой обработки области сафенофemorального соустья существовала опасность сохранения рефлюкса крові по ПДСВ или ЗДСВ при их изолированном впадении в общую бедренную вену.

Неразобнение межсафеновых связей во время удалення стволу МПВ равно как и незнание или недооценка возможности существования антигравітаційного рефлюк-

са крови по вене Giacomini (четвертый анатомо-гемодинамический тип) могли обусловить опасность развития варикозной болезни в бассейне большой подкожной вены.

Подобные условия распространения патологического венозного рефлюкса из одного подкожного бассейна в другой с высокой вероятностью могли способствовать прогрессированию заболевания при неустраненном внесистемном варикозе, обусловленном тазовой гипертензией или расширением латеральной группы перфорантных вен бедра.

Пятый, перфорантный тип ВВ, предполагал возможность развития РВВ в результате неустраненного рефлюкса крови из глубокой системы.

ВЫВОДЫ

1) При определении тактики хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей обязательным этапом диагностики должно быть выполнение ультразвукового дуплексного сканирования с детальным выявлением источников и путей распространения патологического венозного рефлюкса;

2) Использование в клинической практике разработанных анатомо-гемодинамических типов варикозной болезни позволяет не только оптимизировать объем хирургического вмешательства, но и проанализировать и устранить во время операции потенциальные источники рецидива заболевания.

УДК 616.37-002-056.24-06-071

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ МІСЦЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

В.І. Десятерик, М.С. Крикун*Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Кривий Ріг*

МЕТА РОБОТИ. Вивчити діагностичну цінність окремих клініко-лабораторних проявів, пов'язаних з розвитком інтра- та перипанкреатичних скупчень згідно Перегляду класифікації Атланта 2012 для своєчасного доповнення чи зміни лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Були обстежені 72 пацієнта. У відповідності до поставлених задач, пацієнти були розподілені на 3 групи. Першу (основну) групу дослідження склали 30 (41,67 %) пацієнтів, яким за показаннями використовували КТ та була використана класифікація гострого панкреатиту у відповідності з Переглядом. Групу порівняння склали 32 пацієнта (44,44 %), що були проліковані у 2011 та 2013 році, у них була використана класифікація Атланта 1992 р. Контрольну групу склали 10 пацієнтів (13,89 %), що були госпіталізовані для проведення планового оперативного втручання в задовільному стані. Обстеження проводили тричі: при госпіталізації (перше дослідження), через 1 тиждень (друге дослідження) та через 2 тижні після госпіталізації або при виписці (третє дослідження).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Найхарактернішим клінічним симптомом є абдомінальний біль, що у 100% випадків супроводжує некротичний панкреатит, та в 70% - набряковий. Головним лабораторним симптомом була лімфопенія, яка зустрічалась в 70% випадків (78,95% та 54,55% при некротичному та набряковому панкреатиті відповідно). З частотою у 70,0% спостерігалася нудота, при цьому достовірно частіше ($p=0,042$) визначалась у хворих на некротичний панкреатит (84,21%), ніж в підгрупі з набряковою формою захворювання (45,45%). Серед місцевих ускладнень переважають інкапсульовані форми. Був визначений рівень лімфоцитів, який допомагає прогнозувати розвиток місцевих ускладнень, їх інфікування та необхідність оперативного втручання.

ВИСНОВКИ. Найпоширенішою та найдостовірнішою клінічною характеристикою ГП є характерний абдомінальний біль, що є також першим діагностичним критерієм ГП згідно Перегляду 2012. Хоч амілаза крові на сьогодні не є діагностичним критерієм гострого панкреатиту, даний аналіз дозволяє в динаміці оцінити ефективність лікувальної тактики. Серед багатьох лабораторних показників найбільш інформативним виявився рівень лімфоцитів, за допомогою якого можна прогнозувати розвиток скупчень при некротичному панкреатиті, їх інфікування та необхідність оперативного втручання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий панкреатит, місцеві ускладнення.

Не викликає сумнівів, що гострий панкреатит на сьогодні є актуальною та складною проблемою абдомінальної хірургії. Так, пильна увага та поглиблення знань хірургів, терапевтів, радіологів, ендокринологів та лікарів інших спеціальностей в 2012 році стали результатом перегляду Атлантської класифікації 1992 року [4]. Згідно нової класифікації, в залежності від строків появи та форми гострого панкреатиту, були виділені наступні місцеві ускладнення: при набряковій формі – гостре перипанкреатичне рідинне скупчення (APFC) та панкреатична псевдокіста (PP) – відповідно до 4 та після 4 тижня від початку захворювання; при некротичній формі – гостре некротичне скупчення (ANC) та відмежований некроз (WON), також відповідно до 4 та після 4 тижнів захворювання. Всі форми можуть бути асептичними та інфікованими. В літературі описана актуаль-

ність хірургічної тактики, підтверджується ефективність та необхідність використання мініінвазивних втручань, ефективність використання УЗД та КТ для контрольованого дренивання вогнищ [2, 1, 3]. З іншого боку, для того, щоб перейти до вибору хірургічної тактики, потрібно вчасно та ефективно оцінити фізикальні та лабораторні дані, що були отримані при клінічному обстеженні пацієнта. Також, в літературі зустрічається інформація про збільшення кількості хворих з інфікованими формами некротичного панкреатиту, отже, вчасно діагностувати чи спрогнозувати септичні ускладнення на сьогодні є дуже актуальним завданням. [3, 5]

МЕТА РОБОТИ. Вивчити діагностичну цінність окремих клініко- лабораторних проявів, пов'язаних з розвитком інтра- та перипанкреатичних скупчень згідно Перегляду класифікації Атланта 2012 для своєчасного доповнення чи зміни лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В умовах міського спеціалізованого відділення по лікуванню гострого панкреатиту КЗ " Миська клінічна лікарня №8 " та КЗ " Миська клінічна лікарня №2", які є клінічними базами кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО ДЗ " Дніпропетровська медична академія" було обстежено 72 пацієнта. У відповідності до поставлених задач, пацієнти були розподілені на 3 групи. Першу (основну) групу дослідження склали 30 (41,67 %) пацієнтів, які були обстежені та проліковані з 2014 по 2016 роки, яким за показаннями використовували КТ та була використана класифікація гострого панкреатиту у відповідності з Переглядом.

Групу порівняння склали 32 пацієнта (44,44 %), що були проліковані у 2011 та 2013 році, у них була використана класифікація Атланта 1992 р.

Контрольну групу склали 10 пацієнтів (13,89 %), що були госпіталізовані для проведення планового оперативного втручання в задовільному стані.

Аналіз розподілу пацієнтів у групі дослідження за віко-статевими характеристиками показав, що в обох групах переважають чоловіки: 63,33 % та 75% відповідно у основній групі та у групі порівняння ($p=0,608$).

Середній вік у основній групі склав $46,13 \pm 2,17$ (M \pm m) років, у групі порівняння – $45,47 \pm 2,92$ років, у контрольній групі – $43,9 \pm 4,24$ років ($p > 0,05$ при усіх співставленнях). Вікова структура в досліджуваних групах була подібна, переважали вікові групи до 60 років ($p=0,226$).

Аналіз на однорідність основної групи, групи порівняння та контрольної групи показав, що при розподілі хворих по групах залежно від віку та статі істотних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$), що вказує на їх коректу співставність та можливість порівняння для виявлення розбіжностей за іншими параметрами.

В залежності від типу перебігу захворювання розподіл хворих на ГП був наступним: в основній групі більшу частку склали хворі з некротичним панкреатитом (19 пацієнтів – 63,33 %), решту з набряковим (13 пацієнтів – 40,63 %); у групі порівняння більшість склали хворі з набряковим панкреатитом (19 пацієнтів – 59,37 %), меншу частку

з набряковим (11 пацієнтів – 36,67 %). Однак статистично значимих розбіжностей між групами за типом перебігу захворювання не виявлено ($p=0,074$), що підтверджує можливість коректного порівняння груп.

Основна група і група порівняння суттєво не відрізнялися ($p=0,845$) за строками госпіталізації хворих від початку захворювання. Переважаюча більшість в обох групах представлена часткою пацієнтів, які потрапили до стаціонару пізніше 24 години від початку захворювання – 83,33 % в основній групі та 78,13 % у групі порівняння.

Переважає більшість пацієнтів (83,33 % в основній групі та 78,13 % у групі порівняння) поступають до стаціонару з тривалістю захворювання більше доби, одиниці – перші 8 годин, від початку захворювання, і менше чверті - в межах часу від 8 до 24 годин.

Співвідношення пацієнтів, яким було проведено консервативне та оперативне лікування зміщено у бік наданням хірургічної оперативної допомоги в обох групах ($p=0,631$): 53,33 % пацієнтів з основної групи та 59,38 % з контрольної були прооперовані.

Характер оперативних втручань, що були проведені пацієнтам обох груп, не має статистично значущих розбіжностей ($p>0,05$), оскільки найчастіше в обох групах (16,67 % в основній та 37,5 % в порівняння) проводився лапароцентез (ЛЦ) з дрениванням черевної порожнини. Загалом частота оперативних втручань в основній групі дослідження склала 70,0 %, в групі порівняння – 84,38 %.

Обстеження проводили тричі: при госпіталізації (перше дослідження), через 1 тиждень (друге дослідження) та через 2 тижні після госпіталізації або при виписці (третє дослідження).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Найчастіше у обстежених хворих відзначався такий клінічний симптом як біль з частотою 93,33 % (95 % ДІ 78,68 - 98,15) серед усіх обстежених, частіше (без достовірних розбіжностей $p>0,05$) у хворих на некротичний ГП – 100,0 % (95 % ДІ 83,18 – 100,0) ніж у пацієнтів з набряковою формою – 81,82 % (95 % 52,3 - 94,86).

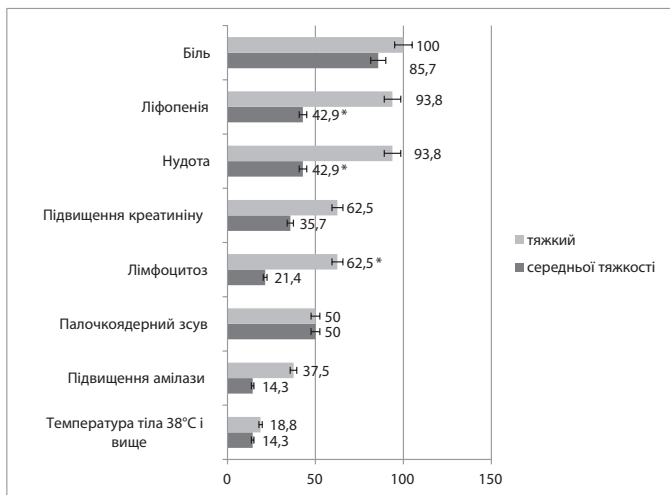
З частотою у 70,0 % (95 % ДІ 52,12 - 83,34) спостерігалася нудота, при цьому достовірно частіше ($p=0,042$) визначалась у хворих на деструктивний панкреатит (84,21 % (95 % ДІ 62,43 - 94,48)), ніж в підгрупі з набряковою формою захворювання (45,45 % (95 % ДІ 21,27 - 71,99)). З такою ж частотою серед загальної кількості обстежених зустрічалася ліфопенія – у 70,0 % (95 % ДІ 52,12 - 83,34) випадків, і теж переважно у підгрупі з деструктивною формою захворювання (78,95 % (95 % ДІ 56,67 - 91,49) проти 54,55 % (95 % ДІ 28,01 - 78,73) у підгрупі порівняння), однак без достовірних розбіжностей ($p>0,05$). У половині випадків, без суттєвих розбіжностей між підгрупами ($p>0,05$), при захворюванні на гострий панкреатит спостерігалася підвищення креатиніну 50,0 % (95 % ДІ 33,15 - 66,85) та палочкоядерний зсув 50,0 % (95 % ДІ 33,15 - 66,85).

У майже половини обстежених (43,33 % (95 % ДІ 27,38 - 60,8)) виявлено лімфоцитоз переважно при деструктивному ГП – 57,89 % (95 % ДІ 36,28 - 76,86), тоді як при набря-

ковій формі захворювання цей симптом зустрічається рідше ($p > 0,05$) – у 18,18 % (95 % ДІ 5,14 - 47,7) випадків. Підвищення амілази супроводжувало захворювання у 26,67 % (95 % ДІ 14,18 - 44,45) випадків, частіше ($p > 0,05$), однак статистично несуттєво, спостерігалось у підгрупі деструктивного ГП (31,58 % (95 % ДІ 15,36 - 53,99)), порівняно з набряковим (18,18 % (95 % ДІ 5,14 - 47,7)). Температура тіла 38°C і вище спостерігалась нечасто, загалом – у 16,67 % (95 % ДІ 7,34 - 33,56) випадків, при цьому більш часто (статистично незначиме $p > 0,05$) визначалась у хворих деструктивною формою захворювання (21,05 % (95 % ДІ 8,51 - 43,33)), ніж з набряковою (9,09 % (95 % ДІ 1,62 - 37,74)). Отже частота як клінічних, так і лабораторних симптомів при деструктивному ГП, більша порівняно з набряковою формою захворювання, однак статистично достовірні розбіжності виявлено лише за симптомом нудоти.

В залежності від ступеня тяжкості захворювання за клінічними ознаками та лабораторними показниками (рис. 1) спостерігалось достовірне збільшення ($p < 0,05$) у хворих з тяжким ступенем перебігу захворювання таких симптомів як нудота, лімфопенія (для обох симптомів 93,75 % (95 % ДІ 71,67 - 98,89) проти 42,86 % (95 % ДІ 21,38 - 67,41)) та лімфоцитозу (відповідно 62,5 % (95 % ДІ 38,64 - 81,52) та 21,43 % (95 % ДІ 7,57 - 47,59)).

Рис. 1. ЧАСТОТА КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ СИМПТОМІВ У ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ, (P \pm M, %)



Примітка. * – $p < 0,05$ між групами за точним критерієм Фішера

Серед форм місцевих рідинних ускладнень ГП найбільша частка припадає на WON (38,89 %), більше чверті відсотків (по 27,78 %) займають ANC та інфікований WON. Отже переважають інкапсульовані форми, що виникають пізніше 4-х тижнів захворювання.

Також у половині випадків тяжкого перебігу захворювання зустрічається інфіку-

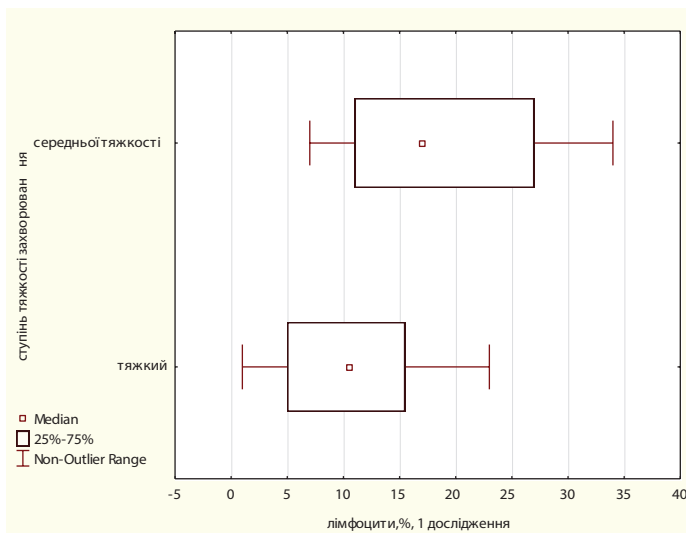
вання інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини, тоді як при середньому ступені тяжкості – лише у 1 (7,14 %) хворого ($p=0,017$).

Достовірно відрізняється ($p<0,05$) у підгрупах спостереження показник інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини, оскільки при набряковій формі воно відсутнє не відміну від деструктивної при якій спостерігається у половині випадків.

При надходженні у стаціонар у хворих на ГП не спостерігалось розбіжностей між основною групою та групою порівняння за переважною більшістю показників, окрім рівня сегментоядерних нейтрофілів, ЛПІ (менше в основній групі, порівняно з групою порівняння); лімфоцитів, моноцитів, АлТ та АсТ (більше в основній групі, порівняно з групою порівняння).

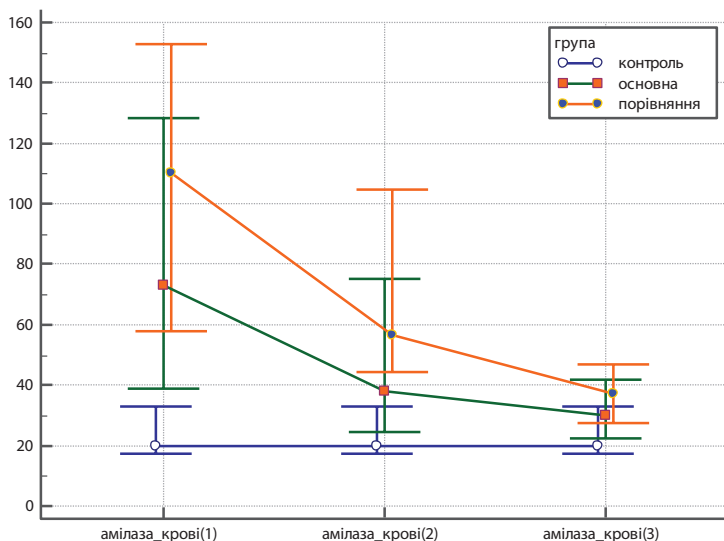
При надходженні в основній групі дослідження статистично значимо відрізнялись від контролю ($p<0,05$) рівень лейкоцитів, паличкоядерних нейтрофілів, лімфоцитів (рис 2.), ШОЕ, ЛПІ, амілаза крові; в групі порівняння – рівень лейкоцитів, паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофілів, еозинофілів, лімфоцитів, ЛПІ, загального, прямого і непрямого білірубину, амілаза крові та протромбінового індексу.

Рис. 2. РІВЕНЬ ЛІМФОЦИТІВ, % (МЕДІАНА ТА ІНТЕКВАРТІЛЬНИЙ РОЗМАХ 25%-75 %) В ОСНОВНІЙ ГРУПІ ПРИ НАДХОДЖЕННІ У СТАЦІОНАР ВІДНОСНО СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ.



Рівень амілази крові (рис 3) демонструє динаміку цього показника в трьох групах при кожному з трьох досліджень.

Рис. 3. РІВЕНЬ АМІЛАЗИ КРОВІ (ОД/Л – МЕДІАНА ТА ІНТЕКВАРТИЛЬНИЙ РОЗМАХ 25 %-75 %) В ОСНОВНІЙ ГРУПІ ТА ГРУПІ ПОРІВНЯННЯ У ДИНАМІЦІ (1 - ПРИ 1 ДОСЛІДЖЕННІ; 2 – ПРИ 2 ДОСЛІДЖЕННІ; 3 – ПРИ 3 ДОСЛІДЖЕННІ)

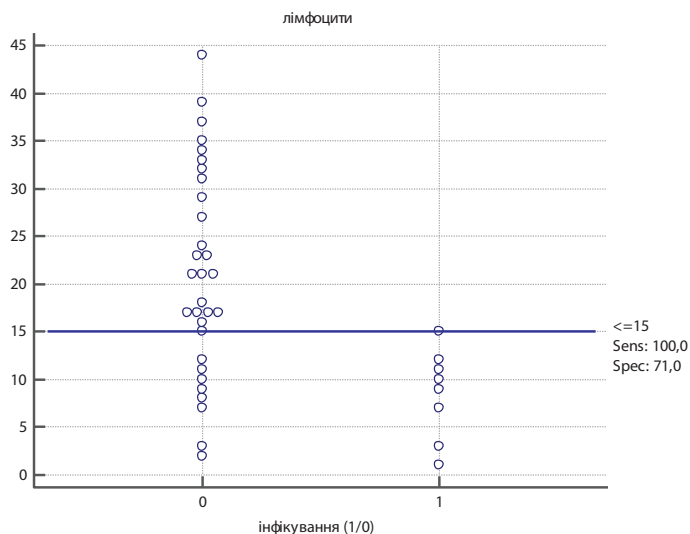


Після лікування перед випискою розбіжності між основною групою та групою порівняння, а також їх відмінності від контролю зменшуються. Між групами спостереження спостерігаються розбіжності лише за ШОЕ, еозинофілами, ЛПІ та АлТ. Лейкоцитарний індекс інтоксикації який суттєво менший ($p=0,017$) в основній групі (Ме (25 %;75 %) – 1,37 (0,64; 2,58)) порівняно з групою порівняння – 2,64 (1,59; 74,5).

Порогове прогностичне значення лімфоцитів для прогнозування визначалися за оптимальною точкою відсікання (optimal cut-off point) ROC-кривої. Оптимальну точку відсікання можна використовувати у якості критичного рівня для прийняття клінічного рішення.

Щодо прогнозу інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на ГП критичним значення рівня лімфоцитів за оптимальною точкою відсікання є ≤ 16 %, для інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини – ≤ 15 % (рис. 4), для необхідності оперативних втручань – ≤ 15 %.

Рис. 4. ОПТИМАЛЬНА ТОЧКА ВІДСІКАННЯ ЛІМФОЦИТІВ (%) ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ІНФІКУВАННЯ ІНТРА- ТА ПЕРИПАНКРЕАТИЧНИХ СКУПЧЕНЬ РІДИНИ (0 – БЕЗ ІНФІКУВАННЯ, 1 – ІНФІКУВАННЯМ)



У подальшому розраховували відношення шансів (ВШ) із 95% довірчим інтервалом (95% ДІ) у якості оцінки ймовірності настання досліджуваної події. ВШ більше 1 вказує на підвищений ризик. Чим більше відношення шансів, тим сильніше вплив показника на розвиток порушення.

При рівні лімфоцитів ≤ 15 % відношення шансів розвитку інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на ГП складає ВШ=9,6 (95 % ДІ 1,77 - 52,17; $p=0,009$); інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини – ВШ=45,0 (95 % ДІ 2,37 - 853,98; $p=0,011$); необхідності оперативних втручань – ВШ=16,47 (95 % ДІ 3,34 - 81,22; $p=0,001$).

ВИСНОВКИ:

1. Найпоширенішою та найдостовірнішою клінічною характеристикою ГП є характерний абдомінальний біль, що є також першим діагностичним критерієм ГП згідно Перегляду 2012.

2. Хоч амілаза крові на сьогодні не є діагностичним критерієм гострого панкреатиту, даний аналіз дозволяє в динаміці оцінити ефективність лікувальної тактики.

3. Серед багатьох лабораторних показників найбільш інформативним виявився рівень лімфоцитів, за допомогою якого можна прогнозувати розвиток скупчень при некротичному панкреатиті, їх інфікування та необхідність оперативного втручання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Бондаренко О.М. Обґрунтування диференційованого підходу до мініінвазивних та відкритих хірургічних втручань з приводу ускладнень гострого панкреатиту. // Клінічна хірургія.-2017.-№5 – С.13-16
2. - Хомяк І.В., Костилен М.В., Ротар О.В., Ротар В.І. Тактика хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту з використанням мініінвазивних діапевтичних втручань. //Клінічна хірургія.-2017.-№5 – С.5-8
3. Хомяк І.В., Ротар О.В., Терешкевич І.С., Ротар В.І. Етапні малоінвазивні втручання та відкрита панкреатонекрэктомія в хірургічному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит. //Хірургія України.-2017.-№2.-С.25-29
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013 Jan;62(1):102-11. 2012 Oct 25
5. McNabb-Baltar J., Ravi P, Isabwe G.A., et al. A population-based assessment of the burden of acute pancreatitis in the United States // Pancreas.-2014.-Vol.46.-P.1-3

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.****Десятерик В.И., Крикун М.С.***Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Кривой Рог*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить диагностическую ценность отдельных клинико лабораторных проявлений, связанных с развитием интра- и перипанкреатических скоплений согласно Просмотра классификации Атланта 2012 для своевременного дополнения или изменения лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были обследованы 72 пациента. В соответствии с поставленными задачами, пациенты были распределены на 3 группы. Первую (основную) группу исследования составили 30 (41,67%) пациентов, которым по показаниям использовали КТ и была использована классификация острого панкреатита в соответствии с Пересмотром. Группу сравнения составили 32 пациента (44,44%), которые были пролечены в 2011 и 2013 году, у них была использована классификация Атланта 1992. Контрольную группу составили 10 пациентов (13,89%), которые были госпитализированы для проведения планового оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Обследование проводили трижды: при поступлении (первое исследование), через 1 неделю (второе исследование) и через 2 недели после госпитализации или при выписке (третье исследование).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Характерным клиническим симптомом является боль в животе, что в 100% случаев сопровождается некротический панкреатит, и в 70% - отечный. Главным лабораторным симптомом была лимфопения, которая встречалась в 70% случаев (78,95% и 54,55% при некротическом и отечном панкреатите соответственно). С частотой в 70,0% наблюдалась тошнота, при этом достоверно чаще ($p = 0,042$) определялась у больных некротическим панкреатитом (84,21%), чем в подгруппе с отечной формой заболевания (45,45%). Среди местных осложнений преобладают инкапсулированные формы. Был определен уровень лимфоцитов, который помогает прогнозировать развитие местных осложнений, их инфицирования и необходимости оперативного вмешательства.

ВЫВОДЫ. Самой распространенной и самой достоверной клинической характеристикой ГП является характерный боль в животе, что также является первым диагностическим критерием ГП согласно Просмотра 2012. Хотя амилаза крови сегодня не является диагностическим критерием острого панкреатита, данный анализ позволяет в динамике оценить эффективность лечебной тактики. Среди многих лабораторных показателей наиболее информативным оказался уровень лимфоцитов, с помощью которого можно прогнозировать развитие скоплений при некротическом панкреатите, их инфицирования и необходимости оперативного вмешательства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый панкреатит, местные осложнения.

CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF LOCAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS.

Desyaternyk V.I., Krykun M.S.

Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Kryvyi Rig

THE AIM. To study the diagnostic value of individual clinical and laboratory manifestations associated with the development of intra- and peripancreatic collections according to the Atlanta 2012 Classification Review for the timely addition or modification of the tactics.

MATERIALS AND METHODS. 72 patients were examined. In accordance with the tasks, the patients were divided into 3 groups. The first (main) group of the study consisted of 30 (41.67%) patients who used CT for indications and the classification of acute pancreatitis was used according to the View. The comparison group consisted of 32 patients (44.44%) who were treated in 2011 and 2013, they used the Atlanta 1992 Classification. The control group consisted of 10 patients (13.89%) who were hospitalized for scheduled surgical intervention in a satisfactory condition. The examination was performed three times: during hospitalization (first study), 1 week (second study) and 2 weeks after hospitalization or discharge (third study).

RESULTS AND DISCUSSION. The most characteristic clinical symptom is abdominal pain, which in 100% of cases is accompanied by necrotic pancreatitis, and 70% - oedematosis. The main laboratory symptom was lymphopenia, which occurred in 70% of cases (78.95% and 54.55% for necrotic and oedematosis pancreatitis, respectively). Nausea was observed at a frequency of 70.0%, with a significantly higher incidence ($p = 0.042$) in patients with necrotic pancreatitis (84.21%) than in the subgroup with oedematosis form disease (45.45%). Among the local complications are dominated by encapsulated forms. Lymphocyte level was determined, which helps to predict the development of local complications, their infection and the need for surgical intervention.

CONCLUSION. The most characteristic clinical symptom is abdominal pain, which in 100% of cases is accompanied by necrotic pancreatitis, and 70% - oedematosis. The main laboratory symptom was lymphopenia, which occurred in 70% of cases (78.95% and 54.55% for necrotic and oedematosis pancreatitis, respectively). Among the local complications are dominated by encapsulated forms. Lymphocyte level was determined, which helps to predict the development of local complications, their infection and the need for surgical intervention.

KEY WORDS: acute pancreatitis, local complications.

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОМАСТІЇ

Десятерик В.І., Шаповалюк В.В., Крикун М.С.

Дніпропетровська медична академія, м. Кривий Ріг

Проаналізовано досвід хірургічного лікування 15 пацієнтів з гінекомастією та обґрунтований комплексний підхід до вибору хірургічного втручання в кожному окремому випадку. Використання комплексного індивідуального підходу приводить до ефективного хірургічного лікування та доброго естетичного результату;

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гінекомастія, комплексний підхід.

За даними [1] на гінекомастію страждає близько 20 % чоловіків. В США реєструється від 200 000 до 3 млн випадків гінекомастії на рік. У 36% молодих чоловіків та у 57% чоловіків старшого віку виявляється гінекомастія різного ступеня. Окрім медичних проблем, гінекомастія впливає на психоемоційний стан чоловіків та їх соціальне життя. Основними на сьогодні є два напрямки лікування гінекомастії [2] : ліпосакція та підшкірна мастектомія.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Розробити та обґрунтувати оптимальну хірургічну тактику в лікуванні гінекомастії шляхом аналізу проведених операцій або їх комбінації, покращити результати хірургічного лікування хворих на гінекомастію.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Був проведений ретроспективний аналіз клініко-лабораторних даних та історій хвороб пацієнтів, які лікувались в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні №8 м.Кривий Ріг, яка є клінічною базою кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО, з приводу гінекомастії в період з 2012 по 2016 роки.

Після аналізу історій хвороб 15 пацієнтів віком від 19 до 65 років, які були проліковані з приводу гінекомастії, були отримані наступні дані: 20% (n=3) пацієнтів проліковані з приводу одnobічної гінекомастії, 80% пацієнтів (n=12) – мали двобічну гінекомастію.

За класифікацією ASPS (2002 р) : 1 пацієнт був з 1 ступенем, 10 пацієнтів з 2 ступенем, 3 пацієнта з 3 ступенем та 1 - з 4 ступенем прояву гінекомастії [3].

Один пацієнт з приводу одnobічної гінекомастії прооперований під місцевою анестезією через протипоказання до загального знеболювання з боку серцево-судинної системи, іншим 14 - операція проведена під загальним знеболюванням.

У 12 пацієнтів (80%) проведено комбіноване лікування – видалення грудної залози

та ліпосакція одночасно, трьом пацієнтам проведено тільки видалення грудних залоз. У 2 пацієнтів (13,3%) первинно проведена ліпосакція без видалення залоз, яке було виконано через 3 місяці через незадовільний результат операції. У одного пацієнта проведено тільки видалення залоз. Спроба провести ліпосакцію цьому пацієнту виявила її неможливість та недоцільність через відсутність достатнього об'єму підшкірної клітковини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Визначальним чинником нашої тактики була тканинна структура грудної залози (переважно жировий (86,6% пацієнтів) чи переважно залозистий (13,3% пацієнтів) компонент), що визначається клінічно та за допомогою передопераційного УЗД, наявність чи відсутність надлишку шкіри. Перед операцією обов'язково проводилася розмітка, що дозволяла орієнтуватися в розмірах залози та жирової клітковини на етапі, коли пацієнт знаходиться в горизонтальному положенні.

Інтраопераційно: на 1 етапі проводили ліпосакцію, в об'ємі від 100 до 300 мл в середньому. Визначення об'єму проводиться в залежності від товщини підшкірної клітковини та крововтрати під час ліпосакції. Кюретка для ліпосакції вводиться через контрапертуру на передній пахвовій лінії, яка після операції використовувалася для вакуумного дренивання раньової порожнини. На 2 етапі – через розріз по нижній напівокружності ареоли проводили розсічення тканин до залози, остання виділяла гострим шляхом з навколишніх тканин в повному об'ємі. Рану після дренивання закривали пошарово. Використовували полігліколеву кислоту 3/0 та полідіоксанон 3/0, тобто тільки матеріал, що розсмоктується. В операційній після закриття рани асептичною пов'язкою виконується вакуумне дренивання та компресія раньових порожнин. Компресію пацієнтам проводили 1,5 – 2 місяці.

У віддаленому періоді пацієнти були задоволені естетичним ефектом операції.

Ускладнення. Некрозів шкіри не спостерігали. У 1 (6,6 %) пацієнта була виявлена гематома в ранньому післяопераційному періоді, що потребувала консервативного підходу, динамічного нагляду та інфузійної терапії.

ВИСНОВОК.

Комплексний підхід до лікування гінекомастії дозволяє змінювати хірургічну тактику в залежності від отриманих результатів обстеження та використовувати необхідний в даному випадку набір хірургічних прийомів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. <https://westlakeplasticsurgery.com/austin-gynecomastia-center/>
2. Discussion: Surgical Management of Gynecomastia: Subcutaneous Mastectomy and Liposuction. Dae Hwa Kim, Il Hwan Byun, et al. Aesthetic Plastic Surgery 2016
3. American Society of Plastic Surgeons (2002) ASPS recommended insurance coverage criteria for third – party payers. <http://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/health-policy/insurance/Gynecomastia-Insurance-Coverage.pdf>

ПРОТИРІЧЧЯ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ЕКСТРАВАЗАЛЬНИХ СТЕНОЗІВ ПРОКСИМАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ СЕГМЕНТУ V1 ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ

Дибкалюк С.В.¹, Черняк В.А.², Зоргач В.Ю.¹, Бейчук Т.В.³, Топорівський Б.В.³, Музь М.І.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

³Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

Синдром компресії хребтової артерії (СКХА) в міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 знаходиться під кодом М-47.0 серед переліку захворювань опорно-рухового апарату. Але, в багатьох рубриках класифікації можна знайти окремі риси цього синдрому, наприклад: G46.2 «синдром задньої мозкової артерії»; G46.3 «синдром інсульту в стовбурі головного мозку»; G46.4 «синдром мозкового інсульту»; G46.5 «транзиторна глобальна амнезія» і т.і. В іноземній літературі, як правило, можна зустріти СКХА під назвою «bow Hunter's stroke» («інсульт лучника»). Інструментальна діагностика цього синдрому базується на проведенні селективної ангіографії з ротаційними пробами, критерієм визначеності служить феномен «стоп-контраст» у хребтовій артерії (ХА) після повороту голови. Літературні джерела не надають систематизованої інформації стосовно методичного підходу в діагностиці і лікуванні цієї патології. В рекомендаціях Європейської асоціації судинних хірургів зазначено, що використання інвазивних методів діагностики стенозів ХА виправдано при плануванні ендovasкулярних підходів у лікувальній тактиці.

Серед фахівців не має єдиної думки про «золотий стандарт» діагностики СКХА. Частина надає переваги ультразвуковій доплерографії з позиційними пробами (УЗДГ з ПП), інші вважають більш інформативними нейровізуалізуючі методи діагностики, такі як комп'ютерна ангіографія з ортопедичними пробами (КТАОП).

МЕТА РОБОТИ - порівняти чутливість двох методів інструментальної діагностики СКХА при стенозах проксимальних відділів сегменту V1 ХА – УЗДГ з ПП та КТАОП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Порівняльне обстеження проходили 128 хворих з вертебро-базиллярними порушеннями, серед них, 75 жінок віком $45 \pm 10,2$ роки ($p < 0,05$) та 53 чоловіка віком $42 \pm 7,3$ роки ($p < 0,05$). Стан хворих за оцінкою клінічної симптоматики по шкалі Hofenberth (1990) дорівнював $26 \pm 3,7$ бали ($p < 0,05$), причому згідно переліку симптомів, переважа-

ли порушення, які мали яскраві риси суб'єктивного характеру.

УЗДГ з ПП виконували на діагностичному комплексі ультразвуковий апарат ALOKA 5000 вихідною потужністю 10-200 мВт/см з можливістю триплексного картування за допомогою датчика 7,5-13 МГц. Спіральна комп'ютерна томографія з реконструкцією магістральних артерій та вен проводилась на апараті TOSHIBA AQUUSLSO №64 із розміткою зони сканування від дуги грудного відділу аорти до основи черепа, під час введення внутрішньовенне струминне водовмісної рентгеноконтрастної речовини Ультравіст-370, із розрахунку 2 мл/кг ваги пацієнта. Вимірювання числових значень проводилось при постпроцесінгової обробці результатів сканування на робочій станції комп'ютерного томографу Vitrea. Результати оцінювались в прямому положенні голови та після ротації на 90°. Чутливість обох методів діагностики, УЗДГ з ПП та КТАОП, вираховували за формулою:

$$\text{Чутливість} = \frac{a}{a+c},$$

де a – істинно позитивні результати дослідження; c – хибно-негативні результати дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При проведенні УЗДГ з ПП зміни об'ємного кровотоку в 2 та більше разів в обох ХА в певних клінічно значимих ортопедичних положеннях було відзначено в 27 хворих, позиційне зменшення кровотоку в домінантній ХА в 3 та більше разів, відзначено в 31 хворого, ознаки компресії прямого положення – в 8 хворих, варіації ознак в комбінаціях компресійного впливу – в 35 хворих. Таким чином, в 101 хворого з клінічними проявами СКХА наявність клінічно значущої екстравазальної компресії була підтверджена при проведенні УЗДГ з ПП. В 27 хворих результати УЗДГ з ПП суттєво не відрізнялись від результатів обстеження пацієнтів, які не мали маніфестуючої клініки вертебро-базилярної недостатності.

При проведенні МСКТ в режимі ангіографії з ротаційними пробами, аналізуючи отримані дані за встановленими критеріями (зміна діаметра артерії, загострення кута патологічного перегину після ротаційної проби), діагноз СКХА був встановлений 82 пацієнтам. Після заключного перегляду результатів УЗДГ з ПП та КТАОП з'ясувалось, що 120 хворих отримали підтвердження наявності значущої екстравазальної компресії, в 82 випадках, за критеріями обох методів дослідження, та в 38 – одного з методів. Під час проведення хірургічного лікування наявність структурно-обумовленої компресії ХА була підтверджена в усіх 128 хворих.

Таким чином, чутливість УЗДГ при діагностиці позиційної екстравазальної компресії ХА склала 78,9%, а чутливість МСКТ-ангіографії – 64,1%. Серед 27 хворих з хибно-негативними результатами УЗДГ з ПП виявилось 19 хворих з істинно позитивними за результатами проведення КТАОП. В цих 19 хворих після ротаційної проби виникала деформація устя ХА, яка не розпізнавалась при проведенні УЗДГ. У 38 хворих з хибно-негативними результатами при проведенні КТАОП істинно позитивні результати були

отримані при використанні методу УЗДГ з ПП. Цей факт пояснювався більш широкими можливостями використання ортопедичних проб з відтворенням клінічної ситуації.

8 хворих мали хибно-негативні результати при використанні обох методів дослідження. Але, при повторних обстеженнях, під час загострення клінічного перебігу, за допомогою нових ортопедичних проб та при синхронному вимірюванні АТ і частоти серцевих скорочень, аналізі графічного зображення, а не тільки цифрових показників доплерографії, ці 8 пацієнтів отримали також підтвердження СКХА, що відповідало клінічному перебігу, сформованому в значній мірі за рахунок суб'єктивних симптомів.

ВИСНОВКИ.

Метод УЗДГ з ПП має більшу чутливість при діагностиці СКХА в порівнянні з КТА-ОП (78,9% проти 64,1%). В той же час, при наявності проксимальної позиційної компресії ХА в області її устя, метод комп'ютерної ангіографії виявляється більш чутливим в порівнянні з УЗДГ магістральних артерій шиї.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хребтова артерія, компресія, позиційні проби, чутливість, діагностика.

УДК 616.33-002.44-089

ОБГРУНТУВАННЯ ПІЛОРО - ТА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКА І ТИПУ

Діброва Ю.А.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

На основі результатів комплексного обстеження хворих на виразку шлунка І типу вивчено функціональний і морфологічний стан шлунка та суміжних органів та обгрунтовані покази до застосування пілоро- чи органозберігаючих оперативних втручань.

Операцією вибору при цій патології була пілорозберігаюча резекція шлунка, яка виконана 83 (44,4%) із 187 хворих на виразку шлунка І типу. СМРШ проведена 20 (10,7%) пацієнтам. 36 (19,3%) пацієнтам були виконані органозберігаючі оперативні втручання. Решті 48 пацієнтам були проведені класичні резекції шлунка: резекція за Більрот- I була виконана 37 (19,8%) хворим та ще 11 (5,9%) пацієнтам – резекція шлунка за Більрот- II.

Вивчення інтегральних показників якості життя пацієнтів показало, що найвищі значення цих показників визначалися після СМРШ, органозберігаючих втручань та після ПЗРШ. Після класичних резекцій шлунка за Більрот–I та Більрот–II показники якості життя були достовірно нижчими.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: виразка шлунку І типа, хірургічне лікування, пілоро-та органозберігаючі операції.

Широке застосування сучасних противиразкових препаратів не призвело до суттєвого зниження захворюваності виразковою хворобою взагалі та виразковою хворобою шлунка зокрема. Однак, за протязі останнього часу змінилася структура оперативних втручань у хворих на виразкову хворобу. На фоні зменшення загальної кількості операцій, зменшилося також і число планових втручань. При цьому майже вдвічі збільшилася питома вага невідкладних операцій з приводу таких ускладнень виразок як перфорація та кровотеча. Це призвело до зростанням відсотка післяопераційних ускладнень та летальності. [1, 2, 7, 8, 9, 14, 15, 16].

Окрім цього, нераціональне застосування противиразкових препаратів сприяло збільшенню частоти, так званих, великих і «гігантських» виразок шлунка, виразок шлунка не типової локалізації, які потребують проведення більш обширих та не стандартних резекцій, що також супроводжується збільшенням відсотка негативних наслідків. [3 - 6, 10, 11].

Одним із факторів, які сприяє покращенню результатів хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка є розширення показів до своєчасних планових оперативних втручань, які запобігають виникненню ризиків наслідків невідкладних втручань, а також обширих та атипичних резекцій шлунка. На даний час функціональні результати оперативних втручань та якість життя пацієнтів, прооперованих з приводу виразки

шлунка, можна поліпшити шляхом максимально повного збереження чи відновлення форми і функції шлунка та основних анатомо-фізіологічних співвідношень в травній системі, диференційовано впливаючи на патогенетичні чинники виразкоутворення [3, 9, 12, 13].

МЕТА РОБОТИ – обґрунтувати покази до застосування органо- та пілорозберігаючих оперативних втручань у хворих з виразками шлунка I типу з метою покращення найближчих та віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з даною патологією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Під нашим спостереженням знаходилося 187 хворих з виразками шлунка I типу. Чоловіків було 140 (74,8%), жінок - 47 (25,2%). 70,0 % хворих була в віці до 50 років. Тривалість виразкового анамнезу складала від 1 до 20 років (в середньому $4,7 \pm 0,6$ років).

До поступлення в клініку 11 (5,9%) в інших лікувальних закладах пацієнтам були проведені оперативні втручання з приводу ускладненої виразки шлунка. Зокрема, ушивання перфоративної виразки проведено 6 (3,2%) хворим, прошивання кровотокової виразки мало місце у 3 (1,6%) пацієнтів. Двом (1,1%) хворим за місцем проживання були виконані експлоративні втручання з приводу пенетруючої в суміжні органи виразки шлунка з масивним периульцерозним набряком.

Всім хворим проводилось комплексне обстеження, яке включало в себе ендоскопічне та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунку та кишечника, визначення показників шлункової кислотопродукції, вивчення морфологічних характеристик виразки та периульцерозної слизової оболонки шлунка, виявлення наявності гелікобактерного інфікування шлунка, дослідження стану моторної активності шлунка та показників шлункового кровотоку. Для підвищення діагностичної цінності гастробіопсії була застосована методика фотофлуоресценції після прийому гіперецинвісного фотосенсибілізатора „Гіперфлав” та з наступним опроміненням слизової оболонки шлунка лазером з відповідною довжиною хвилі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

За даними обстеження у 51 пацієнтів (27,3%) виразки локалізувались в верхній третині тіла шлунка, в середній третині - в 46 випадках (24,6%), в нижній третині та області кутової вирізки - у 90 хворих (48,1%). У пацієнтів, у яких виразки шлунка локалізувались у верхній третині його тіла у 63,0% випадків їх розміри становили понад 2 см. У хворих, у яких виразки шлунка локалізувались в середній та нижній його третинах і в області кутової вирізки у 65,4% випадків їх розміри були від 0,5 до 1,5 см.

Ознаки дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) були виявлені у 23 (12,3%) пацієнтів. Зокрема, тяжкий ступінь ДГР мав місце у 3 випадках (1,6%), середній ступінь ДГР спостерігався у 5 пацієнтів (2,7%) та легкий ступінь ДГР - у 15 спостереженнях (8,0%). Слід зазначити, що в усіх випадках наявності ДГР середнього та тяжкого ступеня виразки

шлунка мали розміри понад 2,0 см.

Для визначення показів до органо- чи то пілорозберігаючих оперативних втручань визначали стан пілоричного сфінктера. Ознаки пілороспазму були виявлені у 8 (4,3%) пацієнтів та ще у 5 (2,7%) хворих - ознаки гіпертрофічного стенозу воротаря (ахалазія пілоруса). Наявність таких порушень враховувалась в подальшому при визначенні хірургічної тактики.

У 6 (3,2%) із 187 пацієнтів були виявлені ендоскопічні ознаки малігнізації виразок. Проте, результати гістологічного дослідження біопсійного матеріалу у них ознак малігнізації не виявили. Однак, у 2 хворих, у яких за даними гастробіопсії не було виявлено ознак малігнізації, результати стаціонарного обстеження видаленого під час операції шлунка вказували на малігнізацію виразки.

Гелікобактерне інфікування шлунка було виявлене у 68,2% випадках. Середня і сильна ступінь інфікування мала місце у 37,1% пацієнтів, яким до операції проводилася ерадикаційна терапія згідно протоколу Маастріхського консенсусу.

Результати дослідження шлункової кислотопродукції показали, що показники базальної кислотопродукції (БКП) коливались в межах від 0,8 до 14,8 ммоль/год, (БКП=5,6+0,6 ммоль/год), а максимальної кислотопродукції (МКП) - від 2,2 до 34,6 ммоль/год, (МКП=14,4+1,1 ммоль/год). При цьому, абсолютна гіпоацидність була виявлена лише у 4,6% пацієнтів.

Аналіз результатів внутрішньо шлункової рН-метрії показав, що декомпенсований стан антральної слизової оболонки частіше за все спостерігався у хворих з тривалим виразковим анамнезом ($9,3 \pm 1,8$ роки), у яких хронізація захворювання супроводжувалася атрофічними змінами та виснаженням, в першу чергу, функціональної активності пілоричних залоз, які продукують лужний компонент шлункового соку. В той час як випадки компенсованого антруму, за звичай, мали місце у пацієнтів з нетривалим виразковим анамнезом ($4,0 \pm 1,2$ роки ($P < 0,05$)).

Позитивні результати тесту медикаментозної ваготомії також частіше за все спостерігалися у пацієнтів з нетривалим виразковим анамнезом ($3,2 \pm 1,1$) роки та переважно в віці до 40 років, в той час як негативні результати тесту, за звичай, мали місце у пацієнтів з більш тривалим терміном виразкового анамнезу ($8,6 \pm 2,1$) років в віці понад 45 років ($P < 0,05$). Це свідчить про доцільність виконання ваготомії саме у пацієнтів молодого віку, які мали нетривалий виразковий анамнез.

За результатами дослідження моторної активності шлунка було встановлено, що при великих та гігантських виразках спостерігалось зниження на 40–50% моторної активності дистальних, по відношенню до виразки, відділів шлунка в порівнянні з показниками моторної активності проксимальних відділів та у пацієнтів з виразками менших розмірів. Така ж закономірність простежувалася і при вивченні показників кровотоку шлунка. При виразках шлунка великих розмірів відмічалось зниження на 30% та більше показників шлункового кровотоку в порівнянні з показниками у пацієнтів, у яких

виразки шлунка були малого та середнього розміру.

Операцією вибору при виразках шлунка I типу була пілорозберігаюча резекція шлунка (ПЗРШ). Ця операція застосовувалася нами у хворих виключно з доброякісною виразкою, яка локалізувалася не ближче 4–6 см від пілоруса та при відсутності запального процесу і рубцево-виразкової деформації в області воротаря і його функціональної спроможності. Наявність супутнього хронічного панкреатиту з гіпертензивним синдромом, декомпенсованого дуоденостазу та парапапілярних дивертикулів з явищами дивертикуліту були протипоказами до проведення ПЗРШ. Окрім цього, виважено ставили покази на користь ПЗРШ у пацієнтів з гіперсекреторним станом шлунка (БКП > 10,0 ммоль/год, а МКП > 30,0 ммоль/год), а також при проксимальній локалізації виразки у зв'язку з можливим ризиком виникнення синдрому «малого шлуночка».

ПЗРШ була виконана 83 (44,4%) пацієнтам з виразками шлунка I типу, в тому числі і 18 (9,6%) пацієнтам з гігантськими виразками. У цих пацієнтів середня тривалість виразкового анамнезу складала $3,6 \pm 0,5$ років. Локалізація виразок у них була наступною. У верхній третині тіла шлунка виразки локалізувались у 18 (21,7%) хворих, в середній третині тіла – у 21 (25,3%) пацієнта та у 44 (53,0%) – в нижній третині тіла та області кутової вирізки. Рівень БКП був в межах від 1,5 до 9,8 ммоль/год (БКП = $5,4 \pm 0,7$ ммоль/год), а МКП – від 3,3 до 22,7 ммоль/год (МКП = $12,7 \pm 2,2$ ммоль/год). Загалом показники шлункової кислотопродукції у цих пацієнтів відповідали рівню шлункової нормацидності.

За даними результатів гастробіопсії морфологічні ознаки дизрегуляторних змін періульцерозної слизової оболонки мали місце у 19 (22,8%) пацієнтів. Ці зміни були обмежені лише ділянками слизової оболонки шлунка навколо виразки, яка повністю видалася разом з виразкою та частиною шлунка під час оперативного втручання.

При виконанні ПЗРШ принциповими є рівень дистального перетинання шлунка, який повинен бути в 2,5–3,0 см від краю пілорусу. Рівень проксимального пересічення визначався локалізацією виразки, її розмірами, характером ускладнення, показниками шлункової кислотопродукції, наявністю мета- чи диспластичних змін періульцерозної слизової оболонки. Зазвичай, межу проксимальної мобілізації та пересічення шлунка по малій кривизні визначали на рівні першої поперечної гілочки лівої шлункової артерії, а по великій кривизні – у точці, розташованій на 1–2 см вище місця впадіння в стінку шлунка останньої гілочки лівої шлунково-сальникової артерії. При локалізації виразки в проксимальній частині шлунка проводили його перетинання по малій кривизні над виразкою із, так званим, «низведенням» останньої та формуванням трубки з великої кривизни шлунка.

Однією з відносно мало вивчених методик хірургічного лікування виразок шлунка I типу є сегментарна медіогастральна резекція шлунка (СМРШ) зі збереженням іннервованого антрального відділу шлунка. Виконання даного втручання було можливим за умови медіогастральної локалізації виразки по малій кривизні, відсутності грубої деформації малого сальника, хронічної дуоденальної непрохідності в стадії декомпенсації, нормальної чи зниженої кислотопродукуючої функції шлунка, а також ана-

томо–функціональній спроможності пілороантрального відділу шлунка. Окрім цього, в слизовій оболонці тих частин шлунка, які лишаються, мали бути відсутності ознаки тяжких дизрегуляторних змін. Ця операція поєднує в собі позитивні сторони селективної проксимальної ваготомії (СПВ) та ПЗРШ. При цьому втручанні проводиться пристіночна мобілізація медіогастрального сегменту шлунка зі збереження цілісності нервів Латарже дистально до рівня антрального відділу шлунка, а проксимально – на 4-5 см вище виразки.

СМРШ виконана 20 (10,7%) пацієнтам. У 12 (60,0%) із них виразки локалізувались в нижній третині тіла шлунка, в середній третині тіла – у 7 (35,0%) хворих та ще у 1 (5,0%) пацієнта – в верхній третині тіла шлунка. Розміри виразок не перевищували 1,5см. Ознаки ДГР легкого ступеня мали місце у 4 пацієнтів. Показники шлункової кислотопродукції були в межах норми та становили відповідно: БКП= $3,9 \pm 1,2$ ммоль/год та МКП= $8,9 \pm 1,3$ ммоль/год. За даними результатів дослідження гастробіопсії у 9 пацієнтів мали місце морфологічні ознаки дизрегуляторних змін, які були обмежені саме періульцерозною слизовою оболонкою шлунка та не розповсюджувалась на слизову оболонку антрального відділу шлунка. У решти 11 пацієнтів були виявлені морфологічні ознаки помірного гастриту. Таким чином, виявлені морфологічні зміни періульцерозної слизової оболонки не слугували обмеження для проведення сегментарної медіогастральної резекції шлунка.

36 (19,3%) пацієнтам, у яких мала місце шлункова гіперацидність в обох фазах шлункової секреції були виконані органозберігаючі оперативні втручання. Протипоказами до цього виду втручання була наявність тяжких дизрегуляторних змін слизової оболонки шлунка, великих та гігантських пенетруючих виразок шлунка з явищами гастростазу, ДГР середнього та тяжкого ступеня та при підозрі на малігнізацію виразки. За даними результатів дослідження гастробіопсії морфологічні зміни періульцерозної слизової оболонки шлунка відповідали картині помірно вираженого гастриту з поодинокими вогнищами початкової стадії атрофії. Локалізація виразок у цих хворих була наступною. У верхній третині тіла шлунка виразки локалізувались у 18 (50,0%) пацієнтів, в середній третині тіла – у 5 (13,9%) випадках та в нижній третині і області кутової вирізки – у 13 (36,1%) хворих. 23 пацієнтам, у яких виразка не пенетрувала в малий сальник, була виконана СПВ з обов'язковим висіченням виразки та подальшим її морфологічним дослідженням. Решті 13 хворим була виконана стовбурова чи то селективна ваготомія з висіченням виразки та дренажним шлунок втручанням.

Обов'язковою умовою проведення органозберігаючих втручань, на відміну від дуоденальних виразок, було повне висічення виразки для морфологічної верифікації діагнозу. Така тактика була виправдана ще й тим, що, в разі виникнення виразки після операції, ця виразка повинна бути розцінена як рецидивна, а не як не зарубцьована. Висічення виразки проводили після виконання ваготомії з боку просвіту шлунка після поперечної гастротомії, проведеної на передній стінці шлунка.

Решті 48 пацієнтам були виконані класичні резекції шлунка. Зокрема резекція за

Більрот- I була виконана 37 (19,8%) хворим та ще 11 (5,9%) пацієнтам – резекція шлунка за Більрот- II.

У віддаленому періоді рецидив виразки мав місце у 4 пацієнтів, які перенесли орґано- чи пілорозберігаючі оперативні втручання. Зокрема, у 2 із них після двосторонньої стовбурової ваготомії з висіченням виразки та пілоропластики причиною рецидиву був післяваготомний гастростаз. У 1 хворої після СМРШ виразка виникла після прийому нестероїдних протизапальних засобів, та ще у 1 пацієнта після СМРШ причиною рецидиву виразки шлунка був пілороспазм. У 3 хворих після проведення консервативного лікування та електростимуляції шлунка виразки зарубцювалися. В 1 пацієнтки виразка загоїлася після відміни нестероїдних протизапальних засобів та прийому противиразкової терапії.

Вивчення у віддаленому періоді інтегральних показників якості життя пацієнтів, які перенесли різні види оперативних втручань показало, що найвищі значення цих показників були у пацієнтів після СМРШ - $74,8 \pm 7,3\%$, орґанозберігаючих втручань – $74,2 \pm 6,8\%$ та після ПЗРШ – $71,2 \pm 7,0\%$. Достовірні нижчі показники якості життя визначалися після резекції шлунка за Більрот-I – $58,9 \pm 4,7\%$ та Більрот-II - $52,7 \pm 4,8\%$.

Таким чином, проведення детального обстеження хворих на виразку шлунка I типу дали змогу аргументовано обґрунтувати у $74,3\%$ пацієнтів застосування пілоро- та орґанозберігаючих оперативних втручань, після яких функціональні результати були значно кращими в порівнянні з результатами класичних резекцій шлунка.

ВИСНОВКИ:

1. Тактика хірургічного лікування хворих на виразку шлунка I типу та покази до пілоро- та орґанозберігаючих оперативних втручань визначаються результатами комплексне обстеження пацієнтів.
2. Обґрунтоване застосування пілоро- та орґанозберігаючих оперативних втручань у пацієнтів на виразку шлунка I типу сприяє покращенню результатів хірургічного лікування, а саме покращує показники якості життя більш ніж на 17%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афендулов С. А. Хирургический гамбит язвенной болезни / С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев // Первая междунар. конф. по торакоабдоминал. хирург. посвящ. 100-летию со дня рождения акад. Б. В. Петровского: сб. тезисов. – М., 2008. – С. 256.
2. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К.Гостищев, М.А.Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. – 2009. – №3. – С. 10–16.
3. Гурин Н. Н. Отдаленные результаты оперативного лечения язв желудка / Н. Н. Гурин, К. В. Логунов, А. И. Солдатов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2005 – Т. 164, № 4. – С. 21 – 24.
4. Калиш Ю. И. Типологические особенности гигантской язвы желудка / Ю. И. Калиш, Р. Ш. Юлдашев, О. Б. Таджикибаев // Клин. хирург. – 2001. – № 2. – С. 9 – 11.
5. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения / Д. М. Кадыров, Ф. Д. Кодиров, Б. А. Хусенов, Х. Ш. Касимов // Хирургия. – 2009. – № 10. – С.

- 15– 19.
6. Кириенко А.И. Гастрэктомия при осложненной язве желудка / А.И. Кириенко, В.Е. Васильев, А.В. Чижиков // Хирургия. – 2010. – №12. – С.87 – 88.
 7. Криворучко И.А. Выбор хирургической тактики у больных язвой желудка, осложненной острым желудочно–кишечным кровотечением / И.А.Криворучко, Н.А. Сыкал // Харк. хірург. школа. – 2010. – №2. – С.37 – 38.
 8. Лечение больных перфоративными пилородуоденальными язвами / А. А. Гуляев, Г. В. Пахомова, П. А. Ярцев [и др.] // Эндоск. хирургия. – 2005. – № 1. – С. 38 – 40.
 9. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В. М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
 10. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И.Лупальцов. – К.: Лига – Информ, 2009. – 133с.
 11. Мамчич В.І. Вибір способу оперативного лікування хворих із гігантською виразкою шлунка / В.І.Мамчич, О.В. Грузинський // Укр. мед. часопис. – 2011. – №1 (81). – С.101 – 105.
 12. Помелов В. С. Надпривратниковая резекция желудка у больных язвенной болезни желудка / В. С. Помелов, В. А. Смагин // Хирургия. – 1999. – № 1. – С. 21 – 24.
 13. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни желудка / И. А. Шляховский, Б. Д. Комаров, И. А. Чекмазов [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 185 – 186.
 14. Epidemiology of peptic ulcer disease: endoscopic results of the systematic investigation of gastrointestinal disease in China / Z. Li, D. Zou, X. Ma [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105, N 12. – P. 2570–2577.
 15. Genta R. M. Helicobacter pylori–negative gastritis: seek, yet ye shall not always find / R. M. Genta, R. H. Lash // Am. J. Surg. Pathol. – 2010. – Vol. 34, N 8. – P. 25–34.
 16. Vakil N. Dyspepsia, Peptic Ulcer and H.pylori: A Remembrance of Things Past / N. Vakil // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105, N 3. – P. 572–574.

ОБОСНОВАНИЕ ПИЛОРО- И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА I ТИПА.

Диброва Ю.А.

На основании результатов комплексного обследования больных с язвой желудка I типа изучено функциональное и морфологическое состояние желудка, а также смежных органов и обоснованы показания к применению пилоро- или органосохраняющих оперативных вмешательств.

Операцией выбора при данной патологии была пилоросохраняющая резекция желудка, которая выполнена 83 (44,4%) из 187 больных язвой желудка I типа. СМРЖ проведена 20 (10,7%) пациентам. 36 (19,3%) пациентам были выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства. Остальным 48 пациентам были проведены классические резекции желудка: резекция по Бильрот-I была выполнена 37 (19,8%) больным и еще 11 (5,9%) пациентам - резекция желудка по Бильрот- II.

Изучение интегральных показателей качества жизни пациентов показало, что сами высокие значения этих показателей определялись после СМРЖ, органосохраняющих вмешательств и после ПСРЖ. После классических резекций желудка по Бильрот-I и Бильрот-II показатели качества жизни были достоверно ниже.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язва желудка I типа, хирургическое лечение, пилоро-и органосохраняющие операции.

GROUNDING OF PYLORUS- AND ORGANOPRESERVING OPERATIONS IN PATIENTS OF GASTRIC ULCER I TYPE

Dibrova Yu. A.

On the basis of results of complex investigations of patients with a gastric ulcer of type I the functional and morphological state of stomach and contiguous organs was studied and reasonable indications for application of pylorus- and organopreserving operations were justified.

The operation of choice at this pathology was a pyloruspreserving gastrectomy (PPGE), that had been executed to 83 (44,4%) from 187 patients by a gastric ulcer of type I. Segmental mediogastral resection of the stomach (SMGR) was executed to 20 (10,7%) patients. Organopreserving operations were made to 36 (19,3%) patients. The classic resections of stomach was made to other 48 patients, including Bilrot-I resection for 37 (19,8%) patients and Bilrot – II resection of stomach for 11 (5,9%) patients.

The studying of integral indexes of patients' quality of life showed that the highest values of these indexes had been determined after SMGR, organopreserving operations and after PPGE. After the classic resections of stomach on Bilrot-I and Bilrot-II indexes of quality of life were for certain lower.

KEY WORDS: gastric ulcer type I, surgical treatment, pylorus and organopreserving operations.

УДК 611.127.068:616.124.3-089.844.092.9

МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ВИВІДНОГО ТРАКТУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Дорошенко С.В., Івасюк В.П., Кобзар О.Б.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

В експерименті морфологічними методами вивчалась перебудова аутоперикардіальних латок при пластиці вивідного тракту правого шлуночка серця. В ранній післяопераційний період в перикардіальній латці відсутні виражені вогнища деструкції волокнистих структур на фоні процесів утворення неоінтіми, яка в строки до 14 діб представлена напластування ниток фібрину і формовими елементами крові. В строки до 120 діб в неоінтімі преваюють фібробласти. В подальшому неоінтіма уплющується, відбувається значне збіднення її клітинними елементами і збагачення волокнистими структурами. Виявлений характер змін виявив специфічну перебудову трансплантатів, причому динаміка і характер змін повністю підтвердив переваги пластики аутоперикардіальним збереженням кровопостачання і іннервації латки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вади серця, пластика вивідного тракту, аутоперикардіальна латка, неоінтіма.

Відносна поширеність, несприятливий перебіг, тяжкість клініко-гемодинамічної ситуації, велика летальність роблять хірургічні способи корекції єдиним засобом лікування вроджених вад серця [1,2,3,5]. Одним з таких напрямків є пошук оптимальних способів хірургічної корекції стенозу легеневої артерії і вивідного тракту правого шлуночка серця [5,6].

З цією метою в експерименті на 20 тваринах проведена пластика вивідного тракту правого шлуночка серця клаптом перикарда зі збереженням перехідної складки і судинно-нервового пучка. Морфологічними методами вивчалась перебудова аутоперикардіальних латок при різних способах пластики вивідного тракту правого шлуночка серця, вибір яких здійснювався на базі моделювання оперативного прийому

В терміни до 7 діб після операції перикардіальна латка вже покрита зовні досить товстим шаром фібрину з домішкою клітинних елементів крові і фібробластів. В ділянках швів виражені явища запалення. Внутрішня поверхня латки покрита напівпрозорими і гладкої консистенції нашаруваннями фібрину.

Через 14-30 діб після аутоперикардіальної пластики вивідного тракту правого шлуночка перикардіальна латка надійно фіксована до легеневого стовбура і стінок артеріального конуса правого шлуночка. В товщі фіброзного шару заплати спостерігаються підвищена звитість із незначним набуханням пучків колагенових волокон, окремі розриви еластичних волокон. Практично не зустрічається ділянок руйнування і гомогенізації колагенових пучків, зміни їх обмежуються набуханням і,

дещо, підвищеною звитістю. Клітковинна інфільтрація зустрічається тільки за ходом судин перикарду. Серед пучків колагенових волокон виявлена значна кількість фібробластів з високою синтетичною активністю. В більш глибоких відділах цього ж шару, де переважають еластичні волокна, зміни більш істотні. Потовщення, нехарактерна звитість, хроматофілія, злипання еластичних волокон в товсті тяжі. Аутоперикардіальна латка вкрита шаром неоадвентиції, що утворилася з нашарувань фібрину, і настилу що відділяється від поверхні латки. Неоадвентиціальний шар містить в собі судини і нерви, що проростають з навколишніх тканин. По краях латки інфільтрація зберігається лише навкруги деяких гранул шовного матеріалу. Рубець навкруги латки бідно інфільтрований поліморфноклітинними елементами, багато серед них фібробластів. В рубець йде інтенсивне проростання судин по всьому периметру латки з боку оточуючих тканин.

В строки до 60-120 діб експерименту в перикарді латки продовжується структурна перебудова, що призводить до зміни його організації. Наростання ендотелію на латку відбувається тільки з її країв. В неоінтімі превалюють фібробласти, особливо на межі неоінтіми і глибокого колагеново-еластичного шару. Колагенові волокна фіброзного шару перикардіальної латки концентруються дещо назовні, мають звичайний вигляд, можна відзначити тільки дещо більшу, ніж звичайно звитість. Інтенсивність фуксінофілії при PAS-реакції дещо підвищена в стінках судин, паравазальних ділянках, волокнах. Характерна висока пироніфілія фібробластів, накопичення в їх цитоплазмі PAS-позитивних речовин.

В максимальні терміни спостереження, до 360 діб, латка насилу виявляється. Рубцева спайка по краях латки втрачає ригідність і за консистенцією не відрізняється від легеневого стовбура. В цьому терміні не виявлено стоншувань, або випинання ділянок перикардіальної латки. Морфологічно стінка латки складається із зовнішнього шару, який представлений пухкою сполучною тканиною, в якій зустрічаються пучки колагенових і еластичних волокон. Наступний досередини фіброзний шар складається з потужних колагенових пучків, практично не містить клітинних елементів. Внутрішній шар латки представлений неоінтімою, в якій відбулось значне збіднення її клітинними елементами і збагачення волокнистими структурами, що на межі з фіброзним шаром перикарду формує згущення і особливе звиття еластичних волокон, яке нагадує еластичну мембрану.

Таким чином, виявлений характер змін в латці показав, що в її тканинах відбувається специфічна перебудова з утворенням структур, які відповідають новим умовам функціонування. що дозволяє стверджувати, що застосований оригінальний спосіб пластики вивідного тракту правого шлуночка, зі збереженням кровопостачання і іннервації латки, забезпечує утворення функціонально-адаптованого трансплантата.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков. — М.: ГЭОТАР, 2009. — 556 с.
2. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца: Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. — М.: Теремок, 2005. — 381 с.
3. Волосовець О.П. Природжені вади серця у новонароджених: стратегія і тактика лікаря у ранньому постнатальному періоді // Перинатологія та педіатрія. — 1999. — № 2. — С. 28-33.
4. Гончарь М.О. Клініко-інструментальні й лабораторні зіставлення в дітей із тетрадою Фалло до та після оперативної корекції// Здоровье ребенка. – 2010 -№ 4(25)
5. Кобзар О.Б.,Дорошенко В.И., Івасюк В.П., Кобзар І.О. Морфологічні і томографічні зміни аутотрансплантатів при різних способах пластики вивідного тракту правого шлуночка серця в експерименті // Актуальні питання теоретичної і клінічної медицини: матеріали науково-практичних конференцій студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів. — Суми : СумДУ, 2011. — Ч.1. — С. 49.

УДК 616-056.52: 616.37-002.1-06

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Дронов О.І.¹, Земсков С.В.¹, Хоменко Д.І.¹, Бакунець П.П.², Козачук Є.С.¹

1 - Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
2 - Київський Центр хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів
та підшлункової залози імені В.С. Земскова

Зростання захворюваності на ожиріння та його вплив на перебіг різних захворювань стало важливим напрямком в клінічному лікуванні хворих, предметом численних наукових досліджень та актуальною проблемою охорони здоров'я у всьому світі. На сьогоднішній день несприятливий вплив ожиріння та прогноз гострого панкреатиту не були застосовані на практиці для кращого прогнозування та оптимізації лікувальної тактики.

Проведено проспективний аналіз результатів лікування 30 хворих на гострий панкреатит. Досліджено співвідношення індивідуальних параметрів ожиріння за даними комп'ютерної томографії (КТ) та важкості гострого панкреатиту, його локальних та системних ускладнень.

Індивідуальні показники ожиріння (площа вісцерального жиру, загальна площа жиру, електронний індекс маси тіла, окружність живота), окрім площі підшкірного жиру, суттєво достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. Ожиріння за даними кореляційно-регресійного аналізу впливає на важкість та тривалість СПОН. На основі мультиваріантного аналізу, було виявлено, що єдиним параметром, що впливає на тривалість госпіталізації є тривалість SIRS. Індивідуальні параметри ожиріння впливають на тривалість госпіталізації не мали.

Ожиріння є суттєвим фактором, що впливає на важкість та перебіг ГП, підвищує частоту системних ускладнень ГП.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий панкреатит, ожиріння, синдром поліорганної недостатності, синдром системної запальної відповіді.

Ожиріння розглядалось як фактор ризику гострого панкреатиту в численних дослідженнях [1-6], особливе значення має розподіл жиру. Так, було доведено, що вісцеральне ожиріння стійко корелює з метаболічними порушеннями, включаючи гіперліпідемію, артеріальну гіпертензію, резистентність до інсуліну [3]. Ожиріння сьогодні набуває рівня епідемії в західних країнах, і це не є випадковістю, що частота гострого панкреатиту також зростає [4, 7, 8].

Існує думка, що враховуючи синтез цитокінів в жировій клітковині, пацієнти з вісцеральним ожирінням мають гіперзапальний фенотип, що посилює синдром системної запальної відповіді при гострому панкреатиті, посилюючи важкість захворювання [10]. Зв'язок між ожирінням і синдромом системної запальної відповіді досліджувався у численних проспективних дослідженнях, та було виявлено достовірне підвищення про- та протизапальних цитокінів у хворих з ожирінням в порівнянні з пацієнтами з нормальним індексом маси тіла [5, 10, 11]. З наявних літературних даних можна зробити висно-

вок, що синдром системної запальної відповіді та СПОН є більш тяжкими у пацієнтів з ожирінням при гострому панкреатиті.

Вищий рівень летальності при гострому панкреатиті у хворих з ожирінням пов'язаний як з вищим ризиком локальних та системних ускладнень так і супутніми захворюваннями при ожирінні.

Існує численна кількість прогностичних шкал гострого панкреатиту. За даними міжнародних рекомендацій лікування ГП IAP/APA 2013 р., для визначення прогнозу використовують наступні шкали: SIRS, шкалу MODS Marshall, та CTSI Balthazar для локальних ускладнень ГП [1, 2, 12]. Потенційно, ожиріння представляє собою важливий прогностичний показник у хворих на гострий панкреатит, який в стандартній на сьогодні оцінці важкості стану хворого на ГП не враховується.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Було проведено проспективний аналіз результатів лікування 30 хворих на гострий панкреатит. Критерії включення були наступними: діагноз гострого панкреатиту було встановлено під час госпіталізації на основі наявності наступних ознак: підвищення рівня амілази в 3 рази і більше, наявність типового абдомінального болю та наявність характерних ознак гострого панкреатиту на ультразвуковому дослідженні, обов'язкове проведення КТ органів черевної порожнини і тазу.

Для оцінки ступеня ожиріння визначали наступні параметри: індекс маси тіла (ІМТ), електронний ІМТ, окружність живота, площа вісцерального та підшкірного жиру (за даними КТ). Для аналізу КТ-зображень використовували відкрите програмне забезпечення Osirix версії 3,9. За допомогою даного програмного забезпечення проводилось визначення площі жиру в стандартному аксіальному зрізі на рівні переходу міжхребцевого диску L2 в L3 хребець. Жирову тканину визначали шляхом визначення її щільності за одиницями Хаунсфілда, що відповідає -30 до -190 одиниць, що визначали за допомогою програмного забезпечення. На вказаному рівні визначали наступні показники: площу тіла в аксіальному зрізі, площу підшкірного жиру, внутрішньочеревну площу (включаючи черевну порожнину та заочеревинний простір), площу вісцерального жиру.

Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS, v 20 (SPSS Inc., Chicago, IL.). Середні значення наведено із стандартним відхиленням і діапазоном значень. ANOVA-тест було застосовано для порівняння середніх значень трьох і більше груп, та t-test Student для 2-х груп. Мультиваріантний аналіз було використано для оцінки впливу різних параметрів на важкість ГП. Залежність між величинами оцінювали за допомогою кореляції Пірсона.

Середній вік включених в дослідження пацієнтів склав $43,6 \pm 13,8$ років. Індекс маси тіла варіював від 19,3 до 40,6 кг, та всередньому склав $29,9 \pm 5,8$ кг/м², електронний індекс маси тіла варіював від 18,9 до 40,9, в середньому склав $29,7 \pm 5,9$ кг/м². Клінічні дані та індивідуальні параметри ожиріння пацієнтів, включених в дослідження наведено в

таблиці 1.

**Таблиця 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ВКЛЮЧЕНИХ В ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ,
ЯКИМ БУЛО ПРОВЕДЕНО КТ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**

Характеристики хворих	
Стать	
чоловіча (n)	24
жіноча (n)	7
Вік (років)	43,6±13,8 (20-69)*
Термін виконання КТ (діб)	18,5±10,8 (7-60)*
Індивідуальні параметри ожиріння	
ІМТ кг/м ²	29,9±5,8 (19,3-40,6)*
електронний ІМТ, кг/м ²	29,7±5,9 (18,9-40,9)*
площа вісцерального жиру, мм ²	190,59±88,9 (61,51-382,57)*
площа підшкірного жиру, мм ²	194,8±116,03 (44,3-449,5)*
окружність живота, см	101,01±12,2 (82,4-126,5)*
Панкреатит середньої важкості, (n)	15
Тяжкий панкреатит, (n)	15
Локальні ускладнення, п/хворих	56/30
Системні ускладнення, кількість хворих	20
КТ-індекс важкості Balthazar, бали	6,9±2,32 (3-10)*
СПОН (шкала Marshall), бали	4,3±2,65 (1-10)*
Тривалість SIRS	8,65±5,26 (1-17)*
Тривалість стаціонарного лікування, (діб)	36,4±22,03 (12-101)*

*Середнє±стандартне відхилення (діапазон)

В роботі ми дослідили співвідношення індивідуальних параметрів ожиріння за даними КТ та важкості гострого панкреатиту, його системних ускладнень.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Було досліджено кореляцію площі вісцерального жиру, площі підшкірного жиру, тотальної площі жиру з eІМТ, та виявлено найсильнішу кореляцію з площею вісцерального жиру ($r=0,726$, $p<0,001$). Також виявлено кореляцію між окружністю живота та площею вісцерального жиру ($r=0,876$, $p<0,001$) та eІМТ ($r=0,714$, $p<0,001$). Найслабша кореляція спостерігалась з площею підшкірного жиру ($0,519$, $p=0,003$). Таким чином, чим

вища маса тіла пацієнта, тим вища площа вісцерального жиру. Параметри ожиріння мали суттєві гендерні відмінності. Чітко простежується тенденція більшої площі вісцерального жиру у чоловіків ($p < 0,001$) і підшкірного жиру у жінок ($p = 0,044$).

Виявлено зв'язок між важкістю гострого панкреатиту та індивідуальними показниками кількості жиру. Площа вісцерального жиру у хворих на ГП середньої важкості склала $112,34 \pm 57,13$ мм², у хворих на тяжкий ГП - $268,83 \pm 62,27$ мм², відсоток вісцерального жиру від площі тіла - $17,72 \pm 5,58$ та $29,73 \pm 5,66$ ($p < 0,001$). Усі індивідуальні показники ожиріння, окрім площі підшкірного жиру ($p = 0,05$), суттєво достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. Найбільш суттєва різниця спостерігалась у площі вісцерального жиру та відсотку вісцерального від загальної площі жиру у пацієнтів з тяжким та середньої важкості ГП. Пацієнти з тяжким гострим панкреатитом мали більший відсоток вісцерального жиру до загальної площі тіла ($p < 0,001$).

Під час аналізу впливу загальної площі жиру та площі вісцерального жиру на наявність, відсутність і вид СПОН виявлено, що найбільша різниця в площі жиру спостерігалась в групі з відсутнім СПОН, в порівнянні з групами, де був транзиторний і персистуючий СПОН ($p < 0,0001$). Таким чином, можна зробити висновок, що ожиріння має велику роль в розвитку та важкості СПОН (таблиця 2).

Таблиця 2. ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ОЖИРІННЯ НА ВИД ТА ВАЖКІСТЬ СПОН

Параметри	СПОН відсутня	Транзиторна СПОН <48 год	Персистуюча СПОН >48 год	p
Загальна площа жиру	203,50±133,09	419,04±177,85	507,14±102,01	<0,0001
Площа вісцерального жиру	99,08±70,75	194,50±91,28	262,33±79,69	<0,0001
eIMT	23,28±2,54	30,11±3,12	34,12±4,49	<0,0001
Відсоток вісцерального жиру від площі тіла в аксіальному зрізі	17,67±8,43	23,08±4,65	28,73±6,49	0,003

В процесі визначення зв'язку відсотку вісцерального жиру від загальної площі тіла за даними КТ в аксіальному зрізі та важкості СПОН за шкалою Маршала протягом перших 48 годин від моменту госпіталізації в стаціонар було виявлено сильний позитивний зв'язок на високому рівні значимості, $r = 1$, $p < 0,0001$.

Кореляційний зв'язок між різними параметрами ожиріння та важкістю СПОН, віком хворих, індексом важкості Balthazar, тривалістю SIRS, тривалістю госпіталізації наведено в таблиці 3.

Таблиця 3.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІЗНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ОЖИРІННЯ ТА ВАЖКІстю СПОН,

**ВІКОМ ХВОРИХ, ІНДЕКСОМ ВАЖКОСТІ BALTHAZAR, ТРИВАЛІСТЮ SIRS,
ТРИВАЛІСТЮ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

	Загальна площа жиру	Площа вісцерального жиру	Площа підшкірного жиру	Відсоток вісцерального жиру від площі тіла в аксіальному зрізі	eIMT
Вік	0,235 (0,211)	0,269 (0,150)	0,103 (0,587)	0,403 (0,027)	0,225 (0,233)
Balthazar	0,478 (0,008)	0,509 (0,004)	0,301 (0,106)	0,474 (0,008)	0,549 (0,002)
MODS, Marshall	0,642 (<0,0001)	0,727 (<0,0001)	0,372 (0,043)	0,673 (<0,0001)	0,727 (<0,0001)
Тривалість SIRS	0,623 (<0,0001)	0,503 (0,005)	0,545 (0,002)	0,453 (0,012)	0,668 (<0,0001)
Тривалість госпіталізації	0,368 (0,046)	0,287 (0,124)	0,319 (0,086)	0,298 (0,110)	0,403 (0,027)

Найбільш значима кореляція спостерігалась між наступними показниками: важкість СПОН з площею вісцерального жиру (0,727) та eIMT, тривалості SIRS та eIMT (0,668), важкості за шкалою Balthazar і площею вісцерального жиру (0,509), eIMT (0,549).

Спостерігався кореляційний зв'язок відсотку вісцерального жиру з важкістю гострого панкреатиту за індексом важкості Balthazar ($r=0,474$, $p=0,008$) та кореляційний зв'язок електронного індексу маси тіла з тривалістю госпіталізації хворих на гострий панкреатит ($r=0,403$, $p=0,027$).

**Таблиця 4. МУЛЬТИВАРІАНТНИЙ РЕГРЕСІЙНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РІЗНИХ ФАКТОРІВ
НА ВАЖКІСТЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Показник	Коефіцієнт (стандартна похибка)	p
Важкість гострого панкреатиту		
Вік	0,015 (-0,20)	0,520
MODS	0,231 (0,204)	0,007
Balthazar	0,219 (0,191)	0,009
Тривалість SIRS	0,257 (0,230)	0,004
eIMT	0,672 (0,660)	<0,0001
Загальна площа жиру	0,328 (0,304)	0,001
Площа вісцерального жиру	0,183 (0,154)	0,018
Відсоток вісцерального жиру від площі тіла	0,113 (0,081)	0,069

За допомогою мультиваріантного регресійного аналізу було досліджено вплив різних чинників на важкість гострого панкреатиту. Було виявлено, що важкість СПОН за шкалою MODS, КТ-індекс Balthazar, тривалість SIRS, електронний IMT, загальна площа

жиру та площа вісцерального жиру достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. В той час як вік та відсоток вісцерального жиру від площі тіла на важкість захворювання впливу не мали.

На основі кореляційного аналізу було виявлено, що найбільше на тривалість госпіталізації впливали тривалість SIRS (0,774) та важкість СПОН за шкалою MODS (0,688). Менший, але суттєвий вплив на тривалість перебування хворого в стаціонарі мали КТ-індекс важкості Balthazar (0,587), та більш слабкий eIMT (0,403) і загальна площа жиру (0,368). Найслабший кореляційний зв'язок виявлено з іншими індивідуальними параметрами ожиріння (площа вісцерального жиру та відсоток вісцерального жиру від площі тіла).

Однак, на основі мультиваріантного аналізу, було виявлено, що єдиним параметром, що впливає на тривалість госпіталізації є тривалість SIRS ($R=0,987$, $SD=0,907$, $r=0,013$). Усі інші параметри на тривалість госпіталізації впливу не мали, в тому числі індивідуальні параметри ожиріння.

ВИСНОВКИ.

Ожиріння суттєво впливає на важкість, перебіг та прогноз при гострому панкреатиті. Ожиріння підвищує частоту системних ускладнень гострого панкреатиту. У зв'язку з цим існує необхідність диференційованого підходу в лікуванні хворих на ГП з супутнім ожирінням.

Література

1. Сипливый В. А. Оценка тяжести состояния хирургического больного. / В.А. Силивый, А.И. Дронов, Е.В. Конь. – Київ : Науковий світ, 2004. – 128 с.
2. Дронов ОI, Ковальська Ю, Задорожна КО. Малоінвазивні хірургічні втручання при гострому некротичному панкреатиті: історія розвитку, сучасні тенденції та власний досвід. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017 21 1 (1) : 172-177.
3. Hwang LC, Bai CH, Sun CA, Chen CJ. Prevalence of metabolically healthy obesity and its impacts on incidences of hypertension, diabetes and the metabolic syndrome in Taiwan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2012 21 (2) : 227-33.
4. Jones-Smith JC, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin BM. Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991–2008). *International Journal of Obesity*. 2012 Sep 13;36 : 1114–20.
5. Dronov OI, Zadorozhna KO, Kovalska IO. Impact of obesity on complications and outcome of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2016 16 (4) : 133-134.
6. Sadr-Azodi O, Orsini N, Andrén-Sandberg MD, Wolk A. Abdominal and Total Adiposity and The Risk of Acute Pancreatitis: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Am J Gastroenterol*. 2012 Nov 13; 108 : 133–39.
7. O'Leary P, O'Neill D, McLaughlin P, O'Neill S, Myers E, Maher MM, Redmond HP. Effects of Abdominal Fat Distribution Parameters on Severity of Acute Pancreatitis. *World Journal of Surgery*. 2012 Jul 36 (7) : 1679-85.
8. Chen SM, Guang Su Xiong GS, Shu Ming WU. Is obesity an indicator of complications and mortality in acute pancreatitis? An updated meta-analysis. *Journal of Digestive Diseases*. 2012 May 13 (5) : 244–51.

9. Hong S, Qiwen B, Ying J, Wei A, Chaoyang T. Body mass index and the risk and prognosis of acute pancreatitis: a meta-analysis Inflammation. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2012 Dec 23 (12) : 1136–43.
10. Gunjaca I, Zunic J, Gunjaca M, Kovac Z. Circulating cytokine levels in acute pancreatitis-model of SIRS/ CARS can help in the clinical assessment of disease severity. 2012 Apr 35 (2) : 758-63.
11. Premkumar R, Phillips AR, Petrov MS, Windsor JA. The clinical relevance of obesity in acute pancreatitis: targeted systematic reviews. *Pancreatology*. 2015 Jan-Feb 15 (1) : 25-33.
12. Working group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. // *Pancreatology*. – 2013. – Vol. 13. – e. 1-15.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дронов А.И., Ковальская И.А., Задорожная К.О., Горлач А.И.

ВВЕДЕНИЕ. Рост заболеваемости ожирением и его влияние на течение различных заболеваний стал важным направлением в клиническом лечении больных, предметом многих научных исследований и актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Сегодня неблагоприятное влияние ожирения на тяжесть и прогноз острого панкреатита не были использованы на практике для лучшего прогнозирования и оптимизации лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен проспективный анализ результатов лечения 30 больных острым панкреатитом. Исследовано соотношение индивидуальных параметров ожирения по данным КТ и тяжести острого панкреатита, его системных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Индивидуальные показатели ожирения (площадь висцерального жира, общая площадь жира, электронный ИМТ, окружность живота), кроме площади подкожного жира, существенно достоверно влияли на тяжесть острого панкреатита. По данным корреляционно-регрессионного анализа ожирение влияет на тяжесть и длительность СПОН. На основании мультивариантного анализа выявлено, что единственным параметром, влияющим на длительность госпитализации была длительность SIRS. Индивидуальные параметры ожирения не имели влияния на длительность госпитализации.

ВЫВОДЫ. Ожирение является существенным фактором, который влияет на тяжесть и течение острого панкреатита, повышает частоту и тяжесть системных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый панкреатит, ожирение, синдром полиорганной недостаточности, синдром системного воспалительного ответа.

INFLUENCE OF OBESITY ON SYSTEMIC COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS

Dronov A.I., Kovalska I.O., Zadorozhna K.O., Gorlach A.I.

ABSTRACT.

Introduction. High incidence of obesity and its influence on diseases course became important direction in patient's management, a subject of numerous scientific trials and actual healthcare problem all over the world. Nowadays, negative impact of obesity on course and outcome of acute pancreatitis were not used for better prognosis and optimization of patients management.

MATERIALS AND METHODS. Prospected analysis of 30 eligible patients was performed. Relation of individual obesity parameters according to CT data to severity and systemic complications of acute pancreatitis was analyzed.

RESULTS. Individual obesity parameters visceral fat area, general fat area, eBMI, waist circumference, except of subcutaneous fat area, influenced on AP severity significantly. According to regression analysis obesity influences on severity and duration of multiorgan dysfunction syndrome. Multivariate analysis revealed the only one parameter, which strongly influences on hospital stay duration and it is duration of SIRS. Individual obesity parameters did not influence on hospital stay duration.

CONCLUSIONS. Obesity is significant factor, which is increasing frequency and severity of systemic complications.

KEY WORDS: acute pancreatitis, obesity, multiorgan disfunction syndrome, systemic inflammatory response syndrome.

УДК 616-056.52: 616.37-002.1-06

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

О.І. Дронов, І.О. Ковальська, К.О. Задорожна, А.І. Горlach, Р.С. Цимбалюк, Ю.П. Бакунець

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київський міський Центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та
жовчних шляхів імені В.С. Земскова*

Зростання захворюваності на ожиріння та його вплив на перебіг різних захворювань стало важливим напрямком в клінічному лікуванні хворих, предметом численних наукових досліджень та актуальною проблемою охорони здоров'я у всьому світі. На сьогоднішній день несприятливий вплив ожиріння на важкість та прогноз гострого панкреатиту не були застосовані на практиці для кращого прогнозування та оптимізації лікувальної тактики.

Проведено проспективний аналіз результатів лікування 30 хворих на гострий панкреатит. Досліджено співвідношення індивідуальних параметрів ожиріння за даними комп'ютерної томографії (КТ) та важкості гострого панкреатиту, його локальних та системних ускладнень.

Індивідуальні показники ожиріння (площа вісцерального жиру, загальна площа жиру, електронний індекс маси тіла, окружність живота), окрім площі підшкірного жиру, суттєво достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. Ожиріння за даними кореляційно-регресійного аналізу впливає на важкість та тривалість СПОН. На основі мультиваріантного аналізу, було виявлено, що єдиним параметром, що впливає на тривалість госпіталізації є тривалість SIRS. Індивідуальні параметри ожиріння впливають на тривалість госпіталізації не мали.

Ожиріння є суттєвим фактором, що впливає на важкість та перебіг ГП, підвищує частоту системних ускладнень ГП.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий панкреатит, ожиріння, синдром поліорганної недостатності, синдром системної запальної відповіді.

Ожиріння розглядалось як фактор ризику гострого панкреатиту в численних дослідженнях [1-6], особливе значення має розподіл жиру. Так, було доведено, що вісцеральне ожиріння стійко корелює з метаболічними порушеннями, включаючи гіперліпідемію, артеріальну гіпертензію, резистентність до інсуліну [3]. Ожиріння сьогодні набуває рівня епідемії в західних країнах, і це не є випадковістю, що частота гострого панкреатиту також зростає [4, 7, 8].

Існує думка, що враховуючи синтез цитокінів в жировій клітковині, пацієнти з вісцеральним ожирінням мають гіперзапальний фенотип, що посилює синдром системної запальної відповіді при гострому панкреатиті, посилюючи важкість захворювання [10]. Зв'язок між ожирінням і синдромом системної запальної відповіді досліджувався у численних проспективних дослідженнях, та було виявлено достовірне підвищення про- та протизапальних цитокінів у хворих з ожирінням в порівнянні з пацієнтами з нормальним індексом маси тіла [5, 10, 11]. З наявних літературних даних можна зробити висно-

вок, що синдром системної запальної відповіді та СПОН є більш тяжкими у пацієнтів з ожирінням при гострому панкреатиті.

Вищий рівень летальності при гострому панкреатиті у хворих з ожирінням пов'язаний як з вищим ризиком локальних та системних ускладнень так і супутніми захворюваннями при ожирінні.

Існує численна кількість прогностичних шкал гострого панкреатиту. За даними міжнародних рекомендацій лікування ГП IAP/APA 2013 р., для визначення прогнозу використовують наступні шкали: SIRS, шкалу MODS Marshall, та CTSI Balthazar для локальних ускладнень ГП [1, 2, 12]. Потенційно, ожиріння представляє собою важливий прогностичний показник у хворих на гострий панкреатит, який в стандартній на сьогодні оцінці важкості стану хворого на ГП не враховується.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Було проведено проспективний аналіз результатів лікування 30 хворих на гострий панкреатит. Критерії включення були наступними: діагноз гострого панкреатиту було встановлено під час госпіталізації на основі наявності наступних ознак: підвищення рівня амілази в 3 рази і більше, наявність типового абдомінального болю та наявність характерних ознак гострого панкреатиту на ультразвуковому дослідженні, обов'язкове проведення КТ органів черевної порожнини і тазу.

Для оцінки ступеня ожиріння визначали наступні параметри: індекс маси тіла (ІМТ), електронний ІМТ, окружність живота, площа вісцерального та підшкірного жиру (за даними КТ). Для аналізу КТ-зображень використовували відкрите програмне забезпечення Osirix версії 3,9. За допомогою даного програмного забезпечення проводилось визначення площі жиру в стандартному аксіальному зрізі на рівні переходу міжхребцевого диску L2 в L3 хребець. Жирову тканину визначали шляхом визначення її щільності за одиницями Хаунсфілда, що відповідає -30 до -190 одиниць, що визначали за допомогою програмного забезпечення. На вказаному рівні визначали наступні показники: площу тіла в аксіальному зрізі, площу підшкірного жиру, внутрішньочеревну площу (включаючи черевну порожнину та заочеревинний простір), площу вісцерального жиру.

Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS, v 20 (SPSS Inc., Chicago, IL.). Середні значення наведено із стандартним відхиленням і діапазоном значень. ANOVA-тест було застосовано для порівняння середніх значень трьох і більше груп, та t-test Student для 2-х груп. Мультиваріантний аналіз було використано для оцінки впливу різних параметрів на важкість ГП. Залежність між величинами оцінювали за допомогою кореляції Пірсона.

Середній вік включених в дослідження пацієнтів склав $43,6 \pm 13,8$ років. Індекс маси тіла варіював від 19,3 до 40,6 кг, та всередньому склав $29,9 \pm 5,8$ кг/м², електронний індекс маси тіла варіював від 18,9 до 40,9, в середньому склав $29,7 \pm 5,9$ кг/м². Клінічні дані та індивідуальні параметри ожиріння пацієнтів, включених в дослідження наведено в

таблиці 1.

Таблиця 1.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВКЛЮЧЕНИХ В ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ БУЛО ПРОВЕДЕНО КТ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.

Характеристики хворих	
Стать	
чоловіча (n)	24
жіноча (n)	7
Вік (років)	43,6±13,8 (20-69)*
Термін виконання КТ (діб)	18,5±10,8 (7-60)*
Індивідуальні параметри ожиріння	
ІМТ кг/м ²	29,9±5,8 (19,3-40,6)*
електронний ІМТ, кг/м ²	29,7±5,9 (18,9-40,9)*
площа вісцерального жиру, мм ²	190,59±88,9 (61,51-382,57)*
площа підшкірного жиру, мм ²	194,8±116,03 (44,3-449,5)*
окружність живота, см	101,01±12,2 (82,4-126,5)*
Панкреатит середньої важкості, (n)	15
Тяжкий панкреатит, (n)	15
Локальні ускладнення, n/хворих	56/30
Системні ускладнення, кількість хворих	20
КТ-індекс важкості Balthazar, бали	6,9±2,32 (3-10)*
СПОН (шкала Marshall), бали	4,3±2,65 (1-10)*
Тривалість SIRS	8,65±5,26 (1-17)*
Тривалість стаціонарного лікування, (діб)	36,4±22,03 (12-101)*

*Середнє ± стандартне відхилення (діапазон)

В роботі ми дослідили співвідношення індивідуальних параметрів ожиріння за даними КТ та важкості гострого панкреатиту, його системних ускладнень.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Було досліджено кореляцію площі вісцерального жиру, площі підшкірного жиру, тотальної площі жиру з eІМТ, та виявлено найсильнішу кореляцію з площею вісцерального жиру ($r=0,726$, $p<0,001$). Також виявлено кореляцію між окружністю живота та площею вісцерального жиру ($r=0,876$, $p<0,001$) та eІМТ ($r=0,714$, $p<0,001$). Найслабша кореляція спостерігалась з площею підшкірного жиру ($0,519$, $p=0,003$). Таким чином, чим

вища маса тіла пацієнта, тим вища площа вісцерального жиру. Параметри ожиріння мали суттєві гендерні відмінності. Чітко простежується тенденція більшої площі вісцерального жиру у чоловіків ($p < 0,001$) і підшкірного жиру у жінок ($p = 0,044$).

Виявлено зв'язок між важкістю гострого панкреатиту та індивідуальними показниками кількості жиру. Площа вісцерального жиру у хворих на ГП середньої важкості склала $112,34 \pm 57,13$ мм², у хворих на тяжкий ГП - $268,83 \pm 62,27$ мм², відсоток вісцерального жиру від площі тіла - $17,72 \pm 5,58$ та $29,73 \pm 5,66$ ($p < 0,001$). Усі індивідуальні показники ожиріння, окрім площі підшкірного жиру ($p = 0,05$), суттєво достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. Найбільш суттєва різниця спостерігалась у площі вісцерального жиру та відсотку вісцерального від загальної площі жиру у пацієнтів з тяжким та середньої важкості ГП. Пацієнти з тяжким гострим панкреатитом мали більший відсоток вісцерального жиру до загальної площі тіла ($p < 0,001$).

Під час аналізу впливу загальної площі жиру та площі вісцерального жиру на наявність, відсутність і вид СПОН виявлено, що найбільша різниця в площі жиру спостерігалась в групі з відсутнім СПОН, в порівнянні з групами, де був транзиторний і персистуючий СПОН ($p < 0,0001$). Таким чином, можна зробити висновок, що ожиріння має велику роль в розвитку та важкості СПОН (таблиця 2).

Таблиця 2.

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ОЖИРІННЯ НА ВИД ТА ВАЖКІСТЬ СПОН

Параметри	СПОН відсутня	Транзиторна СПОН <48 год	Персистуюча СПОН >48 год	p
Загальна площа жиру	203,50±133,09	419,04±177,85	507,14±102,01	<0,0001
Площа вісцерального жиру	99,08±70,75	194,50±91,28	262,33±79,69	<0,0001
eIMT	23,28±2,54	30,11±3,12	34,12±4,49	<0,0001
Відсоток вісцерального жиру від площі тіла в аксіальному зрізі	17,67±8,43	23,08±4,65	28,73±6,49	0,003

В процесі визначення зв'язку відсотку вісцерального жиру від загальної площі тіла за даними КТ в аксіальному зрізі та важкості СПОН за шкалою Маршала протягом перших 48 годин від моменту госпіталізації в стаціонар було виявлено сильний позитивний зв'язок на високому рівні значимості, $r = 1$, $p < 0,0001$.

Кореляційний зв'язок між різними параметрами ожиріння та важкістю СПОН, віком хворих, індексом важкості Balthazar, тривалістю SIRS, тривалістю госпіталізації наведено в таблиці 3.

Таблиця 3.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІЗНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ОЖИРІННЯ ТА ВАЖКІСТЮ СПОН, ВІКОМ ХВОРИХ, ІНДЕКСОМ ВАЖКОСТІ BALTHAZAR, ТРИВАЛІСТЮ SIRS, ТРИВАЛІСТЮ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

	Загальна площа жиру	Площа вісцерального жиру	Площа підшкірного жиру	Відсоток вісцерального жиру від площі тіла в аксіальному зрізі	eIMT
Вік	0,235 (0,211)	0,269 (0,150)	0,103 (0,587)	0,403 (0,027)	0,225 (0,233)
Balthazar	0,478 (0,008)	0,509 (0,004)	0,301 (0,106)	0,474 (0,008)	0,549 (0,002)
MODS, Marshall	0,642 (<0,0001)	0,727 (<0,0001)	0,372 (0,043)	0,673 (<0,0001)	0,727 (<0,0001)
Тривалість SIRS	0,623 (<0,0001)	0,503 (0,005)	0,545 (0,002)	0,453 (0,012)	0,668 (<0,0001)
Тривалість госпіталізації	0,368 (0,046)	0,287 (0,124)	0,319 (0,086)	0,298 (0,110)	0,403 (0,027)

Найбільш значима кореляція спостерігалась між наступними показниками: важкість СПОН з площею вісцерального жиру (0,727) та eIMT, тривалості SIRS та eIMT (0,668), важкістю за шкалою Balthazar і площею вісцерального жиру (0,509), eIMT (0,549).

Спостерігався кореляційний зв'язок відсотку вісцерального жиру з важкістю гострого панкреатиту за індексом важкості Balthazar ($r=0,474$, $p=0,008$) та кореляційний зв'язок електронного індексу маси тіла з тривалістю госпіталізації хворих на гострий панкреатит ($r=0,403$, $p=0,027$).

Таблиця 4.

МУЛЬТИВАРІАНТНИЙ РЕГРЕСІЙНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА ВАЖКІСТЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Показник	Коефіцієнт (стандартна похибка)	p
<i>Важкість гострого панкреатиту</i>		
Вік	0,015 (-0,20)	0,520
MODS	0,231 (0,204)	0,007
Balthazar	0,219 (0,191)	0,009
Тривалість SIRS	0,257 (0,230)	0,004
eIMT	0,672 (0,660)	<0,0001
Загальна площа жиру	0,328 (0,304)	0,001
Площа вісцерального жиру	0,183 (0,154)	0,018
Відсоток вісцерального жиру від площі тіла	0,113 (0,081)	0,069

За допомогою мультиваріантного регресійного аналізу було досліджено вплив різних чинників на важкість гострого панкреатиту. Було виявлено, що важкість СПОН за шкалою MODS, КТ-індекс Balthazar, тривалість SIRS, електронний IMT, загальна площа жиру та площа вісцерального жиру достовірно впливали на важкість гострого панкреатиту. В той час як вік та відсоток вісцерального жиру від площі тіла на важкість захворювання впливу не мали.

На основі кореляційного аналізу було виявлено, що найбільше на тривалість госпіталізації впливали тривалість SIRS (0,774) та важкість СПОН за шкалою MODS (0,688). Менший, але суттєвий вплив на тривалість перебування хворого в стаціонарі мали КТ-індекс важкості Balthazar (0,587), та більш слабкий eIMT (0,403) і загальна площа жиру (0,368). Найслабший кореляційний зв'язок виявлено з іншими індивідуальними параметрами ожиріння (площа вісцерального жиру та відсоток вісцерального жиру від площі тіла).

Однак, на основі мультиваріантного аналізу, було виявлено, що єдиним параметром, що впливає на тривалість госпіталізації є тривалість SIRS ($R=0,987$, $SD=0,907$, $p=0,013$). Усі інші параметри на тривалість госпіталізації впливу не мали, в тому числі індивідуальні параметри ожиріння.

ВИСНОВКИ.

Ожиріння суттєво впливає на важкість, перебіг та прогноз при гострому панкреатиті. Ожиріння підвищує частоту системних ускладнень гострого панкреатиту. У зв'язку з цим існує необхідність диференційованого підходу в лікуванні хворих на ГП з супутнім ожирінням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сипливый В. А. Оценка тяжести состояния хирургического больного. / В.А. Силивый, А.И. Дронов, Е.В. Конь. – Київ : Науковий світ, 2004. – 128 с.
2. Дронов ОI, Ковальська Ю, Задорожна КО. Малоінвазивні хірургічні втручання при гострому некротичному панкреатиті: історія розвитку, сучасні тенденції та власний досвід. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017 21 1 (1) : 172-177.
3. Hwang LC, Bai CH, Sun CA, Chen CJ. Prevalence of metabolically healthy obesity and its impacts on incidences of hypertension, diabetes and the metabolic syndrome in Taiwan. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2012 21 (2) : 227-33.
4. Jones-Smith JC, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin BM. Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991–2008). International Journal of Obesity. 2012 Sep 13;36 : 1114–20.
5. Dronov OI, Zadorozhna KO, Kovalska IO. Impact of obesity on complications and outcome of acute pancreatitis. Pancreatology. 2016 16 (4) : 133-134.
6. Sadr-Azodi O, Orsini N, Andrén-Sandberg MD, Wolk A. Abdominal and Total Adiposity and The Risk of Acute Pancreatitis: A Population-Based Prospective Cohort Study. Am J Gastroenterol. 2012 Nov 13; 108 : 133–39.
7. O'Leary P, O'Neill D, McLaughlin P, O'Neill S, Myers E, Maher MM, Redmond HP. Effects of Abdominal Fat

- Distribution Parameters on Severity of Acute Pancreatitis. World Journal of Surgery. 2012 Jul 36 (7) : 1679-85.
8. Chen SM, Guang Su Xiong GS, Shu Ming WU. Is obesity an indicator of complications and mortality in acute pancreatitis? An updated meta-analysis. Journal of Digestive Diseases. 2012 May 13 (5) : 244–51.
 9. Hong S, Qiwen B, Ying J, Wei A, Chaoyang T. Body mass index and the risk and prognosis of acute pancreatitis: a meta-analysis Inflammation. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2012 Dec 23 (12) : 1136–43.
 10. Gunjaca I, Zunic J, Gunjaca M, Kovac Z. Circulating cytokine levels in acute pancreatitis-model of SIRS/ CARS can help in the clinical assessment of disease severity. 2012 Apr 35 (2) : 758-63.
 11. Premkumar R, Phillips AR, Petrov MS, Windsor JA. The clinical relevance of obesity in acute pancreatitis: targeted systematic reviews. Pancreatology. 2015 Jan-Feb 15 (1) : 25-33.
 12. Working group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. // Pancreatology. – 2013. – Vol. 13. – e. 1-15.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дронов А.И., Ковальская И.А., Задорожная К.О., Горлач А.И.

ВВЕДЕНИЕ. Рост заболеваемости ожирением и его влияние на течение различных заболеваний стал важным направлением в клиническом лечении больных, предметом многих научных исследований и актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Сегодня неблагоприятное влияние ожирения на тяжесть и прогноз острого панкреатита не были использованы на практике для лучшего прогнозирования и оптимизации лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен проспективный анализ результатов лечения 30 больных острым панкреатитом. Исследовано соотношение индивидуальных параметров ожирения по данным КТ и тяжести острого панкреатита, его системных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Индивидуальные показатели ожирения (площадь висцерального жира, общая площадь жира, электронный ИМТ, окружность живота), кроме площади подкожного жира, существенно достоверно влияли на тяжесть острого панкреатита. По данным корреляционно-регрессионного анализа ожирение влияет на тяжесть и длительность СПОН. На основании мультивариантного анализа выявлено, что единственным параметром, влияющим на длительность госпитализации была длительность SIRS. Индивидуальные параметры ожирения не имели влияния на длительность госпитализации.

ВЫВОДЫ. Ожирение является существенным фактором, который влияет на тяжесть и течение острого панкреатита, повышает частоту и тяжесть системных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый панкреатит, ожирение, синдром полиорганной недостаточности, синдром системного воспалительного ответа.

INFLUENCE OF OBESITY ON SYSTEMIC COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS

Dronov A.I., Kovalska I.O., Zadorozhna K.O., Gorlach A.I.

ABSTRACT.

INTRODUCTION. High incidence of obesity and its influence on diseases course became important direction in patient's management, a subject of numerous scientific trials and actual healthcare problem all over the world. Nowadays, negative impact of obesity on course and outcome of acute pancreatitis were not used for better prognosis and optimization of patients management.

MATERIALS AND METHODS. Prospected analysis of 30 eligible patients was performed. Relation of individual obesity parameters according to CT data to severity and systemic complications of acute pancreatitis was analyzed.

RESULTS. Individual obesity parameters visceral fat area, general fat area, eBMI, waist circumference, except of subcutaneous fat area, influenced on AP severity significantly. According to regression analysis obesity influences on severity and duration of multiorgan dysfunction

syndrome. Multivariate analysis revealed the only one parameter, which strongly influences on hospital stay duration and it is duration of SIRS. Individual obesity parameters did not influence on hospital stay duration.

CONCLUSIONS. Obesity is significant factor, which is increasing frequency and severity of systemic complications.

KEY WORDS: acute pancreatitis, obesity, multiorgan disfunction syndrome, systemic inflammatory response syndrome.

УДК 616.37+616.342]-089.87-06

П'ЯТНАДЦЯТИРІЧНИЙ ОДНОЦЕНТРОВИЙ ДОСВІД ПАКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ. АНАЛІЗ ПІСЛЯОПРЕАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

**О.І.Дронов, С.В. Земсков, Є.А.Крючина, А.І.Горlach, П.П.Бакунець,
Ю.П.Бакунець, Л.В. Левченко**

- 1. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*
- 2. Київський міський центр хірургії захворювань печінки, жовчних проток та підшлункової залози імені академіка В.С.Земскова*

АКТУАЛЬНІСТЬ.

Резекція підшлункової залози (ПЗ) є єдиним ефективним методом лікування злоякісних новоутворень органів панкреатодуоденальної зони (ПДЗ) та ускладнених форм хронічного панкреатиту, при цьому в спеціалізованих центрах післяопераційна летальність становить менше 5 %, що обумовлено раціональною хірургічною тактикою, розробкою алгоритмів передопераційної підготовки, інтраопераційного супроводу та післяопераційної реабілітації.

МЕТА: проаналізувати результати власного 15-річного досвіду ПДР.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

З 2003 по 2017 рік на клінічній базі кафедри загальної хірургії №1 в Київському міському центрі хірургії захворювань печінки, жовчних проток та підшлункової залози імені академіка В.С.Земскова (КМКЛ №10) панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) було виконано 293 пацієнтам. Більшість (82,7 %) пацієнтів оперовані з приводу злоякісних новоутворень ПДЗ. У дослідженні пацієнтів ретроспективно було розподілено на дві групи. I група – 98 хворих, яких було оперовано з 2003 по 2008 рік; II група – 195 хворих, яких було оперовано з 2009 по 2017 рік. Серед критеріїв оцінки були: рівень післяопераційної летальності, рівень ПДР – специфічних ускладнень згідно класифікації ISGPS та загальний рівень післяопераційних ускладнень згідно класифікації Клавієн-Діндо.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Загальний показник рівня летальності за 15 років становить 5,1%.

За цей час летальність знизилася з 9,1% (9 із 98 I групи) до 3,6% (7 із 195 II групи). Кількість гастростазів відповідно знизилася з 29 (29,6%) до 46 (23,6%); післяопераційних панкреатичних фістул (ПОПФ) класів В і С з 19 (19,4%) до 26 (13,3%) та з 10 (10,2%) до 11 (5,6%) відповідно; кровотеч класів В і С з 7 (7,1%) до 8 (4,1%) та з 7 (7,1%) до 9 (4,6%)

відповідно; ускладнень II класу заКлавієн-Діндо з 21 (21,5 %) до 25 (12,8%), III-IV класу з 10 (10,2 %) до 13 (6,7%).

ВИСНОВКИ.

Серед причин, що можуть впливати на зниження рівня ускладнень після ПДР в нашому досвіді, вважаємо: прискіпливий відбір пацієнтів, формування спеціальних хірургічних бригад, рестриктивна політика щодо інтраопераційної інфузії та трансфузії, застосування мультимодального підходу знеболення з метою зменшення використання опіатів. Подальші дослідження з застосуванням статистичних методів регресійного аналізу дозволять виділити найбільш впливові з перелічених факторів.

УДК 616.14-007.64+616.13-004.6:616.37-002

СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ НА ПРИКЛАДІ НЕЙТРОФІЛЬНОЇ ЕЛАСТАЗИ У ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТА ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Дужий І.Д., Ніколаєнко А. С., Попадинець В. М., Медведєва І.М.

Сумський державний університет

Частота різних захворювань які супроводжуються виразками нижніх кінцівок у Європі знаходяться у межах 1 до 4% усього населення і залишається незмінною протягом останніх років. Нейтрофільна еластаза відіграє значну роль у запальних процесах та деструкції тканин.

МЕТА РОБОТИ. Встановити особливості протеолітичної системи на прикладі нейтрофільної еластази у хворих на трофічні виразки артеріального та венозного генезу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами обстежено та проліковано 38 хворих на захворювання судин артеріального та венозного характеру. Досліджені були розподілені на 3 групи. Контрольна група складалася із 20 практично здорових осіб. У другій групі були хворі на трофічні виразки (n=18) на тлі діабетичної ангіопатії та облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок. У третій групі були хворі на трофічні виразки на тлі посттромбофлебійного синдрому (ПТФС) та варикозної хвороби (n=20). Активність нейтрофільної еластази вимірювали у нмоль/хв * мл.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ. При дослідженні протеолітичної системи на прикладі нейтрофільної еластази у хворих з трофічними виразками артеріального генезу показали, що середній рівень ферменту становив $M = 286,17 \pm 2,00$, що у порівнянні з контрольною групою $M = 71,1 \pm 0,52$ був більшим у 4 рази. У хворих третьої групи (з трофічними виразками венозного генезу) середній рівень цього показника становив $M = 229,55 \pm 0,55$. У порівнянні контрольною групою ($M = 71,1 \pm 0,52$) він був більшим у 3,2 рази. Порівнюючи отримані результати у хворих обох груп ми відмітили, що рівень нейтрофільної еластази був значно вищим у хворих на трофічні виразки артеріального генезу ніж венозного генезу. Різниця між цими групами складала $56,62$ нмоль/хв * мл, або у 1,2 рази.

ВИСНОВКИ. Рівень нейтрофільної еластази у хворих на трофічні виразки нижніх кінцівок на артеріального та венозного генезу вищий порівняно з контрольною групою. Після більш детального вивчення рівня нейтрофільної еластази цей показник у перспективі може включатися у стандартне лабораторне обстеження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: трофічні виразки, еластаза, атеросклероз, варикозна хвороба

Проблема трофічних виразок нижніх кінцівок не втрачає актуальності у зв'язку з поширеністю цієї патології та незадовільними результатами лікування. [1]. Частота різних захворювань які супроводжуються виразками нижніх кінцівок у Європі знаходяться у межах 1 до 4% усього населення і залишається незмінною протягом останніх років. У США на хронічні виразки різної етіології страждають до 6,5 мільйонів пацієнтів. [2]. Серед основних причин розвитку виразок нижніх кінцівок найбільш частими є порушення їх кровопостачання [3].

У процесах виразкоутворення, а саме у реакціях запалення і деструкції тканин значне місце займають процеси протеолізу [4]. Останнім часом низка наукових робіт присвячена вивченню одного із протеолітичних ферментів – еластази. Доведено підвищення рівня активності нейтрофільної еластази при різних паталогічних станах. Значна

частина цих робіт направлена на дослідження фіброзного кістозу, гострого респіраторного дистрес-синдрому, бронхоектазій, хронічних обструктивних захворювань легень, бульозної емфіземи, спонтанного пневмотораксу, артеріальної гіпертензії [5,6]. Мало вивченим залишається питання стану протеолітичної системи у хворих на трофічні виразки різного генезу.

Встановлено, що превалююча кількість еластази визначається у нейтрофілах. Значно менша її концентрація знаходиться в моноцитах і Т-лімфоцитах. Знаходять еластазу також в ендотеліальних клітинах і гладком'язевих клітинах судин [7]. Синтез нейтрофільної еластази відбувається у процесі росту гранулоцитів. У судинний кровоток надходять клітини зі зрілими ферментами. Встановлено, що нейтрофільна еластаза, виділяється з лейкоцитів після їх активації, після чого вона бере участь у лізисі матриксних білків, головним чином – еластина, колагена, фібронектина, протеогліканів [8].

Наведене є свідченням того, що нейтрофільна еластаза відіграє значну роль у запальних процесах та деструкції тканин, незалежно від їх етіології. З огляду на це вивчення особливостей протеолізу при виразкових процесах нижніх кінцівок на прикладі нейтрофільної еластази і вплив її на перебіг хвороби є актуальною проблемою, яка представляє практичний і теоретичний інтерес.

МЕТА РОБОТИ - встановити особливості протеолітичної системи на прикладі нейтрофільної еластази у хворих на трофічні виразки артеріального та венозного генезу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження було проведено на базі хірургічного відділення та відділення судинної хірургії Сумської обласної клінічної лікарні. Нами обстежено та проліковано 38 хворих на захворювання судин артеріального та венозного характеру. Хворі рандомізовані на 3 групи. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, другу – хворі на трофічні виразки (n=18) на тлі діабетичної ангіопатії та облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок, третю – хворі на трофічні виразки на тлі посттромбофлебітичного синдрому (ПТФС) та варикозної хвороби (n=20).

Дослідження проводилося з використанням спектрофотометра Arel PD-303 (Японія) в лабораторії СОКЛ. При виконанні дослідження у пробірку забирали 5 мл крові з ліктьової вени. Пробірку центрифугували при 1500 об/хв протягом 20 хвилин для отримання сироватки. Активність еластази визначали у термостатованій кюветі (t = 30°C) шляхом змішування 2,8 мл трисHCl буферу та 0,15 мл 1,18 % розчину ВОС з 0,05 мл досліджуваної сироватки, розведеної 1:30. Після змішування інгредієнтів визначали зміну оптичної щільності проби щохвилини протягом 4 хвилин на однопроменевому спектрофотометрі при довжині хвилі 347,5 нм. Аналогічно визначали оптичну щільність контрольної проби, де замість сироватки хворого брали 0,05 мл фізіологічного розчину. За лінійним ходом реакції вимірювали приріст щільності відносно контрольної проби.

У процесі дослідження вибирали максимальний приріст між 4 вимірювань і прово-

дили розрахунок рівня лейкоцитарної еластази за формулою:

$$\frac{\Delta \times 0,652 \times 30}{1 \times 0,05}$$

де Δ максимальний приріст оптичної щільності зразка за 1 хвилину; 0,652 – емпірично виведена константа; 30 – ступінь розведення досліджуваної сироватки; 1 – час, за який вимірюють приріст оптичної щільності у хвилину; 0,05 – кількість досліджуваної сироватки у мл.

Активність нейтрофільної еластази вимірювали у нмоль/хв • мл. У здорових людей (контрольної групи) середній рівень нейтрофільної еластази дорівнював 71 нмоль/хв • мл. Для статистичної обробки отриманих результатів використовували методику Госсета (Ст'юдента). За достовірну приймалася різниця середніх значень при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати наведені у табл. 1. При дослідженні протеолітичної системи на прикладі нейтрофільної еластази у хворих з трофічними виразками артеріального ґенезу визначено, що рівень нейтрофільної еластази у них коливався між 278 нмоль/хв • мл і 303 нмоль/хв • мл. Середній рівень ферменту становив $M = 286,17 \pm 2,00$, що у порівнянні з контрольною групою $M = 71,1 \pm 0,52$ був більшим у 4 рази, різниця виявилася суттєвою більшою 95% ($p < 0,001$).

Таблиця 1

РІВЕНЬ НЕЙТРОФІЛЬНОЇ ЕЛАСТАЗИ У ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТА ВЕНОЗНОГО ҐЕНЕЗУ.

Група	Кількість хворих	Рівень нейтрофільної еластази (нмоль/хв • мл)	p
	(n)	(M±m)	
1 група (контроль)	20	71.1±0.52	
2 група	18	286.17±2.00	< 0,001
3 група	20	229.55±0.55	< 0,001

У хворих з трофічними виразками венозного ґенезу рівень нейтрофільної еластази коливався у межах 225 – 233 нмоль/хв • мл. Середній рівень цього показника становив $M = 229,55 \pm 0,55$, що у порівнянні з контрольною групою ($M = 71,1 \pm 0,52$) він був більшим у 3,2 рази.

Порівнюючи отримані результати у хворих обох груп ми відмітили, що рівень нейтрофільної еластази був суттєво вищим у хворих на трофічні виразки артеріального ґенезу ($p < 0,001$). У хворих на трофічні виразки венозного ґенезу показник нейтрофільної еластази також значно перевершував такий серед осіб контрольної групи, проте

був значно меншим ніж у хворих на артеріальні виразки. Різниця між цими групами склала 56,62 нмоль/хв • мл, більше ніж у 1,2 разу. Наведені показники еластази у хворих на виразки судинного генезу свідчать за суттєву активацію протеолітичної систему у процесі виразкоутворення, особливо при артеріальних порушеннях.

ВИСНОВКИ.

Таким чином, при трофічних виразках нижніх кінцівок на тлі порушення кровотоку різного генезу існує дисбаланс протеолітичної системи, а саме підвищенням рівня нейтрофільної еластази сироватки крові. Так рівень нейтрофільної еластази у хворих на трофічні виразки артеріального генезу вищий у 4 разу, а венозної у 3,2 разу у порівнянні з контрольною групою. Після більш детального вивчення рівня нейтрофільної еластази цей показник у перспективі може включатися у стандартне лабораторне обстеження.

На нашу думку доцільно продовжити вивчення показників нейтрофільної еластази в залежності від характеру та ступеня тяжкості порушення кровопостачання .

ЛІТЕРАТУРА:

1. Арефьева М. Особенности консервативной терапии трофических язв смешанной этиологии // Практична ангіологія. – 2015. – №2 (69). – С. 33-38.
2. Комплексное лечение трофических язв / М. Н. Кудыкин [и др.] // Флебология. – 2008. – № 3. – С. 16-20.
3. Rahman GA, Adigun IA, Fadeyi A. Epidemiology, etiology, and treatment of chronic leg ulcer: experience with sixty patients. *Ann Afr Med.* 2010 Jan-Mar;9(1):1-4.
4. Liu Z. A critical role for neutrophil elastase in experimental bullous pemphigoid/ Z.Liu, S.Shapiro // *J.Clin. Invest.*-2000.-Vol.105, N.1.-P.13123.
5. El-Eshrawy MM, El-Adawy EH, Mousa AA, Zeidan AE, El-Baiomy AA, Abdel-Samie ER et al. Elevated serum neutrophil elastase is related to prehypertension and airflow limitation in obese women. *BMC Womens Health.* 2011 Jan;11:1.
7. Особливості спонтанного пневмотораксу туберкульозного та неспецифічного генезу // Туберкульоз в сучасному світі – частота, симптоми, лікування: статті / С.О Голубничий, В.М. Голубнича, Г.П.Піддубна, М.В. Гупало, - Люблін, 2013. – С.129-140.
8. Протеолитическая активность нейтрофильной эластазы как прогностический фактор развития заболеваний сердечно-сосудистой системы / Щупакова А.Н., Окулич В.К., Беляева Л.Е., Прудникова А.Р. // *Вестник ВГМУ.* – 2016.- №2.- С. 17-26.
9. Khokha, R. Metalloproteinases and their natural inhibitors in inflammation and immunity / R. Khokha, A. Murthy, A. Weiss // *Nat. Rev. Immunol.* – 201 Sep. – Vol, 13, N 9. – P. 649–665.

СОСТОЯНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

И.Д. Дужий, А. С. Николаенко, В. М. Попадинец, И.М. Медведева

Сумской государственной университет, медицинский институт, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии

Частота различных заболеваний сопровождающихся язвами нижних конечностей в Европе находятся в пределах 1 до 4% всего населения и остается неизменной в течение последних лет. Нейтрофильная эластаза играет значительную роль в воспалительных процессах и деструкции тканей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить особенности протеолитической системы на примере нейтрофильной эластазы у больных на трофические язвы артериального и венозного генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами обследовано и пролечено 38 больных с заболеваниями сосудов артериального и венозного характера. Исследованы были распределены на 3 группы. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц. Во второй группе были больные с трофическими язвами ($n = 18$) на фоне диабетической ангиопатии и облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. В третьей группе были больные с трофическими язвами на фоне посттромбофлебического синдрома (ПТФС) и варикозной болезни ($n = 20$). Активность нейтрофильной эластазы измеряли в нмоль / мин * мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При исследовании протеолитической системы на примере нейтрофильной эластазы у больных с трофическими язвами артериального генеза показали, что средний уровень фермента составил $M = 286,17 \pm 2,00$, что по сравнению с контрольной группой $M = 71,1 \pm 0,52$ был больше в 4 раза. У больных третьей группы (с трофическими язвами венозного генеза) средний уровень этого показателя составлял $M = 229,55 \pm 0,55$. По сравнению контрольной группой ($M = 71,1 \pm 0,52$) он был больше в 3,2 раза. Сравнивая полученные результаты у больных обеих групп мы установили, что уровень нейтрофильной эластазы был значительно выше у больных трофические язвы артериального генеза чем венозного генеза. Разница между этими группами составила 56,62 нмоль / мин * мл, или в 1,2 раза.

ВЫВОДЫ. Уровень нейтрофильной эластазы у больных с трофическими язвами нижних конечностей артериального и венозного генеза выше по сравнению с контрольной группой. После более детального изучения уровня нейтрофильной эластазы этот показатель в перспективе может включаться в стандартное лабораторное обследование.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трофические язвы, эластаза, атеросклероз, варикозная болезнь

THE STATE OF THE PROTEOLYTIC SYSTEM ON THE EXAMPLE OF NEUTROPHIL ELASTASE IN PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS OF ARTERIAL AND VENOUS GENESIS

D. Duzhiy, A. S. Nikolaienko, V. M. Popadynets, I. M. Medvedeva

Sumy State University

The frequency of various diseases that accompany the ulcers of the lower extremities in Europe are in the range of 1 to 4% of the total population and remains unchanged in recent years. Neutrophil elastase plays a significant role in inflammatory processes and tissue destruction. In view of this, the study of the features of proteolysis in ulcerative processes of the lower limbs is an actual problem. The purpose of the work to establish features of the proteolytic system on the example of neutrophil elastase in patients with trophic ulcers of arterial and venous genesis.

MATERIALS AND METHODS. We examined and treated 38 patients with vascular disease of arterial and venous nature. The researchers were divided into 3 groups. The control group consisted of 20 practically healthy individuals. In the second group, there were patients with trophic ulcers ($n = 18$) with diabetic angiopathy and obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower extremities. In the third group, there were patients with trophic ulcers on the background of postthrombophlebitis syndrome (PTFS) and varicose veins ($n = 20$). The activity of neutrophil elastases was measured in $\text{nmol} / \text{min} * \text{ml}$.

RESULTS AND DISCUSSION. In the study of the proteolytic system on the example of neutrophil elastase in patients with trophic ulcers of arterial genesis, it was shown that the average level of the enzyme was $M = 286.17 \pm 2.00$, which is, in comparison with the control group, $M = 71.1 \pm 0.52$ was 4 times larger. In patients of the third group (with trophic ulcers of the venous genesis), the average level of this indicator

was $M = 229.55 \pm 0.55$. Compared with the control group ($M = 71.1 \pm 0.52$), it was 3.2 times larger. Comparing the results obtained in patients of both groups, we noted that the level of neutrophil elastases was significantly higher in patients with trophic ulcers of the arterial genesis than the venous nest. The difference between these groups was 56.62 nmol / min · ml or 1.2 times.

CONCLUSIONS The level of neutrophil elastase in patients with trophic ulcers of the lower extremities on the arterial and venous genesis is higher in comparison with the control group. After a more detailed study of the level of neutrophilic elastases, this figure may in the future be included in the standard laboratory test.

KEY WORDS: trophic ulcers, elastase, atherosclerosis, varicose disease.

УДК 616.14-007.64

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТРОФІЧНІ ВИРАЗКИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Дужий І.Д., Попадинець В.М., Кравець О.В., Ніколаєнко А.С., Лохоня І.М.

Сумський державний університет

Варикозна хвороба нижніх кінцівок являє собою одну з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я, яка веде до різних проявів хронічної венозної недостатності, впливає на стан окремих людей, а також на здоров'я суспільства в цілому. Наявність трофічних виразок призводить до порушення «якості» життя. На даний час, оцінка якості життя займає все більш міцне місце в медицині. Найбільш визнаним опитувальником хронічної венозної недостатності по праву визнаний опитувальник CIVIQ 2.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Оцінити якість життя у хворих з трофічними виразками венозного генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено анкетування 85 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу трофічних виразок венозного генезу. У всіх хворих мала місце хронічна венозна недостатність С4-С6 стадії по класифікації CEAP. Середній вік хворих склав 74 роки. Тривалість виразки склала не менше 1 року. Для оцінювання якості життя пацієнтів на варикозну хворобу було вибрано шкалу CIVIQ. Загальний бал отримували від 20 до 100, і чим більше значення, тим гірше.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Після анкетування проводився підрахунок балів. При порівнянні двох груп хворих було виявлено, що при розрахунку за стандартною формулою у основній групі показник якості життя дорівнював 45,7 балам, у контрольній групі - 23 бали. Таким чином наявність хронічної венозної недостатності, і як наслідок трофічної виразки погіршує якість життя майже у 2 рази.

ВИСНОВОК. Ускладнені форми варикозної хвороби значно погіршують якість життя пацієнтів, та змушують відчувати як фізичний так і моральний дискомфорт протягом тривалого часу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість життя, трофічна виразка, хронічна венозна недостатність, CIVIQ.

Варикозна хвороба нижніх кінцівок являє собою одну з найважливіших проблем сучасного суспільства. Захворювання характеризується значною поширеністю. За даними різних авторів, варикозна хвороба зустрічається у 25% населення США і країн Західної Європи, причому відзначається збільшення її частоти з віком [1,2,3].

Після 70 років захворювання зустрічається у 6-10 разів частіше, ніж у віці до 30 років. Дослідження, проведені у промислових районах США, встановили, що у 50% хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок вік становив понад 55 років [4,5].

Наявність трофічних виразок у 81% хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок призводить до порушення «якості» життя, що проявляється наявністю постійних або періодичних больових відчуттів, обмеженням рухливості, органічними і косметичними порушеннями. Трофічні виразки нижніх кінцівок зустрічаються у 4-5% хворих похилого віку, які звертаються за допомогою не через варикозне розширення вен, а через трофічні порушення [5].

Варикозна хвороба і хронічна венозна недостатність є важливою соціально-еко-

номічною проблемою, так як останніми роками відзначається тенденція до зростання захворюваності у осіб працездатного віку, росту числа ускладнених форм і, як наслідок, – формування стійкої непрацездатності [1,2].

У розвинених країнах витрати на лікування венозних трофічних виразок складають 1-3% загального бюджету охорони здоров'я [4]. Значні витрати на лікування важких форм хронічної венозної недостатності, а саме трофічних виразок, підтверджують актуальність варикозної хвороби.

Тривалий час оцінка сприйняття пацієнтом свого стану в соціальних, психологічних, економічних аспектах відсовувалася на другий план, віддаючи перевагу результатам інструментальних і лабораторних даних. Проте, на даний час, оцінка якості життя займає все більш важливе місце у медичних дослідженнях. З цією метою широко використовуються як загальні, так і специфічні опитувальники [5].

Найбільш визнаним опитувальником з хронічної венозної недостатності визнаний опитувальник CIVIQ 2 [5,6,7].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Оцінити якість життя у хворих з трофічними виразками венозного ґенезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проведено анкетування 85 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КЗ «Сумський обласний клінічний госпіталь інвалідів війни» з приводу трофічних виразок венозного ґенезу. У всіх хворих мала місце хронічна венозна недостатність С4-С6 стадії за класифікацією CEAP. Осіб чоловічої статі поміж них було 32 (38%), жіночої – 53 (62%). Середній вік хворих становив 74 роки. У 48 хворих трофічна виразка була наслідком первинного варикозного розширення вен нижніх кінцівок, у 37 (44%) – наслідком посттромбофлебітичного синдрому. Тривалість виразки склала не менше 1 року.

Контрольну групу склали 50 осіб того ж віку без ознак хронічної венозної недостатності.

Критеріями виключення з дослідження були: вік молодше 50 років; гострий глибокий тромбофлебіт на момент включення або в анамнезі; важкі супутні захворювання, які могли б вплинути на результати опитування; телеангіоектазії чи ретикулярні вени (стадія С1 за CEAP).

Для оцінювання якості життя пацієнтів на варикозну хворобу було вибрано шкалу CIVIQ. Опитувальник CIVIQ було адаптовано відповідно до завдань дослідження. Він складався із 20 запитань, що давали змогу оцінити ступінь обмеження якості життя, пов'язаний із венозною недостатністю та наявністю трофічних виразок, за чотирма напрямками: 1) фізичний; 2) психологічний; 3) соціальний; 4) больовий.

Діапазон фізичної категорії мав мінімальну кількість балів – 4, максимальну – 20 балів; психологічної категорії – мінімально – 9, максимальна – 45 балів; соціальної ка-

тегорії – від 3 до 15 балів, категорії болю – від 4 до 20 балів. Загальний бал отримували від 20 до 100, і чим більше значення, тим гірше.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету програм Microsoft Excel, Statistica 5.0. Визначали середні величини ($M \pm m$), достовірність різниці середніх величини за критерієм Ст'юдента (t), критеріями Вілкінсона-Манна-Уїтні [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

При включенні у дослідження усі пацієнти відмічали ті чи інші проблеми зі здоров'ям. Після анкетування проводився підрахунок балів. При порівнянні двох груп хворих було виявлено, що при розрахунку за стандартною формулою у основній групі показник якості життя дорівнював 45,7 балам. У контрольній групі отриманий результат – 23 бали (табл. 1).

Таблиця 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСНОВНІЙ ТА КОНТРОЛЬНІЙ ГРУПАХ НА МОМЕНТ ВКЛЮЧЕННЯ У ДОСЛІДЖЕННЯ

Групи	Фізична категорія	Психологічна категорія	Соціальна категорія	Категорія болю	Загальний бал
Контрольна	4,1	10,2	4,7	4,0	23
Основна	8,9	21,2	7,9	7,7	46,0

Таким чином наявність хронічної венозної недостатності, і як наслідок трофічної виразки погіршує якість життя майже у 2 рази.

Найбільше число проблем у осіб основної групи відмітили при підйомі по сходинкам. Ці хворі соромились показувати ноги, відчували себе скуто і відмічали утруднення рухів вранці. У фізичній категорії мінімальна кількість балів (4,1), встановлено у 7 (8%) хворих, в той час максимальна (19 балів) – у 35 осіб, що склало 41 % ($p < 0,05$). Хворі наголошували, що їм важко довго стояти та необхідно приймати вимушену позу. Крім зазначених вище скарг, відзначалось порушення нічного сну з огляду на біль у ногах. Перелічене впливало на якість життя.

У соціальній категорії мінімальна кількість балів (9,3) відмічалась у 15 хворих (18%), а максимальна, що становила 43 бали, у 27 чоловік (32%).

Більша частина хворих почувало себе нещасними, і вважали що своєю хворобою заважають спокійно жити своїм родичам. Також вони дуже швидко втомлювалися і ставали дратівливими.

У соціальній категорії мінімальну кількість балів, а саме 3,1 бала, встановлено у 11 осіб (13%), максимальний (14,5) бал був у 21 (25%) пацієнта ($p < 0,05$).

Через наявність дефекту шкірних покривів на нижніх кінцівках, а саме трофічних

виразок, хворі, що брали участь в опитуванні, наголосили на тому, що не можуть ходити у людні місця, тому що відчують себе невпевнено, та дуже соромляться своєї недуги.

У категорії болю мінімальний бал був 4,2 у 8 (9%) обстежених. Максимальний – 19,6 у 17 (20%) опитаних ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ.

Ускладнені форми варикозної хвороби значно погіршують якість життя пацієнтів та змушують відчувати як фізичний так і моральний дискомфорт протягом тривалого часу. Наведене у достатній мірі підтверджує, що проблема трофічних виразок нижніх кінцівок у даний час є вельми актуальною, і змушує шукати ефективні методи їх лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сабельников В.В., Шулепова Е.К. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему // Мир Медицины. – 2001. – № 3-4. – С. 7-11.
2. Rabe E1, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F/ Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program A Journal on Angiology 2012 Apr; 31 (2): 105-15.
3. Piazza G. Varicose veins / G. Piazza // Circulation.– 2014.– Vol. 130, № 7. – P. 582–587.
4. Glociczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklöf BG, Gillespie DL, Glociczki ML, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg 2011;53: 2S-48S
5. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). Qual Life Res 2006;5:539-54.
6. Launois R, Mansilha A, Jantet G. International psychometric validation of the Chronic Venous Disease quality of life Questionnaire (CIVIQ-20). Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:783-9.
7. Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. J Vasc Surg 2003;37:1047-53.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Дужий И.Д., Попадинец В.М., Кравец А.В., Николаенко А.С., И.Н. Лохоня

Сумской государственной университет

Варикозная болезнь нижних конечностей представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения, которая ведет к различным проявлениям хронической венозной недостаточности, влияет на состояние отдельных людей, а также на здоровье общества в целом. Наличие трофических язв приводит к нарушению «качества» жизни. В настоящее время, оценка качества жизни занимает все более важное место в медицине. Специфическим опросником хронической венозной недостаточности по праву признан опросник CIVIQ 2.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить качество жизни у больных с трофическими язвами венозного генеза.

Материалы и методы. Проведен опрос 85 больных, находящихся на стационарном лечении по поводу трофических язв венозного генеза. У всех больных имела место хроническая венозная недостаточность С4-С6 стадии по классификации CEAP. Средний возраст

больных составил 74 года. Продолжительность язвы составила не менее 1 года. Для оценки качества жизни пациентов варикозной болезни было выбрано шкалу CIVIQ. Общий балл получали от 20 до 100, и чем больше значение, тем хуже.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. После анкетирования проводился подсчет баллов. При сравнении двух групп больных было выявлено, что при расчете по стандартной формуле в основной группе показатель качества жизни равен 45,7 баллам, в контрольной группе - 23 балла. Таким образом наличие хронической венозной недостаточности, и как следствие трофической язвы ухудшает качество жизни почти в 2 раза.

ВЫВОД. Осложненные формы варикозной болезни значительно ухудшают качество жизни пациентов, и заставляют чувствовать как физическое так и моральный дискомфорт в течение длительного времени.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни, трофическая язва, хроническая венозная недостаточность, CIVIQ.

ASSESSMENT OF PATIENTS LIFE QUALITY WITH TROPHIC ULCER VASCULAR GENESIS

I.D. Duzhyy, V.M. Popadynets, A.V. Kravets, A.S. Nikolaienko, I.M. Likhonaya

Sumy State University

Lower limbs varicose disease is one of the most important problems of modern healthcare, which leads to various manifestations of chronic venous insufficiency, affects the individual condition of people, as well as the health of society as a whole. The presence of trophic ulcers leads to a violation of life "quality". At present, the evaluation of the life quality takes an increasingly important place in medicine. A special questionnaire for chronic venous insufficiency is rightly recognized as a questionnaire CIVIQ 2.

PURPOSE OF THE STUDY. To assess patients life quality with venous ulcers of trophic ulcers.

MATERIALS AND METHODS. A survey of 85 patients who are on inpatient treatment of venous ulcers was conducted. According to the CEAP classification all patients had chronic venous insufficiency of the C4-C6 stage. The average age of the patients was 74 years. The duration of the ulcer was at least 1 year. To assess the patients life quality with varicose veins, the CIVIQ scale was chosen. The total score was from 20 to 100, and the higher the value, the worse.

RESULTS AND DISCUSSION. After the questioning, the scoring was carried out. When comparing two groups of patients, it was found that the living standard in the main group was 45.7 in the standard group, and 23 in the control group. Thus, the presence of chronic venous insufficiency, and as a consequence of trophic ulcers, worsens the life quality almost 2-fold.

CONCLUSION. Complicated forms of varicose veins significantly impair the patients life quality, and are made to feel both physical and moral discomfort for a long time.

KEY WORDS: life quality, trophic ulcer, chronic venous insufficiency, CIVIQ.

УДК 616.411.616.346.2-002

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ АПЕНДИЦИТІ

Дужий І.Д., Шимко В.В., П'ятикоп Г.І.

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії,
радіаційної медицини та фізіотерапії*

РЕЗЮМЕ. У роботі проаналізована ефективність лікування хворих на гострий апендицит з застосуванням лімфотропного методу введення антибіотиків. Під спостереженням було 2 групи хворих. У першій групі хворим проводилось лімфотропне введення антибіотиків, у групі порівняння антибактеріальні препарати вводилися стандартним методом (внутрішньом'язево). Вивчалось накопичення препарату у хробакоподібному паростку за рівнем гальмування росту відповідної мікробної культури. Клінічні результати оцінювали за динамікою загального стану хворих, температурної реакції, виділень з дренажів, лейкоцитозу, ШОЕ, індексу ядерного зсуву, кількості великих гранулярних лімфоцитів, змін показників CD3, CD4, CD8. Одночасно з цим вивчали об'єм селезінки за допомогою ультрасонографії. Введення антибіотику лімфотропним шляхом забезпечує адекватне накопичення його в тканинах хробакоподібного паростку, чого не спостерігається при традиційному введенні антибіотика, що забезпечує надійну антибактеріальну санацію ілеоцекальної зони, має позитивний вплив на імунологічну реактивність організму, покращує результати лікування хворих на гострий апендицит, скорочує термін перебування їх у стаціонарі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий апендицит, лімфотропна терапія, імунні порушення

SUBMISSION OF APPLICATION OF LYMPHOTROPIC THERAPY WITH ACUTE APPENDICITIS

Duzhyi I. D., Shimko V.V., Pyatikop G.I.

*Sumy State University, Department of General Surgery,
Radiation Medicine and Phthisiology*

RESUME. The paper analyzes the effectiveness of treatment of patients with acute appendicitis with the use of the lymphotropic method of administration of antibiotics. Under supervision were 2 groups of patients. In the first group of patients, lymphotropic antibiotics were administered, in the comparator group, antibiotics were administered by the standard method (intermuscular). The accumulation of the drug in the appendix was studied on the level of inhibition of growth of the corresponding microbial culture. Clinical outcomes were evaluated according to the dynamics of the general condition of patients, temperature reaction, drainage excretions, leukocytosis, ESR, nuclear shear index, the number of large granular lymphocytes, changes in CD3, CD4, CD8. At the same time, the volume of the spleen was studied using ultrasonography.

The introduction of an antibiotic with a lymphotropic way ensures an adequate accumulation of it in the tissues of the appendix, which is not observed in the traditional introduction of the antibiotic, which provides a reliable antibacterial sanitation of the ileocecal zone, has a positive effect on the immunological reactivity of the organism, improves the treatment of patients with acute appendicitis, reduces their stay in hospitals

KEY WORDS: acute appendicitis, lymphotropic therapy, immunologic disorders

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Дужий И.Д., Шимко В.В., Пятикоп Г.И.

*Сумской государственной университет, кафедра общей хирургии,
радиационной медицины и фтизиатрии*

РЕЗЮМЕ. В работе проанализирована эффективность лечения больных с острым аппендицитом с применением лимфотропного метода введения антибиотиков. Под наблюдением было 2 группы больных. В первой группе больным проводилось лимфотропное введение антибиотиков, в группе сравнения антибактериальные препараты вводились стандартным методом (внутримышечно). Изучалось накопления препарата в червеобразном отростке по уровню торможения роста соответствующей микробной культуры. Клинические результаты оценивали по динамике общего состояния больных, температурной реакции, выделений из дренажей, лейкоцитоза, СОЭ, индекса ядерного сдвига, количества больших гранулярных лимфоцитов, изменений показателей CD3, CD4, CD8. Одновременно с этим изучали объем селезенки с помощью ультразвукового исследования. Введение антибиотика лимфотропным путем обеспечивает адекватное накопление его в тканях червеобразного отростка, чего не наблюдается при традиционном введении антибиотика, что обеспечивает надежную антибактериальную санацию илеоцекальной зоны, оказывает положительное влияние на иммунологическую реактивность организма, улучшает результаты лечения больных с острым аппендицитом, сокращает срок пребывания их в стационаре.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый аппендицит, лимфотропная терапия, иммунные нарушения

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ ЯТРОГЕННИЙ СПЛЕНОЗ

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В., Кобилецький С.М.

СумДУ, медичний інститут, Сумська обласна клінічна лікарня

Спленоз, посттравматична гетеротопічна імплантація тканини селезінки розвивається внаслідок ушкодження пульпи селезінки та її диссиминації. Використання аутоінтрансплантації фрагментів селезінки при вимушеній спленектомії з метою імунореабілітації можливо розглядати як ятрогенний спленоз. Вивчена ефективність аутоінтрансплантації після посттравматичної спленектомії у постраждалих з поєднаною закритою абдомінальною травмою. Регенерація імплантованої селезінкової тканини зареєстрована у 83,3% випадків АУЛТ. Нормалізація імунологічних та гематологічних порушень в аспленованих хворих у віддаленому періоді після спленектомії свідчить про її функціональну активність.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ятрогенний спленоз, аутоінтрансплантація, імунореабілітація.

Спленоз, посттравматична гетеротопічна імплантація тканини селезінки, на відміну від додаткової селезінки, що є вродженим дефектом ембріонального розвитку, розвивається внаслідок ушкодження пульпи селезінки та її диссиминації, вперше описаний J.Buchbinder у 1939 році. В останні роки частота спленозу зростає, що зумовлене збільшенням частоти травматизму, зокрема закритої абдомінальної травми, широким впровадженням консервативного лікування пошкоджень селезінки та використанням лапароскопічного метода спленектомії. З іншого боку широке впровадження сучасних діагностичних методик: ультрасоноскопії, КТ, МРТ, сцинтиграфії дозволило діагностувати спленоз значно частіше, ніж у попередні роки. Селезінкова тканина може імплантуватися і добре прижитися у різноманітних тканинах і органах людини. Описані випадки росту селезінкових імплантів у плевральній порожнині, легенях, шлунку, перикардії, яєчнику, в головному мозку, наднирниках, печінці, післяопераційному рубці, тощо. Але найчастіше селезіночні імпланти зустрічаються у черевній порожнині.

Використання аутоінтрансплантації фрагментів селезінки при вимушеній спленектомії з метою імунореабілітації можливо розглядати як ятрогенний спленоз.

МЕТА: Вивчити ефективність ятрогенного спленозу після посттравматичної спленектомії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Обстежено 12 осіб після посттравматичної спленектомії, яким використана аутоінтрансплантація (АУЛТ) по оригінальній методиці, через 1,5–5 років після оперативного втручання. Крім загальноклінічних тестів у хворих визначали кількість тром-

боцитів, наявність тілець Howell-Jolly, число природних кілерів (NK), проводилася ультрасоноскопія органів черевної порожнини, а у трьох випадках і комп'ютерна томографія живота.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Ділянки ектопічної селезінкової тканини розмірами від 1,5 до 4 см у великому сальнику діагностовані у 10 (83,3%) обстежених: У 2 (16,7%) пересажені фрагменти селезінки не визначалися. У хворих з ятрогенним спленозом у периферійній крові були відсутні тільця Howell-Jolly, що свідчило про функціональну активність регенерованої тканини селезінки. Кількість лімфоцитів та тромбоцитів у цих хворих була у межах норми, число природних кілерів ($4,3 \pm 0,5\%$) суттєво не відрізнялося від нормального показника ($P < 0,05$). У аспленованих осіб, у яких АУЛТ була неефективна, показники імунологічної реактивності були суттєво нижчими ($P < 0,05$), у периферійній крові визначалися тільця Howell-Jolly.

ВИСНОВКИ.

Регенерація імплантованої селезінкової тканини зареєстрована у 83,3% випадків АУЛТ, нормалізація імунологічних та гематологічних порушень в аспленованих хворих у віддаленому періоді після спленектомії свідчить про її функціональну активність.

УДК 616.33/.34-002.44-005.1-03.7:577.112

АКТИВНІСТЬ РЕДОКС-РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

Буковинський державний медичний університет

Наведені результати дослідження показників активності редокс-реакцій у 27 хворих на гострі виразкові кровотечі, у 6 з яких виник рецидив кровотечі. Встановлено, що у хворих з рецидивними кровотечами на час надходження у стаціонар переважала активність окисних реакцій на тлі недостатності системи глутатіону. Наслідком цього є надмірна окисна трансформація білків, яка може викликати порушення біологічної активності компонентів загортальної системи, розлади процесів регенерації, що сприяє відновленню кровотеч. Показники вмісту глутатіону відновленого, окисної модифікації основних білків можуть бути використані з метою прогнозування виникнення рецидивної кровотечі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: виразкові кровотечі, редокс-реакції, прогнозування.

Вибір лікувальної тактики за гострих кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки залишається серед актуальних проблем сучасної медицини [2,3]. Першочергово це стосується питань прогнозування виникнення і лікування рецидивних геморагій [5,9].

Серед причин таких утруднень можна відмітити недостатнє розуміння причин і механізмів розвитку відновлення кровотечі. Слід відмітити, що дослідження цих питань зосереджені, переважно, у царині вивчення змін з боку системи гемостазу, фібринолізу, структурних змін слизових оболонок тощо [3,6]. Такі напрямки, хоча й важливі, але оминають інші суттєві механізми регуляції гемостазу і регенерації, зокрема, окисно-відновні реакції [1,7,8], що, на нашу думку, потребує дослідження.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Вивчити активність окисно-відновних механізмів у хворих на гострі кровотечі з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.

27 хворих віком від 20 до 78 р. Серед них 19 (70,37%) чоловіків, 8 (29,63%) жінок. Усім хворим виконана фіброгастродуоденоскопія. У 13 (48,15%) хворих виявлена виразка шлунка, у решти – дванадцятипалої кишки. У 12 (58,82%) пацієнтів діагностований клас Forest IIC, у 11 – IIB у решти – IIC. Усім хворим призначалося стандартне лабораторне обстеження і однотипне лікування.

Хворі були поділені на групи. Першу утворили 6 пацієнтів, у яких виник рецидив кровотечі (у всіх – клас Forest IIB). Решта хворих віднесені до 2 групи.

При надходженні у стаціонар після верифікації діагнозу у пацієнтів забирали вену з крові. Для оцінки активності перекисного окиснення ліпідів визначали вміст у плазмі ізольованих подвійних зв'язків, дієнових кон'югат, кетадієнів і спряжених трієнів, маленового альдегіду (також в еритроцитах). Досліджували рівень окиснювальної модифікації загального білка плазми, нейтральних і основних білків. Стан антиоксидантного захисту оцінювали за вмістом у плазмі глутатіону відновленого і активністю каталази.

Статистичне обчислення результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel (build 11.5612.5703). Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Вілкі. Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували U-критерій Вілкоксона. Кореляційний аналіз проводили з використанням коефіцієнта кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Виявлено, що вміст продуктів перекисного окиснення ліпідів (табл. 1) у хворих 2 групи перевищував, а параметри більшості показників відрізнялися статистично значуще. Параметри окисної модифікації білків відрізнялися з іншими закономірностями (табл. 2). Активність окиснення основних білків у 1 групі статистично значуще переважала. Водночас рівень окисації нейтральних білків у хворих 1 групи був дещо нижчим.

Вміст глутатіону відновленого у 1 групі був дещо нижчий (табл. 3). Водночас активність каталази у хворих 1 групи різко переважала.

Такі параметри активності каталази у 1 групі вказують на велику кількість перекису водню, який утворюється внаслідок значної інтенсивності перекисних реакцій [1], а низький вміст проміжних продуктів окиснення ліпідів є свідченням напруги антиоксидантних механізмів [4]. Водночас, відносно низький вміст відновленого глутатіону може свідчити про його активне використання і недостатню активність ферментних систем, що регенерують глутатіон, недостатню кількість якого сприяє активації окисних процесів [1,4].

З огляду на ключову роль глутатіону, який є основним чинником захисту білкових структур від окисного пошкодження, у антиоксидантній системі [1,7], недостатність механізмів його відновлення може бути серед причин надмірного рівня окисної модифікації білків. Підтвердженням цьому є тісна кореляція між показниками вмісту глутатіону відновленого і параметрами показників окисної модифікації основних білків ($r = -0,8$ $p < 0,05$).

Отже, викладене дозволяє підсумувати, що у частини хворих на гострі виразкові кровотечі на час надходження виявляються ознаки переважання активності окисних реакцій на тлі недостатності відновлення глутатіону, розвиваються рецидивні геморагії. Наслідками цього є порушення окисної трансформації білків, що може змінювати структуру компонентів загортальної системи, сприяти втраті біологічної активності, викликати дисбаланс системи гемостазу, пригнічувати процеси регенерації і сприяти

відновленню кровотеч. Показники, які характеризують активність окисно-відновних реакцій можуть бути використані з прогностичною метою. Такі особливості слід враховувати при призначенні консервативного лікування.

ВИСНОВКИ.

1. Зростання активності окисних реакцій на фоні пригнічення антиоксидантних механізмів у хворих на гострі виразкові кровотечі супроводжується виникненням їх рецидивів.

2. Показники вмісту глутатіону відновленого і рівня окисної модифікації основних білків можуть бути використані для прогнозування розвитку рецидивів кровотечі.

СПИСОК ЦИТОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.

1. Губский Ю.И. Смерть клетки: свободные радикалы, некроз, апоптоз: Монография / Ю. И. Губский. - Киев-Винница, 2015. - 360 с.
2. Желудочно-кишечные кровотечения (причины, диагностика, лечение): монография / Ю.М. Степанов, В.И. Залевский, А.В. Косинский. - Днепропетровск: Лира, 2011. - 231 с.
3. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч / Ковальчук Л.Я., Шепетько Є.М., Шапринський В.О., Івашук О.І., Нікішаєв В.І. та ін.; за ред. Шепетька Є.М. - Київ : Фенікс, 2014. - 421 с.
4. Завійський Ю. Антиоксиданти і антиоксидантна система організму людини / Ю. Завійський // Вісник прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника. Серія Біологія. - 2005. - № 5. - С. 107-118.
5. Прогнозування рецидиву виразкових кровотеч після ендоскопічного гемостазу / Б.О. Матвійчук, С.Л. Рачкевич, І.М. Тумак [та ін.] // Acta medica Leopoliensia. - 2015. - Т. 21, № 3. - С. 53-58.
6. Comparison of the therapeutic effects of sildenafil citrate, heparin and neuropeptides in a rat model of acetic acid-induced gastric ulcer / M. Kalayci, M.A. Kocdor, T. Kuloglu [et al.] // Life Sci. - 2017. - Vol. 186. - P. 102-110.
7. Oxidative stress and antioxidant defense / E. Birben, U. M. Sahiner, C. Sackesen [et al.] // World. Allergy. Organ. J. - 2012. - Vol. 5, № 1. - P. 9-19.
8. Oxidative stress, antioxidants and intestinal calcium absorption / G. Diaz de Barboza, S. Guizzardi, L. Moine, N. Tolosa de Talamoni // World. J. Gastroenterol. - 2017. - Vol. 23, № 16. - P. 2841-2853.
9. Risk factors determining the need for second-look endoscopy for peptic ulcer bleeding after endoscopic hemostasis and proton pump inhibitor infusion / H.C. Cheng, C.T. Wu, W.Y. Chen [et al.] // Endosc. Int. Open. - 2016. - Vol. 4, № 3. - P. 255-262.

Таблиця 1

ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ

Показник	1 група	2 група
Ізольовані подвійні зв'язки Е/мл крові	4,78±0,09	6,22±0,39**
Дієнові кон'югати Е/мл крові	2,52±0,17	3,06±0,19**
Кетодієни і спряжені трієни Е/мл крові	1,17±0,06	1,77±0,32
Малоновый альдегід плазми мкмоль/л	2,96±0,04	3,88±0,29**
Малоновый альдегід еритроцитів мкмоль/л	8,07±0,08	37,03±7,61***

Примітка: ** – коефіцієнт вірогідності $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ (наведені тільки статистично істотні відмінності).

Таблиця 2

ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ БІЛКІВ У ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ

Показник	1 група	2 група
Нейтральні білки (Е370) мм/г білка	3,25±0,08	3,98±0,43
Основні білки (Е430) о.о.о.г./г білка	39,80±0,84	36,21±2,95*

Примітка: * – коефіцієнт вірогідності $p < 0,05$ (наведені тільки статистично істотні відмінності).

Таблиця 3

ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ

Показник	1 група	2 група
Глутатіон відновлений ммоль/л	0,39±0,06	0,44±0,07
Каталаза мкат/л	62,5±1,85	37,03±7,61**

Примітка: ** – коефіцієнт вірогідності $p < 0,01$ (наведені тільки статистично істотні відмінності).

АКТИВНОСТЬ РЕДОКС-РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Дутка И.И., Гринчук Ф.В.

Буковинский государственный медицинский университет

Реферат. Приведены результаты исследования показателей активности редокс-реакций у 27 больных с острыми язвенными кровотечениями, у 6 из которых возник рецидив кровотечения. Выявлено, что у больных с рецидивирующими кровотечениями на время поступления в стационар преобладала активность окислительных реакций на фоне недостаточности системы глутатиона. Следствием этого является чрезмерная окислительная трансформация белков, которая может вызвать нарушения биологической активности компонентов свертывающей системы, расстройства процессов регенерации, что способствует возобновлению кровотечений. Показатели содержания глутатиона восстановленного, окислительной модификации основных белков могут быть использованы для прогнозирования возникновения рецидивного кровотечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенные кровотечения, редокс-реакции, прогнозирование.

THE ACTIVITY OF REDOX REACTIONS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE BLEEDING.

Dutka I.I., Grynychuk F.V.

Bukovinian state medical university

Abstract. The research results of the indicators of the redox reactions activity are presented: 27 patients with acute ulcerative bleeding, to 6 of whom a recurrence of bleeding happened. It has been found, that the activity of oxidative reactions prevailed on the insufficient glutathione system background in patients with the recurrent bleeding at the hospitalization time. The consequence of this is an excessive oxidative transformation of proteins, which can cause a violation of the biological activity of the components of the hemostasis system, as well as the regeneration processes disorders, which contributes to the bleeding restoration. The content indexes of the restored glutathione, oxide modification of the main proteins can be used to predict a recurrent bleeding.

KEYWORDS: ulcer bleeding, redox-reactions, prediction.

УДК620.3:616.13-089.451

ВПЛИВ ОБРОБКИ АДАПТУЮЧОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ (adc) ОКСИГЕНАТОРА ПРИ ВИКОНАННІ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ НА ЗМІНУ КЛІТИН КРОВІ

Дьордяй І. С.¹, Собанська Л. О.¹, Тополов П. О.¹, Куриленко Я. В.¹, Белемець Н. І.¹,
Лазаренко О. М.¹, Лазаренко Г. О.¹, Гур'янов В. Г.¹, Алексєєва Т. А.²

¹Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, ²Інститут хімії поверхні ім.О.О.Чуйка НАН України

Стаття присвячена впливу обробки адаптуючою композицією оксигенатора на зміни кількісного складу клітин крові та їх форми при проведенні аорто-коронарного шунтування

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Оксигенатор, зміна формули крові, форми клітин крові, адаптуюча композиція.

Операції на відкритому серці виконуються з використанням апарату штучного кровообігу (АШК) - оксигенатора. Сучасний оксигенатор являє собою складну інженерну конструкцію. Крім магістралей та ємкості для крові його робочим елементом є мембрана з розвиненою поверхнею на якій відбувається насичення еритроцитів киснем. Нажаль, для організму пацієнта поверхня оксигенатора та його магістралей є ектогенним фактором, що провокує запальну реакцію організму, яка призводить до негативних явищ, таких як: адгезію лейкоцитів на його контактній поверхні та їх активацію, адсорбцію еритроцитів [1-3].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - оцінити можливість адаптації контактної поверхні оксигенатора за допомогою «адаптуючої композиції» (Adaptive Composition – AdC), на основі альбуміну сироватки крові реципієнта за змінами стану клітин крові пацієнта.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі Хірургічного центру ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за період листопад 2016 – березень 2017 р.р. було прооперовано 42 хворих з використанням АШК. Пацієнти були поділені на дві групи. Пацієнтам 1-ї групи (30 хворих, 24/6 чол./жін. відповідно) операції виконували з АШК без обробки AdC. Для пацієнтів 2-ої групи (12 пацієнтів - 9/3 чол./жін. відповідно) проводилась обробка AdC (фізіологічний розчин + сироватка крові пацієнта в розведенні 50:1), яка готувалась згідно патенту [4] та методичним рекомендаціям [5]. Вік пацієнтів в обох групах коливався в межах 68±13 років.

Обробка оксигенатора AdC проводилась за схемою: у пацієнта з підключичної вени набирали 20 мл. крові. Кров відстоювалась на протязі 15 хвилин для формування згустку, потім для отримання сироватки її центрифугували на протязі 7 хвилин при 3,5 тис. об/хв. Отриману сироватку відбирали стерильним шприцем, доводили об'ємом до 15 мл. фізіологічним розчином та вводили в оксигенатор через разовий мембранний

фільтр з порами 0,22 мкм. (Minisart, Sartoriusstedium, Biotechcorp.). У холостому режимі проводили циркуляцію AdC протягом 5-7 хвилин. Після чого AdC повністю зливали з оксигенатора і далі проводили стандартну процедуру його заповнення відповідними розчинами. Згідно протоколу дослідження у пацієнтів набирали кров для загального аналізу до початку операції та вкінці її. Також на початку операції до штучного кровообігу (ШК), на 5-10 хв. ШК, на 20-30 хв. ШК, на етапі зігрівання (60-70 хв. ШК), та після закінчення операції робили мазки крові для візуалізації змін якості і форми клітин крові.

При проведенні аналізу результатів дослідження використано пакет MedStat (Лях Ю.Є., Гур'янов В.Г., 2004–2011 р.р.). Для представлення результатів розраховувалося середнє значення показника (\bar{X}) та похибку середнього (m). При проведенні аналізу використані критерії порівняння використані критерії для пов'язаних вибірок. Критичний рівень значущості дорівнює 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення результатів загального аналізу крові показало (табл. 1), що в обох групах відбувалось зменшення кількості еритроцитів (RBC) на 30% ($p < 0,05$). При цьому відбувалось падіння ($p < 0,05$) % вмісту лімфоцитів $30,6 \pm 11,7\%$ проти $8,7 \pm 2,6\%$ без обробки AdC відповідно та з $42,7 \pm 1,6\%$ проти $11,3 \pm 4,4\%$ у випадку обробки AdC. В обох групах спостерігалось статистично значуще ($p < 0,05$) зростання % вмісту GRAN. Було також виявлено тенденцію (однак $p > 0,05$) до зростання рівня лейкоцитів та зниження концентрації тромбоцитів (PLT) у випадку групи 1 та 2 в порівнянні з початком операції.

Таблиця 1.

ЗМІНА В СКЛАДІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВИКОРИСТАННЯ АШК, $\bar{X} \pm M$.

	1-ша група		2-га група	
	На початку операції	В кінці операції	На початку операції	В кінці операції
WBC, ($10^9/\text{л}$)	$9,5 \pm 5,0$	$17,5 \pm 2,4$	$7,2 \pm 2,8$	$11,7 \pm 3,4$
LYM%	$30,6 \pm 11,7$	$8,7 \pm 2,6^*$	$42,7 \pm 1,6$	$11,3 \pm 4,4^*$
MID%	$5,2 \pm 1,7$	$3,0 \pm 1,1$	$4,3 \pm 1,3$	$3,0 \pm 0,8$
GRAN%	$64,2 \pm 11,5$	$88,4 \pm 3,4^*$	$54,0 \pm 2,1$	$85,8 \pm 5,2^*$
RBC, ($10^{12}/\text{л}$)	$4,76 \pm 0,24$	$3,3 \pm 0,28^*$	$4,35 \pm 0,13$	$3,14 \pm 0,09^*$
MCV, (10^{-15}л)	$89,7 \pm 4,1$	$88,6 \pm 4,1$	$84,8 \pm 3,0$	$83,7 \pm 2,7$
PLT, ($10^9/\text{л}$)	225 ± 32	152 ± 32	168 ± 8	120 ± 18

Примітки: WBC – лейкоцити; LYM% - % вміст лімфоцитів; MID% - % вміст; GRAN% - % вміст; RBC – еритроцити; MCV- середній розмір еритроцитів; PLT – тромбоцити;

* – відмінність від показників на початку операції статистично значуща, $p < 0,05$.

На рис. 1 наведено розподіл значень показника відношення RBC до операції / RBC після операції, який становить, що становить 1,55 у 1-ій групі та при обробці AdC

відбувається зниження до 1,41, що свідчить про збереження еритроцитів в циркулюючій крові.

Як було описано у в методах та матеріалах на протязі операції на різних етапах брали мазки крові пацієнта для цитологічного аналізу.

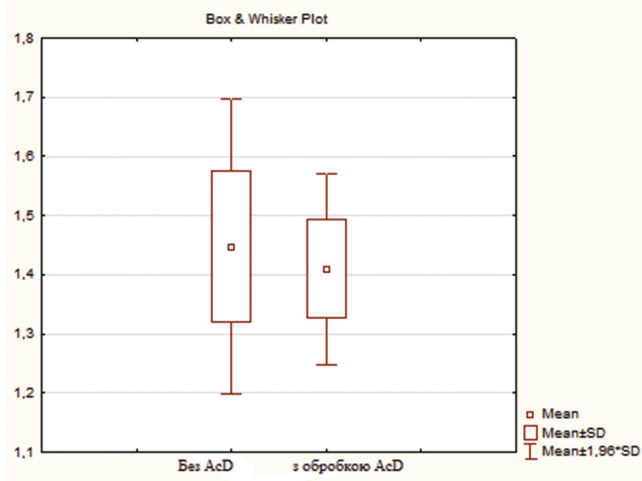


Рис. 1. ВІДНОШЕННЯ КІЛЬКОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ ДО ОПЕРАЦІЇ ТА ПІСЛЯ НЕЇ ПРИ ОБРОБЦІ АДС ТА БЕЗ ТАКОЇ (РВСДО ОПЕРАЦІЇ /РВС ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ).

Аналіз цитологічних препаратів обох груп вказував на зміни у формі еритроцитів. Однак, під кінець операції в групі 2, з обробкою AdC, переважали нормоцити. В групі 1, без обробки AdC, на останньому етапі з'являлись різні форми еритроцитів - від ехіноцитів до мікроцитів з обмеженою кількістю нормоцитів. Цитологічні результати можна узагальнити на прикладі 2-х хворих довільно взятих з групи 1 та 2 відповідно.

На (рис.2 а та б) на початку операції у пацієнта групи 1 спостерігалась наявність еритроцитів у вигляді нормоцитів тоді, як у пацієнта з групи 2 еритроцити мали форму ехіноцитів. Ця форма утворюється за рахунок зморщення мембрани еритроцитів, що відповідає збільшенню осмосу плазми крові пацієнта. Наприкінці операції (рис.2в та г) еритроцити змінюються. Так у пацієнта групи 1 (рис.2в) в полі зору з'явилися ехіноцити, мікроцити та еритроцити у формі «бублика». Це може свідчити, що кисневий обмін на газообмінній мембрані оксигенатора має певні недоліки, які можна пояснити адсорбцією еритроцитів на її поверхні і блокування підходу нових клітин. Наявність мікроцитів свідчить про гіпоксію, яка стимулює їх утворення. У пацієнта з групи 2, з обробкою AdC форма еритроцитів набула нормального вигляду (рис.3б)

Рис.2. ЦИТОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ З ОБРОБКОЮ AdC ТА БЕЗ НЕЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ОПЕРАЦІЇ. ГРУПА 1: а – ДО ОПЕРАЦІЇ; в – НА ПРИ КІНЦІ ОПЕРАЦІЇ; ГРУПА 2: б – ДО ОПЕРАЦІЇ; г – КІНЕЦЬ ОПЕРАЦІЇ. СТРІЛКАМИ ВКАЗАНІ МІКРОЦИТИ.

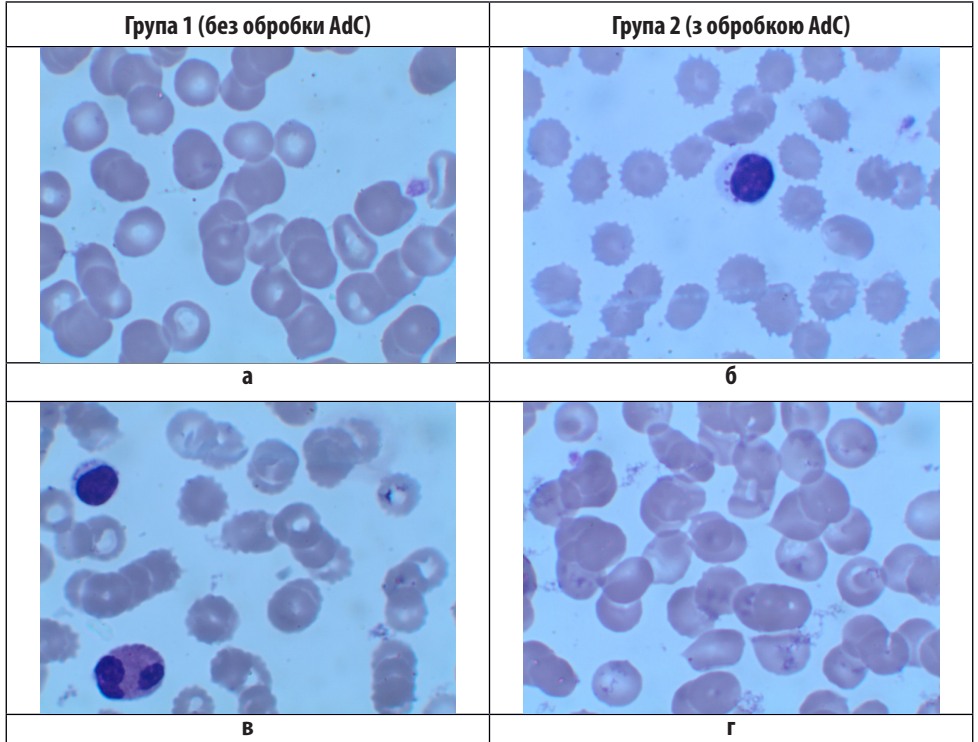
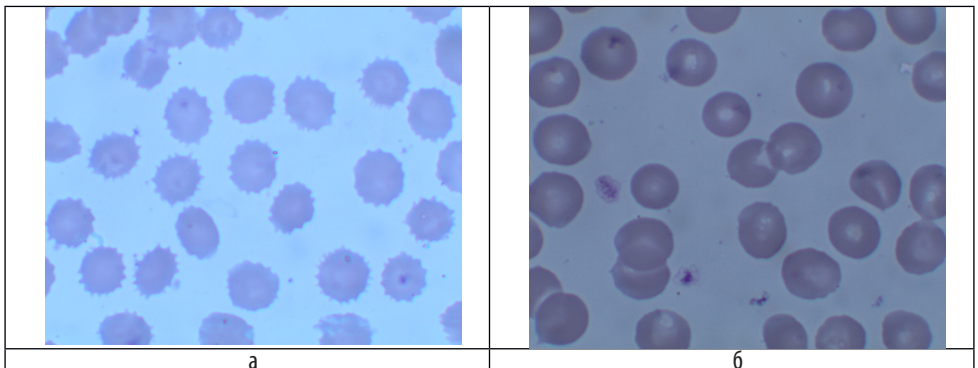


Рис.3. ЕРИТРОЦИТИ ПАЦІЄНТА ІЗ ГРУПИ 2, ОКСИГЕНАТОР ЯКОГО БУВ ОБРОБЛЕНИЙ AdC: а – ДО ОПЕРАЦІЇ; б – В КІНЦІ ОПЕРАЦІЇ.



На (рис.3 а та б) добре видна зміна в стані мембрани еритроцитів. Як вказано було вище, форма еритроцитів у даного пацієнта свідчила про високий рівень електролітів в його крові, а наприкінці операції мали нормальний вигляд. В полі зору не спостерігалось мікроцитів, що без посередньо свідчило про відсутність гіпоксії. Крім того відзначалась мала аглютинація клітин та відновлення їх форми – швидке нівелювання мембранних зсувів (ехіноцити - нормоцити).

Таким чином з огляду на аналіз цитології крові, отриманої на різних етапах операції можна сказати, що обробка AdC оксигенатора приводить до зменшення адсорбції еритроцитів на його мембрані та магістралях. А відсутність мікроцитів при цитологічному аналізі напряму пов'язана з нормальним функціонуванням оксигенатора.

В групі пацієнтів 1 без обробки AdC цитологічний аналіз мазків крові пацієнтів показав поступову зміну форми еритроцитів у напрямку утворення ехіноцитів та мікроцитів.

ВИСНОВКИ

Застосування обробки оксигенаторів AdC приводить до зменшення реакції організму на нього – незначне збільшення WBC, зниження % лімфоцитів та вмісту гранулоцитів. Також у цих випадках відсутність ехіноцитів та мікроцитів свідчить про адекватне кисневе забезпечення еритроцитів. Проводиться подальше клінічне спостереження пацієнтів обох груп для встановлення впливу обробки AdC на якість їх життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Iwahashi H, Yuri K, Nos Y. Development of the oxygenator: past, present, and future. *J Artif Organs*. 2004;7(3):111-20.
2. Kutay V, Noyan T, Ozcan S, Melek Y, Ekim H, Yakut C. Biocompatibility of heparin-coated cardio pulmonary by-pass circuits in coronary patients with left ventricular dysfunction is superior to PMEA-coated circuits. *J Card Surg*. 2006 Nov-Dec;21(6):572-7.
3. VandenEynden F, Carrier M, Ouellet S, Demers P, Forcillo J, Perrault LP, Pellerin M, Bouchard D. AVEC Trillium oxygenator versus noncoated Monolyth oxygenator: a prospective randomized controlled study. *J Card Surg*. 2008 Jul-Aug;23(4):288-93.
4. Lazarenko OM, Aleksyeyeva TA. Kompozytsiya dlya pidvyshchennya biosumisnosti implantiv ta klityn dlya transplantatsiyi z orhanizmom retsypiyenta ta sposib iyi pryhotuvannya Patent Ukrayiny na vynakhid 104738. 2014.
5. Kartel' MT, Aleksyeyeva TA, Lazarenko OM, Boyko IV ta insh. Klinichne zastosuvannya obrobky poverkhni implantativ adaptuyuchoyu kompozytsiyeyu dlya polipshennya yikh biosumisnykh vlastyvostey u rekonstruktivno-vidnovlyuval'niy khirurhiyi [Metodichni rekomendatsiyi]. Kyiv; Karavela; 2016.

**INFLUENCE OF OXYGENATOR TREATMENT WITH ADAPTIVE COMPOSITION (ADC)
ON CHANGES OF BLOOD CELLS DURING
BY-PASS SURGERY**

**Ivan S.Dyorday¹, Lada A. Sobanska¹, Pavel. A. Topolov¹, Yaroslav V. Kurilenko¹, Natali I. Belemets¹,
Oleg N. Lazarenko¹, Glib O. Lazarenko¹, Vitaliy G. Gurianov¹, Tetiana A. Aleksyeyeva²**

*1Research and Practice Center of Preventive and Clinical Medicine State Administrative Department,
2O.O. Chuyko Institute of surface chemistry National Academy of Science of Ukraine*

The article is devoted the influence of treatment the oxygenator with adaptive composition on changes in the quantitative composition of blood cells and their forms during bypass grafting.

Keywords: oxygenator, changes in blood cells, form of blood cells, adaptive composition

УДК: 617.55-001.31

ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

Енин Р.В.*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса*

Стрімкий розвиток сучасних медичних технологій зумовили нові досягнення і можливості військово-польової хірургії. Одним з таких перспективних напрямків є ендовідеохірургія пошкоджень. З 2014 року в умовах локального конфлікту на сході України накопичено досвід застосування ендовідеоскопічних технологій в лікуванні бойової вогнепальної травми на передових етапах евакуації.

Для надання кваліфікованої хірургічної допомоги пораненим і постраждалим в умовах гібридної війни на сході України на початку червня 2014 року було розгорнуто мобільні госпіталі. Оперативні втручання проводились на універсальному комплексі для ендовідеохірургії «ЕКОНТ-КОМПЛЕКС» (Україна). За 12 місяців виконано 107 відеоендоскопічних операцій при різних поєднаних і комбінованих пошкодженнях і захворюваннях органів черевної порожнини. Пошкодження живота і таза були у 29 чоловік, з них у 21 - вогнепальні поранення, у 8- закриті травми. Невідкладні захворювання органів черевної порожнини спостерігалися у 79 чоловік.

З 18 поранених з вогнепальними пораненнями живота і таза у 15 - поранення носили проникаючий характер, у 3 - непроникаючий. При проникаючих пораненнях одному пацієнту виконано лапароскопічне ушивання ран діафрагми і шлунка, чотирьом пораненим виконана остаточна зупинка кровотечі з ран печінки, 3 - лапароскопічне ушивання розривів брижі тонкої кишки, 1 - лапароскопічно асистована резекція тонкої кишки. Трьом пацієнтам виконана лапароскопічна десцендостомія при вогнепальному пораненні таза з пошкодженням прямої кишки. Конверсія до відкритої операції здійснена в 3 випадках. У 6 пацієнтів проникаючий характер вогнепальних поранень виключений методом діагностичної лапароскопії. З 8 пацієнтів із закритою травмою живота пошкодження внутрішніх органів виявлено у - 4, операції були закінчені лапароскопічно. При масовому надходженні поранених застосування лапароскопії було обмеженим.

Високу ефективність діагностична та лікувальна лапароскопія показала в лікуванні гострих захворювань органів черевної порожнини на передових етапах надання допомоги військовослужбовцям. Також лапароскопія застосовувалась для надання допомоги при захворюваннях у цивільного населення, що призвело до поліпшення іміджу

армії у цивільному соціальному середовищі.

ВИСНОВКИ.

1. Застосування ендовідеохірургічної техніки дозволило високоефективно надати хірургічне лікування при вогнепальних пораненнях і травмах живота, а також гострих захворюваннях органів черевної порожнини.
2. Ендовідескопічні технології мають обмеження при масовому надходженні поранених.

УДК: 577.15+616-092.9+ 616.914

СТАН ЛІПІДОГРАМИ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ

Кавин В.О.*Івано-Франківський національний медичний університет*

У даній роботі представлені результати вивчення окремих показників ліпідограми в умовах експериментального абдомінального сепсису у щурів через 24 год після моделювання абдомінального сепсису. Як показали дослідження, в умовах експериментального абдомінального сепсису виникають порушення ліпідного обміну, що проявилось зростанням рівня ліпопротеїдів високої щільності, коефіцієнту атерогенності та холестерину. Ключові слова: абдомінальний сепсис, ліпідограма, холестерин, ліпопротеїди високої густини, ліпопротеїди низької густини, коефіцієнт атерогенності

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сепсис, ліпідограма, холестерин, ліпопротеїди високої щільності, ліпопротеїди низької щільності.

Незважаючи на наявність сучасних антибактеріальних середників, нової діагностичної апаратури, значних фінансових витрат, абдомінальний сепсис залишається актуальною та до кінця не вивченою проблемою в медицині. Повністю ще не вивчені всі патогенетичні ланки виникнення важкого сепсису та поліорганної недостатності, яка є причиною високої смертності. Як показують дослідження, серед різноманітних патофізіологічних ланок, які виникають в умовах абдомінального сепсису внаслідок ендотоксемії, важливе значення відіграє порушення ліпідного обміну. Так, ліпопротеїди можуть брати участь у зв'язуванні й видаленні бактеріального токсину [1], впливають на моноцити та міграцію макрофагів, рівень запальних цитокінів, беруть участь в активації ендотеліальної синтази окису азоту (E-NO) [2].

Вивчення ліпідограми та коефіцієнту атерогенності було проведено в 12 щурів в умовах експериментального абдомінального сепсису. Абдомінальний сепсис був спровокований ін'єкцією 30% калової суспензії в черевну порожнину щура. Калова суспензія була введена інтраперитонеально під загальним знеболенням. Середня вага щурів становила 153 - 197 гр. Дослідження проводилось після 24 год від початку експерименту. Загальний стан щура був оцінений за наступними ознаками: стан шерсті, наявність чи відсутність виділень з очей, наявність чи відсутність діареї, втрата ваги, порушення орієнтації в просторі, порушення активності та порушення дихання у щура. Оцінюючи ліпідограму через 24 год після моделювання абдомінального сепсису, нами виявлено, що вміст α -ліпопротеїдів (ХЛВГ) зростав та становив $1,45 \pm 0,03$ ммоль/л в порівнянні з нормальними показниками. Було виявлено незначні зміни вмісту β -ліпопротеїдів

(ХЛНГ) в порівнянні з контрольними показниками. Їх вміст становив $0,27 \pm 0,02$ ммоль/л в порівнянні з контрольними показниками. Коефіцієнт атерогенності (відношення різниці загального холестерину і ліпопротеїдів високої густини до ліпопротеїдів високої густини) зростав та становив $0,4722 \pm 0,00314$. Виявлено незначні зміни вмісту тригліцеридів, який становив $0,83 \pm 0,02$ ммоль/л. Більш виражені зміни стосувалися вмісту холестерину та пре- β -ліпопротеїдів (ХЛДНГ). Збільшення вмісту холестерину розглядається як захисний механізм при системній запальній реакції. Вміст холестерину зростав до $2,13 \pm 0,06$ ммоль/л у щурів з абдомінальним сепсисом через 24 год від початку експерименту. Разом з тим зростав вміст пре- β -ліпопротеїдів до $0,42 \pm 0,06$ ммоль/л, які поряд з β -ліпопротеїди відносять до прозапальних ліпопротеїдів, що володіють пошкоджуючою дією на ендотелій судин [3].

Таким чином, в умовах експериментального абдомінального сепсису виникають порушення ліпідного обміну, що вимагає подальшого вивчення, з метою покращення діагностики та прогнозування перебігу септичного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Catapano AL, Pirillo A, Bonacina F, Norata GD. HDL in innate and adaptive immunity/ A.L. Catapano, A. Pirillo, F. Bonacina, G.D. Norata// *Cardiovasc Res.* 2014;103:372–83.
2. Murphy AJ. High-density lipoprotein reduces the human monocyte inflammatory response/ A.J.Murphy // *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2008;28:2071–7
3. Paciullo F., Fallarino F., Bianconi V., Mannarino MR., Sahebkar A., Pirro M. PCSK9 at the crossroad of cholesterol metabolism and immune function during infections // *J Cell Physiol.* 2017 Sep;232(9):2330-2338.

УДК 616-099+616.381-002+616-089

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ

Кавин В.О.

Івано-Франківський національний медичний університет

В статті наведено результати обстеження та лікування 127 хворих на гострий перитоніт. Проведені дослідження, направлені на вивчення окремих патогенетичних ланок перебігу гострого перитоніту в залежності від термінів його виникнення та поширеності. Врахування таких показників як сорбційна здатність еритроцитів, деформованість еритроцитів, вміст інтерлейкіну-2 та інтерлейкіну-8, середньомолекулярних пептидів в сироватці крові дозволить покращити результати лікування хворих на гострий перитоніт.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий перитоніт, сорбційна здатність еритроцитів, деформованість еритроцитів, інтерлейкін, середньомолекулярні пептиди.

Гострий перитоніт – одне із невідкладних захворювань органів черевної порожнини, яке на сьогодні потребує вивчення, у зв'язку з значними фінансовими витратами на лікування таких хворих, зростанням частоти гнійно-септичних ускладнень та високою летальністю [1]. Одним з небезпечних ускладнень, яке виникає при гострому перитоніті є абдомінальний сепсис, частота виникнення якого зростає [4]. Залишаються не вирішеними основні патогенетичні ланки, що є причиною виникнення абдомінального сепсису, тяжкого сепсису та поліорганної недостатності у хворих на гострий перитоніт [3]. Методи оцінки перебігу гострого перитоніту не рідко є суперечливі та не завжди є інформативні, що утруднює діагностику та лікування таких хворих.

МЕТА РОБОТИ: вивчити деякі патогенетичні механізми при гострому перитоніті, з врахуванням його тяжкості перебігу.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

Нами проведено обстеження та лікування 127 хворих на гострий перитоніт. Серед них чоловіків було 75 (59%), жінок – 52 (41%). До 12 годин з моменту захворювання поступило 36 хворих, до 24 годин – 62 хворих, після 24 годин -29 хворих. Серед основних причин виникнення гострого перитоніту був гострий апендицит, перфоративна виразка 12-палої кишки, гострий холецистит, гостра кишкова непрохідність. Місцевий перитоніт діагностовано в 59 (46%) хворих, дифузний – в 44 (35%) хворих, розлитий – в 24 (19%) хворих. Всім хворим проведено загальноклінічні, лабораторні, імунологічні, бактеріологічні аналізи. Проведено інструментальне дослідження хворих, використовуючи ультразвукове дослідження, рентгенологічне дослідження та відеоендоскопію.

У хворих на гострий перитоніт проведено вивчення деформованості еритроцитів та їх сорбційної здатності; визначено вміст інтерлейкіну-8 й інтерлейкіну -2. Проведено вивчення коефіцієнту септичності (Кс), що є відношенням вмісту середньомолекулярних пептидів СМП2 при довжині хвилі 280нм до вмісту середньомолекулярних пептидів СМП1 при довжині хвилі 254нм методом спектрофотометрії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Виявлено незначні відхилення ступеня деформованості еритроцитів та їх сорбційної здатність в 33 хворих з місцевим перитонітом, у яких був виявлений серозний та серозно - фібринозний перитоніт. Їх значення незначно відрізнялися від показників контрольної групи. При бактеріологічному дослідженні вмісту черевної порожнини у цих хворих посів на патогенну флору росту не давав. У 28 хворих з місцевим гнійним перитонітом та в 25 хворих з дифузним фібринозним перитонітом ступінь деформованості еритроцитів зростав до $0,85 \pm 0,04$ та знижувався на 3-4 добу після оперативного лікування і становив $0,62 \pm 0,05$. Сорбційна здатність еритроцитів у цих хворих становила $46,3 \pm 0,4\%$. Проведене бактеріологічне дослідження ексудату черевної порожнини *E.coli*, *Enterobacter spp.*, *St.faecalis*. Ці збудники транслюють в кров та містять у своїй структурі ендотоксин, який запускає весь складний каскад патологічних змін в організмі при інтраабдомінальній інфекції [2], зокрема призводячи до активації цитокінів. У хворих з місцевим гнійним перитонітом, які поступили через 24 години від початку захворюваності та у хворих на дифузний перитоніт вміст ІL-2 зростав до $23,5 \pm 0,8$, а вміст ІL-8 зростав до $13,7 \pm 0,6$. На 3-тю добу після операції вміст ІL-8 зменшувався до $11,7 \pm 0,8$ та при виписці становив $9,7 \pm 0,6$, а вміст ІL-2 при виписці становив $12,5 \pm 0,8$. Вміст середньо молекулярних пептидів СМП1 зростав до $0,345$, а вміст середньо молекулярних пептидів СМП2 - до $0,551$. Коефіцієнт септичності у цих хворих досягав 1.597 . Середньомолекулярні пептиди здатні осідати на мембранах еритроцитів, що може бути причиною зміни ступеня деформованості еритроцитів та їх сорбційної здатності. У 12 хворих з дифузним перитонітом, які поступили від 24 до 72 годин від початку захворювання й при операції був виявлений гнійний та гнійно-фібринозний випіт сорбційна здатність еритроцитів була вищою і становила $50,3 \pm 0,8\%$, тоді як у 27 хворих з розлитим перитонітом та в 6 хворих з дифузним перитонітом, які поступили на 3-ю добу після захворювання цей показник досягав $58,2 \pm 0,6\%$, що свідчило про виражену інтоксикацію організму. У 5 хворих з дифузним гнійним перитонітом та в 12 хворих з розлитим перитонітом ступінь деформованості еритроцитів зростав до $0,96 \pm 0,07$. На 3-4 добу після оперативного лікування цей показник дещо знижувався і становив $0,72 \pm 0,05$. У цих хворих ступінь деформованості еритроцитів залишався підвищеним і при виписці з стаціонару та становив $0,60 \pm 0,07$. У цих хворих при проведенні бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини були виявлені асоціації аеробних та анаеробних мікроорганізмів. Серед останніх були виявлені *V. fragilis*, *Peptostreptococ*, *Protei*. Сорбційна здатність еритроцитів у хворих з місцевим перитонітом вже на 3-4 добу після операції знижувалась, а при виписці цей показник

досягав норми. У хворих з дифузним та розлитим перитонітом спостерігалось незначне зниження цього показника на 3-4 добу після операції, а у хворих з розлитим перитонітом сорбційна здатність еритроцитів залишалася підвищеною і при виписці та становила $45,6 \pm 0,9\%$. У хворих з дифузним перитонітом вміст IL-2 зростав до 24,3, а вміст IL-8 - до 21,2. На 3-4 добу після операції вміст IL-8 зменшувався до 15,2 та при виписці становив 11,5. Вміст IL-2 на 3-4 добу після оперативного лікування зменшувався та становив 12,7. Ознаки інтоксикації були найбільш виражені у хворих на розлитий перитоніт. Про це свідчило зростання вмісту IL-8 перед операцією до 22,8, а IL-2 до 28,6. На 3-4 добу після операції – вміст IL-8 становив 14,5, а при виписці -11,4. У цієї групи хворих вміст IL-2 на 3-4 добу після операції знижувався та становив 16,2. Вміст середньомолекулярних пептидів (СМП2) у хворих на розлитий перитоніт теж був високим та зростав до 0,678, а вміст середньомолекулярних пептидів (СМП1) зростав до 0,362. Коефіцієнт септичності у цих хворих досягав 1,872.

ВИСНОВОК

Таким чином, результати досліджень вказують на необхідність подальшого вивчення основних патогенетичних ланок виникнення ендогенної інтоксикації у хворих на гострий перитоніт, розробка інформативних методів оцінки тяжкості протікання гострого перитоніту, що дасть можливість покращити результати лікування хворих на гострий перитоніт.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Стець М.М., Харченко Л.О., Галига Т.М. Особливості діагностики та комплексне лікування хворих із хірургічним сепсисом /М.М.Стець, Л.О.Харченко, Т.М. Галига // Шпитальна хірургія.-2013.-№2.-С.107-108
2. Фомін П.Д., Сидорчук Р.І. Абдомінальний сепсис (огляд літератури) / П.Д.Фомін, Р.І. Сидорчук //Сучасні медичні технології.-2009.-№4.-С.60-67
3. Десятерик В.І., Шаповалюк В.В., Косинський О.В., Крикун М.С. Імунний дисбаланс у патогенезі абдомінального сепсису при деструктивному панкреатиті / В.І.Десятерик, В.В.Шаповалюк, О.В. Косинський, М.С. Крикун // Шпитальна хірургія.-2016.-№1.-С.38-42
4. Current standards of care in the management of patients with abdominal sepsis /P.Ihnat, M.Peteja, P.Vavra [et al.]//Rozhl.Chir.-2015.-№94.-P.234-237

CHARACTERISTICS OF SOME INDICATORS OF SEVERITY OF COURSE IN PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS

Kavyn V.O.

The results of examination and treatment of 134 patients with acute peritonitis were shown in the article. We have studied some links of the rise endogenous intoxication in dependence on terms of the rise acute peritonitis and its dissemination in patients. The studying of the values absorption by erythrocytes, deformation of erythrocytes, contents of IL-2, IL-8 improves the results of the treatment patients with acute peritonitis.

KEY WORDS: acute peritonitis, absorption by erythrocytes, deformation of erythrocytes, interleukins.

ЗДІЙСНИМІСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ОКЛЮЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Каніковський О.Є., Сандер С.В., Феджага О.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Провідний напрямок у лікуванні хронічних оклюзуючих захворювань артерій нижніх кінцівок (ХОЗАНК) - реконструктивна хірургія. Проте, проведення реконструктивних операцій має бути обґрунтоване показами і наявністю умов до їх виконання. За даними літератури умови для їх виконання оперативних втручань відсутні у 31-83% хворих на ХОЗАНК.

МЕТА РОБОТИ – вивчення частоти наявності показів та умов для проведення реконструктивних операцій при ХОЗАНК.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Під спостереженням знаходились 758 хворих на ХОЗАНК, яким проводили фізикальне, клініко-лабораторне, біохімічне і коагулологічне обстеження, ультразвукове дуплексне сканування, аортоартеріографію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

У I групу увійшли 12 хворих на ішемію I ст. У 2 хворих був цукровий діабет (ЦД), у 3 - артеріальна гіпертензія (АГ), у 6 – ішемічна хвороба серця (ІХС), у 1- судинно-мозкова недостатність. Ураження аорто-клубового сегменту відмічали у 1 хворого, стегново-підколінного сегменту – у 4, гомілкових артерій (ізольоване та в поєднанні із проксимальними ураженнями) – у 7. Довжина уражених ділянок становила 1-4 см. Кісточково-плечовий індекс (КПІ) становив $0,97 \pm 0,07$. При УЗ скануванні реєстрували магістральний кровоплин. Перебіг ХОЗАНК був стабільним. Реконструктивні операції пацієнтам цієї групи показані не були.

У II групу було включено 273 хворих на ішемію II а ст.. У 37 хворих був ЦД, у 143 – АГ, у 218 - ІХС, у 26 – аритмія, у 109 - судинно-мозкова недостатність, у 1 - хронічна ниркова недостатність (ХНН), у 3 – онкопатологія. Перебіг супутніх захворювань був стабільним. Малорухомими були 47 хворих. Ураження аорто-клубового сегменту відмічали у 21 хворого, аорто-клубового сегменту в поєднанні із ураженням стегново-підколінного – у 9, ізольоване ураження стегново-підколінного сегменту – у 71, ураження гомілкових

артерій (ізолюване та в поєднанні із проксимальними ураженнями) – у 172. Довжина оклюзованих ділянок в аорто-клубовому сегменті становила 2-4 см, у стегново-підколінному – 3-10 см, у гомілковому – 1/3–2/3 довжини сегменту. КПІ становив $0,59 \pm 0,03$. При УЗ скануванні у дистальному артеріальному руслі реєстрували магістральний, магістральний змінений або колатеральний компенсований кровоплин. Фармакотерапія і фізичні вправи забезпечували добрий результат. Реконструктивні операції пацієнтам цієї групи не були показані.

У III групи було включено 64 хворих на ішемію II б ст. У 23 хворих був ЦД, у 48 – АГ, у 57 – ІХС, у 14 – аритмія, у 37 - судинно-мозкова недостатність, у 1 - хронічна ниркова недостатність, у 2 - онкопатологія. Перебіг супутніх захворювань був стабільним у 57 хворих, прогресуючим – у 7. Малорухомими були 47 хворих. Ураження аорто-клубового сегменту відмічали у 6 хворих, аорто-клубового в поєднанні із ураженням стегново-підколінного – у 8, ізолюване ураження стегново-підколінного сегменту – у 17, ураження гомілкових артерій (ізолюване та в поєднанні із проксимальними ураженнями) – у 43. Довжина оклюзованих ділянок в аорто-клубовому сегменті становила 2-4 см, у стегново-підколінному – 3-10 см, у гомілковому – 1/3–2/3 довжини сегменту. КПІ становив $0,59 \pm 0,03$. При УЗ скануванні у дистальному артеріальному руслі реєстрували магістральний змінений або колатеральний компенсований кровоплин. Реконструктивні операції були показані 43 хворим. Проте, умови для їх виконання у 14 хворих були відсутні. Загальні протипокази мали 2 хворих.

У IV групи було включено 117 хворих на ішемію III ст. У 16 хворих на стопі виникали поширені інфекційні процеси. У 47 хворих був ЦД (у 12 відмічали виразки стопи), у 73 – АГ, у 103 – ІХС, у 19 – аритмія, у 73 - судинно-мозкова недостатність, у 2 – хронічна ниркова недостатність, у 3 - онкопатологія. Перебіг супутніх захворювань був стабільним у 26 хворих, прогресуючим – у 91. Малорухомими були 29 хворих. Ураження аорто-клубового сегменту відмічали у 8 хворих, аорто-клубового в поєднанні із ураженням стегново-підколінного сегменту – у 7 хворих, ізолюване ураження стегново-підколінного сегменту – у 24, ураження гомілкових артерій (ізолюване та в поєднанні із проксимальними ураженнями) – у 78. Довжина оклюзованих ділянок в аорто-клубовому сегменті становила 4-7 см, у стегново-підколінному – 10-19 см, у гомілковому – 1/3–3/4 довжини сегменту. КПІ не перевищував 0,5 і становив $0,34 \pm 0,04$. При УЗ скануванні у дистальному артеріальному руслі реєстрували колатеральний декомпенсований кровоплин або не реєстрували кровоплин взагалі. Реконструктивні операції були показані всім хворим. Проте, умови для її виконання у 53 хворих були відсутні. Загальні протипокази мали 4 хворих.

До V групи увійшли 214 хворих на ішемію IV ст. У 26 хворих на стопі виникали поширені інфекційні процеси. У 91 хворого відмічали поширені некротичні зміни, у 123 – обмежені. У 86 хворих був ЦД (у 49 відмічали виразки стопи), у 189 - АГ, у 207 – ІХС, у 31 – аритмія, у 98 - судинно-мозкова недостатність, у 4 – хронічна ниркова недостатність, у 3 - онкопатологія. Перебіг супутніх захворювань був стабільним у 42 хворих, прогресу-

ючим – у 172. Малорухомими були 43 хворих. Ураження аорто-клубового сегменту відмічали у 17 хворих, аорто-клубового сегменту в поєднанні із ураженням стегново-підколінного сегменту – у 13, ізольоване ураження стегново-підколінного сегменту – у 32, ураження гомілкових артерій (ізольоване та в поєднанні із проксимальними ураженнями) – у 152. Довжина оклюзованих ділянок в аорто-клубовому сегменті становила 4-7 см, у стегново-підколінному – 10-19 см, у гомілковому – 1/3–3/4 довжини сегменту. КПП не визначався. При УЗ скануванні у дистальному артеріальному руслі кровоплин здебільшого не реєстрували. Реконструктивні операції були показані 125 хворим. Проте, умови для їх виконання у 21 хворого були відсутні. Загальні протипокази мали 9 хворих. Високої ампутації потребував 91 пацієнт.

Отже, покази до реконструктивної операції мали 285 хворих (37,6%). З них умови для проведення такої операції були наявні лише у 188 хворих (24,8%), неоперабельність за загальними протипоказами відмічали у 14 хворих (1,9%).

ВИСНОВОК.

Реконструктивні оперативні втручання можуть бути виконані лише у 25% хворих на ХОЗАНК, що робить актуальним інтенсифікацію виявлення хворих на ХОЗАНК при ішемії I - IIa ступеня та пошук альтернативних, адекватних за клінічною ефективністю і економічністю методів лікування.

УДК 616.147.3-005.6-002:542.61:617:725.512

ДОСВІД СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ КЛУБОВО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЇ ЛІКАРНІ імені МЕЧНИКОВА

Кисілевський Д.О., Грицай Ю.В.

Дніпровська медична академія

На тромбози глибоких вен (ТГВ) хворіють 1-2 особи на 1000 населення. Близько 42000 осіб на рік в Україні страждають на ТГВ. Летальність при цьому сягає від 10% до 30%. Вибір тактики лікування залежить від давності виникнення ТГВ, рівня оклюзії судини та супутньої патології пацієнта. Для лікування ТГВ використовуються різні підходи і методи. Одним з них є системний тромболізис, який може бути проведений до 21 доби від початку захворювання.

МЕТА РОБОТИ - дослідити результати проведення системної тромболітичної терапії (ТЛТ) у комплексному лікуванні пацієнтів з ТГВ нижніх кінцівок.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Нами було проведено аналіз лікування 86 пацієнтів з ТГВ за період з 2015 по 2017 рр.. Термін від початку захворювання складав від 2 до 10 діб. Середній вік склав 61,5 ± 20,5 років (від 41 до 82 років). Серед них було 68 (79,1%) жінок, та 18 (20,9%) чоловіків. Пацієнти були розподілені на три групи, співставні за клінічними ознаками, рівнями оклюзії судин, рівнями набряку кінцівки. Розподіл пацієнтів залежав від давності тромбозу, супутньої патології та ускладнень основного захворювання (розвиток синьої флегмазії). До першої групи були включені пацієнти яким проводилася тільки консервативна терапія – 41 (47,7%). До другої - пацієнти яким проводилася тромбектомія – 28 (32,6%). Третю групу склали пацієнти 17 (19,7%), яким було проведено системний тромболізис. До терапії в усіх групах були включені нові оральні антикоагулянти (НОАК).

Діагностика ТГВ здійснювалася на підставі скарг, даних анамнезу, лабораторних та інструментальних даних. В 100% випадків виконувався УЗД компресійний тест (УКТ) апаратом HP Sonos 1000 (лінійний датчик 5-10 МГц.), досліджували рівень Д-дімера, коагулограму, вимірювали об'єм кінцівки.

Результати лікування оцінювали за зменшенням набряку, больовим синдромом у кінцівках, а також досягненням повної або часткової реканалізації магістральних вен.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Серед хворих I групи відмічалась поступова позитивна динаміка у вигляді зменшення набряку, болю на 4 – 5 добу від початку лікування. За результатами УЗД контролю динаміка ТГВ була без змін, що потребувало подальшого тривалого спостереження та функціональної діагностики.

У II групі виконувалась тробектомія з загальної стегнової та клубових вен і була доповнена перев'язкою поверхневої стегнової у випадках флотації тромба і мали позитивний результат на 1-2 добу після операції. За результатами УЗД контролю - ретромбозів не спостерігали.

Хворим III групи було проведено системну ТЛТ шляхом введення розчину стрептокінази інфузоматом. Критерієм ефективності тромболізу вважали досягнення клінічного покращення – зменшення або відсутність болю в кінцівці, зменшення набряку, та позитивний УЗД компресійний тест. З усіх хворих III групи, яким була проведена системна ТЛТ, в 7 (43,8%) випадках було досягнуто повну реканалізацію. У 8 (50%) хворих відмічали клінічне покращення: відсутність болю, зменшення набряку та об'єма ураженої кінцівки. У 1 (6,3%) хворого позитивний результат не спостерігався, в зв'язку з чим була призначена тривала терапія НОАК. Ускладнень після сеансів системної ТЛТ не спостерігали. В 1 (6,3%) пацієнтки виявлена незначна кровотеча з ясен, яка не є побічною реакцією та не потребувала припинення терапії або додаткових призначень препаратів. Щодо дотримання рекомендацій: у 1 (6,3%) хворого, після виписки, на п'яту добу відбувся ретромбоз враженої кінцівки, в зв'язку із припиненням прийому антикоагулянтів та повним не виконанням рекомендацій.

ВИСНОВОК.

Таким чином використання системного тромболізу при ТГВ нижніх кінцівок довело його високу ефективність, безпечність та низький рівень ускладнень. Однак невелика кількість досвіду потребує подальшого вивчення та спостереження за цією категорією хворих.

УДК 617.58:616.13]-089

РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ НА АРТЕРІЯХ СТОПИ В ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кобза І.І.¹, Ярема Я.І.², Жук Р.А.¹, Федорів Д.Є.²

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

²Львівська обласна клінічна лікарня

Реконструктивні операції на артеріях стопи нерідко залишаються єдиним шансом уникнути ампутації у хворих з КІНК. Проте, широкому впровадженню методики перешкоджає як ментальність хірургів, так і технічна складність, зумовлена геометричними параметрами реконструйованих судин, а також топографо-анатомічними особливостями проведення шунта. За період з січня 2008 р. по вересень 2017 р. у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні виконано реконструктивні операції на артеріях стопи у 41 хворого з КІНК. Середній вік пацієнтів склав 65 (62,97%) років, чоловіки становили переважну більшість – 34 (83%), жінок, відповідно, було 7 (17%). За період спостереження виконано 5 (12,2%) високих ампутацій, у 28 (68,3%) випадках обмежилися некректоміями та малими ампутаціями. У цілому, вдалося зберегти кінцівки в 36 (87,8%) хворих. Використання підколінної артерії в якості притоку забезпечувало кращі показники прохідності порівняно зі шунтами від стегнової артерії, статистично істотної залежності прохідності шунтів від місця локалізації дистального анастомозу не встановлено.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реконструктивні операції, артерії стопи, критична ішемія нижніх кінцівок

Атеросклероз – поширене захворювання, яке стає провідною причиною захворюваності, непрацездатності і смертності. За даними епідеміологічних досліджень частота атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок складає 3–10% у загальній популяції та зростає до 15–20% у віковій групі старших 70 років [1].

Критична ішемія нижніх кінцівок (КІНК) розвивається в 35–65% випадків серед хворих з оклюзійно-стенотичними ураженнями (ОСУ) стегново-підколінно-гомількових сегментів [2;3]. КІНК – інвалідизуюча проблема, яка здатна надзвичайно погіршувати якість життя. Без проведення ревазуляризації пацієнти не можуть уникнути ампутації та відповідних змін способу життя [4]. Тому реконструктивні втручання на артеріях стопи нерідко залишаються єдиним шансом уникнути ампутації при хронічній КІНК. Типовою є багатопереховість атеросклеротичного ураження, морфологічні передумови рідко створюють ідеальну ситуацію для виконання дистальної реконструкції [5]. Лікувальна тактика залишається актуальною проблемою сучасної судинної хірургії, а частота інвалідизації не має тенденції до зниження, незважаючи на багаторічний досвід та впровадження новітніх технологій. Вибір методу ревазуляризації визначається станом артерій стопи: безпосереднє відновлення кровоплину хоча би по одній з них переважно забезпечує достатнє кровопостачання та ліквідацію ішемії [6].

Таким чином, проблема вибору тактики хірургічного лікування критичної ішемії нижніх кінцівок у хворих з ОСУ гомількових артерій та артерій стопи залишається акту-

альною, до кінця не з'ясованою і, безперечно, потребує подальшого вивчення.

МЕТА РОБОТИ: проаналізувати результати реконструктивних операцій на артеріях стопи у лікуванні хворих з КІНК.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

За період з січня 2008 р. по вересень 2017 р. у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні виконано реконструктивні операції на артеріях стопи у 41 хворого з КІНК. Середній вік пацієнтів склав 65 (62,97%) років, чоловіки становили переважну більшість – 34 (83%), жінок, відповідно, було 7 (17%).

При повній перевазі чоловіків звертала увагу майже поголовна нікотинова залежність. Більше третини хворих страждало артеріальною гіпертензією, ЦД, у кожного п'ятого виявили дисліпідемію. Наявність надлишкової маси тіла спостерігали значно рідше. У більшості пацієнтів відзначили поєднання 2-3 факторів ризику, переважно похилого віку, гіпертензії, статі та нікотинової залежності. Із супутніх захворювань переважала патологія серцево-судинної системи: ішемічною хворобою серця (ІХС) страждали близько третини хворих, інфаркт міокарда (ІМ) перенесли 7 (16,3%) осіб, ішемічний інсульт – 8 (19,5%) пацієнтів. Понад половина хворих страждали хронічними обструктивними захворюваннями легенів. У кожного десятого виявили патологію шлунково-кишкового тракту, переважно виразкову хворобу шлунку або 12-палої кишки в анамнезі.

Наявність та характер уражень, зміни кровоплину в артеріях нижніх кінцівок оцінювали за допомогою ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС), рентгенконтрастну ангіографію вважали необхідною для остаточного встановлення показань до реконструкції та проводили всім пацієнтам з дистальним ураженням артерій нижніх кінцівок при КІНК.

Атеросклеротичне ураження нижніх кінцівок діагностовано як основне захворювання в 40 (97,5%) хворих, облітеруючий ендартеріїт – в одного (2,5%) пацієнта, супутній цукровий діабет констатовано у 27 (65,8%) хворих. КІНК у більшості випадків, а саме в 33 (80,5%) пацієнтів, проявилася виразкуванням або гангренозними змінами, тільки у 8 (19,5%) хворих - болем у спокою.

Усі хворі оперовані під епідуральним знечуденням 1% Лідокаїном, ефекту «відсутності на операції» досягали введенням оксиду натрію, сібазону чи пропофолу.

У таблиці 1 подано типи проведених реконструктивних операцій на артеріях стопи.

Таблиця 1

ТИПИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА АРТЕРІЯХ СТОПИ.

Тип операції	Кількість
Стегново-педальне	9
Підколінно-педальне	9
Стегново-плантарне	11
Підколінно-плантарне	10
Задньогомілково-педальне	1
Секвенційне (від шунта) - педальне	1
Всього:	41

Для проведення реконструкцій використовували аутогенні сегменти реверсованих великої та малої підшкірних вен. Позиціонували шунти на гомілці переважно екстраанатомічно. У 8 (19,5%) випадків операції виконували як повторні при тромботичних реоклюзіях попередніх реконструкцій. Дистальні артеріовенозні фістули формували в 8 (19,5%) випадках.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Реконструктивні операції на артеріях стопи нерідко залишаються єдиним шансом уникнути ампутації у хворих з КІНК. Проте, широкому впровадженню методики перешкоджає як ментальність хірургів, так і технічна складність, зумовлена геометричними параметрами реконструйованих судин, а також топографо-анатомічними особливостями проведення шунта. За період спостереження виконано 5 (12,2%) високих ампутацій, у 28 (68,3%) випадках обмежилися некректоміями та малими ампутаціями. У цілому, вдалося зберегти кінцівки в 36 (87,8%) хворих. Використання підколінної артерії в якості притоку забезпечувало кращі показники прохідності порівняно зі шунтами від стегнової артерії, статистично істотної залежності прохідності шунтів від місця локалізації дистального анастомозу не встановлено.

ВИСНОВКИ.

1. Реконструктивна хірургія артерій стопи є ефективним методом корекції КІНК у хворих з дистальними ОСУ.
2. Краща прохідність шунтів спостерігається при використанні в якості притоку підколінної артерії, причому залежності від місця локалізації дистального анастомозу не встановлено.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. The BEST-CLI Trial: A Multidisciplinary Effort to Assess Which Therapy is Best for Patients With Critical Limb Ischemia. Farber, Alik et al. Techniques in Vascular & Interventional Radiology, 2014, Volume 17, Issue 3, 221 – 224
2. Functional Outcomes following Revascularisation for Critical Limb Ischaemia. Rollins, K.E. et al. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2012, Volume 43, Issue 4, 420 – 425
3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). J Vasc Surg 2007 Jan; 45(Suppl. S):S5e67
4. Sprengers RW, Teraa M, Moll FL, de Wit GA, van der Graaf Y, Verhaar MC, JUVENTAS Study Group. SMART Study Group. Quality of life in patients with no-option critical limb ischemia underlines the need for new effective treatment. J Vasc Surg 2010 Oct;52(4):843e9
5. Long Term Results of Inframalleolar Bypass for Critical Limb Ischaemia. E. Saarinen, P. Kauhanen, A. Alböck, M. Venermo. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery Volume 50 Issue 3 p. 390e404 September/2015
6. Distal versus Ultradistal Bypass Grafts: Amputation-free Survival and Patency Rates in Patients with Critical Leg Ischaemia. Slim, H. et al. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2011, Volume 42, Issue 1, 83 – 88

ЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ СТОПЫ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Кобза І.І.¹, Ярема Я.І.², Жук Р.А.¹, Федорів Д.Є.²

¹Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого,

²Львовская обласная клиническая больница

Реконструктивные операции на артериях стопы нередко остаются единственным шансом избежать ампутации у больных с КИНК. Однако, широкому внедрению методики препятствует как ментальность хирургов, так и техническая сложность, predetermined геометрическими параметрами реконструированных сосудов, а также топографо-анатомическими особенностями проведения шунта. За период с января 2008 по сентябрь 2017 года в отделении сосудистой хирургии Львовской областной клинической больницы выполнены реконструктивные операции на артериях стопы у 41 больного из КИНК. Средний возраст пациентов составил 65 лет (62,97%), мужчины составили подавляющее большинство - 34 (83%), женщины, соответственно, было 7 (17%). За период наблюдения выполнено 5 (12,2%) высоких ампутаций, в 28 (68,3%) случаях ограничились некректомиями и малыми ампутациями. В целом, удалось сохранить конечности у 36 (87,8%) больных. Использование подколенной артерии в качестве притока обеспечивало лучшие показатели проходимости сравнительно с шунтами от бедренной артерии, статистически существенной зависимости проходимости шунтов от места локализации дистального анастомоза не выявили.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реконструктивные операции, артерии стопы, критическая ишемия нижних конечностей

RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON PEDAL ARTERIES IN THE TREATMENT OF CRITICAL LIMB ISCHEMIA

¹I.I. Kobza, ²Ya.I. Yarema, ¹R.A. Zhuk, ²D.Ye. Fedoriv.

*¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
²Lviv Regional Clinical Hospital*

Reconstructive operations on pedal arteries often remain as only chance to avoid amputation in patients with CLI. However, both mentality of surgeons and technical complications, predefined by the geometrical parameters of the reconstructed vessels and also anatomical features of shunt positioning, lead out from wide therapeutic introduction. From January 2008 to September 2017 in the Department of Vascular Surgery of Lviv Regional Clinical Hospital reconstructions of pedal arteries were performed in 41 patient with CLI. Middle age was 65 years (62,97%), men presented majority - 34 (83%), women, accordingly, - 7 (17%). During the period of supervision major amputations were performed in 5 (12,2%) cases, in 28 (68,3%) tissue loss was limited to the necrectomies and minor amputations. Limb salvage was 87,8%. Using of popliteal artery as inflow provided better cumulative bypass patency comparatively with femoral artery, site of distal anastomosis statistically was not significant.

KEYWORDS: reconstructive operations, pedal arteries, critical limb ischemia

УДК: 616-073.48-133-006

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИНИ КАРОТИДНОГО ВУЗЛА

Кобза І. І.¹, Савченко А. А.¹, Верхола М. Р.², Терлецький І. Р.²*¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
²Львівська обласна клінічна лікарня***МЕТА РОБОТИ.** Покращити діагностику пухлин каротидного вузла.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз структури, результатів діагностики та хірургічного лікування 65 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні за період 1995 по 2016 р. У досліджуваній групі в 36 випадках були виявлені пухлини каротидного вузла (ПКВ) та 29 випадків з пухлинами іншого онкогенезу в ділянці шії, які скеровані з медичною установою з попереднім діагнозом «пухлина каротидного вузла». Обстеження пацієнтів включало в себе фізикальне обстеження, ультрасонографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію. Остаточна верифікація діагнозу проводилась на основі патогістологічного заключення.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. При первинному огляді пацієнтів пальпаторно на шії зазвичай виявляли симптом «плюс» тканини: зліва або справа в проекції біфуркації загальної сонної артерії у 36 пацієнтів. У 5 (14 % в структурі ПКВ) пацієнтів виявили синхронні утвори з обох боків шії в проекції біфуркації загальної сонної артерії. При пальпації пухлина каротидного вузла мала наступні характеристики: туго – еластичної консистенції, не болюча, не спаяна з оточуючими тканинами та незначно зміщувалась поперечно відносно осі шії, пульсує синхронно з сонними артеріями. Пацієнтам було проведено ультрасонографічне дослідження сонних артерій, при цьому розрахована діагностична чутливість УСГ для виявлення пухлин каротидного вузла, що становила 93 %, специфічність 92 %, точність 92%. В досліджуваних пацієнтів ультрасонографія була доповнена комп'ютерною томографією з контрастуванням у 14 (22 %) випадках та магнітно-ядерним резонансом у 2 (3%). Біопсію пухлини та сторожового лімфатичного вузла було виконано в 2 (3 %) пацієнтів з ПКВ та 5 (8 %) пацієнтів з пухлинами іншого генезу. Біопсія не була інформативною, оскільки в отриманому гістологічному матеріалі не виявлено специфічних змін, що не дало змоги встановити пухлинний генез доопераційно.

ВИСНОВОК. Ультрасонографія є високоінформативним та чутливим методом діагностики пухлин каротидного вузла. На доопераційно-ному етапі діагностики УСГ можна використовувати для диференціації пухлин каротидного вузла від інших пухлин шії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: каротидна хемодектома, ультрасонографія, пухлини шії.

Пухлини каротидного вузла називають хемодектомами (chemodectoma, син.: каротидна пухлина, каротидна парагангліома, зоб каротидної залози, англ. carotid body tumor), які становлять 50- 70 % усіх парагангліом шії. Цей термін був запропонований в 1950 році Мілліганом і отримав широке поширення [2].

Хемодектома каротидного вузла зустрічається рідко, росте повільно, протягом кількох років. Каротидна хемодектома (КХ) шії складає близько 0,012% всіх пухлин людини. Їх частота серед населення складає 1 випадок на 1,3 – 2,5 млн. чоловік. Зважаючи на таку рідкість цієї пухлини в науковій літературі для її опису використовують два терміни, це пухлина каротидного вузла (ПКВ) або каротидна хемодектома (КХ) [1, 3, 4].

Діагностика хемодектом в ділянці шії є надзвичайно складним процесом, що має

ряд своїх особливостей. Зокрема, у пацієнтів з КХ при фізикальному обстеженні зазвичай виявляють пульсуючий вузол, який зміщується латерально на шиї, але не вертикально, оскільки пухлина інтимно зрощена з сонною артерією. При аускультатії над вузлом можна вислухати систолічний шум. Особливу увагу необхідно звернути на ураження двох пар черепних нервів, що часто супроводжує пухлини каротидного вузла (ПКВ): порез під'язикового нерва (XII пара ЧМН), що проявляється мовною дисфункцією та блукаючого нерва (X пара ЧМН), що веде до охриплості голосу [5].

Поряд із загально клінічними обстеженнями даному контингенту пацієнтів необхідно проводити «золотий стандарт» діагностики, який включає у себе ультрасонографію з дуплексним режимом, компютерна томографію (КТ), магнітно-ядерну томографію (МРТ) з ангіографією та каротину ангіографію (КА) [6, 7].

Ультрасонографія (УСГ) активно використовується в діагностиці ПКВ з пізніх 70-х років ХХ ст. Розвиток кольорового та імпульсного доплер-УСГ значно розширило можливості та інформативність цього методу для верифікації пухлин. Дуплексна УСГ зазвичай дає змогу диференціювати ПКВ від інших можливих захворювань в даній ділянці. Васкуляризація і розташування є двома ключовими факторами, які використовуються ультразвуком для диференціації пухлин сонних артерій від інших пухлинних процесів: щитоподібної залози, підщелепних слинних залоз, кист зябрових щілин. Але потрібно не забувати, що ультразвуком важко відрізнити каротину парагангліом від інших парагангліом, таких як вагальні пухлини, особливо коли вони розташовані на біфуркації і мають подібну ультразвукову картину [8].

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) з ангіографією є ідеальним методом візуалізації мас на рівні або вище біфуркації сонних артерій, надає інформацію про об'єм сонних артерій та дозволяє визначити взаємовідношення з внутрішньою яремною веною. Також, ця техніка дає змогу верифікувати парагангліоми інших локалізацій в ділянці шиї та ідентифікувати наявність кісткових метастазів основи черепа при злоякісних КХ [9].

Комп'ютерна томографія дає інформацію про розмір, розташування і ступінь васкуляризації пухлини, в'яснити її взаємовідношення, а також чітко встановити анатомію усіх трьох артерій та їх діаметри [10].

Не зважаючи на розвиток сучасних малоінвазивних методів обстеження каротидна ангіографія (КА) залишається «золотим стандартом», що наглядно демонструє об'єм та розташування ПКВ, ступінь васкуляризації пухлини. При проведенні КА, у випадку наявності хемодектоми часто виявляється симптом «Ліри», коли зовнішня та внутрішня артерія відтиснуті в сторону і формують фігуру, що нагадує форму цього інструменту [11].

Окрім даних методик для діагностики КХ також використовують сцинтиграфію з міченими ізотопами, позитронно емісійну томографію, генетичні дослідження на виявлення мутантних генів [5, 13].

Незважаючи на наявні методики діагностики зазвичай діагноз КХ ставлять після виключення інших онкопроцесів в ділянці шиї та гістологічного дослідження.

При гістологічному дослідженні ПКВ зазвичай виявляють високо диференційовані судинні утворення, що складаються з двох типів клітин, які розташовані в псевдоальвелярному візерунку, відомих як «стілниківих куль». Клітини 1 типу, які є головними клітинами, переважають в структурі пухлини і в просвіті містять гранули катехоламінів. Клітини 2 типу, підтримуючі клітини, які розташовані по периферії та позбавлені гранул [5, 12].

На сьогодні не існує чіткого доопераційного діагностичного алгоритму для пацієнтів з ПКВ. Ряд вище наведених методик перебувають на етапі експерименту і їх місце в обстеженні пацієнта залишається дискусійним. Необхідно пам'ятати, що частина цих методик носить інтервенційний характер, потребує від пацієнта досить значних матеріальних витрат або доступні в окремих спеціалізованих центрах.

МЕТА РОБОТИ. Покращити діагностику пухлин каротидного вузла.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Проведено аналіз структури, результатів обстеження та хірургічного лікування 65 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні за період 1995 по 2016 р. з причини пухлинного процесу в ділянці каротидних артерій. Після патогістологічного дослідження операційного матеріалу у 36 пацієнтів діагностовано пухлину каротидного вузла та 29 пацієнтів виявлено пухлини іншого онкогенезу в ділянці шії, які були скеровані з медичних установ області з попереднім діагнозом «пухлина каротидного вузла». Структура онкологічної патології в цих пацієнтів на основі патогістологічного дослідження операційного матеріалу була наступною: пухлина каротидного вузла – 36, епітеліоїдоклітинна гемангіоендотеліома – 1, невстановлений гістологічний висновок – 2, бронхіогенна киста шії – 1, гемангіома – 7, лімфангіома – 8, фіброма -1, метастази остеогенної саркоми – 1, плоскоклітинний нероговіючий рак гортані – 2, метастаз тератобластоми яєчка – 1, неходжкінська нехромофільна гігантсьоклітинна лімфома – 1, папілярний рак щитовидної залози – 1, метастаз аденокарциноми – 1, метастаз бронхіогенного раку – 2.

Згідно класифікації пухлини каротидного вузла за Stamblyn (1972 р.) розподіл пухлин каротидного вузла був наступним: I тип КХ – 6 (діаметер пухлини до 2,5 см); II тип КХ – 16 (діам. 2,5-5 см); III тип КХ – 14 (діам. >5 см).

Розрахунок статистичних показників проводився за допомогою програми Excel 2010.

Усі пацієнти в процесі обстеження були охоплені УСГ з дуплекс режимом, тому ми визначали специфічність, чутливість та точність даного методу діагностики для виявлення пухлин каротидного вузла. Розрахунок цих показників проводився за допомогою нижче наведених формули:

		Захворювання	
		Присутнє	Відсутнє
Тест	Позитивний	Істиннопозитивний А	Хибнопозитивний В
	Негативний	Хибнонегативний С	Істиннонегативний D

Чутливість - це здатність діагностичного методу давати правильний результат, який визначається як частка істиннопозитивних результатів серед всіх проведених тестів. Визначається за формулою:

$$\text{Чутливість: } Se = a/(a+c) \times 100 \%;$$

Специфічність - це здатність діагностичного методу не давати при відсутності захворювання хибнопозитивного результату, який визначається як частка істиннонегативних результатів серед здорових осіб в досліджуваній групі. Даний показник розраховується за формулою:

$$\text{Специфічність } Sp = d/(b+d) \times 100 \%;$$

Точність методу - це частка правильних результатів тесту (тобто сума хибнопозитивних і хибнонегативних результатів) серед всіх обстежених пацієнтів. Таким чином, точність показує, скільки всього правильних результатів отримано в ході використання даного методу дослідження. Формула для розрахунку:

$$\text{Точність } Se = (a+d)/(a+b+d+c) \times 100 \%;$$

В процесі дослідження були передбачені заходи стосовно безпеки для здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Сучасна діагностична програма при пухлинних процесах в ділянці шиї має комплексний характер, що включає в себе поряд з фізикальними методами обстеження повний спектр лабораторних та доступних інструментальних методів дослідження. Необхідно пам'ятати що чим більше інформації роздобуто на етапі діагностики, тим кращі результати лікування та профілактики можливих ускладнень, особливо у онкологічних хворих.

На підставі наших спостережень у пацієнтів були відсутні загальні симптоми пухлинної інтоксикації: блідість шкіри, анемія, різке схуднення та інші. В процесі фізикального обстеження пацієнтів основними проявами пухлинного процесу були локальні симптоми, зокрема такі як:

Симптом «плюс тканини» - це візуальне та мануальне виявлення пухлинних мас, що зазвичай проявляється вип'ячуванням шкіри над пухлиною. Ця ознака спостерігається в усіх клінічних випадках. Проте відрізняється за відчуттями пацієнта при пальпації та

станом шкірних покривів над ними.

Шийна лімфаденопатія. Даний прояв пухлинного процесу в пацієнтів з ПКВ ми спостерігали в 8 (22 % в структурі пацієнтів з ПКВ). Необхідно зазначити, що при подальшому гістологічному дослідженні цих лімфовузлів нами не було виявлено неопластичних процесів у них. Збільшення лімфовузлів в основному було обумовлено неспецифічним запальним процесом, як результат хронічних чи перенесених гострих захворювань органів шії. У пацієнтів з пухлинами іншого онкогенезу шийний лімфаденіт був виявлений 13 (45 % в структурі пацієнтів з онкопроцесами іншого генезу) пацієнтів, які мали метастатичне ураження з причини лімфогранулематозу, неходжкінської лімфоми, раку гортані, брахіогенного раку, раку щитовидної залози, тератобластоми та інших.

У пацієнтів з ПКВ пальпаторно при первинному огляді на шії зазвичай виявляли симптом «плюс» тканини зліва або справа в проекції біфуркації загальної сонної артерії. У 5 (14 %) випадках ми виявляли синхронні утвори з обох боків шії в проекції біфуркації загальної сонної артерії. Для ПКВ характерними були такі пальпаторно властивості: утвір туго-еластичної консистенції, не болючий при пальпації; не спаяний з оточуючими тканинами та помірно зміщується при пальпації поперечно відносно осі шії; пульсує синхронно з сонними артеріями та шкіра довкола пухлинного локусу не змінена, рухома.

З інструментальних методів обстеження усі пацієнти були охоплені УСГ з доплер режимом.

При УСГ основними ознаками, які були характерними для ПКВ є: наявність овальної форми утвору в ділянці біфуркації сонних артерій; гетерогенний, неоднорідної структури; контур чіткий, зазвичай нерівний; структура ізо- або гіперехогенна; масивно васкуляризований; відсутні ознак проростання в суміжні структури.

З метою вивчення чутливості, специфічності та точності УСГ для діагностики ПКВ, після проведеного оперативного лікування ми провели порівняння результатів патогістологічних заключень з результатами УСГ та отримали наступні дані:

		Захворювання ПКВ	
		Присутнє	Відсутнє
УСГ сканування	Виявлено ПКВ	33	2
	Не виявлено ПКВ	3	27

Чутливість: $Se = 33 / (33+3) = 91,6 \% = 92 \%$

Специфічність: $Sp = 27 / (2+27) = 93,1 \% = 93 \%$

Точність: $Se = (33+27) / (33+2+3+27) = 92,3 \% = 92 \%$

Отримані результати свідчать що УСГ при даних показниках специфічності, чутли-

вості та точності можна використовувати для діагностики ПКВ.

Остаточна верифікація діагнозу при пухлинах можлива лише після патогістологічного дослідження операційного матеріалу. Тому ми провели порівняння між діагностичною точністю УСГ та патогістологічним дослідженням. Проведений нами статистичний аналіз не виявив достовірної різниці щодо точності патогістологічного дослідження та УСГ з дуплекс режимом ($p > 0,05$).

КТ дослідження з контрастуванням було виконано 14 (22 %) та МРТ 2 (3 %) пацієнтам. При цьому в пацієнтів з ПКВ виконано 9 (25 % пацієнтів з ПКВ) КТ з контрастуванням. В усіх цих випадках виявлено та встановлено діагноз ПКВ. Також КТ дала змогу виявити 3 випадки ПКВ (I типу по Stamblin), які не були виявлені при УСГ.

З інвазивних методів обстеження у пацієнтів з ПКВ доопераційна екцизійна біопсія була проведена у 2 (5 % в структурі ПКВ) пацієнтів. В одному випадку виконано біопсію збільшеного лімфовузла і отримано гістологічний висновок: «...неспецифічне проліферативне запалення». У другому випадку біопсія лімфатичного вузла дала заключення: «злоякісна парагангліома». Необхідно зазначити, що сучасні літературні джерела вказують на те, що не існує переконливих гістологічних даних для встановлення злоякісного характеру перебігу парагангліом, оскільки для пухлин каротидного вузла характерний виражений політипізм клітин та високий ступінь мітозів, проте ці дані не корелюють з їх злоякісністю. Необхідно зазначити, що ряд дослідників вказують що біопсії при ПКВ є не інформативними та пов'язані з високим ризиком масивних кровотеч.

У пацієнтів, яким УСГ було заперечено діагноз ПКВ, екцизійну біопсію було виконано у 5 (17 % в структурі пухлин іншого генезу) пацієнтів, проте вказати тип пухлини не вдалось ні в одному випадку, через недостатню кількість гістологічного матеріалу або відсутність специфічних змін у надісланих тканинах.

Враховуючи вище наведені дані можна зробити висновок, що УСГ є доступним та високоефективним методом діагностики ПКВ. В сумнівних випадках, або при розбіжності клінічних та інструментальних даних її доречно доповнювати КТ чи МРТ з контрастуванням для підтвердження чи спростування діагнозу. При цьому наявність вираженої лімфаденопатії, інвазії пухлини в суміжні органи, виявлення метастазів зазвичай заперечує діагноз пухлини каротидного вузла.

ВИСНОВКИ.

Ультрасонографія є доступним, неінвазивним, високоінформативним методом діагностики пухлини каротидного вузла на доопераційному етапі діагностики.

У сумнівних випадках ультрасонографію рекомендовано доповнювати комп'ютерною або магнітно-резонансною томографією з контрастним підсиленням.

Доцільність виконання біопсії пухлин каротидного вузла є сумнівною, через відсутність специфічних змін та ризик виникнення ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Amr Gad Carotid body tumors: a review of 25 years experience in diagnosis and management of 56 tumors / Amr Gad, Ahmed Sayed // Ann. Vasc. Dis. – 2015. – V.7, №3. – P. 292–299.
2. Amato B. Surgical resection of carotid body paragangliomas: 10 years of experience / B. Amato, T. Bianco, R. Compagna, M. Siano, G. Esposito [et al.] // Am J Surg. – 2014. – V. 207. – P. 293–298.
3. Boscarino G. An evaluation on management of carotid body tumour (CBT). A twelve years experience / G. Boscarino, E. Parente, F. Minelli, A. Ferrante, F. Snider // Giornale di Chirurgia. – 2014. – V. 35, № 1-2. – P. 47–51.
4. Baez J. C. Pheochromocytoma and paraganglioma: imaging characteristics / J. C. Baez, J. P. Jagannathan, K. Krajewski [et al.] // Cancer Imaging – 2012. – V. 12, №153–162.
5. Barnes L. Carotid body paragangliomas. Pathology and genetics of head and neck tumors / L. Barnes, L. Y. Tse, J. L. Hunt // IARC. – 2010. – P. 364–365.
6. Efficacy of surgical therapy for carotid body tumors / L. Li-Shan, L. Chang-Wei, G. Heng, Z. Yue-Hong, C. Xing-Ming, L. Yong-Jun // Chin. Med. Sci. J. – 2011. – V.26, №4. – P. 241–245.
7. Galan S.R. Genetics and molecular pathogenesis of pheochromocytoma and paraganglioma / S. R. Galan, P. H. Kann // Clin Endocrinol (Oxf) – 2013. – V.78, №2. – P. 165.
8. Multidisciplinary management of carotid body tumors in a Tertiary Urban Institution / G. Galyfos, I. Stamatatos, S. Kerasidis, I. Stefanidis, S. Giannakakis, G. Kastrisios [et al.] // Int. J. of Vas. Med. – 2015. – P. 6.
9. Methetrairut C. Carotid body tumor: a 25-year experience / C. Methetrairut, C. Chotikavanich, P. Keskoool, N. Suphaphongs // Eur. Arc. of Oto-Rhino-Laryngology. – 2015. – V. 4. – P. 1–9.
10. Hanif Khan F. Carotid Body Tumor: Experience from a Tertiary Care Hospital / F. Hanif Khan, K. Muhammad Yousof, M. Shaikh // J. of Vasc. Med. Serg. – 2015. – V. 3, №3. – P. 1–3.
11. Surgical treatment of carotid body tumors / F. Arslan, S. Yilmaz, F. Özer, C. Andıç, T. Canpolat, H. Yavuz [et al.] // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. – 2013. – V. 23. – P. 336–340.
12. Paragangliomas of the carotid body: current management protocols and review of literature / S. M. Naik, A. M. Shenoy, Nanjundappa, R. Halkud, P. Chavan, K. Sidappa [et al.] // Indian J Surg Oncol. – 2013. – V.4. – P. 305–312.
13. Role of ultrasound and color Doppler imaging in the detection of carotid paragangliomas / S. Demattè, D. Di Sarra, F. Schiavi, A. Casadei, G. Opocher // J. Ultrasound. – 2012. – V.5, №3. – P. 158–163.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ КАРОТИДНОГО УЗЛА**Кобза І. І.¹, Савченко А. А.¹, Верхола М. Р.², Терлецький І. Р.²**

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого,
²Львовская областная клиническая больница

ЦЕЛЬ ИСЛЕДОВАНИЯ. Улучшить диагностику опухолей каротидного узла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИСЛЕДОВАНИЯ. Проведен анализ структуры, результатов диагностики и хирургического лечения 65 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии Львовской областной клинической больницы за период 1995 по 2016 год. В исследуемой группы в 36 случаях были обнаружены опухоли каротидного узла (ПКВ) и 29 случаев с опухолями другого онкогенеза в области шеи, которые направлены из других медицинских учреждений с предварительным диагнозом «опухоль каротидного узла». Обследование пациентов включало в себя физикальное обследование, ультразвукографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию. Окончательная верификация диагноза проводилась на основе патогистологического заключения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При первичном осмотре пациентов пальпаторно на шее обычно проявляли симптом «плюс» ткани: слева или справа в проекции бифуркации общей сонной артерии у 36 пациентов. В 5 (14% в структуре ПКВ) пациентов обнаружили синхронные образования с обеих сторон шеи в проекции бифуркации общей сонной артерии. При пальпации опухоль каротидного узла имела следующие характеристики: туго-эластичной консистенции, безболезненна, не спаяна с окружающими тканями и незначительно смещалась поперечно от-

носителю оси шеи, пульсирует синхронно с сонными артериями. Пациентам было проведено ультразвукографические исследования сонных артерий, при этом рассчитана диагностическая чувствительность УСГ для выявления опухолей каротидного узла что составляла 93%, специфичность 92%, точность 92%. В исследуемых пациентов ультразвукография была дополнена компьютерной томографией с контрастированием у 14 (22%) случаях и магнитно-ядерным резонансом в 2 (3%). Биопсию опухоли и сторожевого лимфатического узла было выполнено в 2 (3%) пациентов с ПКВ и 5 (8%) пациентов с опухолями другого генеза. Биопсия оказалась не информативной, поскольку в полученном гистологическом материале не обнаружено специфических изменений, что не позволило установить опухолевый генез дооперационно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ультразвукография является высокоинформативным и чувствительным методом диагностики опухолей каротидного узла. На дооперационном этапе диагностики УСГ можно использовать для дифференциации опухолей каротидного узла от других опухолей шеи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: каротидная хеMODEKТОМА, ультразвукография, опухоли шеи.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS OF CAROTID BODY TUMOR

A. A. Savchenko¹, I. I. Kobza¹, I. R. Terletsky², M. R. Verkhola²

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University

²Lviv Regional Hospital

THE PURPOSE OF THE WORK. To improve the diagnosis of carotid body tumors.

MATERIALS AND METHODS. The analysis of the structure and the results of the diagnosis and surgical treatment of 65 patients who were hospitalized in the department of vascular surgery Lviv regional hospital for the period 1995 to 2016. Among this disease 36 incident of carotid body tumor and 29 cases with other tumors of the neck, which are directed from other medical institutions with a diagnosis of «carotid body tumor.»

RESULTS AND DISCUSSION. At the initial examination of patients by palpation are usually found on the neck symptom «plus» tissue: left or right in the projection of the bifurcation of the common carotid artery in 36 patients. In 5 (14% of the CBT) patients synchronous lesions found on both sides of the neck in the projection of the bifurcation of the common carotid artery. Palpation of carotid body tumor has the following characteristics: tightly - elastic consistency, not painful, not soldered to surrounding tissues and slightly shifted transverse axis of the neck, pulsing in sync with carotid artery. All patients were conducted carotid ultrasonographic examination, and the calculated diagnostic sensitivity of ultrasound to detect tumors, carotid unit that was 93%, specificity of 92%, precision of 92 %/ In the study patients ultrasonography was complemented with contrast computer tomography in 14 (22%) cases and magnetic nuclear resonance in 2 (3%). Biopsy of the tumor and lymph node watchdog was executed in 2 (3%) patients with CBT and 5 (8%) patients with tumors of different origin. However, they were not informative because histological material received was not specific changes are not made difficult to identify preoperative tumor genesis.

CONCLUSION. Ultrasound is a highly informative and specific method for diagnosis of carotid body tumor. USG can be used for differential diagnosis of the carotid body tumor of other tumors in the neck in preoperative stage.

KEYWORDS: carotid body tumor, neck tumors, ultrasound diagnostics.

УДК : 616.743-006.488

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА КАРОТИДНОЇ ХЕМОДЕКТОМИ (ПУХЛИНИ КАРОТИДНОГО ВУЗЛА)

Кобза І. І., Савченко А. А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МЕТА. Визначити опорні симптоми для діагностики каротидної хемодектоми.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічної симптоматики 56 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні за період 1995 по 2016 р. В даній групі пацієнтів у 31 випадку діагностовано каротидну хемодектому (основна група) та в 25 випадках пухлини іншого онкогенезу в ділянці каротидних артерій (контрольна група). Розрахунок статистичних показників проводився за допомогою програми Excel 2010 з визначенням достовірності результатів на основі тесту Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. В основній групі провідним симптомом була поява невеликого, округлої форми, туго-еластичної консистенції, утвору на шії в проекції біфуркації загальної сонної артерії, що повільно збільшувався в розмірах у 25(81%) пацієнтів, епізоди запаморочення в анамнезі виявлено у 9(17%) клінічних випадків, біль голови – 7(23%), епізоди непритомності – 5(16%), появу болючого утворення на шії - 6(19%), лімфаденопатія - 5(16%), амнезію – 2(6%), дисфагію - 2(6%), дизартрію - 2(6%), кашель, розлади слуху – 1(3%). У 5(16%) пацієнтів основної групи ми діагностували синдром каротидного вузла. Основою для діагностики цього синдрому була наявність у пацієнтів брадикардії та артеріальної гіпотензії, які регресували після видалення каротидної хемодектоми. На основі проведеного порівняльного аналізу між частотою симптомів у досліджуваних групах на основі тесту Фішера для основної групи статистично достовірним є поява асимптомного утвору на шії в проекції сонних артерій у 81% пацієнтів (при $p=0.0021$), запаморочення у 29% пацієнтів (при $p=0.0489$), синдрому каротидного вузла у 16% (при $p=0.0445$).

ВИСНОВОК. Аналіз клінічної картини у пацієнтів з пухлиною каротидного вузла показав, що для даної патології характерними є поява не болючого, овальної форми, туго-еластичної консистенції утвору на шії в проекції біфуркації загальної сонної артерії, який супроводжується запамороченням та синдромом каротидного вузла.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: каротидна хемодектома, сонні артерії, пухлина

На початку XXI-століття видалення пухлин шії залишається актуальною проблемою хірургії, беручи до уваги важкі ускладнення та високу летальність. В загальній структурі онкологічної захворюваності пухлини шії становлять близько 5% всіх випадків раку. Показник 5-річної виживаності у даній групі коливається в діапазоні від 30 до 75% в залежності від типу пухлини, локалізації, стадії процесу та соматичного стану пацієнта [1, 2].

Хірургічне лікування пухлин, тісно пов'язаних з магістральними судинами, є однією з найбільш складних та невирішених проблем як сучасної онкології так і судинної хірургії. Найбільші труднощі виникають при видаленні хемодектом шії різних локалізацій. Порушене внаслідок росту новоутвору топографо-анатомічне розташування сонних артерій і черепно-мозкових нервів, інтимне зрощення їх з пухлиною, яке нерідко

поширюється на краніо-базальну ділянку, частий розвиток непередбачуваних хірургічних ситуацій і ускладнень, обумовлює високий ризик і технічну складність даних втручань [3, 4].

Парагангліоми - це нейроектодермальні пухлини, які розвиваються з гангліїв нервової системи. На шиї вони в основному представлені каротидною хемодектомою. Каротидними хемодектомами шиї хворіють переважно особи жіночої статі у віці 20 – 50 років. Тривалість анамнезу варібельна від кількох місяців до 18 років [5, 6].

Клінічна симптоматика парагангліом шиї не має специфічних ознак. Зазвичай у пацієнтів виявляють парагангліому, лише тоді, коли пухлина починає обумовлювати деформацію форми шиї. Тому раннє виявлення цих пухлин і їх диференційна діагностика від інших онкопроцесів має першочергове значення. Це дає змогу вчасно та з мінімальними ускладненнями провести адекватне їх лікування [7].

МЕТА РОБОТИ. Визначити опорні симптоми для діагностики каротидної хемодектоми.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Проведено аналіз клінічної симптоматики 56 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні за період 1995 по 2015 р. Пацієнти були скеровані з лікувальних установ області з попереднім діагнозом: «пухлина каротидного вузла». В досліджуваній групі 31 пацієнт з каротидною хемодектомою (КХ), що склали основну групу та 25 пацієнтів з пухлинами іншого онкогенезу в проекції та з інвазією в каротидні артерії, які склали контрольну групу. Заключний діагноз встановлений на основі патогістологічного дослідження операційного матеріалу. В контрольній групі структура онкологічної патології в ділянці шиї була наступною: епітеліоїдоклітинна гемангіоендотеліома–1, невстановлений гістологічний висновок– 2, бранхіогенна киста шиї– 1, гемангіома– 6, лімфангіома– 6, метастази остеогенної саркоми– 1, плоскоклітинний нероговіючий рак гортані– 2, метастаз тератобластоми яєчка– 1, неходжкінська нехромофільна гігантськоклітинна лімфома– 1, папілярний рак щитовидної залози– 1, метастази аденокарциноми– 1, метастази бронхогенного раку– 2.

Розрахунок статистичних показників проводився за допомогою програми Excel 2010, з розрахунком статистичної достовірності отриманих результатів в дослідних групах на основі тесту Фішера.

В процесі дослідження були передбачені заходи стосовно безпеки для здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

В процесі вивчення та систематизації скарг пацієнтів було виявлено ряд закономір-

ностей, які обумовлені особливостями перебігу та локалізацією пухлинного процесу.

В основній групі ведучим симптомом була поява неболючого, округлої форми, туго-еластичної консистенції, утвору на шиї в проекції біфуркації загальної сонної артерії, що повільно збільшувався в розмірах. В основному пацієнти звертали увагу на нього через деформацію форми шиї. Таку клінічну картину ми спостерігаємо у 25 (81%) пацієнтів з КХ. Також у пацієнтів з КХ при госпіталізації були скарги на епізоди запаморочення в анамнезі, що виявлено у 9 (17%) клінічних випадків, що було ймовірно обумовлено компресією пухлини на каротидні артерії з розвитком стенозу останніх та як наслідок появи епізодів транзиторної гіпоксії мозку. Вище наведені симптоми зумовлені тим, що КХ має експансивний та повільний ріст. Першими її проявами стають симптоми «плюс» тканини, а саме деформація шиї та випинання шкіри над утвором. Судинні порушення в басейні каротидних артерій, які розвиваються в результаті росту пухлини каротидного вузла, прогресують повільно, що дає змогу організму адаптуватись до даних змін.

В групі КХ виявлено такі симптоми: біль голови – 7(23%) випадках, епізоди неприємності – 5(16%), появу болючого утворення на шиї - 6(19%). У 5(16%) пацієнтів відмічали збільшення лімфовузлів. Також в анамнезі у пацієнтів з КХ відмічали наступні симптоми: амнезію – 2(6%), дисфагію – 2(6%), дизартрію – 2(6%), кашель, розлади слуху – 1(3%).

У 5(16%) пацієнтів з КХ ми діагностували синдром каротидного вузла. Основою для діагностики цього синдрому була наявність у пацієнтів брадикардії та артеріальної гіпотензії, які регресували після видалення КХ.

В контрольній групі переважають симптоми, що розвиваються як результат швидкого та/або інвазивного росту пухлини. Клінічно це проявляється скаргами пацієнтів на появу болючого, швидкоростучого, нерухомого утвору в ділянці шиї, такий симптом виявлений у 15(60%) пацієнтів контрольної групи. При цьому даний симптом поєднується зі скаргами, що відображають залучення у патологічний процес прилеглих органів, а саме мозкова симптоматика, як результат ішемії мозку через пухлинний стеноз каротидних артерій: епізоди запаморочення - 2(8%), біль голови - 5(20%), колапс – 1(4%), амнезія – 2(8%) пацієнтів. В контрольній групі зростає частота симптомів, зумовлених ураженням пухлинним процесом черепно-мозкових нервів: дисфагія – 5(20%), дизартрія – 6(24%) пацієнтів. Збільшується кількість лімфаденопатій – 12(48%) клінічних випадків. У контрольній групі в пацієнтів з доброякісними пухлинами переважно виявлявся симптом «плюс тканини»: поява неболючого утвору на шиї, який повільно збільшувався в розмірах - 10(40%) випадках.

З метою виявлення статистично достовірних симптомів для КХ провели аналіз отриманих даних з визначенням різниці між симптомами у порівнювальних групах на основі «р», згідно тесту Фішера.

Результати статистичного аналізу наведені в таблиці №1:

Таблиця №1.

РОЗРАХУНОК ДОСТОВІРНОСТІ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІ В ДОСЛІДНИХ ГРУПАХ, ЗГІДНО ТЕСТУ ФІШЕРА

Симптом	Частота, основна група	Частота, контрольна група	Значення p, згідно тесту Фішера
Колапс	5	1	0.1535
Біль голови	7	5	0.5398
Запаморочення	9	2	0.0489*
Поява асимптомного утвору	25	10	0.0021*
Поява симптомного утвору на шиї	6	15	0.0021*
Дисфагія	2	5	0.1323
Амнезія	2	2	0.6084
Дизартрія	2	6	0.0692
Синдром каротидного вузла	5	0	0.0445*
Кашель	1	1	0.6981
Шийна лімфаденопатія	5	12	0.0109*
Шум у вухах	1	1	0.6981

Примітка. $p^* < p = 0,05$

На основі проведеного порівняльного аналізу між частотою даних симптомів у досліджуваних групах для КХ статистично достовірним є поява асимптомного утвору на шиї в проекції сонних артерій у 81% пацієнтів (при $p=0.0021$), запаморочення у 29% пацієнтів (при $p=0.0489$), синдрому каротидного вузла у 16% (при $p=0.0445$). Поява ж болючого утвору на шиї в проекції сонних артерій, лімфаденопатія зазвичай заперечує КХ і характерна для пухлин іншого генезу. По-іншим симптомах статистично достовірної різниці між групами не отримано.

ВИСНОВКИ.

1. Пацієнтам з пухлинами каротидного вузла характерні скарги на появу асимптомного утвору на шиї в проекції біфуркації загальної сонної артерії, епізоди запаморочення та синдром каротидного вузла.

2. Наявність специфічних симптомів дає змогу клініцисту на ранньому етапі діагностики провести попередню диференціацію КХ від інших пухлин і як результат провести пацієнта по-правильному алгоритму дообстеження та вчасно застосувати ефективне лікування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Amato B. Surgical resection of carotid body paragangliomas: 10 years of experience / B. Amato, T. Bianco, R. Compagna, M. Siano, G. Esposito [et al.] // Am J Surg. – 2014. – V. 207. – P. 293-298.
2. Boscarino G. An evaluation on management of carotid body tumour (CBT). A twelve years' experience / G. Boscarino, E. Parente, F. Minelli, A. Ferrante, F. Snider // G Chir. – 2014. – V. 35. – P. 47-51.
3. Beigi A. A. Convulsive syncope as presenting symptom of carotid body tumors: case series / A. A. Beigi, F. Ashtari, M. Salari, R. Norouzi // J Res Med Sci. – 2013. – V. 18, №2. – P. 164–166.
4. Devender S. Management for carotid body tumors: a single center experience / S. Devender, R Jaydip, Rajani // Indian J of Vas. Endovas. Serg. – 2014. – V.1, №1. – P. 8-11.
5. Gwon J.G. Risk factors for stroke during surgery for carotid body tumors / Gwon J.G., Kwon T.W., Kim H., Cho Y.P. // World J Surg. – 2011. – V.35. – P. 2154-2158.
6. Surgical management of carotid body tumors: a 15-year single institution experience employing an interdisciplinary approach / Jennifer L. Dixon, Marvin D. Atkins, William T. Bohannon, Clifford J. Buckley, Terry C. Lairmore // Proc (Bayl Univ Med Cent). – 2016. – V.29, №1. – P. 16–20.
7. В. О. Шідловський. Шийні парагангліоми, / [В. О. Шідловський, О. В. Шідловський]. – Вісник наукових досліджень. – 2012. – №1. – С. 4-7.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМЫ (ОПУХОЛИ КАРОТИДНОГО УЗЛА)**Кобза И. И., Савченко А. А.***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького***ЦЕЛЬ ИСЛЕДОВАНИЯ.** Определить опорные симптомы для диагностики каротидной хемодектомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ клинической симптоматики 56 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии Львовской областной клинической больницы за период 1995 по 2016 год. В данной группе пациентов в 31 случае диагностированы каротидная хемодектома (основная группа) и в 25 случаях опухоли другого онкогенеза в области сонных артерий (контрольная группа). Расчет статистических показателей проводился с помощью программы Excel 2010 с определением достоверности результатов на основе теста Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В группе каротидной хемодектомы ведущим симптомом было появление безболезненный, округлой формы, туго-эластичной консистенции образования на шее в проекции бифуркации общей сонной артерии, которое медленно увеличивалось в размерах в 25 (81%) пациентов, эпизоды головокружения в анамнезе обнаружено у 9 (17 %) клинических случаев, головная боль - 7 (23%), эпизоды обморока - 5 (16%), появление болезненного образования на шее - 6 (19%), лимфаденопатия - 5 (16%), амнезия - 2 (6%), дисфагию - 2 (6%), дизартрию - 2 (6%), кашель, расстройства слуха - 1 (3%).

В 5 (16%) пациентов основной группы мы диагностировали синдром каротидного узла. Основой для диагностики этого синдрома было наличие у пациентов брадикардии и артериальной гипотензии, которые регрессировали после удаления каротидной хемодектомы. На основе проведенного сравнительного анализа между частотой симптомов в исследуемых группах на основе теста Фишера для основной группы статистически достоверным является появление асимптомного образования на шее в проекции сонных артерий у 81% пациентов (при $p = 0.0021$), головокружение у 29% пациентов (при $p = 0.0489$), синдрома каротидного узла в 16% (при $p = 0.0445$)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анализ клинической картины у пациентов с опухолью каротидного узла показал, что для данной патологии характерны появление не болезненного, овальной формы, туго-эластичной консистенции образования на шее в проекции бифуркации общей сонной артерии, который сопровождается головокружением и синдромом каротидного узла.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: каротидная хемодектома, сонные артерии, опухоль

CLINICAL SYMPTOMS OF CAROTID BODY TUMOR

I. I. Kobza, A. A. Savchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

OBJECTIVE. Identify basic symptoms for the diagnosis of carotid body tumor.

MATERIALS AND METHODS The analysis of the clinical symptoms of 56 patients who were hospitalized in the department of vascular surgery Lviv regional hospital for the period 1995 to 2016 in this group of patients in the 31 case diagnosed tumor of the carotid body (study group) and 25 cases of tumors other oncogenesis in section of carotid arteries (control group). The calculation of statistical indicators performed using Excel 2010 with the definition of reliability of the results based on Fisher test.

RESULTS AND DISCUSSION. In the group of carotid body tumor (CBT) main symptom is the appearance of painless, round, tight elastic consistency, formation of the neck in the projection of the bifurcation of the common carotid artery, which slowly increased in size in 25 (81%) patients with CBT, episodes of vertigo history in 9 (17%) of clinical cases, headache -7 (23%), episodes of fainting -5 (16%), the appearance of a painful lesion on his neck - 6 (19%), lymphadenopathy - 5 (16%), amnesia - 2 (6%), dysphagia - 2 (6%), dysarthria - 2 (6%), cough, ear disorder - 1 (3%). In 5 (16%) patients with CBT, we diagnosed the syndrome of carotid node. The basis for the diagnosis of this syndrome in patients was the presence of bradycardia and hypotension, which regressed after removal of CBT. Based on the comparative analysis between the frequency of symptoms in study groups CBT statistically significant is the emergence of asymptomatic lesion in the neck in the projection of carotid arteries in 81% of patients ($p = 0.0021$), dizziness in 29% of patients ($p = 0.0489$) syndrome of carotid node in 16% ($p = 0.0445$).

CONCLUSIONS. Analysis of the clinical picture in patients with carotid body tumor shown that this disease is marked by the appearance of no pain, oval, tight elastic consistency lesion in the neck in the projection of the bifurcation of the common carotid artery, which is accompanied by vertigo syndrome and syndrome of carotid node.

KEY WORDS: carotid body tumor, carotid artery, tumor.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ ІНВАЗІЄЮ В НИЖНЮ ПОРОЖНИСТУ ВЕНУ ТА ПРАВЕ ПЕРЕДСЕРДЯ

Кобза І.І., Орел Ю.Г., Жук Р.А., Мота Ю.С., Лебедева С.А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нирково-клітинний рак, тромбоз, нижня порожниста вена, праве передсердя

Характерною особливістю нирково-клітинного раку (НКР) є схильність до судинної інвазії з поширенням у ниркову та нижню порожнисту вени (НПВ), іноді – навіть до правого передсердя. Частота 5-річного виживання хворих на НКР при відсутності віддалених метастазів становить 45-69%. Незважаючи на удосконалення методик каватромбектомії, хірургічне лікування продовжує залишатися технічно складним, асоціюючись з високою частотою ускладнень та летальності, особливо при видаленні пухлинних тромбів ретропечінкового та наддіафрагмального відділів НПВ. Вкрай важливими для безпечного видалення пухлинного тромба є доопераційна оцінка ступеню поширеності неопроцесу, наявності інвазії венозної стінки, стану печінкових вен (синдром Баdda-Кіарі), оптимальна профілактика тромбоемболічних та геморагічних ускладнень.

МЕТА РОБОТИ. Покращення діагностики та результатів хірургічного лікування хворих на НКР, ускладнений інвазією в НПВ та праве передсердя.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.

Проаналізовано результати клінічного обстеження, лабораторних показників, інструментальних методів діагностики, інтраопераційних спостережень у 76 пацієнтів на НКР, ускладнений інвазією в НПВ та праве передсердя, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії судин Львівської обласної клінічної лікарні за період з 1993 по 2017 роки.

Із 76 хворих, яким виконали нефректомію з метатромбектомією з НПВ та правого передсердя, чоловіків було 55 (72,4%), жінок – 19 (25,0%), віком від 21 до 78 років (середній вік – 58,2±4,4 роки); двоє дітей віком 5 та 9 років (2,6%). Пухлини правої нирки мали місце у 50 (65,8%) випадках, тоді як лівобічні новоутвори спостерігали у 26 (34,2%) хворих.

Серед симптомів переважали клінічні прояви, зумовлені місцевим поширенням пухлини: біль у поперековій ділянці – у 50 (65,8%), гематурія – у 31 (40,8%) випадках.

Симптоми, пов'язані з блокадою кровотоку у системі НПВ (гепатомегалія, асцит, ілеофеморальний флеботромбоз) спостерігали у 13,2 %.

Передопераційне інструментальне обстеження включало: УЗД органів черевної порожнини, нирок, спіральну комп'ютерну чи магнітно-резонансну томографію з внутрішньовенним контрастним підсиленням органів черевної порожнини, грудної клітки, екскреторну урографію, Ехо-кардіографію, за показаннями виконували венокаваграфію.

Рівень поширення тромботичної оклюзії НПВ оцінювали згідно модифікованої класифікації поширення пухлинних тромбів III рівня (Ciancio et al. 2002): рівень IIIa – тромб у ретропечінковому сегменті НПВ нижче головних печінкових вен; рівень IIIb – тромб у ретропечінковому сегменті НПВ, досягає устя головних печінкових вен; рівень IIIc – тромб у ретропечінковому сегменті НПВ і поширюється над головними печінковими венами, але нижче діафрагми; рівень IIId – тромб у надпечінковому і наддіафрагмальному сегменті НПВ, досягає інтраперикардіального відділу НПВ, але нижче передсердя (поза правими відділами серця).

Розподіл пухлин відповідно до рівня поширення пухлинного тромбу та сторони ураження наведено в табл. 1.

За даними табл. 1 залежно від рівня локалізації дистального кінця внутрішньовенної пухлини переважали тромби ретропечінкового сегменту – 23 (30,3%). Загальна частота «високих» тромбів (ретропечінковий сегмент, праве передсердя) становила 39,5 %.

Таблиця 1 РОЗПОДІЛ ПУХЛИН ВІДПОВІДНО ДО РІВНЯ ПОШИРЕННЯ ПУХЛИННОГО ТРОМБУ ТА СТОРОНИ УРАЖЕННЯ

Рівень пухлинного тромба	Правобічні пухлини		Лівобічні пухлини		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ниркова вена	13	61,9	8	38,1	21	27,6
Каваренальний сегмент	8	66,7	4	33,3	12	15,8
Підпечінковий сегмент	8	61,5	5	38,5	13	17,1
Ретропечінковий сегмент	15	65,2	8	34,8	23	30,3
IIIa	6	60,0	4	40,0	10	13,2
IIIb	1	33,3	2	66,7	3	3,9
IIIc	4	80,0	1	20,0	5	6,6
IIId	4	80,0	1	20,0	5	6,6
Праве передсердя	5	71,4	2	28,6	7	9,2
Всього	49	64,5	27	35,5	76	100,0

Інвазія пухлини в паранефральну жирову клітковину була виявлена у 24 (31,6%), у нирковий синус – у 32 (42,1%) випадках. Регіонарні та віддалені метастази спостерігали у 31 (40,8%) хворого.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Операційне лікування включало проведення радикальної нефректомії в комбінації з метатромбектомією з басейну НПВ та правого передсердя. Хворі оперовані з виконанням лапаротомного доступу в поєднанні з торако- або стернотомією, зокрема: косопоперечний підреберний доступ здійснювали – у 11 (14,5%), поперечну лапаротомію – у 8 (10,5%), розширену серединну лапаротомію – у 20 (26,3%), тораколапаротомію – у 5 (6,6%), «мерседес» – у 20 (26,3%) випадках. При пухлинних метатромбозах наддіафрагмального сегменту НПВ та правого передсердя у 12 (15,8%) випадках здійснювали стернолапаротомний доступ, при цьому, четверо хворих оперовані в умовах штучного кровообігу. Інтраопераційна аутогемотрансфузія із застосуванням апарату «Cell-Saver Plus» дозволила суттєво зменшити об'єм крововтрати та потребу в донорській крові при дотриманні вимог абластики.

У 8 хворих в передопераційному періоді виконали черезшкірну ретроградну імплантацію кава-фільтра «Осот» шляхом пункції зовнішньої яремної вени. Рівень встановлення обирали між Th9–Th12 залежно від рівня метатромбозу за даними қаваграфії. Застосування кава-фільтра дозволило запобігти емболізації легеневої артерії під час маніпуляцій на НПВ. Подальше інтраопераційне видалення кава-фільтра не ускладнювало перебігу операції.

Медіана тривалості операції склала 220 хв, крововтрата в середньому становила 900 мл (500 – 3000 мл). Серед післяопераційних ускладнень спостерігали: ТЕЛА – у 5 (6,6%), гостру ниркову недостатність – у 6 (7,9%), печінкову недостатність – у 5 (6,6%), постгеморагічну анемію – у 23 (30,3%) флеботромбоз – у 2 (2,6%), нагноєння післяопераційної рани – у 3 (3,9%) випадках. Інтраопераційна летальність склала – 2 хворих (2,6%), причина смерті – легенева емболія. Причинами післяопераційної летальності були: ТЕЛА – у 1 (1,3%), геморагічний шок – у 1 (1,3%), легенева недостатність – у 1 (1,3%).

При морфологічному дослідженні підтверджено: світлоклітинний варіант НКР – у 53 (69,7%), зернистоклітинний – у 12 (15,8%), змішаний – у 7 (9,2%), карцинома збиральних протоків Bellini – 1 (1,3%), нефробластома – у 3 (3,9%) випадках.

Термін спостереження за оперованими хворими становив від 1 до 21 року. Дворічне виживання підтвержене у 77,3%.

ВИСНОВКИ.

Диференційований підхід у видаленні пухлинних тромбів нижньої порожнистої вени та правого передсердя дозволяє оптимізувати тактику хірургічного лікування, попередити розвиток важких ускладнень та забезпечити задовільні віддалені результати.

СТРУКТУРА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кондратенко С.А.², Маркулан Л.Ю.¹, Мишалов В.Г.¹

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

²Александровская клиническая больница города Киева

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Острый калькулезный холецистит, ишемическая болезнь сердца, шкала тяжести холецистита TG13.

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) обычно является показанием к операции. Показано, что ранняя холецистэктомия (ХЭ), выполненная в течение 72 часов от начала заболевания, обеспечивает у больных с низким операционным риском лучшие результаты по сравнению с отсроченной ХЭ [1]. Оптимальная тактика лечения ОКХ у больных с повышенным периоперационным риском (ППР), в частности с ишемической болезнью сердца (ИБС) пока не определена. Для таких больных предлагаются отсроченные и этапные операции, выполняемые после купирования воспалительного процесса в желчном пузыре (ЖП) и коррекции расстройств, создающих угрозу периоперационных осложнений [2]. Применяются антибактериальная терапия, голод, обезболивающие препараты, спазмолитики, чрезкожное и транспеченочное дренирование желчного пузыря. Тем не менее у больных ППР частота периоперационных осложнений и смертности после ХЭ остаются более высокими по сравнению с больными, не имеющими последних. Неясно, связано ли это только со сниженным функциональным состоянием или же дополнительно потенцируется тяжестью воспалительного процесса в желчном пузыре.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ - изучить структуру тяжести острого калькулезного холецистита и морфологических изменений в желчном пузыре у больных с ишемической болезнью сердца разного функционального класса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В исследовании приняло участие 166 больных с ОКХ - 78 (47,0 %) женщин и 88 (53,0 %) мужчин в возрасте от 55 лет до 82 лет, в среднем $70,1 \pm 0,5$ лет. Все больные были госпитализированы в клинику в течение 72 часов от начала заболевания.

В основную группу (Группа О) вошло 107 больных с ОКХ и ИБС; в группу сравнения (группа С) - 59 больных ОКХ без признаков ИБС.

Функциональный класс (ФК) ИБС оценивали в соответствии с классификацией

Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів NYHA [3].

Для оцінки ступеня тяжкості ОКХ використовували класифікацію Токийського соглашения по острому холециститу (TG 13) [4]. Згідно даних патогістологічного дослідження виділяли катаральний і деструктивний (флегмонозний і гангренозний) ОКХ.

Точками дослідження були структура тяжкості ОКХ згідно TG 13 і тяжкість запального процесу в ЖП, їх зв'язок з функціональним класом ІБС.

Аналіз даних проводили з допомогою статистичної програми IBM SPSS Statistics 22.

РЕЗУЛЬТАТИ.

По гендерним показателям, візсту і індексу маси тіла (ІМТ) групи статистично не відрізнялися. Так, відношення чоловіків до жінок в основній групі становило 52,3% до 47,7 %, в групі контролю - 54,2% до 45,8 %, $p = 0,814$; середній вік відповідно 70,2 \pm 0,6 років і 69,6 \pm 0,8 років, $p = 0,587$; ІМТ відповідно 26,8 \pm 0,4 кг/м² і 27,4 \pm 3,6 кг/м².

У всіх хворих групи О відзначалася стенокардія напруження: стабільна у 93 (86,9 %), нестабільна у - 14 (13,1 %). І клас стабільної стенокардії був у 6 (6,5 %) хворих, ІІ клас - у 45 (48,4 %), ІІІ клас - у 31 (33,3 %), ІV клас - у 11 (11,8 %).

Згідно класифікації NYHA у хворих групи О І функціональний клас ІБС діагностований у 8 (7,5 %) хворих, ІІ клас - у 59 (55,1 %), ІІІ клас - у 33 (30,8 %), ІV клас - у 7 (6,5 %).

В цілому в структурі тяжкості ОКХ за шкалою TG13 переважав клас І - 70 (42,2 %) хворих, клас ІІ відзначено у 58 (34,9 %), клас ІІІ - у 9 (15,3 %).

В групі О тяжкість ОКХ, згідно класифікації TG13, достовірно ($p=0,024$) відрізнялася від такої в групі П за рахунок більшого відсотка хворих з класом ІІІ: 27,1 % проти 15,3 % і класом ІІ - 38,3 % проти 28,8 %, і меншим відсотком хворих класом І - 34,6 % проти 55,9 %. Також хворі групи О достовірно відрізнялися від хворих групи П структурою тяжкості запалювальних змін стінки ЖП за рахунок переважаючих деструктивних форм ОКХ. Так, частота катаральної, флегмонозної і гангренозної форм ОКХ в групі О становила 43,0 %; 27,1% і 22,9 % проти 66,1 %; 23,7 % і 10,2 % в групі П відповідно, $p = 0,005$.

Кореляційний аналіз виявив помірно достовірну зв'язок тяжкості запалювальних змін в ЖП і шкалою тяжкості ОКХ TG13: $r=0,495$ в групі О і $r=0,595$ в групі С. При наявності ІБС в групі при першому і другому класі тяжкості ОКХ достовірно частіше зустрічалися деструктивні форми ОКХ (47,4 %) порівняно з групою П (24,0 %), $p = 0,008$.

У хворих групи О тяжкість ОКХ достовірно корелювала з ФК класом NYHA, $r=0,595$. При першому ФК ІБС по NYHA у хворих відзначали ОКХ переважно тяжкостю класу І. По мірі збільшення ФК ІБС збільшувалася частота класу ІІІ тяжкості ОКХ і зменшувалася частота класу І тяжкості ОКХ (таблиця).

Таблиця

**ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ТЯЖЕСТИ ОКХ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ИБС ПО НУНА**

Класс тяжести ОКХ	Показатель	Класс НУНА				Итого
		I	II	III	IV	
I	Абс.	7	27	3	0	37
	%	87,5	45,8	9,1	0,0	33,6
II	Абс.	1	27	12	2	41
	%	12,5	44,1	36,4	28,6	38,3
III	Абс.	0	6	18	5	29
	%	0,0	10,2	54,5	71,4	27,1
Итого	Абс.	8	59	33	7	107
	%	100	100	100	100	100

ВЫВОДЫ

Структура тяжести ОКХ у больных с ИБС согласно классификации TG13, достоверно ($p=0,024$) отличается от таковой у больных без ИБС большим процентом тяжелого течения заболевания: 27,1 % против 15,3 % и умеренного тяжелого - 38,3 % против 28,8 %.

Тяжесть ОКХ у больных с ИБС умеренно коррелирует с тяжестью воспаления стенки ЖП ($r=0,495$). И при легком течении и при умеренно-тяжелом ОКХ деструктивные формы встречаются чаще (47,4 %) по сравнению с больными группы сравнения (24,0 %), $p = 0,008$.

Функциональный класс ИБС положительно коррелирует с тяжестью ОКХ, $r=0,595$. По мере увеличения ФК ИБС увеличивается частота тяжелого течения тяжести ОКХ и снижается частота легкого течения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Degrate L, Ciravegna AL, Luperto M, Guaglio M, Garancini M, Maternini M, et al. Acute cholecystitis: The golden 72-h period is not a strict limit to perform early cholecystectomy. Results from 316 consecutive patients. *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(8):1129–36.
2. Morse BC, Smith JB, Lawdahl RB, Roettger RH. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. *Am Surg.* 2010;76(7):708–12.
3. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology.* 941;2:281–84.
4. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):35–46.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

**Копчак К.В., Квасівка О.О., Копецький В.І., Чевердюк Д.О., Сікачов С.С.,
Дорожинський В.І., Васильєв О.В.**

Національний інститут раку, Україна

Лапароскопічна хірургія в наш час активно розвивається та отримує все нові сфери застосування. Також активно розвивається лапароскопічна хірургія підшлункової залози.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В цій роботі представлено досвід виконання резекційних операцій на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу, виконаних в Національному інституті раку в 2017 році. Нами виконано 5 дистальних резекцій підшлункової залози з лапароскопічного доступу та 2 панкреатодуоденальні резекції у пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози. Чоловіків було 4 (57,1%), жінок – 3 (42,9%). Середній вік пацієнтів склав 48,7+10,7 років (від 34 до 62 років). Критеріями включення були доброякісні та злоякісні пухлини підшлункової залози. Відносним протипоказанням до виконання лапароскопічного оперативного втручання були злоякісні резектабельні пухлини підшлункової залози, що мали щільний контакт з магістральними артеріальними та венозними судинами, а також виражена лімфаденопатія.

РЕЗУЛЬТАТИ. Остаточна морфологічна верифікація новоутворень у пацієнтів даної групи була наступна: 2 (28,6%) нейроендокринні пухлини, 2 (28,6%) муцинозні кістозні пухлини та 3 (42,8%) аденокарциноми – 2 голівки підшлункової залози і 1 тіла. Конверсій не було. В 1 випадку (20,0%) проведено дистальну резекцію зі збереженням селезінки та селезінкових судин за Kimura. При перампулярних новоутвореннях в обох випадках виконували пілорус-зберігаючу методику ПДР з виконанням реконструктивного етапу з мінідоступа на одній петлі за Child та виконанням панкреатоентероанастомозу на зовнішньому дренажі головної панкреатичної протоки. В одному випадку ПДР виконано з крайовою резекцією верхньої брижової вени з мінідоступа. У 2 пацієнтів (1 при виконанні дистальної резекції та 1 при виконанні ПДР) оперативне втручання виконували після раніше виконаного великого оперативного втручання на верхньому поверсі черевної порожнини (правобічна геміколектомія та лапаротомна апендектомія з приводу розлитого перитоніту)

Тривалість оперативного втручання коливалася від 90 до 210 хвилин (середня - 174,0+48,0 хвилин) при виконанні дистальної резекції, крововтрата коливалась від 30 до 100 мл (середнє значення 76,0+30,0 мл). Панкреатодуоденальні резекції тривали по 420 хвилин, крововтрата склала 100 та 500 мл.

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнтів після дистальних резекцій (40,0%) та у 1 після ПДР; з боку кукси підшлункової залози – у 2 пацієнтів після дистальних резекцій. Летальних випадків в даній групі не було.

Тривалість перебування у стаціонарі після операції у пацієнтів з лапароскопічними резекціями підшлункової залози коливалась від 5 до 14 діб. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції склала 7,4+2,9 діб.

ВИСНОВКИ.

Резекційні операції на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу є перспективним методом, який має ряд переваг, проте потребує розробки чітких показів до операції та оптимальної техніки її виконання. Перевагою лапароскопічного оперативного втручання є швидка реабілітація пацієнтів.

ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ КІЛЬКОСТІ РЕЦИДИВІВ РЕТИКУЛЯРНОГО ВАРИКОЗУ ТА ТЕЛЕАНГІЕКТАЗІЙ ПІСЛЯ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ПРИ ЗБЕРЕЖЕННІ КОСМЕТИЧНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Корольова Х.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

МЕТА РОБОТИ – з'ясувати причини рецидивів ретикулярного варикозу та телеангіектазій, пошук найбільш оптимальної комбінації хірургічних та ін'єкційних методик для досягнення стійкого результату.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 62 пацієнти жіночої статі з ретикулярним варикозом (РВ) та телеангіектазіями (ТАЕ). У 27 пацієнтів з невиявленим джерелом венозного рефлюксу в РВ та ТАЕ проводили декілька сеансів склеротерапії (СТ). В разі виявлення джерел живлення (35 пацієнтів) хірургічним шляхом усували рефлюкс з варикозно розширених вен, а РВ та ТАЕ склерозували 0,25%-1,0% рідким тетрадецилсульфатом натрію або полідоканолом аналогічної концентрації.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. В групі обстежених, яким ліквідовано венозний рефлюкс не зареєстровано рецидивів захворювання як в річний, так і трирічний терміни, та жоден з пацієнтів не потребував повторних сеансів склерозації раніше корегованих судин. У групі пацієнтів, що перенесли тільки СТ, рецидив ретикулярного варикозу був у 11 пацієнтів ($p < 0,01$), з яких 11 була виконана корекція та ще 4 потребувало другої корекції через 3 місяці від первинної процедури.

ВИСНОВКИ: Найбільш стабільний результат при лікуванні РВ та ТАЕ забезпечує мініінвазивне хірургічне припинення венозного рефлюксу у комбінації зі СТ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ретикулярний варикоз, телеангіектазії, склеротерапія, перфорантні судини, мініфлебектомія за Müller.

На сучасному етапі розвитку судинної хірургії широкого розповсюдження набула така галузь, як естетична флебологія. За даними більшості авторів, естетична флебологія спрямована на вирішення усіх флебологічних проблем із застосуванням комплексних сучасних методик заради досягнення максимального косметичного ефекту. При цьому пацієнти з телеангіектазіями та ретикулярним варикозом (С1 клас за СЕАР класифікацією) все частіше стають клієнтами косметологів – ін'єкціоністів, та лікування даної патології зводиться до послідовної серії процедур склеротерапії допоки не буде досягнуто бажаний естетичний ефект. Більше ніж 90% пацієнтів потребують повторної корекції після першої процедури і приблизно 50% пацієнтів потребують другої корекції, тобто третьої процедури склеротерапії.

МЕТА РОБОТИ. З'ясування причин рецидивів ретикулярного варикозу та телеангіектазій, пошук найбільш оптимальної комбінації хірургічних та ін'єкційних методик для досягнення стійкого результату.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

До дослідження залучено 62 хворих віком від 22 до 48 років. Всіх обстежених розділили на 2 групи в залежності від того чи вдалося визначити місця венозного рефлюксу. В першу увійшло 35 хворих, у яких за допомогою інструментальних методів обстеження

були знайдені місця венозного рефлюксу, при цьому не було жодних клінічних проявів інших форм варикозу, окрім РВ та ТАЕ. В другу включено 27 пацієнтів, у яких рефлюкс не був виявлений. Пацієнтам першої групи хірургічним шляхом усували рефлюкс з варикозно розширених вен, виконуючи мініфлебектомію за Müller, а неспроможні перфоранти пересікали під УЗД контролем. Менші ретикулярні вени та ТАЕ склерозували 0,25% - 0,5% рідким тетрадецилсульфатом натрію або полідоканолом аналогічної концентрації. У пацієнтів другої групи виконували лише склерозацію ретикулярних вен та телеангіектазій. Результати лікування оцінені в річний та трирічний термін. Для цього за рекомендаціями European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders достатньо лише клінічної, візуальної оцінка отриманого результату. У разі виникнення рецидивів проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали відновлення візуалізації судин, які підлягали склерозації. В разі необхідності сеанси склеротерапії повторювали 1-2 рази.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

В групі обстежених, яким окрім склеротерапії ліквідовано венозний рефлюкс не зареєстровано рецидивів захворювання як в річний, так і трирічний терміни, та жоден з пацієнтів не потребував повторних сеансів склерозації раніше корегованих судин.

У групі пацієнтів, що перенесли тільки склеротерапію, рецидив РВ на протязі першого року був у 11 пацієнтів ($p < 0,01$), з яких 11 була виконана корекція та ще 4 потребувало другої корекції через 3 місяці від первинної процедури.

Вразі виникнення рецидиву захворювання було проведено повторне УЗД КДК кінцівок, яке виявило перфорантні судини з недостатніми клапанами в безпосередній близькості від варикозних вен у 3 пацієнтів. Недостатність клапанів проксимального відділу великої шкірної вени відповідно у 1 хворого. Хоча прослідкувати безпосередній зв'язок розширених ретикулярних вен з перфорантними судинами та магістральними підшкірними венами за допомогою рутинного УЗД КДК майже неможливо, можна вважати, що з найбільшою вірогідністю саме цей фактор є причиною рецидиву захворювання.

Вдоволення результатом проведеного лікування висловили 35 пацієнтів (100%) першої та 16 пацієнтів (59%) другої групи до повторних сеансів склеротерапії ($p < 0,01$), тобто різниця статистично достовірна. При цьому, варто відзначити, що місця проколів після мініфлебектомії за Müller у річний термін стали непомітними неозброєному оку, тобто косметичність та естетичність результату цілком відповідна суто ін'єкційному методу лікування.

ВИСНОВКИ.

Найбільш стійкий та довготривалий результат при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій дає мініінвазивне хірургічне припинення венозного рефлюксу шляхом мініфлебектомії за Müller та пересічення перфорантних судин, що безпосередньо живлять ретикулярні венозні сплетення під УЗД контролем у комбінації зі склеротерапією. Перевагами комбінованого підходу є низька травматичність, гарний косметичний ефект та довготривалість отриманого результату лікування.

УДК: 616-0.38.22+616.136.76.12

МОДИФІКОВАНА СИСТЕМА ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЛАНОВОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Костів С.Я., Венгер І.К., Вайда А.Р.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачовського

В роботі розглянуто застосування модифікованого способу тромбопрофілактики у хірургічних хворих, що ґрунтується на моменти її застосування в ранньому післяопераційному періоді та фармакодинамічному впливові на різні ланки гемокоагуляційного каскаду НФГ і НМГ. Дозування антикоагулянтних препаратів знаходиться в залежності від рівня прояву хірургічного стресу і їх послідовне застосування дозволило знизити частоту післяопераційних венозних тромботичних ускладнень більше ніж у 2 рази ($p < 0,001$).

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Венозний тромбоз, хірургічне втручання, система гемостазу.

Післяопераційні венозні тромбоемболічні ускладнення в сучасній хірургії, не зважаючи на значну кількість наукових робіт присвячених зазначеній проблемі, залишаються актуальною і не вирішеною проблемою (Любастов К.В. і соавт., 2015). Проводячи тромбопрофілактику нефракціонованим гепарином частота розвитку післяопераційного венозного тромбозу в басейні нижньої порожнистої вени утримується на рівні 15,6 – 25,8 %, при застосуванні низькомолекулярних гепаринів венозні тромбоемболічні ускладнення розвиваються у 10,5 – 18,3 % спостережень (Момот А. П., 2006 р.). Післяопераційні тромбоемболічні ускладнення створюють реальну загрозу для життя пацієнтів і в структурі післяопераційної летальності хірургічних хворих складають 6 – 25 % (Qaseem A., et al., 2011).

МЕТА РОБОТИ. Знизити частоту розвитку післяопераційного тромбоемболізму шляхом цілеспрямованого впливу НФГ і НМГ на окремі ланки гемокоагулятивного каскаду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В роботу включено 1268 пацієнтів. В І групу увійшли 722 пацієнти, що були оперовані в хірургічних відділеннях КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня» в 2012-2014 рр.. Тромбопрофілактика здійснювалась у відповідності до галузевих протоколів (Міждисциплінарні клінічні рекомендації. Венозний тромбоемболізм. Київ 2011, 2013). Ввівши фактор хірургічного стресу у шкалу Caprini J. et al. (2012) проведено розподіл пацієнтів із плановою хірургічною патологією на групи з високим – 261 (36,45 %), помірним – 233 (32,27 %) та низьким – 228 (31,30 %) ризиком розвитку післяопераційного тромбоемболізму. Серед пацієнтів з високим ризиком розвитку післяопераційного тромбоемболізму післяопераційний тромбоз діагностовано у 22,22 % спостереженнях,

при помірному ризику – у 15,45 %, при низькому – у 10,53 % пацієнтів.

Визначення показників згортальної, фібринолітичної та агрегаційної систем проводили на доопераційному етапі, під час травматичного етапу хірургічного втручання, на 3 год., 6 год., 12 год. і 24 год. раннього післяопераційного періоду: фібриноген – ваговою методикою гравіметричним методом за Р.А. Рутбергом; активність фібриностабілізуючого фактору – з використанням „набору для визначення фактора XIII” науково-виробничої фірми „SIMKO Ltd” (Львів); тромбoplastична активність крові – методом Б. А. Кудряшова і П. Д. Улітиної; час рекальцифікації плазми – методом Бергергоф і Рока; плазмін (ПЛ), плазміноген, сумарна фібринолітична активність – методом В.А. Монастирської і співав.; час лізису еуглобінових згустків – з допомогою „Набір для визначення фібринолітичної активності плазми крові” науково-виробничої фірми „SIMKO Ltd” (Львів). Визначення розчинних фібринмономерних комплексів проводили планшетним методом. Дослідження агрегаційних властивостей тромбоцитів вивчали під впливом АДФ в концентрації 2,5 мкмоль/л із записом агрегатограм на аналізаторі AP 2110 «Солар».

В II групу увійшли 286 пацієнтів, що були оперовані у хірургічних відділеннях КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня» в 2015-2016 рр.. Тромбопрофілактика здійснювалась запропонованим способом, який передбачає застосування одночасно НФГ і НМГ, переважаюча дія яких спрямована на конкретні фази гемокоагуляційного каскаду, що підвищує ефективність тромбопрофілактики. Враховуючи фактор хірургічного стресу у шкалі Caprini J. etal. (2012) проведено розподіл пацієнтів із плановою хірургічною патологією на групи з високим – 93 (32,63 %), помірним – 102 (35,79 %) та низьким – 91 (31,82 %) ризиком розвитку післяопераційного тромбоемболізму. Серед пацієнтів з високим ризиком розвитку післяопераційного тромбоемболізму його частота знаходилась на рівні 11,81 %, при помірному ризику – в межах 6,86 %, при низькому – на рівні 5,49 %.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

В результаті дослідження встановлено формування гіперкоагулятивного синдрому на інтраопераційному етапі хірургічного втручання, вираженість якого залежить від рівня ризику розвитку післяопераційного венозного тромбозу. У пацієнтів із високим ризиком розвитку післяопераційного тромбоемболізму на 3 год. раннього післяопераційного періоду спостерігається підвищення в 1,5 ($p < 0,05$) рази вмісту фібриногену в плазмі в порівнянні із доопераційним періодом. Відмічено суттєве зростання рівня розчинних фібринмономерних комплексів до $1,07 \pm 0,21$ од.екст.. Підтвердженням підвищеного рівня тромбінемії засвідчує зростання в 2,6 рази вмісту фібринопептиду А. При цьому спостерігається значне посилення деградації продукту фібрину до $35,14 \pm 7,69$ мкг/мл ($p < 0,001$) при незначному зниженні рівня анти тромбіну III до $80,13 \pm 9,42$ % ($p > 0,05$). Спостерігається подальше зниження фібринолітичної активності крові до $45,63 \pm 6,41$ ($p < 0,05$) і прискорення часу рекальцифікації плазми у 1,4 рази ($p < 0,05$).

Гіперкоагулятивний синдром раннього післяопераційного періоду формується, в

основному, за рахунок підвищення вмісту в плазмі тромбін-фібринової фракції гемокоагулятивного каскаду зсідальної системи крові. Отже, для попередження розвитку післяопераційного тромбоемболізму слід відразу по закінченню хірургічного втручання розпочати введення НФГ, який проявляє переважаючий вплив на тромбін – фібриновий комплекс (IIa фактор), протягом перших 36 годин раннього післяопераційного періоду з подальшим призначенням, через 12 год. після закінчення оперативного втручання, НМГ (згідно галузевих стандартів), які проявляють переважаючий вплив на Ха фактор.

ВИСНОВОК.

Застосування запропонованого способу тромбопрофілактики при планових хірургічних втручаннях, що ґрунтується на цілеспрямованому патогенетичному впливові на окремі ланки гемокоагулятивного каскаду дозволило знизити частоту розвитку післяопераційного венозного тромбозу у пацієнтів II групи дослідження до 8,04 %, що нижче у 2 рази, ніж у пацієнтів I групи спостереження, де частота розвитку післяопераційного тромбоемболізму була на рівні 16,35 %.

УДК 616.14-007.64-08

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЖІНОК В РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ

Криса Б.В.*Івано-Франківський національний медичний університет*

МЕТА РОБОТИ - напрацювати критерії тактики лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у жінок репродуктивного періоду.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Проведено аналіз результатів лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у 42 жінок репродуктивного періоду і вагітних віком від 19 до 39 років. Пацієнтів розділено на дві групи. В першу групу ввійшло 27 (64,3%) жінок із ВХНК у різні терміни вагітності, в другу групу – 15 (35,7%) жінок, оперованих до першої вагітності або у післяпологовому періоді з класом клас ХЗВ II-IV за СЕАР. Вивчали анамнестичні дані, проводили клінічний огляд з метою виявлення симптомів захворювання (спадковий фактор, ретикулярний варикоз, підсилення рельєфу підшкірних вен, венозний застої при ортостатичних навантаженнях) та виконували дуплексне сканування венозної системи. При виявленні факторів ризику виникнення варикозу рекомендували виробити I класу компресії (8 вагітних – 19,1%), а при наявному варикозі – II класу компресії (19 вагітних – 45,2%). Еластичну компресію у імперативному порядку рекомендували вагітним із наявною ВХНК. Хірургічне втручання виконано у 4 пацієнток (9,5%) профілактично перед початком першої вагітності, 11 операцій (26,2%) проведено між вагітностями. Виконували ендовенозні втручання лазерним коагулятором з довжиною хвилі 1470 нм у поєднанні з мініфлебектомією варикозно розширених приток.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ. Профілактика варикозної трансформації підшкірних вен у репродуктивному періоді є важливим завданням. Жінка, яка планує вагітність, повинна звернутись до хірурга (флеболога), який оцінює потенційний ризик патології та рекомендує оптимальний варіант її профілактики і лікування. У якості базового лікувального засобу на всіх етапах її розвитку рекомендується компресійна терапія. Носіння під час вагітності компресійних градуйованих панчіх знижує тиск у венозній системі нижніх кінцівок і зменшує їх набряк. Доведена їхня ефективність у зниженні ризику тромбоутворення, тому компресійні панчохи слід носити до, під час і після пологів. Хірургічне лікування доцільно проводити перед початком вагітності або відтермінувати його до післяпологового періоду та рекомендувати після завершення годування груддю і відновлення менструального циклу. При виборі методики оперативного лікування необхідно віддавати перевагу сучасним малоінвазивним технологіям - ендовенозна лазерна коагуляція, мініфлебектомія.

ВИСНОВКИ. Своєчасно початі і адекватно проведені профілактичні заходи знижують імовірність розвитку варикозної хвороби і її ускладнень, сприяють нормальному протіканню вагітності і післяпологового періоду. Використання компресійного трикотажу обов'язкове для всіх жінок групи ризику з перших днів вагітності. Хірургічне лікування варикозної хвороби доцільно проводити до планованої вагітності або після завершення лактації і відновлення менструального циклу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: варикозна хвороба нижніх кінцівок, репродуктивний період, лікування.

Варикозна хвороба нижніх кінцівок (ВХНК) є розповсюдженою патологією, яку діагностують у кожної п'ятої жінки репродуктивного періоду, причому прогресування захворювання у 96% корелює із кількістю вагітностей [1]. У більшості спостережень зміни у венозній системі частково редукують після пологів, хоча не повертаються до рівня, який був до вагітності, а із наступними вагітностями постійно прогресують [2]. Такі особливості перебігу ВХНК нерідко створюють жінкам серйозні функціональні та косметичні проблеми.

Варикозна хвороба ускладнює протікання вагітності, пологів і післяпологового періоду. Так, у вагітних із ВХНК відмічається висока частота виникнення гестозів (14%), фетоплацентарної недостатності та хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода (27%), аномалій прикріплення плаценти (14%), обвинання пуповиною (22%) [3]. Нерідко спостерігають аномалії родової діяльності: первинна слабкість (15%), кровотечі у ранньому післяпологовому періоді (18%), несвоєчасний відхід навколоплідних вод (24%), передчасне відшарування плаценти (2%), післяпологовий метроендометрит (7%) [5, 6, 9].

Необхідно підкреслити, що велике значення проблеми ВХНК обумовлене високим ризиком розвитку гострого варикотромбофлебіту і тромбоемболічних ускладнень, що несе реальну загрозу здоров'ю матері і плоду [4].

МЕТА РОБОТИ. Напрацювати критерії тактики лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у жінок репродуктивного періоду.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

У проспективне дослідження, проведене у 2015–2017 роках на базі кафедри хірургії № 1 Івано-Франківського національного медичного університету (зав. каф. проф. С.М.Василіук) та жіночої консультації м. Івано-Франківськ, залучено 42 жінки віком від 19 до 39 років. Критерії включення - жінки репродуктивного періоду з ВХНК і вагітні, у яких виявлено варикозно розширені вени при постановці на облік в жіночій консультації.

Критерії виключення - жінки з тромбофлебітом, перенесеним тромбозом глибоких вен та відмова від участі у дослідженні.

Пацієнтів розділили на дві групи. В першу групу ввійшло 27 (64,3%) жінок із ВХНК у різні терміни вагітності, в другу групу – 15 (35,7%) жінок, оперованих до першої вагітності, або у післяродовому періоді після закінчення лактації. В обох групах спостережень переважав клас ХЗВ II-IV за СЕАР.

При обстеженні вивчали анамнестичні дані та проводили клінічний огляд з метою виявлення симптомів, які свідчать про схильність до розвитку захворювання (спадковий фактор, ретикулярний варикоз, підсилення рельєфу підшкірних вен у вертикальному положенні, появу ознак венозного застою при ортостатичних навантаженнях) та виконували дуплексне сканування венозної системи. Завдання обстеження - виявлення скритої форми варикозної хвороби, коли при відсутності видимої варикозної трансформації визначається рефлюкс крові по стовбурах великої або малої підшкірних вен.

Виконували ультразвукове дуплексне сканування венозної системи в різні періоди вагітності, а при плануванні оперативного лікування – перед операцією, через 1, 3, 6 та 12 місяців після неї. Оцінювали наявність вертикального та горизонтального рефлюксів, стан магістральних поверхневих і перфорантних вен та приток. Досліджували діаметри просвіту вен, стан стінок.

При виявленні факторів ризику або появі варикозних вен перед початком першої чи повторної вагітності жінку попереджали про можливість розвитку або прогресуван-

ня ХВН при майбутніх вагітностях і пояснювали необхідність активних профілактичних заходів, зокрема доцільність оперативного лікування.

Профілактика і лікування ВХНК у вагітних має ряд принципових особливостей. Фармакологічна підтримка обмежена використанням препаратів, які не проникають через плацентарний бар'єр і мінімально впливають на згортальну систему крові [7, 8]. Основним лікувально-профілактичним заходом у вагітних жінок є тривала еластична компресійна терапія, яка, крім сповільнення процесів варикозної трансформації, знижує ризик розвитку тромбоемболітів завдяки прискоренню швидкості току крові [4].

При виявленні факторів ризику виникнення варикозу рекомендували виробити I класу компресії (8 вагітних – 19,1%), а при наявному варикозі – II класу компресії (19 вагітних – 45,2%). Еластичну компресію у імперативному порядку рекомендували вагітним із наявною ВХНК. Крім компресійної терапії рекомендували піші прогулянки у спокійному темпі, виключення тривалих ортостатичних навантажень. На пізніх термінах вагітності – підвищене положення кінцівок при відпочинку.

Хірургічне лікування ВХНК виконано у 4 пацієнток (9,5%) профілактично перед початком першої вагітності та 11 операцій (26,2%) проведено між вагітностями. Виконували ендовенозні лазерні коагуляції хірургічним лазерним коагулятором з довжиною хвилі 1470 нм у поєднанні з мініфлебектомією варикозно розширених приток.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Попередження прогресування варикозної трансформації підшкірних вен у репродуктивному періоді жінок є важливим завданням. Жінка, яка планує вагітність, перш за все повинна звернутись до хірурга (флеболога), який повинен оцінити потенційний ризик прогресування патології та рекомендувати оптимальний варіант профілактики і лікування.

У якості базового лікувального засобу на всіх етапах її розвитку рекомендується використовувати компресійну терапію різного ступеню стиснення, яка сприяє нормалізації венозного відтоку. Носіння під час вагітності компресійних градуйованих панчіх знижує тиск у венозній системі нижніх кінцівок і зменшує їх набряк. Доведена їхня ефективність у зниженні ризику тромбоутворення, тому компресійні панчохи слід носити до, під час і після пологів.

Рання активізація породіллі також корисна у аспекті покращання венозного кровотоку і профілактиці тромбоемболічних ускладнень. Важливим є регулярне виконання фізичних вправ, зокрема тренування литкових м'язів, що відіграють основу роль у процесі перекачування крові в нижніх кінцівках.

Для зміцнення м'язів ніг вагітним показані піші прогулянки, плавання, їзда на велосипеді. Жінкам слід намагатися спати на лівому боці, оскільки при положенні на правому боці вагітна матка стискає вени малого таза і нижню порожнисту вену. Це у свою чергу підвищує венозний тиск в ногах і навантаження на клапанний апарат.

Своєчасно розпочаті і адекватно виконані профілактичні заходи дозволяють у значній

мірі знизити швидкість прогресування хронічної венозної недостатності в час вагітності, сприяють благополучному протіканню вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Хірургічне лікування варикозної хвороби доцільно проводити профілактично перед початком вагітності, або відтермінувати його до післяпологового періоду та рекомендувати після завершення годування груддю і відновлення менструального циклу, в зв'язку з тим, що зміни в гормональному статусі породіллі нормалізуються протягом 4-6 місяців після пологів. Розширені в результаті вагітності вени нижніх кінцівок після пологів здебільшого частково відновлюють свій нормальний тонус і розміри у міру того, як знижується гормональний вплив.

При виборі методики оперативного лікування необхідно віддавати перевагу таким сучасним малоінвазивним технологіям, як ендовенозна лазерна коагуляція, мініфлебектомія і ранній активізації у післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

Своєчасно початі і адекватно проведені профілактичні заходи дозволяють значно знизити імовірність розвитку варикозної хвороби і її ускладнень, сприяють нормальному протіканню вагітності і післяпологового періоду.

Використання компресійного трикотажу обов'язкове для всіх жінок групи ризику з перших днів вагітності.

Хірургічне лікування варикозної хвороби доцільно проводити до планованої вагітності або після завершення лактації і відновлення менструального циклу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонюк-Кисіль В.М., Єнікєєва В.М., Лічнер В.М., Липний В.М., Дрозд В.В. Особливості хірургічного лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – Т. 108. – С. 68-74.
2. Буданов П.В. Современные принципы профилактики и лечения беременных с хронической венозной недостаточностью // Consilium Medicum. – 2009. – № 6. – Р. 91-96.
3. Золотухин Н.С., Омельченко Н.А., Шемякова М.А., Митюков В.А. Применение эскузана для профилактики варикозной болезни и ее осложнений в акушерстве // Український медичний часопис. – 2000. – № 5. – Т. 19. – С. 57-62.
4. Прасол В.А., Тарабан И.А., Мишенина Е.В., Межеріцкая Н.Ф. Особенности хронической венозной недостаточности у беременных // Харківська хірургічна школа. – 2012. - № 4. – Т. 55. – С. 103-109.
5. Репина М.А., Коньчева Е.А., Сумская Г.Ф. Прогнозирование течения беременности и оптимизации родов при варикозной болезни // Вопросы охраны материнства и детства. – 1991. – № 36. – Т. 11. – С. 44-45.
6. Хараберюш В.А., Соболев А.А., Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Варикозная болезнь нижних конечностей и ее осложнения. – Донецк. – 1999. – 112 с.
7. Reich S. Systemic therapy of chronic venous diseases / S. Reich, P. Altmeyer, M. Stucker // Hautarzt. – 2006. – № 57 – Vol. 1. – P. 9-10.

8. Robertson L. Epidemiology of chronic venous disease / Robertson L., Evans C. J., Fowkes F G. // *Phlebology*. – 2008. – Vol. 23. № 3. – P. 103–111.
9. Steiner M. Conservative therapy of chronic venous insufficiency. The extent of the edema-preventive effect of horse chestnut seed extract // *Vasa Suppl*, 1991. – Vol. 33. – P. 217-226.

УДК 611.161:611.611:57.012.4:616.441-008.64

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ НЕФРОНІВ НИРКИ В УМОВАХ ЗАМІСНОЇ МОНОТЕРАПІЇ L-ТИРОКСИНОМ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кузьменко Ю.Ю., Шевченко О.О., Назар П.С.

Івано-Франківський національний медичний університет

За даними МОЗ України на сьогоднішній день зареєстровано більше 80 тисяч хворих на гіпотиреоз. Згідно з результатами епідеміологічних досліджень, поширеність гіпотиреозу у жінок становить від 4 до 21 % і в чоловіків — від 3 до 16 % [6]. Проблема попередження розвитку патологічних змін при гіпотиреозі набуває все більшого значення в Україні [1,2]. Дефіцит тиреоїдних гормонів призводить до порушення функції нирок [3], які, з одного боку, відіграють важливу роль у регуляції метаболізму та видаленні тиреоїдних гормонів, а з іншого – є одним з органів-мішеней для них [4]. Гіпотиреоз частіше розвивається і прогресує повільно, викликаючи значні зміни функції нирок, такі як: зменшення реабсорбції натрію в проксимальних канальцях, порушення концентраційної функції дистальних канальців, зменшення екскреції сечової кислоти, зниження ниркового кровотоку та швидкості клубочкової фільтрації, метаболічний ацидоз, гіпоальдостеронізм, рабдоміоліз в поєднанні з транзиторною протеїнурією [5].

З багатограних вісцеропатичних проявів гіпотиреозу недостатньо вивченим залишається структурні прояви ураження нирок і вплив замісної гормональної терапії на відновлення структурних компонентів нирок у разі розвитку гіпотиреозу.

МЕТА РОБОТИ. На субмікроскопічному рівні дослідити структурні зміни компонентів нефрону нирки експериментальних тварин за умов дефіциту гормонів щитоподібної залози протягом 100 діб після тиреоїдектомії та відновлення структур нефрону нирки на тлі замісної монотерапії L-тироксином.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

Стан набутого гіпотиреозу у статевозрілих щурів моделювали шляхом проведення тотальної тиреоїдектомії. На 3-тю добу після операції проводили замісну монотерапію L-тироксином (Фармак, Україна) у дозі 10 мкг/кг per os щоденно. Ультроструктурні зміни в нирках експериментальних щурів вивчали через 100 діб після операції на фоні відповідної замісної монотерапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Через 100 діб після тиреоїдектомії у нирках експериментальних щурів виявляються суттєві структурні зміни у всіх компонентах нефрона. Значно збільшується поліморфізм ниркових тілець, переважають зморщені і невеликих розмірів тільця. Частина ниркових тілець повністю склерозована. Відбувається зменшення розмірів ниркових тілець, а також діаметра й загальної кількості клубочкових капілярів. У фільтраційному бар'єрі найбільшої виразності зміни досягають у подоцитах: знижуються об'ємна та кількісна щільність їх відростків, що є ознакою їх редукації. Дистрофічні зміни в мезангіальних клітинах є морфологічною основою зниження швидкості гломерулярної фільтрації. Загибель в канальцях частини епітеліоцитів призводить до порушень реабсорбції, тим самим посилюючи протеїнурію. В паренхімі нирки відмічаються явища осередкового склерозу, який поширюється і на нефрони, і на строму нирок. В клубочках спостерігається дифузна гіперцелюлярність (більш 35 клітин) та потовщення стінок капілярів. Дистрофія епітелію ниркових канальців супроводжується ділянками їх некрозу. Вогнища склерозу найбільш поширені у периваскулярній стромі.

Отже, через 100 діб після тиреоїдектомії в усіх структурних компонентах нирки розвиваються ознаки зриву компенсації, а дистрофічно-деструктивні зміни набувають значної виразності, що відображується на процесах фільтрації та реабсорбції.

Замісна монотерапія L-тироксином післяопераційного гіпотиреозу на протязі 100 діб для компенсації дефіциту гормонів щитоподібної залози підвищує рівень вільного тироксину у плазмі крові до контрольного показника. Це запобігає розвитку глибоких дистрофічних та деструктивних змін в усіх компонентах нефрону і значно сповільнює їх прогресування, але не забезпечує повного відновлення структури. Про неповне відновлення ультраструктури компонентів нефронів та наявність дистрофічних і деструктивних процесів у нирці після монотерапії свідчать ділянки потовщення, деструктурованості, набряку базальних мембран в канальцях нефрону, а також клітинний детрит в інтерстиційному просторі. Таким чином, замісна монотерапія L-тироксином не забезпечує достатнє відновлення структурних компонентів нирок експериментальних тварин на тлі набутого гіпоторозу.

ВИСНОВКИ

1. Через 100 діб після тиреоїдектомії у нирках експериментальних щурів виявляються суттєві структурні зміни всіх компонентів нефронів.
2. Замісна монотерапія L-тироксином, яку проводили на 3-тю добу після тиреоїдектомії, не забезпечує достатнього відновлення структурних компонентів нефронів нирок експериментальних тварин на тлі набутого гіпоторозу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

3. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією /Ларін О.С., Паньків В.І., Селіваненко М.І., Грачова О.О. // Міжнародний ендокринологічний журнал. -2011. - № 3(35). - С. 10- 18.
4. Фадеєв В. В. Перспективныє направления заместительной терапии гипотиреоза // CONSILIUM medicum. - 2011. - Т. 13, № 12. - С. 75 - 78.
5. Changes in renal function in primary hypothyroidism / J. Montenegro, O. Gonzalez, R. Saracho et al. // Am. J. Kidney. Dis. – 1996. – Vol. 27(2). – P.195–198.
6. Correlation between severity of thyroid dysfunction and renal function /den Hollander J.G, R.W. Wulkan, M.J. Mantel et al.// Clin Endocrinol (Oxf). - 2005. – Vol.62. – P.423 - 427.
7. Prevalence of thyroid disease in an older Australian population / M. Empson, V.Flood, G. Ma. et al.// Intern. Med. J.- 2007. - Vol. 37, № 7.- P. 448 - 455.
8. Prevalence of thyroid disease in an older Australian population / M. Empson, V.Flood, G. Ma. et al.// Intern. Med. J. - 2007. - Vol. 37, № 7. - P. 448 - 455.

**СТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ НЕФРОНІВ НИРКИ В УМОВАХ ЗАМІСНОЇ МОНОТЕРАПІЇ
L-ТИРОКСИНОМ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кузьменко Ю.Ю., Шевченко О.О., Назар П.С.

Через 100 днів після тиреоїдектомії в усіх структурних компонентах нефронів нирки експериментальних щурів розвиваються ознаки зриву компенсації, а дистрофічно-деструктивні зміни набувають значної виразності, що відображується на процесах фільтрації та реабсорбції. Замісна монотерапія L-тироксिनном післяопераційного гіпотиреозу на протязі 100 днів запобігає розвитку глибоких дистрофічних та деструктивних змін в усіх компонентах нефрону і значно сповільнює їх прогресування, але не забезпечує повного відновлення структури. Про неповне відновлення ультраструктури компонентів нефронів та наявність дистрофічних і деструктивних процесів у нирці після монотерапії свідчать ділянки потовщення, деструктурованості, набряку базальних мембран в канальцях нефрону, а також клітинний детрит в інтерстиційному просторі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тиреоїдектомія, післяопераційний гіпотиреоз, нирки, нефрон.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Кутовой А.Б.², Жмуренко Э.В.², Меренкова С.П.¹

¹КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» ДООС, г.Днепр, Украина.
²Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины

С 2011 по 2016 г.г. в КУ «ОКБМ» ДООС пролечено 102 пациента с новообразованиями надпочечников: из них вмешательства лапаротомным доступом произведены у 16 больных, мануально ассистированные лапароскопические операции (МАЛ) - у 86. Пациенты, перенесшие МАЛ были разделены на 2 группы: контрольную (n = 44), которым выполнена тотальная адrenaлэктомия и основную (n = 42) – после субтотальной резекции. По результатам окончательного патоморфологического исследования наиболее часто диагностирована аденома (52,9 %).

Показано, что МАЛ адrenaлэктомия является эффективным методом лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей надпочечников при условии отсутствия регионарных и отдаленных метастазов. Выполнение субтотальных резекций при доброкачественных образованиях надпочечниковых желез позволило уменьшить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Выбор метода хирургического лечения злокачественных поражений надпочечников представляет проблему и определяется локализацией, размерами и степенью распространения опухоли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мануально ассистированная лапароскопическая адrenaлэктомия, тотальная, субтотальная адrenaлэктомия.

На сегодняшний день вопросу хирургического лечения опухолей надпочечников посвящено большое количество работ. Адrenaлэктомия у пациентов с новообразованиями надпочечников является единственным методом радикального лечения. Ввиду особенностей топографической анатомии органов и развития современных технологий в хирургии разработано около 50 модификаций доступов к надпочечниковым железам. Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических методов позволило улучшить ближайшие и отдаленные результаты адrenaлэктомии, однако не исключает вероятность развития интраоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить результаты хирургического лечения опухолей надпочечников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

С 2011 по 2016 г.г. в КУ «ОКБМ» ДООС находились на лечении 102 пациента с новообразованиями надпочечников: из них вмешательства лапаротомным доступом произведены у 16 больных, мануально ассистированные лапароскопические операции (МАЛ) - у 86. Пациенты после МАЛ были разделены на 2 группы: контрольную (n = 44), которые перенесли тотальную адrenaлэктомия и основную (n = 42) - субтотальные ре-

зекции. Средний возраст больных составил $52,5 \pm 1,1$ лет, женщин было 67 (77,9 %), мужчин - 19 (22,1 %).

Всем пациентам с образованиями надпочечников проводили стандартные лабораторные исследования, включающие определение электролитного состава крови, уровня альдостерона, дегидроэпиандростерон - сульфата, ренина и адренкортикотропного гормона крови, альдостерон - ренинового соотношения, 17-оксипрогестерона, тестостерона, эстрадиола, экскрецию кортизола, метанефрина суточной мочи, уровень кортизола слюны. Кроме того выполняли УЗИ и КТ с контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

В случае злокачественной опухоли надпочечника показанием к МАЛ адреналэктомии было отсутствие поражения близлежащих органов, прорастания в капсулу железы, и отсутствие отдаленных метастазов опухоли.

Статистический анализ результатов исследования выполнили с помощью программы Statistica 6.0, Microsoft Excel. За критический уровень значимости принималось значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

По результатам окончательного патоморфологического исследования аденома диагностирована в 54 случаях (52,9 %), альдостерома – в 5 (4,9 %), кортикостерома – в 8 (7,8 %), гиперплазия коры - в 3 (2,9 %), лимфангиома – в 1 (0,98 %), миелолипома – в 1 (0,98 %), ганглионеврома – в 1 (0,98 %), феохромоцитома – у 6 (5,9 %), тестостерома – у 1 (0,98 %), киста – у 1 (0,98 %), гематома – у 1 (0,98 %), липома – у 1 (0,98 %), гемангиома – у 1 (0,98 %), нейрофиброма – у 1 (0,98 %), адренкортикальный рак – у 7 (6,8 %), низкодифференцированный рак – у 3 (2,9 %), метастаз рака иной локализации – у 4 (3,9 %), мезенхимальная саркома – у 1 (0,98 %), злокачественная феохромоцитома – у 2 (2,0 %).

Использование мануальной ассистенции при лапароскопической резекции надпочечника облегчало определение локализации опухоли, ее формы, связи с окружающими органами, упрощало выделение надпочечника и сосудов, отделение опухоли от окружающих тканей и органов, что особенно важно при левостороннем патологическом процессе.

Длительность хирургического вмешательства в контрольной группе в среднем составила – $65,9 \pm 1,2$ мин, в основной – $49,8 \pm 0,9$ мин, $p < 0,05$; объем кровопотери у пациентов контрольной группы $101,3 \pm 2,1$ мл, основной – $67,8 \pm 1,4$ мл, $p < 0,01$, средний размер опухоли в контрольной группе - $44,1 \pm 0,98$ мм, основной - $36,2 \pm 0,82$ мм, $p < 0,05$.

Полученные результаты после субтотальных адреналэктомий выгодно отличались по большинству показателей, характеризующих не только ход операции, но и частоту развития послеоперационных осложнений.

К интраоперационным осложнениям относились: в 1 случае кровотечение из паренхимы железы при субтотальной адреналэктомии, повреждение нижней полой (1

больной) и веток нижней диафрагмальной вены (1 больной) при тотальной.

К ранним послеоперационным осложнениям относились: наличие гематомы на месте удаленной опухоли (у 5 пациентов после тотальной адреналэктомии, у 2 - после субтотальной), серома послеоперационного рубца (у 2 больных после тотальной адреналэктомии), явления НН (у 2 пациентов с кортикостеромой после субтотальной резекции, в 4 случаях - после тотальной адреналэктомии).

В результате контроля показателей гормонального фона и общего состояния 52 больных после проведенного хирургического лечения в течение 2 - 36 месяцев было установлено, что после тотальных адреналэктомий в 4 случаях имели место грыжи послеоперационного рубца, в 2 - опухоли контралатерального надпочечника, в 3 - симптомы НН, у 3 пациентов - повышение уровня кортизола на $23 \pm 1,5$ ед., у 1 - дофамина без признаков органической патологии оставшейся железы. После субтотальных адреналэктомий по поводу кортикостеромы через 6 месяцев клинически отмечено улучшение общего состояния в виде нормализации цифр АД, уровня гликемии, восстановления состояния кожных покровов, снижение массы тела и восстановление менструального цикла, но в 2 случаях сохраняется необходимость в приеме заместительной терапии.

После проведенного хирургического лечения всем больным с различными формами рака рекомендована дистанционная гамма - терапия (СОД 60-80 Гр). В случае аденокортикального рака рецидив опухоли отмечался у 3 больных (III-IV стадии), двое из них умерло в сроки 2 лет после операции. У 4 больных с метастазами опухоли иной локализации (светлоклеточный рак почки, умеренно- и низкодифференцированный рак, лимфосаркома) были также назначены курсы полихимиотерапии с учетом их чувствительности. Показатели 3-х летней выживаемости этих пациентов составили около 25%.

ВЫВОДЫ:

Показано, что мануально ассистированная лапароскопическая адреналэктомия является эффективным методом лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей надпочечников при условии отсутствия регионарных и отдаленных метастазов. Выполнение субтотальных резекций при доброкачественных образованиях надпочечниковых желез позволило уменьшить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Выбор метода хирургического лечения злокачественных поражений надпочечников представляет проблему и определяется локализацией, размерами и степенью распространения опухоли.

УДК 616.381-002.3

ВЫБОР МЕТОДА ВЕДЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

В.В. Лесной¹, В.А. Филоненко², А.С. Лесная¹

¹Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 2, Украина, г. Харьков.

²Мариупольская городская больница № 2, Украина, г. Мариуполь.

В основу работы положен анализ результатов лечения 45 больных госпитализированных с клиникой разлитого перитонита, у которых индекс брюшной полости составил более 13 баллов, что требовало лечение перитонита полуоткрытым (открытым) методом с программируемыми этапными санациями. Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы. У больных основной группы (13 пациентов) в лапаротомной ране применяли локальное постоянное отрицательное давление –125 мм рт. ст. В основной группе, по сравнению с контрольной, во все сроки наблюдения отмечалось более интенсивное улучшение общего состояния пациентов, восстановление функциональной активности желудочно-кишечного тракта, очищение лапаротомной раны.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: разлитой гнойный перитонит, этапные программированные санации брюшной полости, терапия локальным отрицательным давлением.

Ургентная хирургия остается областью медицины, в которой тяжесть состояния пациентов, агрессивность хирургической тактики и правильность решений, принимаемых в короткие сроки, являются главными факторами, определяющими успешность лечения. При лечении наиболее тяжелых форм перитонита используется метод этапных программированных санаций брюшной полости, но повторные оперативные вмешательства отягощают состояние больного (феномен «второго удара») и при увеличении их числа отмечается рост послеоперационной летальности до 60–80%, особенно у крайне тяжелых больных [1,6].

Основные технологии ведения брюшной полости при этапных программированных санациях сводятся к следующим методикам: стационарно закрепляемые устройства (молния, velcro, Wittmann patch); только кожная тракция (швы, спицы); временные (одноразовые) устройства или узловые швы через все слои брюшной стенки; отсутствие фиксации краев (Vogota bag, локальное применение отрицательного давления); программированные видеолапароскопические санации [2].

Основным преимуществом программных этапных санаций является адекватный контроль за состоянием брюшной полости, удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей, предотвращение образования интраабдоминальных абсцессов, профилактика интраабдоминальной гипертензии [3,5].

К недостаткам метода относят водно-электролитные, белковые потери через негерметичную переднюю брюшную стенку (катаболический дренаж), пролонгирован-

ную искусственную вентиляцию легких, появление трудно закрываемых дефектов передней брюшной стенки, по причине латеральной ретракции прямых мышц живота, инфицирования мягких тканей передней брюшной стенки [4,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить результаты лечения больных разлитым гнойным перитонитом в зависимости от метода ведения брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В основу работы положен анализ результатов лечения 45 больных госпитализированных с клиникой разлитого перитонита за период 2010 – 2016 года. Мужчин было 34 (75,5%), женщин — 11 (24,5%). Средний возраст мужчин составил $58,5 \pm 1,5$ года, женщин - $65,2 \pm 1,6$ года. Большая часть больных находились в трудоспособном возрасте 30 пациентов (67%). У 38 больных (84,5%) при поступлении в клинику выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее часто встречалась сопутствующая патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Причинами перитонита явились: перфорация гастродуодальной язвы — 21 (46,8%) пациент, острый деструктивный аппендицит — 17 (37,8%), абсцесс брюшной полости невыясненной этиологии, вскрывшийся в брюшную полость, — 2 (4,4%), острый деструктивный холецистит — 3 (6,6%), острая кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки — 1 (2,2%), проникающие колото-резаные ранения живота с повреждением тонкой кишки — 1 (2,2%).

Все больные были прооперированы в ургентном порядке согласно протоколам оказания неотложной и экстренной хирургической помощи. Оперативное лечение больных было направлено на устранение источника перитонита, назоинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости. У всех пациентов индекс брюшной полости (В.С. Савельев, 2000) составил более 13 баллов, что требовало лечение перитонита полуоткрытым (открытым) методом с программируемыми этапными санациями.

Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы.

У больных контрольной группы (32 пациента) после устранения источника перитонита, внутренние органы укрывали большим салником и изолировали от внешней среды стерильной перфорированной пленкой. В верхнем углу раны пленку фиксировали к брюшине или апоневрозу узловыми швами. Через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 5 см от края раны и 7 - 8 см друг от друга накладывали отдельные П-образные швы на прокладках и дозировано сводили края раны. Внутрибрюшное давление при сведении краев раны не должно превышать 8-10 мм рт. ст. На рану брюшной стенки рыхло укладывали салфетки с антисептиком.

У больных основной группы (13 пациентов) после ликвидации причины перитонита на внутренние органы укладывалась защитная мембрана, поверх мембраны помещалась пенополиуретановая губка. Следующим слоем была инцизная пленка с неспадающимся дренажем, подключенная к создающему разрежение аппарату с емкостью

для сбора экссудата. В повязке создавали постоянное отрицательное давление –125 мм рт. ст. Длительность процедуры локального отрицательного давления составляла от 24 до 48 часов (промежуток между этапными программированными санациями).

Группы не имели существенных различий по клиническим показателям (пол, возраст, общее состояние).

При программированных этапных санациях брюшной полости проводили визуальную оценку состояния лапаротомной раны; характер, объем и распространенность экссудата в брюшной полости; ревизию источника перитонита; состояние тонкого кишечника (цвет, пульсация мезентериальных сосудов, наличие перистальтики); выраженность спаечного процесса; ревизию состояния дренажей, интестинального зонда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В основной группе, по сравнению с контрольной, во все сроки наблюдения отмечалось более интенсивное улучшение общего состояния пациентов, снижение признаков эндогенной интоксикации, восстановление функциональной активности желудочно-кишечного тракта, очищение лапаротомной раны.

В основной группе одну программированную санацию брюшной полости потребовалось выполнить 7 (53,8%) пациентам, две – 5 (38,5%) пациентам, три - 1 (7,7%) пациентам. В контрольной группе (32 больных) одну программированную санацию брюшной полости потребовалось выполнить 3 (9,4%) пациентам, две – 4 (12,5%) пациентам, три – 13 (40,6 %) пациентам, четыре – 7(21,9%) пациентам, пять – 5 (15,6%) пациентам.

В основной группе у 12 больных (92,3%) после 1-2 программированных этапных санаций отмечался значительный регресс воспалительно-деструктивных процессов в брюшной полости и со стороны лапаротомной раны, что на фоне стабильной центральной гемодинамики позволяло завершить цикл этапных санаций и ушить послойно брюшную стенку.

В контрольной группе 20 больным (62,5%) требовалось проведения 3-4 программированных этапных санаций для купирования симптомов эндогенной интоксикации, при этом у 2 пациентов (6,25%) после 1 программированной этапной санации отмечалось резкое ухудшение состояния (резистентная к симпатомиметикам гипотония, экстраабдоминальные осложнения), что привело к развитию полиорганной недостаточности и смерти пациентов. У 4 пациентов (12,5%) контрольной группы после 4 этапных санаций не смотря на положительную динамику состояния органов брюшной полости, завершить цикл программированных санаций не позволило негативное состояние лапаротомной раны (прогрессирующий некротический фасции с явлениями выраженной латерализации прямых мышц живота), что требовало дополнительных санаций с последующим пластическим закрытием обширных раневых дефектов передней брюшной стенки.

У 11 (34,4%) больных контрольной группы – в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 6 (18,75%) – обнаружены формирующиеся межпетельные, пристеночные

абсцессы, у 7 (21,87%) – имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 2 (6,25%) – кишечные петли создавали ангуляцию, у 26 (81,25%) – в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, причем у отдельных пациентов по 2–3 очага в разных этажах, у 1 (3,12%) больного выявлена деструкция тонкой кишки - выполнена резекция участка тонкой кишки, у 3 (9,37%) – частичный некроз большого сальника. При этом у 15 больных (46,8%) имели по 2-3 осложнения – сочетание местных осложнений (нагноение ран) с общими (пневмония) (табл. 1).

Таблица 1

**ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОГРАММИРОВАННЫХ ЭТАПНЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Динамика изменений	Основная группа		Контрольная группа	
	1-этапная санация	2-этапная санация	1-этапная санация	2-этапная санация
Формирующиеся межпетельные абсцессы	5	-	10	7
Распространенность экссудата:				
таз	4	1	9	7
нижний этаж	4	1	7	7
верхний этаж	4	-	4	3
Остатки некротических тканей	5	1*	14	10
Гнойные наложения	5	1	9	8
Ангуляция кишечных петель	2	-	4	3
Деструкция органов	-	-	3	-

Примечание: * - разница достоверна в сравнении с показателем контрольной группы ($p \leq 0,05$).

Одним из важных источников эндогенной интоксикации и причин возникновения тяжёлых метаболических нарушений при разлитом перитоните является паретически измененная тонкая кишка. Секвестрация больших объемов жидкости в «третье пространство», приводит не только к водно-электролитным нарушениям, но и к дестабилизации гемодинамических и волевических показателей, что требует длительной сбалансированной инфузионной терапии.

При исследовании потерь жидкости организмом у больных обеих групп установлено, что в первые сутки более 50% от общего объёма приходится на патологическое отделяемое из желудочно-кишечного тракта и брюшной полости.

В основній групі зменшався не тільки дебіт евакуйованого вмісту, але й раніше змінювався колір відокремлюваного по зондах від темно-коричневого до світло-зеленого, зник зловонний кишечний запах, рН вмісту тонкої кишки в перші сутки становила 3,0, на 5-і сутки – 4,0-5,0. Показатель обсемененості мікрофлорою інтестинального ексудату в 1 мл вмісту тонкої кишки в основній групі на 5-і сутки знизився до 103-104. В той же час у хворих контрольної групи – зберігалося відокремлюване по зондах до 7 днів, при рН вмісту – 5,0, а мікробна обсемененість в 1 мл вмісту тонкої кишки становила 105 (табл. 2).

Таблиця 2

ДИНАМІКА ПОТЕРЬ ЖІДКОСТІ ОРГАНІЗМОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У БОЛЬНИХ ІСЛЕДУЄМИХ ГРУПП

Ісследуєма середа	Сутки	Величина потерь	
		Об'єм, мл	
		Основна група	Контрольна група
Відокремлюване по назоінтестинальному зонду	1-е	1650,0±175,0	1625,0±180,0
	3-й	400,5*±50,5	1050,5±85,5
	5-е	175,0±30,0	525,0±25,0
	7-е	-	300,0±25,0
Відокремлюване по назогастральному зонду	1-е	950,0±55,0	1232,0±77,0
	3-й	250,0*±15,0	546,4±20,5
	5-е	-	254,5±15,0
	7-е	-	51,1±11,0

Примечание: * - різниця достовірна в порівнянні з показателем контрольної групи ($p \leq 0,05$).

Додатково проведено оцінку функціонального стану тонкої кишки у хворих розлитим перитонітом при програмованих етапних санаціях брюшної порожнини. Характеристика перистальтичної активності тонкої кишки представлена в таблиці 3.

Таблиця 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ

Характеристика	Основная группа		Контрольная группа	
	1-этапная санация	2-этапная санация	1-этапная санация	2-этапная санация
Перистальтика				
– стимулированная	4	13	3	11
– вялая	4	-	-	2
– отсутствует	5	-	29	20
Диаметр кишки на зонде				
– не дилатированная	5	6	-	17
– менее 4 см	8*	7	23	15
– более 4 см	-	-	9	-
Инфильтрация кишечной стенки				
Есть	12*	8	29	23
Нет	1	5	3	9

Примечание: * - разница достоверна в сравнении с показателем контрольной группы ($p \leq 0,05$).

При интраоперационной визуальной оценке перистальтической активности тонкой кишки в основной группе при первой этапной санации было выявлено ее отсутствие у 5 (38,5%) больных, что свидетельствовало о больших сроках течения инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и грубых нарушениях общего гомеостаза в организме.

В контрольной группе больных при первой этапной санации было выявлено отсутствие перистальтики у 29 (90,6%) пациентов. При этом в основной группе выраженной дилатации тонкой кишки более 4 см не наблюдалось, но сохранялась инфильтрация кишечной стенки в 12 (92,3%) случаях. В контрольной группе у 9 (28,1%) больных отмечалось значительное расширение тонкой кишки в диаметре более 4 см и инфильтрация кишечной стенки в 29 (90,6 %) случаях.

Проведен ретроспективный анализ патологоанатомических вскрытий 16 больных, умерших в хирургических отделениях, у которых лечение острого разлитого перитонита проводилось с помощью программированных этапных санаций брюшной полости. Общая летальность составила 35,6%.

От экстраабдоминальных осложнений умерло 6 больных. Причины летальности от экстраабдоминальных осложнений представлены в таблице (табл. 4).

Таблиця 4

ЭКСТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Причины летальности	Количество умерших	
	Основная группа	Контрольная группа
ТЕЛА	1	1
Инфаркт миокарда	1	-
ОНМК	-	1
Пневмония	-	2
Всего	2 (15,3%)	4 (12,5%)

От интраабдоминальных осложнений умерло 10 больных (табл. 5).

Таблиця 5

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ.

Причины летальности	Количество умерших	
	Основная группа	Контрольная группа
Прогрессирование синдрома энтеральной недостаточности	1 (7,6%)	6 (18,7%)
Перфорация острых язв тонкой кишки	1 (7,6%)	1 (3,2%)
Желудочно-кишечное кровотечение из острых эрозий и язв	-	1 (3,2%)
Всего	2 (15,4%)*	8 (25,1%)

Примечание: * - разница достоверна в сравнении с показателем контрольной группы ($p \leq 0,05$).

Относительно небольшой опыт применения вакуумной повязки на лапаротомную рану в нашем исследовании у больных основной группы зарекомендовал себя перспективным методом комплексного лечения пациентов с разлитым гнойным перитонитом. Специфических осложнений, в виде множественных тонкокишечных свищей при использовании локального отрицательного давления, у больных основной группы не отмечено.

ВЫВОД. Результаты лечения больных с разлитым гнойным перитонитом можно улучшить, используя тактику этапных программированных санаций брюшной полости. С целью повышения эффективности лечения больных рекомендуется использование возможностей вакуумной терапии, что способствует более раннему очищению лапаротомной раны и позволяет произвести закрытие брюшной полости в течение одной недели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Р.В. Сравнительные результаты лечения больных острым разлитым перитонитом при использовании методов хирургической детоксикации / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев // Украинский журнал хирургии №2. - 2008. - С. 73 - 77.
2. Иоффе И.В. Подход к установлению показаний к программированной санации брюшной полости при разлитом перитоните / И.В. Иоффе, В.В. Лесной // Клінічна хірургія. - 2016. - № 1. - С. 5-7.
3. Кондратенко П.Г. Рациональная стартовая антибактериальная терапия в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом / П. Г. Кондратенко, Л. В. Натрус, Е. А. Койчев // Український журнал хірургії. - 2014. - №1. - С. 50-55.
4. Криворучко І. А. Хірургічне лікування хворих з приводу абдомінального сепсису / І. А. Криворучко, О.Ю. Усенко, С.А. Андреещева // Клінічна хірургія. - 2014. - №8. - С. 34 - 38.
5. Мерзликин Н.В. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений / Н.В. Мерзликин, В.И. Барабаш В.Ф.Цхай // Хирургия. - 2011.- №4. - С. 27-31.
6. Перитоніт — одвічна проблема невідкладної хірургії: Монографія / За ред. проф. В.П. Польового, В.В. Бойко, Р.І. Сидорчука. — Чернівці: Медуніверситет, 2012. — 376 с.

ВИБІР МЕТОДУ ВЕДЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ РОЗЛИТОМУ ГНІЙНОМУ ПЕРИТОНІТІ.**В.В. Лесний¹, В.О. Філоненко², А.С. Лесна¹***¹Харківській національний медичний університет, кафедра хірургії №2, Україна, м. Харків.**²Маріупольська міська лікарня №2, Україна, м Маріуполь.*

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 45 хворих госпіталізованих з клінікою розлитого перитоніту, у яких індекс черевної порожнини склав більше 13 балів, що вимагало лікування перитоніту напіввідкритим (відкритим) методом з програмованими етапними санаціями. Для порівняльного аналізу хворі були поділені на 2 групи. У хворих основної групи (13 пацієнтів) застосовували в лапаротомній рані локальний постійний від'ємний тиск - 125 мм рт. ст. В основній групі, в порівнянні з контрольною, відзначалося більш інтенсивне поліпшення загального стану пацієнтів, відновлення функціональної активності шлунково-кишкового тракту, очищення лапаротомної рани.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: розлитий гнійний перитоніт, етапні програмовані санації черевної порожнини, терапія локальним від'ємним тиском.

THE CHOICE OF THE METHOD OF ABDOMINAL CAVITY MANAGEMENT WITH DIFFUSE PURULENT PERITONITIS**V.V. Lesnoy¹, V.A. Filonenko², A.S. Lesnay¹***¹Kharkiv National Medical University, Surgery Department № 2, Ukraine, Kharkov.**²Mariupol City Hospital № 2, Ukraine, Mariupol.*

The work is based on the analysis of the results of treatment of 45 patients hospitalized with the clinic of spilled peritonitis, in which the abdominal index was more than 13 points, which required the treatment of peritonitis in a semi-open (open) method with programmable stage sanitation. For comparative analysis, patients were divided into 2 groups. Patients of the main group (13 patients) had a local permanent negative pressure of -125 mm Hg. Art. in the laparotomic wound. In the main group, in comparison with the control group, during all observation periods, there was a more intensive improvement in the general condition of the patients, restoration of the functional activity of the gastrointestinal tract, purification of the laparotomic wound.

KEY WORDS: diffuse purulent peritonitis, stage programmed ablation of the abdominal cavity, local negative pressure therapy.

МІСЦЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Малиновська Л.Б., Мішалов В.Г., Селюк В.М., Мінченко П.П.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

В даний час тромбоемболічні ускладнення — друга за частотою причина смерті у онкологічних хворих. Серед хворих, що померли від злоякісних новоутворень, частота виявлення тромбозу сягає 50% за умови виконаної аутопсії.

Особливістю тромбоемболічних ускладнень у хворих зі злоякісними новоутвореннями є розповсюжені мігруючі тромбози глибоких і поверхневих вен, що часто рецидивують, погано піддаються лікуванню та можуть призводити до тромбоемболії гілок легеневої артерії з вірогідним летальним результатом. Окрім цього, тромботичні (тромбоемболічні) ускладнення погіршують результати протипухлинного лікування. Однорічна виживаність онкологічних хворих у випадку розвитку тромбоемболічних ускладнень складає 12% порівняно з 36% за умови відсутності останніх. З іншого боку протипухлинне (хірургічне, хіміотерапія, променева терапія) лікування посилює процес гіперкоагуляції, вже запущений в організмі людини самим новоутворенням.

На фоні наявної гіперкоагуляції додаткові фактори ризику, такі як довготривала іммобілізація, часті венепункції, катетери, що тривалий час знаходяться у периферичних та центральних венах, інфекція, супутня патологія, пухлинна компресія венозного кровотоку, у підсумку призводять до розвитку тромботичних ускладнень.

Тривала нерухомість в процесі оперативного втручання та викид тканьового тромбoplastину в кровотік під час висікання уражених тканин додатково активують систему згортання крові у хворих на злоякісні новоутворення. Аналіз досліджень, виконаних під керівництвом Nicolaidas, показав, що у 50-60% оперованих онкологічних хворих розвивається тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, що протікає безсимптомно.

В даний час у онкологічних пацієнтів, які отримують хіміотерапію, щорічна кількість випадків венозних тромбоемболій (ВТЕ) досягає 10%. Ризик розвитку ВТЕ підвищується до 20% в залежності від класу та комбінації призначених хіміотерапевтичних препаратів.

Основними механізмами активації гемостазу при проведенні хіміотерапії є пошкодження клітин ендотелію судин, пряма активація тромбоцитів, підвищення рів-

ня фактору Віллебранта, зниження фібринолітичної активності крові, зниження активності природних антикоагулянтів внаслідок гепатотоксичності та, нарешті, вивільнення прокоагулянтів та цитокінів пухлинними клітинами, як наслідок пошкодження останніх цитостатиками.

Таким чином, протипухлинна терапія є незалежним фактором ризику розвитку ВТЕ ускладнень у онкологічних хворих.

Ці ускладнення, в свою чергу, є причиною зниження ефективності та навіть призупинення лікування злоякісного новоутворення на невизначений час.

За період 2010-2017 рр. у відділенні судинної хірургії ОКЛ м. Києва стаціонарно та амбулаторно нами було проліковано 57 хворих з гострими тромбозами глибоких та поверхневих вен нижніх кінцівок, що були спровоковані злоякісними новоутвореннями різної локалізації.

Всі пацієнти отримували лікувальні дози НМГ (еноксапарин – 1 мг/кг маси тіла кожні 12 годин підшкірно). Тривалість прийому НМГ в лікувальних дозах вирішувалась індивідуально, залежно від схеми лікування основного захворювання – злоякісного новоутворення, та складала не менше 1 місяця. В подальшому всі пацієнти переводилися на 75-80% первинної дози, яку продовжували приймати до закінчення протипухлинного лікування.

Надалі хворих переводили на таблетовані антитромботичні засоби — ривароксабан в дозі 20 мг/добу, прийом яких хворі продовжували доти, доки в організмі зберігалась активність онкологічного процесу.

У даної групи хворих рецидивів тромбоемболічних ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, онкологічні хворі відносяться до групи високого ризику розвитку ВТЕ ускладнень. Застосування НМГ в адекватних дозах та тривалий термін лікування ВТЕ ускладнень допомагає запобігти летальній тромбоемболії гілок легеневої артерії, розширює можливості потипухлинного лікування та подовжує тривалість та покращує якість життя онкологічних хворих.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛО/ИЛЕОСТОМ

Мальцев В.Н. Криворук М. И. Комаренко В.А.

Колопроктологический центр Украины ГKB №18 г. Киев

Формирование коло/илеостомы, как вынужденная мера, направлены на спасение жизни больного и предупреждение развития перитонита. Среди причин urgentных операций на толстой кишке первое место занимает открытая или закрытая травма живота, требующая неотложной лапаротомии или лапароскопии. При установлении факта повреждения толстой кишки, операцию следует завершать колостомой, реже- илеостомой. Второе место занимают хронические воспалительные заболевания тонкой и толстой кишки, такие как язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь, рак их осложнения. Технология формирования коло/илеостомы стандартизирована, однако в ряде случаев развиваются осложнения в области формирования илео-колостом, которые могут привести к фатальным осложнениям. Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с осложнениями коло/илеостом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В проктологическом центре Украины, за период 2010-2016г. находилось 408 больных с коло- и илеостомами. Преобладали больные в возрасте 21-45 лет. У 27 больных были выполнены неотложные оперативные вмешательства по поводу ранних осложнений, а именно, некроза выведенного сегмента кишки, воспаления мягких тканей вокруг стомы, кровотечений. У 83 больных отмечались поздние осложнения: стриктуры коло/илеостом, эвагинации, параколостомические свищи, парастомические грыжи. При лечении поздних осложнений коло/илеостомы использовалась разработанная в клинике методика – перидуральная анестезия, рассечение рубцовой ткани вокруг стомы на 12-3-6-9 часах, глубиной до апоневроза под контролем пальца, введенного в стому. Рассеченные ткани сшивались рассасывающимися нитями в поперечном, к линии разреза направлении, с формированием «ободка» из тканей кишки.

Тубулярный стеноз колостомы, выявлен у 17 пациентов. Из них, у 15 выполнялась лапаротомия, резекция стенозированного сегмента с повторным формированием колостомы в том же месте, а у 2 - вторичное восстановление непрерывности кишечного канала.

Эвагинации стом наблюдались у 21 больного. Перенос стомы выполнен у 16 больных, 5 больным выполнена резекция сегмента эвагинированой кишки. Параколостомические свищи мы встретили у 6-8% наблюдений. Этиопатогенез, с нашей точки зрения, в одном случае обусловлен проколом стенки кишки во время фиксации ее к коже. Редко, но свищ может быть в следствии воспалительного процесса в стенке кишки (язвенный колит, болезнь Крона). По характеру, параколостомические свищи могут быть трубчатыми, через гнойную полость, редко губовидные. Иногда свищ открывается далеко от стомы. Поэтому диагностика свища должна быть тщательной с применением УЗИ, фистулографии, фиброколоноскопии, МРТ (по показаниям). С такой патологией в отделении находилось 79 больных. 61 больной со свищами, были инородными, 18 больных свищи сформированы после операции в центре. Методы устранения кишечного свища зависят от его характеристик. В 7 случаях свищ закрылся после удаления нагноившейся лигатуры. В 72 случаях устранения свища потребовало лапаротомии, резекции сегмента кишки несущий свищ, как дополнение к лечению хирургическим методом применим вакуум-терапии у 5 больных. Рецидива свища не было отмечено.

Формирование парастомальной грыжи наблюдали у 177 пациентов, что составило 41,1%. У 93 больных отмечались ущемления, в связи с чем выполнялись операции: лапаротомия, ревизия, рассечение ущемляющего кольца, вскрытие грыжевого мешка, оценка жизнеспособности органа. Пластика грыжевых ворот не проводилась. При свободных грыжах у 84 больных выполнялась пластика грыжевых ворот аллоимплантом, из них, 51 больному имплантирована мелкоячеистая сетка, для ликвидации грыжевых ворот, у 33 стома была перенесена, а грыжевые ворота закрыты местными тканями.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

После реконструкции стомы у 5 больных отмечено нагноение в ране, которое устранено консервативными мерами.

ВЫВОДЫ:

1. Осложнения коло/илеостомы обусловлена техническими погрешностями их формирования.

2. Тубулярный рубцовый стеноз выведенного на кожу сегмента толстой кишки формируется вследствие нарушения кровоснабжения колостомированного сегмента, вследствие некорректной мобилизации, перекрута сегмента при выведении кишки, а также неадекватным отверствием в апоневрозе.

3. Устранение осложнений парастомальных грыж целесообразно проводить в специализированных центрах.

4. Целью хирургического устранения осложнений стом является не только спасение, но и улучшение качества жизни больных.

ТРОМБОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ ТРОМБОЗІВ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Миргородський Д.С., Мішалов В.Г., Маркулан Л.Ю.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Тромбози глибоких вен (ТГВ) посідають третє місце серед причин смерті після гострих ішемії міокарда та інсульту, становлячи близько 10% лікарняної летальності і завершуючи собою близько 1% всіх госпіталізацій. В Україні частота проксимальних ТГВ нижніх кінцівок становить близько 160 випадків на 100 тис. населення в загальній популяції щороку з частотою тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) до 50 випадків. Клінічний ефект тромболізу в період до 7 діб складає 45-75%, до кінця другого тижня складає 7-23%, що, на думку авторів, указує на сумнівну доцільність застосування тромболізу в терміні більше 14 днів. Тим часом тромбоутворення є динамічним процесом, і до повної організації тромбу, яка настає від 22 до 28 днів, в його складі в тому або іншому ступені завжди присутній субстрат фібринолізу, що залишає можливість проведенню тромболітичної терапії в пізні терміни. Крім того, необхідно враховувати факт зростання тромбу в динаміці захворювання.

МЕТОЮ РОБОТИ було вивчити ефективність тромболітичної терапії у хворих з гострими тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок до 28 діб від початку захворювання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Нами прослідковано результати лікування 81 хворого з тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок (ТГВ), які знаходилися в центральній міській клінічній лікарні м. Києва з 2010 по 2016 рік. Серед них 38 чоловіків (44,4%) і 45 жінок (55,6%) у віці від 32 до 75 років в (середньому $51,88 \pm 1,27$). Всі хворі пройшли рутинне клінічне обстеження, крім того, їм виконано ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, за свідченнями – флебографія або контрастна спіральна комп'ютерна томографія. Тромбоз гомілково-підколінного сегменту виявлений у 25 хворих (30,9%), підколенного-бедренно сегменту – у 34 пацієнтів (42,0%), стегново-клубового сегменту – у 22 (27,1%). У 29 хворих (35,8%) давність тромбозу складала від 1 до 7 днів. У 21 пацієнта (25,9%) – від 8 до 14 днів. У 19 хворих (23,5%) – від 15 до 21 дня, і у 12 (14,8%) – від 22 до 28 днів. Залежно від терапії, що проводиться, хворі були поділені на дві групи: основну групу (ОГ) – 40 пацієнтів і контрольну (ГК) – 41 хворий. Достовірних відмінностей в групах по статі, віку, термінам захворювання, ураженням сегментів не було ($p > 0,05$). У ОГ хворим проводили тромболізис препаратом альтеплазе в/в болюсно в дозі 10 мг з подальшим крапельним введенням в дозі 1 мг/кг

але не більше 100 мг в цілому з подальшим введенням прямих антикоагулянтів (еноксапарин натрію (Клексан) п/ш в дозі 100 анти-Ха МО/кг 2 рази на добу кожні 12 годин під контролем АЧТЧ). Також застосовували венотоніки групи діосміну: Детралекс по 500 мг 2 рази на добу та компресійний трикотаж. Хворим в групі контролю проводилося консервативне лікування препаратами групи прямих антикоагулянтів (гепарин в дозі до 30000 ЕД в/в крапельно в перші 2-і доби з подальшим переходом на низькомолекулярні гепарини: еноксапарин натрію (Клексан) в дозі 2 мг/кг/добу на протязі від 5 до 10 діб з подальшим переходом на непрямі антикоагулянти. Також застосовували венотоніки групи діосміну: Детралекс по 500 мг 2 рази на добу та компресійний трикотаж.

Критеріями ефективності лікування були: реканалізація тромбозу за даними УЗД або флебографії (повна, часткова, відсутня), зменшення довжини кола сегментів кінцівок, позитивна динаміка клінічних симптомів тромбозу. Аналіз одержаних даних проводився в середовищі програми SPSS for Windows 13.0 з розрахунком t-критерію Стьюдента, U-критерію Манна-Уїтні, коефіцієнта кореляції Пірсона. Відмінності вважалися достовірно-значущими при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Тромболітична терапія виявилася високо ефективною при існуванні тромбозу протягом 7 діб. У всіх хворих одержаний позитивний ефект, при цьому повна реканалізація відбулася у 24 хворих (60%), часткова – у 16 (40%). У ГК в цей термін відмічена часткова реканалізація у 9 хворих (21,9%) $p < 0,05$. Із збільшенням термінів існування тромбозу частина хворих, у яких повністю або частково відновився кровотік в ураженій вені, зменшується ($r = -0,433$). Так, частина хворих з повним відновленням кровотоку при проведенні їм тромболізу в другий тиждень існування тромбу складала 22%, на третій тиждень – 17%, на четвертий тиждень – таких хворих не було. Часткова реканалізація відмічена відповідно у 56%, 50% і 35%. У всі аналізовані терміни частина хворих з позитивним результатом (повна і часткова реканалізація була достовірно вища за контроль). Таким чином, навіть в пізні терміни захворювання відмічався позитивний ефект тромболізу. Проведення лікування в групах супроводжувалося зменшенням надмірної довжини кола ураженої кінцівки, проте, в основній групі швидшими темпами ($r = 0,57$) в порівнянні з контрольною ($r = 0,39$). Якщо в перші 7 днів зменшення надмірної довжини кола складало 51,2% в основній групі і 28,3% в контрольній, то на четвертий тиждень – 25,1% проти 15,3%. У всі аналізовані терміни зменшення надмірної довжини кола в основній групі були достовірно більші в порівнянні з контролем ($p < 0,05$). Клінічно ТЕЛА протягом лікування у хворих не виникала.

ВИСНОВКИ.

Ефективність тромболітичної терапії гострих тромбозів глибоких вен із збільшенням термінів існування венозних тромбів зменшується. Це відноситься як до зменшення надмірної довжини кола ураженої кінцівки ($r = 0,57$) так і ступені відновлення прохідності судин ($r = 0,43$). В той же час в пізні терміни існування флеботромбозу тромболітична терапія альтеплазе забезпечує поліпшення венозного кровотоку у 67% на третій тиждень і 35% на четверту, що достовірно краще в порівнянні з аналогічними показниками в контролі. Застосування ТЛТ при лікуванні ТГВ ефективне в запобіганні виникнення ТЕЛА.

УДК 616.126.422-089.84

РОЛЬ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ЛІКУВАННІ ПЕРВИННОЇ МІТРАЛЬНОЇ НЕДОТАТНОСТІ

Мишаківський О.А.¹, Кобза І.І.²¹Львівська обласна клінічна лікарня,²Львівський національний університет ім. Данила Галицького

МЕТА РОБОТИ – оцінка особливостей і результатів хірургічного лікування пацієнтів з первинною мітральною недостатністю (МН) методом пластики мітрального клапана (Пл МК), порівняно з протезуванням мітрального клапана.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами проаналізовано результати лікування 72 хворих із первинною МН, котрим виконали протезування або пластичну корекцію мітрального клапана (МК) у кардіохірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні в період із жовтня 2013 р. по лютий 2016 р.

РЕЗУЛЬТАТИ. Серед хворих з проведеною пластикою мітрального клапана (Пл МК) переважали чоловіки – 12 пацієнтів (66,67%), а в групі з протезуванням мітрального клапана (ПМК) домінували жінки – 29 пацієнок (53,7%). До операції, в групі хворих з Пл МК і ПМК в усіх пацієнтів була діагностована МН середньої важкості. Після проведеної Пл МК у 16 пацієнтів (88,89%) була відсутня МН, а в 2 хворих (11,11%) – виявлена легка МН. В групі хворих з ПМК у 100% була відсутня МН після операції. Превалюючим методом корекції МН було протезування МК – 54 пацієнти (75%). Найчастіший етіологічний чинник мітральної недостатності у проведеному дослідженні – дегенеративні зміни клапана - 41 хворий (56,9%), а найпоширеніша безпосередня причина недостатності – відрив хорд - у 43 випадках (59,7%). Найчастіше у пацієнтів з МН в групі з проведеною пластичною корекцією МК відзначали ураження задньої стулки мітрального клапана - 11 пацієнтів (23,5%), а у групі з протезованим МК – одночасно передньої та задньої – 20 пацієнтів (35%). При пластичній МК найчастіше, поряд із опорним кільцем, застосовувалась клиновидна резекція стулки – 7 хворих. Кількість ранніх післяопераційних ускладнень була істотно вища в групі з ПМК – 5 хворих, порівняно з Пл МК – 1 хворий. Летальність була вищою в групі з ПМК – 3 хворих, на відміну від групи з Пл МК – з відсутньою летальністю.

ВИСНОВКИ. Основною безпосередньою причиною МН є відрив хорд стулок МК, а етіологічним чинником – дегенеративні зміни, як в більшості розвинених країн, а не ревматичні – як в країнах що розвиваються. Основним методом хірургічної корекції мітральної недостатності в нашому центрі залишається протезування МК, хоча світові тенденції схиляються до пластики МК. Процент ускладнень і летальність в нашому дослідженні були нижчими в групі пацієнтів, котрим було проведено Пл МК. Це співзвучно із результатами інших досліджень та гайдлайнів, котрі рекомендують Пл МК як метод вибору при корекції МН.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна мітральна недостатність, протезування мітрального клапана, пластика мітрального клапана.

МН уражає понад 2 мільйони людей в США. Основні причини класифіковані як дегенеративні (з пролапсом клапана) та ішемічні (тобто, які виникли внаслідок ішемічної хвороби серця) в розвинутих країнах, або ревматичні (в країнах, що розвиваються) [2,3].

Мітральна недостатність (МН) залишається другою домінуючою вадою у структурі клапанних хвороб серця [1].

Дана клапанна вада розвивається підступно, оскільки серце компенсаторно реагує на збільшення об'єму регургітації збільшенням лівого передсердя, однак виникає перевантаження і дисфункція лівого шлуночка (ЛШ), що призводить до негативних

клінічних наслідків. Щорічна смертність у хворих, які отримують лише медикаментозне лікування і мають вік понад 50 років або більше, становить близько 3% для МН середньої тяжкості і понад 6% - для тяжкої органічної МН [2].

Єдиним радикальним методом лікування МН є хірургічна корекція шляхом проведення пластики (Пл МК) чи протезування мітрального клапана (ПМК), котра дає істотно вищий відсоток виживання і поліпшення класу серцевої недостатності (СН), порівняно з медикаментозним лікуванням [4].

Еволюція підходів до лікування неішемічної МН пройшла етапи від переважно протезування МК до переважно органозберігаючих підходів - пластичної корекції [5], котрі на сьогодні є методом вибору. Ці підходи виправдали себе, оскільки численні дослідження довели, що ПлМК асоціюється із нижчою хірургічною смертністю порівняно з ПМК[6].

МЕТА РОБОТИ – охарактеризувати етіологічні й анатомічні (безпосередні) причини МН; встановити особливості втягнення стулок МК у процес формування МН; визначити гендерні та вікові особливості пацієнтів з МН; визначити ступінь тяжкості МН до і після хірургічної корекції МК як один з показників ефективності хірургічного лікування; визначити особливості використання пластичних клапанних кілець та клапанних протезів серця в групі хворих з первинною МН з проведеною хірургічною корекцією МН.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Аналізовано результати лікування 72 хворих із первинною МН, котрим виконали протезування або пластичну корекцію МК у кардіохірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні в період із жовтня 2013 р. по лютий 2016 р. Реєстрацію всіх параметрів здійснювали тричі (до операції, в ранній післяопераційний період і через 3 місяці після операції) на підставі розробленого бланку реєстрації візитів хворих.

Виділяли три ступені тяжкості МН і тристулкової недостатності (ТН): легкий, середній і тяжкий. Для цього визначали співвідношення площі струменя регургітації до площі лівого передсердя, показник *vena contracta* та використовували метод PISA.

Статистичну обробку матеріалу виконали за допомогою пакету прикладних програм Statistica for Windows 5.0. Оскільки групи були різні за чисельністю і розподіл більшості параметричних показників у них не відповідав закону нормальності (згідно з критерієм Шапіро – Вілкса), то їх описували за медіаною (нижній – верхній квартилі) і порівнювали між групами за допомогою непараметричного критерію Манна – Уїтні. Для порівняння якісних характеристик (таблиці частот) застосовували критерій χ^2 . Різницю показників вважали статистично значущою при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Серед прооперованих хворих у групі з проведеною ПлМК переважали чоловіки – 12 (66,67 %), а у групі з ПМК переважали жінки – 29 (53,7%).

Медіана (мінімум – максимум) віку становила 58 (19–79).

Етіологічним чинником МН найчастіше були дегенеративні зміни МК – 41 (56,9 %) особа. Безпосередньою причиною МН найчастіше був відрив хорд – 43 (59,7 %) випадки (табл. 1).

Таблиця 1.

РОЗПОДІЛ ПАЦІЄНТІВ ЗА СТАТТЮ, ЕТІОЛОГІЧНИМИ І БЕЗПОСЕРЕДНИМИ ПРИЧИНАМИ МІТРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ (n=72 хворих).

Показник	Кількість (%)
Чоловіків	37 (51,4)
Жінок	35 (48,6)
Етіологічний чинник МН	72 (100)
дегенеративні зміни МК	41 (56,9)
відрив хорд візуально незмінених стулок	11 (15,3)
інфекційний ендокардит	15 (20,8)
Ревматичні зміни МК	4 (5,6)
ізольований пролапс стулок	1 (1,4)
Безпосередня причина МН	72 (113,8)
відрив хорд	43 (59,7)
пролапс стулок	7 (9,7)
вегетачії	12 (16,7)
перфорація стулок	5 (6,9)
дифузні зміни	15 (20,8)
поєднання двох причин	10

В усіх хворих доступ до серця здійснювали через серединну стернотомію. Після повної гепаринізації апарат штучного кровообігу під'єднували через канюляцію висхідної аорти й окремо двох порожнистих вен. Використовували помірну гіпотермію (28 °С) і холодову калієво-кров'яну кардіоплегію. Доступи до МК – транссептальний і через ліве передсердя.

Пластичну корекцію МК виконано 18 (25%) хворим, протезування МК – 54 (75%) хворим.

У групі хворих з проведеною Пл МК до операції в усіх хворих була виявлена МН середньої важкості – 19 пацієнтів (100%). У групі пацієнтів із проведеним ПМК до операції також була присутня МН середньої важкості – 54 хворих (100%).

На першому і другому контрольних обстеженнях після операції, в групі хворих з проведеною ПЛ МК у 16 пацієнтів (88,89%) була відсутня МН, а у 2 хворих (11,11%) – виявлена легка МН.

На першому і другому контрольних обстеженнях після операції, в групі хворих з проведеним ПМК в 51 пацієнта (100%) була відсутня МН.

У групі з ПМК переважало ураження двох стулок МК – 20 хворих (35%), а в групі з ПЛМК – задньої стулки – 11 хворих (23,5%).

Пластичну корекцію опорним кільцем виконано в 17 пацієнтів, пластику без застосування опорного кільця – 1 хворому. Використано пластичні кільця таких виробників: Carpentier Edwards (n = 3 (17,6%)), St. Jude (n = 14 (82,4)). Розміри пластичних кілець становили: 36 мм (n = 1 (5,88%)); 34 мм (n = 1 (5,88%)); 32 (n = 6 (35,29%)); 30 мм (n = 7 (41,18%)); 29 мм (n=1 (5,88%)); 28 мм (n=1 (5,88%)). Як матеріал для виготовлення неохорд використовували гортекс та етібонд. Види пластичних корекцій МК представлено в *табл.2*.

У 4 пацієнтів виконана пластика МК не дала задовільного результату при гідралічній пробі, тому їм відразу було проведено протезування МК.

У статистичному аналізі ці хворі належать до групи протезування МК.

Із протезів МК найчастіше встановлювали моделі виробництва St. Jude – 36 (70,6%) випадків, у 8 (15,7%) хворих імплантували ATS, у 7 – інших виробників (Medtronic, Carbomedics, Bjork).

Таблиця 2.

ВИДИ ПЛАСТИЧНИХ КОРЕКЦІЙ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (В ДЕЯКИХ ХВОРИХ ПРОВІДИЛАСЬ КОМБІНАЦІЯ ДЕКІЛЬКОХ ВИДІВ ПЛАСТИКИ МК ОДНОЧАСНО).

Вид пластики	Кількість пацієнтів
Лінійне ушиття комісури	1
Клиновидна резекція	7
Пластика тільки опорним кільцем	1
Шовна пластика за Альфієрі	1
Імплантація неохорд	3
Плікація сегмента у разі його пролабування без резекції	2
Лінійне ушиття дефекту без опорного кільця	1
Лінійне ушивання комісури	1
Секторальна резекція (не уточнено в протоколі)	3

В 1-го хворого використано біопротез St.JudeEpic (29 мм).

Розміри застосованих протезів становили: 33 мм (n = 1 (1,85%)); 31 мм (n = 1 (1,85%)); 29 мм (n = 20 (38,89%)); 27 мм (n = 19 (38,89%)); 26 мм (n = 2 (3,70%)); 25 мм (n =

8 (14,81%).

Серед кардіохірургічних втручань, виконаних одномоментно з корекцією МН, провели 1 АКШ/МКШ і 1 пластику ВОВ.

У групі з проведеною Пл МК було одне ускладнення - гостра динамічна кишкова непрохідність з лапаротомією і декомпресією тонкого кишківника.

У групі з ПМК були наступні ускладнення: дренування перикарду – в 1 пацієнта; два послідовні дренування перикарду - в 1-го пацієнта; тромбоемболія плечової артерії з наступною тромбектомією – 1 хворий; ГПМК за ішемічним типом – в 1 хворого.

У групі хворих, яким виконали ПМК, після операції померло три пацієнти: одна пацієнтка - на 60 добу після операції (інфекційний ендокардит з ембологенними вегетаціями задньої стулки МК і абсцесом задньої стінки ЛШ) - через поліорганну, зокрема ниркову, недостатність; другий пацієнт – з доопераційним інфекційним ендокардитом, вегетаціями і перфорацією передньої стулки МК; третій пацієнт – від раптової зупинки серцевої діяльності з неефективною спробою серцево-легеневої реанімації.

У групі пацієнтів, яким виконано пластику МК з приводу первинної МН не було летальних випадків протягом перебування в стаціонарі та проходження 2-х контрольних візитів.

ОБГОВОРЕННЯ.

Пластика МК дає ліпший результат, порівняно з протезуванням і знижує до 70% смертність у хворих з тяжкою органічною МН. Найкращі короткотермінові і тривалі результати зареєстровані в безсимптомних хворих, прооперованих у великих референційних центрах з низькою хірургічною смертністю (менше 1%) і високим процентом пластик (понад 80-90%). Ці результати підкреслюють важливість раннього виявлення, оцінки і лікування МН [2].

Довготермінові дослідження довели, що раннє хірургічне втручання на МК у пацієнтів з пролапсом стулок асоціюється з істотно нижчим наступним ризиком смерті від серцевих причин чи СН, довшою тривалістю життя, порівняно з консервативним лікуванням [4].

Ехокардіографічні методи визначення тяжкості МН, особливо доплерографічні, дають можливість вчасно виявити прогресування захворювання до появи виражених або нових симптомів. Це, в свою чергу, дозволяє встановити вчасні покази до хірургічного лікування під час повторних обстежень з оцінкою ступеня регургітації [7].

Проведена Джеймсом і колегами робота [8] показала, що протягом 8-річного періоду дослідження 58370 хворих із проведеними ізольованими первинними операціями на МК з приводу МН (n=47,126), частота Пл МК (порівняно з МПК) зросла з 51% до 69% (p < 0.0001). Серед хворих із ПМК (n = 24,404), було виражене зниження у

використанні механічних протезів: 68% до 37% ($p < 0.0001$). Хірургічна смертність для ПМК була значно вища, ніж при Пл МК (3.8% проти 1.4%, $p < 0.0001$), що співзвучно з нашими результатами. Серед пацієнтів, котрим виконали селективну ізольовану Пл МК ($n = 28, 140$) хірургічна смертність була 1,2%. Для безсимптомних (клас I) хворих, хірургічна смертність була 0,6%.

Дослідження здійснене Кетерін і колегами [6], виявило, що хірургічна смертність є нижча при Пл МК, ніж при ПМК (2-4% порівняно з 5-10%). У хворих з пролапсом МК віддалені клінічні результати чудові, з виживанням від 80 і 94% протягом 5 і 10 років - в групі з ПлМК, порівняно з 40 і 60% - в групі з ПМК. Такі тенденції співзвучні і з нашими результатами – нижча смертність в групі з Пл МК.

Гіллінов і співавтори [3] зазначають, що через 10 років після проведеної пластики МК відсутність реоперацій на МК становила 93%. Серед 30 хворих, котрі потребували реоперацій через пізню клапанну дисфункцію, пластика не вдалась у 16 (53%) через прогресуюче дегенеративне захворювання. Міцність/стійкість пластики давала негативний результат у пацієнтів із такими вихідними станами як пролапс задньої стулки, використання методики вкорочення хорд, самостійної анулопластики, резекції задньої стулки без анулопластики. Результати пластичної корекції були стійкішими в пацієнтів з ізольованим пролапсом задньої стулки, в котрих виконувалась резекція задньої стулки і анулопластика. Самостійне (як єдиний метод) вкорочення хорд, анулопластика і резекція стулок без анулопластики наражали на небезпеку позитивні віддалені результати хірургічного лікування.

Цікаво зауважити, що згідно даних деяких робіт [9] в хірургічному втручанні було відмовлено до 49% хворих із тяжкою симптомною МН. Зниження ФВ ЛШ, старший вік, супутні захворювання були основними яскравими характеристиками пацієнтів, котрим відмовили в хірургічному втручанні. Значення віку і ФВ ЛШ у встановленні операбельності пацієнтів досі викликають дискусії.

ВИСНОВКИ

Основною безпосередньою причиною МН є відрив хорд стулок МК, а етіологічним чинником – дегенеративні зміни, як в більшості розвинених країн, а не ревматичні – як в країнах що розвиваються.

Основним методом хірургічної корекції мітральної недостатності в нашому центрі залишається протезування МК, хоча світові тенденції схилиються до пластики МК. Процент ускладнень і летальність в нашому дослідженні були вищими в групі пацієнтів, котрим було проведено ПМК. Це співзвучно із результатами інших досліджень та гайдлайнів, котрі рекомендують Пл МК як метод вибору при корекції МН.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Lung, B. (2003). A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur. Heart J., 24, 1231–1243.

2. Enriquez-Sarano, M., Akins, C., Vahanian, A., (2009). Mitral regurgitation. The Lancet, 373, 1382–1394.
3. MarcGillinov, A., Cosgrove, D., Blackstone, E., Diaz R., Arnold, J., Lytle, B., Smedira, N., Sabik, J. (1998). Durability of mitral valve repair for degenerative disease. The Journal of Thorac Cardiovasc Surg., 116(5), 734-43.
4. Ling, LH., Enriquez-Sarano, M., Seward, JB. (1997). Early surgery in patients with mitral regurgitation due to flail leaflets: a long-term outcome study. Circulation, 96, 1819-1825.
5. David, H., Rosenhek, R., Falk, V. (2010). Degenerative mitral valve regurgitation: best practice revolution - European Heart Journal, 31, 1958–1967.
6. Otto, C. (2001). Evaluation and Management of Chronic Mitral Regurgitation. The New England Journal of Medicine. M.D.N Engl J Med., 345, 740-746.
7. Enriquez-Sarano, M., Basmadjian, AJ., Rossi, A., Bailey, KR., Seward, JB., Tajik, AJ. (1999). Progression of mitral regurgitation: a prospective Doppler echocardiographic study. J Am Coll Cardiol., 34, 1137-1144.
8. Gammie, J., Sheng, S., Griffith, B., Peterson, E., Rankin, J., O'Brien, S., Brown, J. (2009). Trends in Mitral Valve Surgery in the United States: Results From The Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Database. The Annals of Thoracic Surgery, 87(5), 1431–1439.
9. Mirabel, M., Lung, B., Baron, G., Messika-Zeitoun, D., Jean-Louis Vanoverschelde, D., D., Butchart, E., Vahanian, P., R., A. (2007). What are the characteristics of patients with severe, symptomatic, mitral regurgitation who are denied surgery? Eur Heart J., 28(11), 1358-1365.

РОЛЬ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1А. Мышакивский, 2 проф. И.Кобза

¹Львовская обласная клиническая больница,

²Львовский государственный медицинский университет им. Даниила Галицкого

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – оценка особенностей и результатов хирургического лечения пациентов с первичной митральной недостаточностью (МН) методом пластики митрального клапана (Пл МК), в сравнении с протезированием митрального клапана (ПМК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами проанализированы результаты лечения 72 больных с первичной МН, которым проведено протезирование или пластическая коррекция митрального клапана (МК) в кардиохирургическом отделении Львовской обласной клинической больницы в период с октября 2013 г. до февраля 2016 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди больных с проведенной Пл МК преобладали мужчины – 12 пациентов (66,7%), а в группе с протезированием митрального клапана (ПМК) доминировали женщины – 29 пациенток (53,7%). До операции, в группе больных с Пл МК и ПМК у всех пациентов была диагностирована МН средней тяжести. После проведенной Пл МК у 16 больных (88,89%) отсутствовала МН, а у 2 больных (11,11%) – обнаружена легкая МН. В группе больных с ПМК у 100% отсутствовала МН после операции. Преобладающим методом коррекции МН было протезирование МК – 54 пациента (75%). Самым частым этиологическим фактором МН в проведенном исследовании были дегенеративные изменения клапана – 41 больной (56,9%), а самой распространенной непосредственной причиной недостаточности – острый хорд – в 43 случаях (59,7%). Чаще у пациентов с МН, в группе с проведенной пластической коррекцией МК, отмечалось поражение задней створки митрального клапана – 11 пациентов (23,5%), а в группе с протезированием МК – одновременно передней и задней – 20 пациентов (35%). При пластике МК чаще, рядом с опорным кольцом, использовалась клиновидная резекция – 7 больных. Количество ранних послеоперационных осложнений было существенно выше в группе с ПМК – 5 больных, в сравнении с Пл МК – 1 больной. Летальность была выше в группе с ПМК – 3 больных, в отличие от группы с Пл МК, где отсутствовала летальность.

ВЫВОДЫ. Основной непосредственной причиной МН является острый хорд стенок МК, а этиологической причиной – дегенеративные изменения, как и в большинстве развитых стран, а не ревматические – как в странах что развиваются. Основным методом хирургической коррекции митральной недостаточности в нашем центре остается протезирование МК, хотя мировые тенденции склоняются к пластике МК. Процент осложнений и летальность в нашем исследовании были ниже в группе пациентов,

которым была проведена Пл МК. Это созвучно с результатами других исследований и гайдлайнов, которые рекомендуют Пл МК как метод выбора при коррекции МН.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная митральная недостаточность, протезирование митрального клапана, пластика митрального клапана.

THE ROLE OF MITRAL VALVE RECONSTRUCTIVE SURGERY IN PRIMARY MITRAL REGURGITATION TREATMENT

O.Myshakivskyy¹, I.Kobza²

¹ Lviv Regional Clinical Hospital,

² Danylo Halytsky Lviv National Medical University

THE AIM OF STUDY - To characterize etiological and anatomical (direct) causes of MR; to evaluate the futures of mitral cusps involvement in to the process of MR; to evaluate gender and age futures of patients with MR; to evaluate the severity of MR before and after surgical treatment as one of the indicators of surgical treatment efficiency; to evaluate futures of mitral plasty rings and valvular prosthesis use in patients with primary MR and performed MR surgical correction.

MATERIALS AND METHODS. We have analyzed results of treatment of 72 patients with primary MR (PMR) who were subjected to MVR or MVRe performed in the Department of cardiac surgery affiliated with Lviv regional clinical hospital (Ukraine) since October, 2013 till February, 2016.

RESULTS. Males prevailed in the MVRe group – 12 persons (66,67%), female prevailed in the MVR group – 29 persons (53,7%). Before surgery in the group with MVRe and MVR all patients had moderate MR. After performed MVRe in 16 patients (88,89%) MR was absent and in 2 patients (11,11%) - light MR was revealed. In the group with performed MVR 100% patients had no MR after surgery. The predominant correction method of MR was MVR – 54 patients (75%). The most often etiological factor of MR were MV degenerative changes – 41 patient (56,9%). The most often direct cause of MR was chordal rupture – 43 cases (59,7%). In the MVRe group predominantly posterior cusp was involved – 11 patients (23,5%), in the MVR group two cusps were affected – 20 patients (35%). During MVRe, additional to valvuloplasty ring, more often wedge-shaped was used – 7 patients. Ammount of early postsurgical complications was significantly higher in MVR group - 5 patients, compared to MVRe – 1 patient. The mortality was higher in MVR group – 3 patinets, compared to MVRe – none.

CONCLUSIONS. Key direct cause of MR is the chordal rupture of MV cusps, etiological factor in the majority of advanced countries is degenerative changes in contrast to rheumatic changes in the developing countries. Principal method of MR surgical correction in out center is MVR, though the preferable global trend is MVRe. Complications and lethality percentages in our study were higher among the patients from MVR group. This corresponds to results of other studies and guidelines that recommend MVRe as optional method for MR correction.

KEYWORDS: primary mitral regurgitation, mitral valve replacement, mitral valve repair.

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У БОЛЬНИХ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ КОРРЕКЦІЇ ПТОЗА ПЕРЕДНЕЇ БРЮШНОЇ СТЕНКИ

Мишалов В.Г., Бондарев Р.В., Маркулан Л.Ю., Кондакова Е.Ю., Балабан О.В.

Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца, Киев

ЦЕЛЬ РАБОТЫ - оценить непосредственные и отдаленные результаты симультанных операций (СО) по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки у больных с ожирением при коррекции птоза передней брюшной стенки (ППБС).

В исследовании приняли участие 176 больных с ожирением, которым при коррекции ППБС по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки произведены СО. У больных были следующие объединенные заболевания органов брюшной полости: хронический калькулезный холецистит – 154 (87,5 %); полип желчного пузыря – 7 (4 %); спаечная болезнь, болевая форма – 15 (8,5 %). При лечении ППБС у 17,6 % больных были выполнены СО по поводу грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота. В зависимости от способа СО больные были разделены на 3 группы. В группе сравнения 1 (n=74) первым этапом выполняли лапаротомию (холецистэктомия, адгезиолизис), вторым этапом – дермолипэктомии (ДЛЭ). В группе сравнения 2 (n=52) первым этапом осуществляли лапароскопическое вмешательство (лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), лапароскопический адгезиолизис (ЛА)), вторым этапом – ДЛЭ. В основной группе (n=50) на первом этапе выполняли разработанную методику ЛВ (ЛХЭ, ЛА), вторым – ДЛЭ. По гендерному признаку, возрасту, индексу массы тела, типу эстетической деформации передней брюшной стенки, виду сочетанной хирургической и нехирургической патологии исследуемые группы статистически не отличались (все $p > 0,05$).

Оценку эффективности СО в группах с учетом количества и характера осложнений в периоперационном и отдаленном (через 12 месяцев) послеоперационном периодах, а также оценку качества жизни, связанную с болезнью (КЖСБ) проводили через 12 месяцев после операции с использованием опросника SF-36.

Периоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем в основной группе возникли у 4,0 % больных, в группе сравнения 1 – у 17,6 %, в группе сравнения 2 – у 22,9 % больных; ранние местные осложнения соответственно у 6,0 %, 18,9 % и 25,4 %. Через 12 месяцев после операции количество осложнений в группе сравнения 1 наблюдали у 20,9 %, в группе сравнения 2 – у 27,1 %, в основной группе – у 9,6 % больных.

Через 1 год после операции средние показатели КЖСБ улучшились во всех группах, но достоверно ($p < 0,001$) были выше в основной группе: показатель физического компонента здоровья составил $87,89 \pm 1,03$ балла, психологического компонента здоровья – $86,25 \pm 1,23$ балла; в группе сравнения 1 – $79,61 \pm 0,94$ балла и $80,60 \pm 0,96$ балла, в группе сравнения 2 – $81,43 \pm 0,91$ балла; и $81,86 \pm 1,15$ балла соответственно.

Анализ результатов хирургического лечения больных с ожирением, которым при коррекции птоза передней брюшной стенки по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки выполнены симультанные операции с использованием открытой, стандартной лапароскопической и разработанной лапароскопической методик показал, что применение разработанной лапароскопической методики позволило снизить число периоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем соответственно с 17,6 % и 22,9 % до 4,0 %, ранних местных послеоперационных осложнений с 18,9 % и 25,4 % до 6,0 %, отдаленных через 1 год после операции осложнений с 37,0 % и 43,0 % до 28,7 % и улучшить КЖСБ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: симультанная операция, холецистэктомия, адгезиолизис, птоз передней брюшной стенки, качество жизни, связанное с болезнью

Проблема одновременной хирургической коррекции нескольких заболеваний

не вызывает сомнения, при этом оставаясь одной из наиболее сложных и до конца не решенных вопросов современной клинической хирургии [2, 4], в связи с увеличением количества больных данной патологией и частоты послеоперационных осложнений.

Эффективность лечения больных с объединенными заболеваниями органов брюшной полости увеличилась с применением лапароскопических вмешательств (ЛВ), что позволило уменьшить травматизацию тканей, снизить интенсивность болей после операции, частоту внутрибрюшных и раневых послеоперационных осложнений, развитие спаечной болезни органов брюшной полости, быструю реабилитацию больных в послеоперационном периоде, хороший косметический результат операции [1, 7]. Несмотря на это ЛВ у больных с ожирением, птозом передней брюшной стенки (ППБС) сопровождаются возникновением дополнительных технических трудностей, которые сопряжены со степенью ожирения, степенью ППБС. Трудности возникают на всех этапах операции: при введении троакаров в брюшную полость, во время проведения самого ЛВ, при извлечении удаленного органа из брюшной полости, во время ушивания троакарной раны [3, 9]. Сложность техники выполнения лапароскопического метода увеличивается у больных с сопутствующей спаечной болезнью органов брюшной полости [5]. С этих позиций, практический интерес представляет изучение результатов лечения больных с ожирением, которым при коррекции ППБС выполнены симультанные операции (СО) по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – Оценить эффективность проведения СО по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки у больных с ожирением при коррекции ППБС на основании непосредственных и отдаленных результатов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена сравнительная оценка результатов лечения 176 больных с ожирением, которым при коррекции ППБС произведены СО на органах брюшной полости (открытым, лапароскопическим и разработанным лапароскопическим способами), и при наличии грыжи и/или диастаза прямых мышц живота – грыжесечение и пластика брюшной стенки (открытым способом).

Больные проходили лечение на базах кафедры хирургии № 4 национального медицинского университета имени А.А. Богомольца в период с 2011 г. по 2016 г. Преобладали женщины – 170 (96,6 %). Возраст больных в среднем был $51,2 \pm 0,6$ года, индекс массы тела в среднем составлял $35,04 \pm 0,2$ кг/м². Первая степень ожирения, согласно классификации ВОЗ, была у 85 (48,3 %) больных, вторая – у 91 (51,7 %) больных. ППБС II степени определен у 18 (10,2 %) больных, III степени – у 139 (79,0 %), IV степени – у 19 (10,8 %) (А. Matarasso [6]). Со стороны сопутствующей соматической патологии большую часть составили пациенты с гипертонической болезнью сердца – 135 (76,7 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) диагностирована у 79 (44,9 %), хронический панкреатит отмечен у 142 (80,7 %), сахарный диабет I и II типа – у 61 (34,7 %) больных.

Хроническим калькулезным холециститом страдали 154 (87,5 %) больных, полип желчного пузыря диагностирован у 7 (4 %) больных. Среди больных с хроническим калькулезным холециститом у 18 (10,2 %) определялся бессимптомный спаечный процесс (БСП) в брюшной полости после ранее перенесенных операций. Спаечная болезнь болевая форма отмечена у 15 (8,5 %) больных. У 17,6 % больных были выполнены СО по поводу грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота.

По гендерному признаку, возрасту, индексу массы тела, типу эстетической деформации передней брюшной стенки, виду сочетанной хирургической и нехирургической патологии исследуемые группы статистически не отличались (все $p > 0,05$).

При лечении ППБС со II степенью птоза выполняли миниабдоминопластику (МАП), осуществляя дермолипэктомию ДЛЭ с отсепаровкой кожно-подкожно-жирового лоскута до уровня пупка, при III-IV ст птоза – абдоминопластику (АП) (ДЛЭ проводили с отсепаровкой лоскута до уровня реберных дуг). В зависимости от выполняемого способа (открытый, традиционный лапароскопический, разработанный лапароскопический) СО на органах брюшной полости, больные были разделены на три группы.

Группу сравнения 1 ($n=74$) составили больные, которым после ДЛЭ на органах брюшной полости выполнялись СО открытым способом. Холецистэктомия произведена у 70 (94,6%), адгезиолизис во время холецистэктомии при БСП – у 7 (9,5 %), адгезиолизис при болевой форме спаечной болезни во время грыжесечения п/о грыжи – у 4 (5,4%) больных. СО при грыжи брюшной стенки и/или диастазе прямых мышц живота – у 15 (20,3 %) больных. МАП выполнена у 12 (16,2 %), АП – у 62 (83,8 %) больных.

В группе сравнения 2 ($n=52$) первоначально проводили ЛВ на органах брюшной полости с чрескожным введением троакаров в брюшную полость, после чего осуществляли ДЛЭ. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проведена у 46 (88,5 %), лапароскопический адгезиолизис (ЛА) при БСП во время ЛХЭ – у 5 (9,6 %) больных, ЛА у больных с болевой формой спаечной болезни – в 6 (11,5 %) случаях. Устранение грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота выполнены у 8 (15,4 %) больных. При ЛВ применяли специальные троакары и инструменты большей длины. ЛВ осуществляли при внутрибрюшном давлении (ВБД) 14-16 мм рт ст, экстракцию желчного пузыря – через контрапертуру в правой половине живота по средне-подмышечной линии. МАП выполнена у 13 (25,0 %), АП – у 39 (75,0 %) больных.

В основной группе ($n=50$) первоначально осуществляли отсепаровку кожно-жирового лоскута, лоскут не отсекали, фиксировали к горизонтальной штанге для создания лапаролифтинга, что позволяло проводить лапароскопическое вмешательство при карбоксиперитонеуме 6-8 мм рт ст. Введение троакаров осуществляли непосредственно через апоневротично-мышечный слой. При наличии пупочной грыжи троакар лапароскопа вводился через грыжевые ворота, которые временно ушивались узловыми швами в пределах троакара для создания герметичности брюшной полости. ЛХЭ проведена у 45 (90,0 %), лапароскопический адгезиолизис (ЛА) при БСП во время ЛХЭ – у 6 (12,0 %) больных, ЛА у больных с болевой формой спаечной болезни – в 5 (10,0 %)

случаях. Оперативное вмешательство по поводу грыжи брюшной стенки и/или диафрагмы прямых мышц живота выполнили у 8 (16,0 %) больных. МАП произведена у 10 (20,0 %), АП – у 40 (80,0 %) больных.

Оценку эффективности выполненных СО на органах брюшной полости открытым, традиционным лапароскопическим и разработанным лапароскопическим способами проводили на основании количества и характера возникших периоперационных осложнений, осложнений в отдаленном через 12 месяцев послеоперационном периоде, оценки качества жизни связанное с болезнью (КЖСБ) через 12 месяцев после операции путем анкетирования пациентов с использованием опросника SF-36 («SF-36 Health Status Survey») [8].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Среди периоперационных осложнений непосредственно во время операции (табл. 1) у больных с ИБС в группе сравнения 1 возникли: синоатриальная блокада у 1 (1,4 %) больного, желудочковая экстрасистолия с высокой степенью градации – у 4 (5,4 %); в группе сравнения 2: фибрилляция предсердий – у 2 (3,8 %), синоатриальная блокада возникла у 2 (3,8 %), желудочковая экстрасистолия с высокой степенью градации – у 2 (3,8 %), что явилось в этой группе причиной выполнения конверсии.

Таблица 1

ХАРАКТЕР ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ

Осложнения	Группы сравнения				Основная группа	
	Группа сравнения 1 (n=74)		Группа Сравнения 2 (n=52)		Основная группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Фибрилляция предсердий	0	0	2	3,8	0	0
Синоатриальная блокада	1	1,4	2	3,8	0	0
Желудочковая экстрасистолия	4	5,4	2	3,8	0	0
Всего	5	6,8	6	11,4	0	0

Отсутствие интраоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов основной группы связываем с техническими особенностями разработанной методики проведения лапароскопического этапа операции, позволяющего соблюдать принцип миниинвазивности при ЛХЭ, благодаря комбинации лапаролифтинга отсепарованным кожно-подкожно-жировым лоскутом с пневмоперитонеумом,

проводить ЛВ при ВБД 6-8 мм рт ст. Напротив, в групі порівняння 2 для адекватного огляду області оперативного втручання ми змушені були створювати пневмоперитонеум на рівні 14-16 мм рт ст. Виникнення порушень ритма в групі порівняння 1 зв'язуємо з травматичністю доступу і маніпуляцій, особливою во время проведення адгезіолізу.

Общиє і місцеві ускладнення в післяопераційному періоді спостерігали у всіх групах. Серед общих післяопераційних ускладнень, порушення моторної функції (парез) кишечника найбільше кількість відмічено у 17 (23,0 %) хворих, котрим проведена СО відкритим способом. Це можна пояснити підвищеною травматичністю проводимих маніпуляцій в брюшній порожнині здійснюваних ручним способом і стандартним хірургічним набором інструментів, включаючи ранорозширюючі інструменти і пристосування традиційно застосовуються при традиційному відкритому способі операції. Висока травматичність маніпуляцій особливо відмічена во время проведення адгезіолізу.

Значительно менше кількість випадків післяопераційного пареза тонкої кишки спостерігали в групі порівняння 2 (7,7 %) і в основній групі (4,0 %), де при виконанні СО застосовували лапароскопічну техніку. Однак, і серед груп де при СО виконувались ЛВ, нами відмічена різниця в частоті виникнення післяопераційного пареза в залежності від виду ЛВ. Так, в основній групі, в якій застосована розроблена методика ЛВ порушення моторної функції тонкої кишки виникло майже в 2 рази менше, ніж в групі порівняння 2, в якій ЛВ здійснювалось по традиційно прийнятим принципам ЛВ на органах брюшної порожнини. Ефективність одночасних ЛВ традиційним способом у хворих з ожирінням і ППБС була зменшена за рахунок виникнення технічних труднощів при маніпуляції лапароскопічними інструментами, що підвищало травматичність самих маніпуляцій. Це стало причиною виникнення в 9 (17,3 %) випадках перфорації жовчного бульбашки і виникнення складності в адекватній санации брюшної порожнини.

Изучение ускладнень со стороны серцево-судинної системи показало, що во всіх групах у хворих з ІБС реєструвались порушення ритма серцевої діяльності на фоні синусової тахікардії і у 2 (3,8 %) хворих в групі порівняння 2 розвинувся тромбоемболія глибоких вен нижніх кінцівок незважаючи на проводимую терапію низькомолекулярними гепаринами в профілактичних дозах. В групі порівняння 1 – порушення ритма серцевої діяльності розвинулись у 10,8 % хворих, в групі порівняння 2 – у 9,6 %, в основній групі – 4 %. Відносно (більше ніж в 2 рази) високе виникнення кількості порушень ритма в групі порівняння 1 по відношенню до основної групи може бути пов'язано з більшою травмою, вироблюваною во время СО на органах брюшної порожнини. Розвиток ускладнень со стороны серцево-судинної системи в групі порівняння 2, більше в порівнянні з основною групою пояснюємо проведенням ЛВ при ВБД 14-16 мм рт ст, виконанням конверсії (n=5). Так же, проведення ЛВ при ВБД 14-16 мм рт ст вважаємо однією з основних причин розвитку

послеоперационной пневмонии у 1 (1,9 %) больного.

Как показали исследования, осложнения со стороны послеоперационной раны так же наблюдали во всех группах (табл. 2).

Таблица 2

ХАРАКТЕР РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Осложнения	Группы сравнения				Основная группа	
	Группа сравнения 1 (n=74)		Группа сравнения 2 (n=52)		Основная группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инфильтрат и/или серома п/о раны в зоне ДЛЭ	5	6,8	3	5,8	2	4,0
Инфильтрат и/или серома троакарной или лапаротомной раны	2	2,7	7	13,5	0	0
Нагноение п/о раны или троакарной раны	0	0	1	1,9	0	0
Гематома	2	2,7	1	1,9	1	2,0
Всего	9	12,2	12	23,1	3	6,0

Следует отметить, что частота развития раневых осложнений со стороны зоны области ДЛЭ у больных во всех наблюдаемых группах существенно не отличалась ($p > 0,05$).

Увеличение частоты раневых гнойно-воспалительных осложнений в группе сравнения 2 объясняем травматичностью: троакарного доступа, манипуляций при экстракции желчного пузыря из брюшной полости, при тракции краев троакарной раны во время ее ушивании. Так инфильтрат и/или серому троакарной раны наблюдали только у больных, которым осуществляли более травматичный троакарный доступ, например доступ по типу методики Хассена, или осуществляли расширение троакарного доступа для экстракции желчного пузыря. Нагноение троакарной раны у 1 (1,9 %) пациента возникло так же после травматизации троакарной раны при извлечении желчного пузыря с конкрементом диаметром 3,5 см. У больных группы сравнения 1 воспалительные осложнения со стороны лапаротомной раны наблюдали в 2,7 %, что так же объясняем травматичностью доступа по сравнению с лапароскопическим доступом в брюшную полость.

Через 1 год после операции КЖСБ удалось определить у 148 (84,1 %) больных. В группе сравнения 1 у 62 (83,8 %), группе сравнений 2 – у 44 (84,6 %) и в основной группе – у 42 (84,0 %) больных, $p > 0,05$.

В отдаленном через 1 год (табл. 3) послеоперационном периоде в группе сравнения 1 послеоперационная грыжа возникла у 4 (6,5 %) больных.

Таблица 3

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СО В ГРУППАХ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Осложнения	Группы сравнения				Основная группа	
	Группа сравнения 1 (n=74)		Группа сравнения 2 (n=52)		Основная группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
П/о грижа	4	6,5	7	15,9	0	0
Рецидив спаечной болезни (болевая форма)	3	4,8	0	0	0	0
Всего	7	11,3	15,9	1,9	0	0

Рецидив болевой формы спаечной болезни отмечен у 3 (4,8 %) больных – у 1 (1,6 %) присутствовали постоянные боли в животе, периодически усиливающиеся, вынуждая больных принимать препараты анальгетиков, сопровождающиеся нарушением сна, нарушением эмоционально-психологического здоровья пациентов, у 2 (3,2 %) – рецидив спаечной болезни проявлялся клиникой хронической спаечной кишечной непроходимости. В группе сравнения 2 у 7 (15,9 %) больных отмечена троакарная послеоперационная грыжа. Предпосылками к возникновению троакарной послеоперационной грыжи явились: травматичность троакарного доступа, особенно у больных со спаечной болезнью брюшной полости и при экстракции желчного пузыря.

Среди поздних осложнений так же отмечены косметические дефекты послеоперационного рубца, осложнения со стороны пупка и подкожной жировой клетчатки (табл. 4). Достоверных различий между группами по вышеуказанным осложнениям не было, все $p > 0,05$.

Таблиця 4

ХАРАКТЕР ПОЗДНИХ (КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ) ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕЗ 1 ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Осложнения	Группы сравнения				Основная группа	
	Группа сравнения 1 n=62 (83,8 %)		Группа Сравнения 2 n=44 (84,6 %)		Основная группа n=42 (84,0 %)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Излишек подкожной жировой клетчатки в области фланков	0	0	0	0	2	4,8
Нависание верхнего лоскута	2	3,2	0	0	0	0
Неравномерное бугристое распределение подкожной жировой клетчатки	1	1,6	1	2,8	0	0
Неудовлетворительный вид послеоперационного рубца (его растянутость, втянутость, асимметричность)	1	1,6	1	2,8	1	2,4
Келлоидный рубец	1	1,6	1	2,8	0	0
Гипертрофический рубец	0	0	1	2,8	1	2,4
Миграция пупка	1	1,6	0	0	0	0
Всего	6	9,6	5	11,2	3	9,6

Через 1 год после операции показатели КЖСБ улучшились у всех больных в наблюдаемых группах, но достоверно ($p < 0,001$) были выше в основной группе: показатель физического компонента здоровья в основной группе составил $87,89 \pm 1,03$ балла, в группе сравнения 1 – $79,61 \pm 0,94$, в группе сравнения 2 – $81,43 \pm 0,91$ балла; показатель психологического компонента здоровья в основной группе был $86,25 \pm 1,23$, в группе сравнения 1 – $80,60 \pm 0,96$, в группе сравнения 2 – $81,86 \pm 1,15$ балла.

Таким образом, выполнение СО по поводу объединенных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки у больных с ожирением при коррекции ППБС за счет разработанных лапароскопических методов симультанных вмешательств на органах брюшной полости, позволили снизить количество периоперационных и поздних послеоперационных осложнений, повысить качество жизни пациентов в отдаленном через 12 месяцев послеоперационном периоде, по сравнению с больными, которым

проводились СО на органах брюшної порожнини відкритим і традиційним лапароскопічним способами.

ВИВОДИ

Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з ожирінням, котрим при корекції птоза передньої брюшної стінки по приводу об'єдинених захворювань органів порожнини і стінки, виконані симультанні операції з використанням відкритої, стандартної лапароскопічної і розробленої лапароскопічної методик показав, що застосування розробленої лапароскопічної методики дозволило знизити число періопераційних ускладнень з боку серцево-судинної і дихальної систем відповідно з 17,6 % і 22,9 % до 4,0 %, ранніх місцевих післяопераційних ускладнень з 18,9 % і 25,4 % до 6,0 %, віддалених через 1 рік після операції ускладнень з 37,0 % і 43,0 % до 28,7 %.

Конфлікту інтересів немає. Участвовавши автори: концепція і дизайн дослідження — В. М.; збирання матеріалу — Е. К., О. Б.; обробка матеріалу — Е. К., Р. Б., Л. М.; статистична обробка даних — Л. М.; написання тексту — Е. К.; редактування — В. М., Р. Б.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Р.В., Орехов А.А. Лапароскопічне лікування при болювій формі спаяної хвороби порожнини // Веснік невідкладної і відновної медицини. – 2013. – Т 14, №3. – С. 315 – 317.
2. Дронова В.Л., Дронов А.И., Крючина Е.А. і др. Симультанні операції при поєднаних хірургічних і гінекологічних захворюваннях // Український журнал хірургії. – 2013. – № 2 (21). – С. 143 – 151.
3. Мишалов В.Г., Кондакова Е.Ю., Бондарев Р.В. і др. Симультанні лапароскопічні втручання на органах порожнини у хворих з ожирінням при корекції птоза передньої стінки // Хірургія України. – 2017. – № 1. – С. 85-90.
4. Fanous M.Y. Simplifying Laparoscopic Cholecystectomy in Morbidly Obese Patients // Austin. J. Obes & Metab. Synd. – 2015. – Vol. 1, № 1. – P. 1 – 2.
5. Ко J.H., Choi J.S., Bae J. Safety of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy for women with anterior wall adherence after cesarean section // Obstet. Gynecol. Sci. – 2015. – Vol. 58, № 6. – P. 501 – 506.
6. Matarasso A. Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy // Aesthetic Plast. Surg. – 1991. – Vol. 15, № 2. – P. 111 – 121.
7. Ospanova O.B., Orekeshevov A.M., Fursova R.A., Yelemesova A.A. Laparoscopic surgical treatment of severe obesity combined with gastroesophageal reflux disease: a pilot randomized two-arm controlled clinical study // International J. Environmental & Science Education. – 2016. – Vol. 11, № 13. – P. 5817 – 5832.
8. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.
9. Yilmaz H., Alptekin H., Acar F. et al. Single-Incision Laparoscopic Cholecystectomy and Overweight Patients // Obes. Surg. – 2014. – Vol. 24. – P. 123 – 127.

<p>Стаття</p> <p>Бондарев Р.В., Орехов А.А. Лапароскопическое лечение при болевой форме спаечной болезни брюшной полости // Веснік невідкладної і відновної медицини. – 2013. – Т 14, №3. – С. 315 – 317.</p>	<p>Bondarev R.V., Orehov A.A. Laparoscopic treatment for pain form of adhesive disease in abdomen (Rus). Vesnik nevidkladnoji i vidnovnoji medicyny [Bulletin of Urgent and Recovery medicine] (Ukr). 2013;14(3):315-317.</p>
<p>Дронова В.Л., Дронов А.И., Крючина Е.А. и др. Симультаные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях // Український журнал Хірургії. – 2013. - № 2 (21). – С. 143 – 151.</p>	<p>Dronova V.L., Dronov A.I., Kryuchina Ye.A, et al. Simultaneous Operations in Combined Surgical and Gynecological Diseases (Rus). Ukrainskyj zhurnal Khirurgiji [Ukrainian Journal of Surgery] (Ukr). 2013;2(21):143-151.</p>
<p>Мишалов В.Г., Кондакова Е.Ю., Бондарев Р.В. и др. Симультаные лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости у больных с ожирением при коррекции птоза передней брюшной стенки // Хірургія України. – 2017. – № 1. – С. 85-90.</p>	<p>Mishalov V.G., Kondakova E.Yu., Bondarev R.V. i dr. Simultaneous laparoscopic abdominal operations for patients with obesity in correction ptosis of the anterior abdominal wall (Rus). Khirurgija Ukrainy [Surger of Ukraine] (Ukr). 2017;1: 85-90</p>

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ПРИ КОРЕКЦІЇ ПТОЗУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Мишалов В.Г., Бондарев Р.В., Маркулан Л.Ю., Кондакова О.Ю., Балабан О.В.

Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, Київ

МЕТА РОБОТИ - оцінити безпосередні та віддалені результати симультованих операцій (СО) з приводу об'єднаних захворювань органів черевної порожнини і черевної стінки у хворих з ожирінням при корекції птозу передньої черевної стінки (ППБС).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. У дослідженні взяли участь 176 хворих з ожирінням, яким при корекції ППБС з приводу об'єднаних захворювань органів черевної порожнини і черевної стінки зроблені СО. У хворих були такі об'єднані захворювання органів черевної порожнини: хронічний холецистит - 154 (87,5%), поліп жовчного міхура - 7 (4%); спайкова хвороба, больова форма - 15 (8,5%). При лікуванні ППБС у 17,6% хворих були виконані СО з приводу грижі черевної стінки і / або діастазу прямих м'язів живота. Залежно від способу СО хворі були розділені на 3 групи. У групі порівняння 1 (n = 74) на першому етапі виконували лапаротомію (холецистектомія, адгезіолізис), на другому - дермоліпектомію (ДЛЕ). У групі порівняння 2 (n = 52) першим етапом здійснювали лапароскопічне втручання (лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), лапароскопічний адгезіолізис (ЛА)), другим етапом - ДЛЕ. В основній групі (n = 50) - на першому етапі виконували розроблену методику ЛВ (ЛХЕ, ЛА), другому - ДЛЕ. За гендерною ознакою, віком, індексом маси тіла, типом естетичної деформації передньої черевної стінки, видом поєднаної хірургічної та нехірургічної патології досліджувані групи статистично не відрізнялися (всі $p > 0,05$). Оцінку ефективності СО в групах з урахуванням кількості і характеру ускладнень в періопераційному і віддаленому (через 12 місяців) післяопераційному періодах, а також оцінки якості життя, пов'язаного з хворобою (КЖСБ), робили через 12 місяців після операції з використанням опитувальника SF-36.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Періопераційні ускладнення з боку серцево-судинної і дихальної систем в основній групі виникли у 4,0% хворих, в групі порівняння 1 - у 17,6%, в групі порівняння 2 - у 22,9% хворих; ранні місцеві ускладнення відповідно у 6,0%, 18,9% і 25,4%. Через 12 місяців після операції кількість ускладнень в групі порівняння 1 спостерігали у 20,9%, в групі порівняння 2 - у 27,1%, в основній групі - у 9,6% хворих.

Через 1 рік після операції середні показники КЖСБ покращилися у всіх групах, але достовірно ($< 0,001$) були вище в основній групі: показник фізичного компонента здоров'я склав $87,89 \pm 1,03$ бала, психологічного компонента здоров'я - $86,25 \pm 1,23$ бала; в групі

порівняння 1 - $79,61 \pm 0,94$ бала і $80,60 \pm 0,96$ бала, в групі порівняння 2 - $81,43 \pm 0,91$ бала; і $81,86 \pm 1,15$ бала відповідно.

ВИСНОВКИ. Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з ожирінням, яким при корекції птозу передньої черевної стінки з приводу об'єднаних захворювань органів черевної порожнини і черевної стінки, виконані симультанні операції з використанням відкритої, стандартної лапароскопічної і розробленої лапароскопічної методик показав, що застосування розробленої лапароскопічної методики дозволило знизити число періопераційних ускладнень з боку серцево-судинної і дихальної систем відповідно до 17,6% і 22,9% до 4,0%, ранніх місцевих післяопераційних ускладнень з 18,9% і 25,4% до 6,0%, віддалених через 1 рік після операції ускладнень з 37,0% і 43,0% до 28,7% і поліпшити КЖСБ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: симультанна операція, холецистектомія, адгезіолізис, птоз передньої черевної стінки; якість життя, пов'язане з хворобою.

SUMMARY

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN PATIENTS WITH OBESITY FOR CORRECTION OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL PTOSIS

Mishalov V.G., Bondarev R.V., Markulan L.Yu., Kondakova E.Yu., Balaban O.V.

National Medical University. O.O. Bogomolets, Kyiv

The aim is to estimate the immediate and long-term results of simultaneous operations (SO) for correction of anterior abdominal wall ptosis (AAWP) associated with the diseases of the abdominal cavity and abdominal wall among the patients with obesity.

MATERIALS AND METHODS. 176 patients with obesity took part in the study, who were operated by SO for correction of AAWP associated with the diseases of the abdominal cavity and abdominal wall among the patients with obesity. Patients had the following associated diseases of the abdominal cavity: chronic calculous cholecystitis-154 (87.5%), gall-bladder polyp-7 (4%), adhesive disease painful form - 15 (8.5%). In the treatment of AAWP, 17.6% of patients were operated by SO with abdominal hernia and / or diastasis of the rectus abdominis. Depending on the method, the patients were divided into 3 groups. In the comparison group 1 (n = 74) the first stage was performed by laparotomy (cholecystectomy, adhesion), the second stage - dermolipectomy (DLE). In the comparison group 2 (n = 52), the first stage was performed by laparoscopic intervention (laparoscopic cholecystectomy (LChE), laparoscopic adhesion (LA)), the second stage - DLE. In the main group (n = 50) - at the first stage, the developed LV method (LChE, LA) was performed, the second was the DLE. By gender, age, body mass index, the type of aesthetic deformation of the anterior abdominal wall, the type of combined surgical and non-surgical pathology, the study groups were not statistically different (all $p > 0.05$).

Estimate of the effectiveness of SO in the groups, taking into account the number and type of complications in the perioperative and long-term (after 12 months) postoperative periods, and also the estimate of the quality of life associated with the disease (QLAD) after 12 months surgery was performed using the SF-36 questionnaire.

RESULTS AND DISCUSSION. Perioperative complications from the cardiovascular and respiratory systems in the main group occurred in 4.0% of patients, in the comparison group 1 - in 17.6%, in the comparison group 2 - in 22.9% of patients; early local complications, respectively, in 6.0%, 18.9% and 25.4%. 12 months after the operation, the number of complications in the comparison group 1 was 20.9%, in the comparison group 2 - in 27.1%, in the main group - in 9.6% of patients.

In 1 year after operation, the average indexes of QLAD has improved in all groups, but significantly ($p < 0.001$) were higher in the main group: the index of the physical component of health was 87.89 ± 1.03 points, the psychological component of health - $86.25 \pm 1, 23$ points; in the comparison group 1 - 79.61 ± 0.94 points and 80.60 ± 0.96 points, in the comparison group 2 - 81.43 ± 0.91 points; and 81.86 ± 1.15 points, respectively.

CONCLUSIONS. For the correction of the anterior abdominal wall ptosis associated with diseases of the abdominal cavity and the wall among the obese patients the simultaneous operations with open, standard laparoscopic and developed laparoscopic methods were performed. An analysis of the results of the surgical treatment showed that the using the developed laparoscopic technique allowed to reduce the number of perioperative complications of the cardiovascular and respiratory systems, respectively, from 17.6% and 22.9% to 4.0%, early local postoperative complications from 18.9% and 25.4% to 6.0%, 1 year after complications after surgery 37.0% and 43.0% to 28.7%, and improved QLAD.

KEY WORDS: simultaneous operation, cholecystectomy, adhesion, anterior abdominal wall ptosis, quality of life associated with the disease.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

**Мішалов В.Г., Балабан О.В., Гойда С.М., Гонза Р.В., Маркулан Л.Ю.,
Костромін Г.О., Кондратенко С.О.**

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ*

Поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та велика кількість ускладнень і незадовільних результатів хірургічного лікування привертають увагу хірургів до цієї проблеми. Незважаючи на широке впровадження сучасних неінвазивних та мініінвазивних методів діагностики біліарної патології частота ускладнених форм ЖКХ не знижується. Це пов'язано з несвоєчасним лікуванням ЖКХ, що зумовлено, насамперед, соціально-економічними факторами. До цього часу немає єдиної думки щодо доцільності застосування мініінвазивних втручань при лікуванні хворих з гострим деструктивним і ускладненим холециститом.

МЕТА. На основі аналізу безпосередніх та віддалених результатів оперативного лікування пацієнтів з ЖКХ визначити комплекс практичних рекомендацій щодо покращання результатів лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Проведено аналіз безпосередніх результатів оперативних втручань у 846 пацієнтів з ЖКХ, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні – клінічній базі кафедри хірургії №4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, за період 2001–2017 рік. Крім того вивчені віддалені результати хірургічного лікування в 144 пацієнтів у термін від 1 до 4 років після перенесеної операції.

Вік хворих знаходився в межах від 17 до 91 року і в середньому склав $53 \pm 4,6$ рік. Жінок було 724, що складало переважну більшість (85,6%), чоловіків – 122 (14,4%).

Пацієнти були поділені на чотири групи. Першу групу склали 582 (68,8%) хворих, яким проводилась лапароскопічна холецистектомія. У другій групі 114 (13,5%) пацієнтам лапароскопічну холецистектомію проведено після попередньої ЕРХПГ та ендоскопічної папілосфінктеротомії. У третій групі 68 (8%) хворим здійснено відкриту холецистектомію. 82 (9,7%) пацієнтам з ЖКХ проведено відкриту холецистектомію з втручаннями на позапечінкових протоках, які склали четверту групу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Наведено результати виконання традиційних, лапароскопічних і ендоскопічних транспапілярних оперативних втручань у пацієнтів з ЖКХ. Серед 846 пацієнтів, прооперованих з приводу даного захворювання лапароскопічну холецистектомію виконали у 696 (82,3%), відкриту холецистектомію в 150 (17,7%) випадках. У 114 (13,5%) пацієнтів з підозрою на патологію позапечінкових жовчних протоків до операції проведена панкреатикохолангіографія з транспапілярними втручаннями. В 82 (9,7%) хворих відкрита холецистектомія супроводжувалась втручаннями на позапечінкових жовчних протоках.

Незадовільні безпосередні результати лікування після лапароскопічних операцій спостерігали в 11 хворих, що склало 1,7%, після відкритих в 9 пацієнтів, що становило 7,6%. Серед віддалених результатів незадовільні відзначені відповідно в 3 (3,1%) та 5 (15%) випадках.

Середній термін перебування хворого в стаціонарі після лапароскопічних втручань становив $5,6 \pm 1,7$ діб, після операцій з використанням традиційного доступу $9,0 \pm 1,6$ доби. Післяопераційна летальність склала 0,7% (6 пацієнтів).

ВИСНОВКИ.

Переваги мініінвазивних втручань в пацієнтів з ЖКХ полягають в скороченні строків перебування пацієнтів у стаціонарі, зменшенні кількості ускладнень, покращанні безпосередніх та віддалених результатів лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СІТЧАТИХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ

**Мішалов В.Г.¹, Гойда С.М.¹, Лещин І.М.¹, Маркулан Л.Ю.¹, Балабан О.В.¹,
Бурка А.О., Гонза Р.В.¹, Вamuш С.М.².**

1. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

2. Олександрівська клінічна лікарня міста Києва.

Хірургічне лікування гриж передньої черевної стінки є актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Це обумовлено поширеністю даної патології, можливістю виникнення небезпечних ускладнень, високим рівнем рецидивів. Актуальність проблеми привертала підвищений інтерес до даної патології на всіх етапах розвитку хірургії. Пахові грижі за даними багатьох дослідників складають близько 75-80% всіх гриж живота [6, 7]. Проте варто відзначити, що за останні десятиріччя в зв'язку зі збільшенням кількості післяопераційних вентральних гриж відносна частота пахових гриж дещо зменшилась [2, 13].

Операції з приводу пахових гриж займають перше місце серед планових оперативних втручань в загальнохірургічних стаціонарах [8, 10]. На сьогодні існує більше ста методів оперативного лікування пахових гриж, переважна кількість яких являють собою пластику пахового каналу власними тканинами. Проте жодна з автопластик не отримала загального визнання, оскільки частота рецидивів пахових гриж залишається високою і за даними ряду дослідників складає 6,2-10,2% після первинної і 12-16% після повторної герніопластики [5, 14].

Широке впровадження синтетичних матеріалів для пластики пахових гриж покращили результати лікування пацієнтів з цією патологією, однак, повністю не вирішили проблему [4, 9]. Разом з тим з'являється ризик виникнення специфічних ускладнень, які пов'язані з імплантацією чужорідного тіла: можливе інфікування протезу, рецидиви гриж внаслідок деформації або міграції протеза, формування злук і кишкових нориць при контакті з вмістом черевної порожнини [1].

Перед хірургами, як і раніше, постає питання вибору способу герніопластики.

МЕТА РОБОТИ. Встановити причини незадовільних результатів лікування та розробити рекомендації для профілактики ускладнень та покращання результатів лікування пацієнтів з паховими грижами.



МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Проведено аналіз результатів оперативних втручань у пацієнтів з грижами передньої черевної стінки, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Центральної міської клінічної лікарні (з 2008 року Олександрівська клінічна лікарня м.Києва), яке є клінічною базою кафедри хірургії №4 Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця, в період з 2003 по 2007 рік. За цей період проведено 2857 хірургічних втручань пацієнтам з грижами передньої черевної стінки, що склало 16,8% від всіх операцій. Ілюстрацією відображення наведено на рис.1. Рис. 1. Розподіл кількості операцій з приводу гриж передньої черевної стінки залежно від року проведення.

Серед пролікованих пахові грижі спостерігались в 1661 пацієнтів (59,6%), післяопераційні в 554 хворих (19,9%), пупкові грижі діагностовані в 485 (17,4%) і стегнові в 34 (1,2%) випадках. Грижі інших локалізацій мали місце в 53 пацієнтів, що склало 1,9 % (рис. 2).

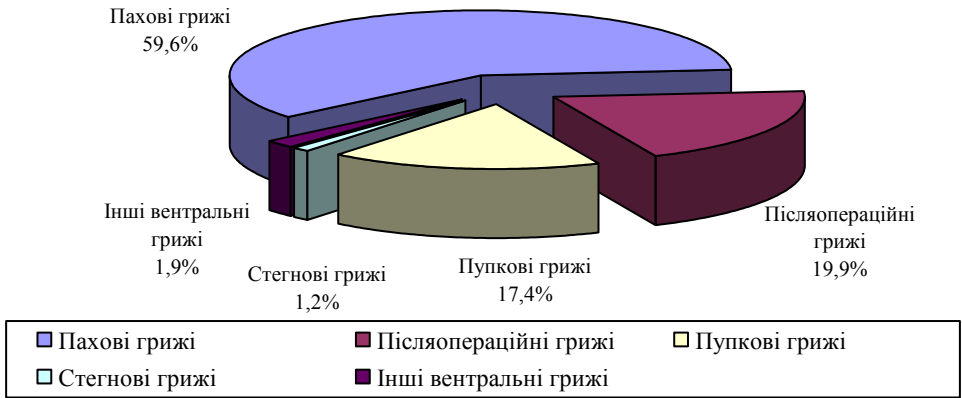


Рис. 2. РОЗПОДІЛ ПРОЛІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ГРИЖІ (n= 1674)

Як видно з діаграми, пацієнти з паховими грижами склали переважну більшість серед хворих прооперованих з приводу гриж черевної стінки. Серед 1661 пацієнтів з цією патологією чоловіків було 1477 (88,9%), жінок – 184 (11,1%). Вік хворих був від 16 до 98 років, середній вік 48,6 року.

Первинні грижі спостерігались в 1429 (86%) випадку, рецидивні в 232 (14%) випадках. З приводу защемлення в ургентному порядку прооперовано 131 пацієнт з паховими грижами, що склало 7,9%.

Планові операції проводились після попереднього обстеження хворих, яке включало: лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастродуоденоскопію, електрокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки. Пацієнтам з грижами великих розмірів та з патологією дихальної системи проводилось визначення показників функції зовнішнього дихання. В разі необхідності при наявності супровідної патології хворі консультувались суміжними спеціалістами.

При защемлених грижах обсяг обстежень обмежувався заходами направленними на виявлення виниклих ускладнень та визначення ступеню розладів гомеостазу, що було необхідно для встановлення обсягу та забезпечення невідкладного оперативного втручання.

Пластику пахового каналу власними тканинами в переважній кількості випадків проводили за методами Bassini, Girard-Спасокукоцького, Постемпського, Shouldice. Пластику за допомогою сітчатих аллотрансплантантів проводили за Lichtenstein та Gilbert, рідше за Rutkov-Robbins. При двухсторонніх прямих пахових грижах проводилась пластика за Stoppa. В якості алотрансплантантів здебільшого використовували поліпропіленові ендопротези фірм "ETHICON" та "Лінтекс".

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Для пластики грижових воріт пацієнтам з паховими грижами з 2003 року в клініці почали широко використовувати поліпропіленові алотрансплантати (рис. 3).

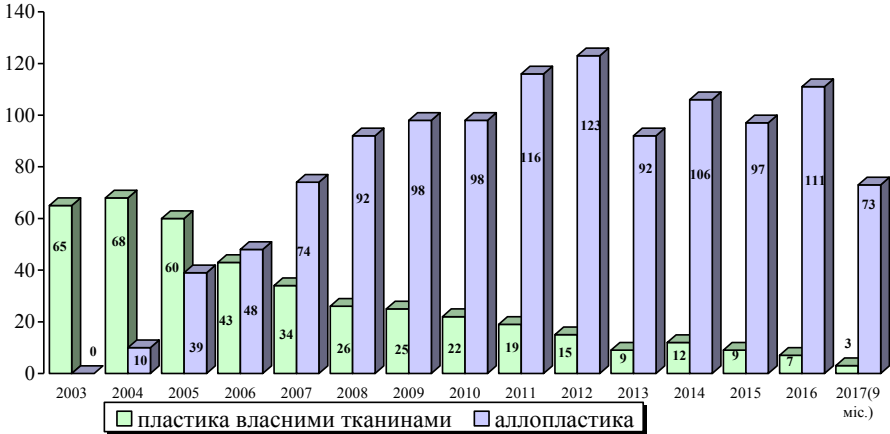


Рис. 3. РОЗПОДІЛ КІЛЬКОСТІ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ПАХОВИХ ГРИЖ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ГРИЖОВИХ ВОРІТ.

Як видно з діаграми, з року в рік зростала кількість операцій з приводу пахових гриж, при яких для пластики пахового каналу використовувались аллотрансплантати. Всього пластику грижових воріт власними тканинами проведено у 417 (25,1%) пацієнтів, аллопластику в 1244 (74,9%) хворих.

В дослідженні користувались класифікацією пахових гриж за Nyhus (1993). Згідно класифікації, пахові грижі I типу спостерігали у 73 (4,4%) пацієнтів, II типу в 415 (25,0%) хворих, III-A тип був відмічений в 619 (37,3%) пацієнтів, III-B в 228 (13,7%) хворих, III-A,B в 75 (4,5%), IV тип пахових гриж був виявлений в 251 (15,1%) пацієнтів. Наглядно розподіл кількості пацієнтів з паховими грижами залежно від їх типу за за Nyhus зображено на діаграмі (рис.4)

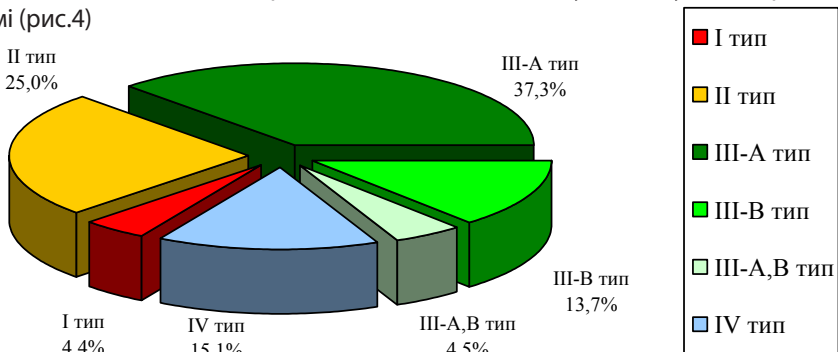


Рис. 4. РОЗПОДІЛ КІЛЬКОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ТИПУ ЗА NYHUS (1993).

Невправимі грижі спостерігали у 89 (5,4%) хворих. Доопераційна діагностика невправимих гриж націлювала оператора на труднощі при розкритті грижового мішка обумовлені ризиком пошкодження фіксованих в ньому органів; визначала необхідність розсічення злук та ретельного контролю гемостазу.

Ковзні грижі в нашому дослідженні виявлені в 254 випадках, що склало 15,3% від усіх пахових гриж. Найчастіше стінкою грижового мішка був сечовий міхур (201 хворий), рідше – сигмоподібна кишка (в 53 пацієнтів). Виявлення ковзної грижі до операції та під час хірургічного втручання обумовлювало обережність під час виділення, розкриття та відсічення грижового мішка, що дозволило уникнути пошкоджень ковзних органів. У 92 пацієнтів (5,5%) діагностовано білатеральні пахові грижі. Оперативні втручання у цих хворих виконувались одномоментно у 67 хворих, в два етапи - у 25 пацієнтів.

Вибір способу пластики пахового каналу визначався типом грижі, розмірами грижових воріт, віком пацієнта, станом тканин передньої черевної стінки, наявністю защемлення, бажанням хворого і можливістю придбання сітчатого трансплантанта.

При I і II типах пахових гриж за Nyhus переважно виконувалась герніопластика за Girard-Спасокукоцьким, Bassini, Shouldice, рідше проводили пластику пахового каналу за Lichtenstein. В декількох випадках застосовували методику “plug” за Rutkov-Robbins.

При III-A, III-B, III-A,B типах проводилась пластика задньої стінки пахового каналу власними тканинами, або аллотрансплантатами. У пацієнтів з білатеральними паховими грижами при одномоментних операціях в усіх випадках проводилась аллопластика грижових воріт. В 23 випадках проведена пластика за Lichtenstein. У 14 хворих з двухсторонніми прямими паховими грижами (з них в 4 - з післяопераційними вентральними грижами), проведена герніопластика за Stoppa.

Хворим з паховими грижами IV типу переважну більшість втручань склали аллопластики сітчатими протезами за Lichtenstein, або Gilbert. До впровадження аллопластичних способів при рецидивних пахових грижах виконували герніопластику власними тканинами (за Постемпським, Bassini, Кукуджановим).

При защемленнях пахових гриж на вибір способу пластики крім зазначених критеріїв впливали: час з моменту защемлення та наявність ускладнень. Коли оперативне втручання проводили до 12 годин від початку защемлення та при відсутності деструктивних змін в защемленому органі перевагу надавали герніопластиці сітчатими трансплантатами за Lichtenstein. Нами проведено 34 таких операцій. В більш пізні строки від початку защемлення, приймаючи до уваги високий ризик інфікування післяопераційної рани, пластику грижових воріт проводили власними тканинами. 47 пацієнтам з защемленою грижею проведені аутогерніопластики за Girard-Спасокукоцьким, Постемпським.

Оцінку результатів лікування пацієнтів з паховими грижами проводили шляхом порівняння інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, термінів стаціонарного лікування.

Ранні післяопераційні ускладнення, які ми спостерігали при лікуванні хворих з паховими грижами наведено в табл. 1.

Таблиця 1

**УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ
В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.**

Ускладнення	Аутогерніопластика n=417		Аллогерніопластика n=1244	
	Кількість	%	Кількість	%
Інтраопераційне пошкодження магістральних судин	2	0,5	0	0
Набряк калитки	22	5,3	32	2,6
Серома в ділянці післяопераційної рани	21	5,0	18	1,5
Гематома підшкірної клітковини	19	4,6	22	1,8
Нагноєння післяопераційної рани	16	3,9	10	0,8
Всього	70	16,8	82	6,6

Віддалені результати лікування оцінювали шляхом анкетування пацієнтів у строки від одного до чотирьох років з моменту проведення оперативного втручання. На опитування відповіли 206 пацієнтів, що склало 34,4% від пролікованих хворих. Серед них аутогерніопластику провели в 84 випадках, сітчаті трансплантанти застосовували в 122 пацієнтів. Результати лікування вважали незадовільними, коли виникав рецидив грижі, атрофія яєчка, стійкі порушення статевої функції, або ситуація, яка б призводила до повторного хірургічного втручання (лігатурні нориці). Задовільними результатами вважали випадки, коли проліковані хворі відзначали періодично виникаючі болі і неприємні відчуття в ділянці проведеної операції. Ілюстраційне відображення отриманих результатів наведено в табл.2.

Таблиця 2

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ

Результати лікування	Аутогерніопластика		Аллогерніопластика	
	Абс.	%	Абс.	%
Хороші	53	63,1	96	78,7
Задовільні	26	30,9	24	19,7
Незадовільні	5	6,0	2	1,6
Всього	84	100	122	100

Причинами незадовільних результатів, на нашу думку були: неправильний вибір

способу пластики (пластика місцевими тканинами при рецидивних грижах великих розмірів в 5 випадках), погрішності та технічні помилки при виконанні хірургічного втручання (в 1 випадку при герніопластиці за Lichtenstein, в іншому при застосуванні методики "plug" за Rutkov-Robbins).

Приймаючи до уваги статистичну недостовірність отриманих результатів (через неоднорідність досліджуваних груп пацієнтів), все ж можна зробити висновки про зниження рівня післяопераційних ускладнень, зменшення строків стаціонарного лікування і покращання віддалених результатів лікування.

ВИСНОВКИ.

1. Результати лікування пацієнтів з паховими грижами свідчить про переваги застосування сітчатих трансплантантів при проведенні герніопластики. Зокрема: кількість ускладнень при аутопластиках досягала 16,8%, а при аллопластиках складала 6,6%.

2. Причинами незадовільних віддалених результатів лікування хворих з даною патологією є неправильний вибір способу пластики пахового каналу (6%) і припущені технічні помилки під час виконання операції (1,6%).

3. Подальше покращання результатів лікування пов'язуємо не стільки з більш широким впровадженням аллотрансплантаційних способів герніопластики, скільки з індивідуальним підходом до вибору способу пластики пахового каналу. Останнє можливе у випадку володіння хірургами широким арсеналом оперативних втручань, у тому числі і з використанням сітчатих поліпропіленових протезів.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Бобров О.Е., Мендель Н.А. Выбор способа герниопластики при паховых грыжах // II Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (Матеріали конференції). 24-25 вересня 2004 р., Алушта. - Сімферополь, 2004. - С. 185-186.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. - К.: «Здоров'я». - 2001. - 278 с.
3. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. - Изд. центр КГМУ, Сімферополь. - 2000. - 687 с.
4. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентераций.- Сімферополь.: Бизнес-Информ - 2002. - 440с.
5. Завгородний С.Н., Головкин Н.Г., РусановИ.В., Децик Д.А. Лечение паховых грыж методом пластики "без натяжения" // II Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (Матеріали конференції). 24-25 вересня 2004 р., Алушта. - Сімферополь, 2004. - С. 21-23.
6. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. - М.: «Медицина». - 1968. - 171 с.
7. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. - М.: «Медицина». - 1969. - 440 с.
8. Мариев А.И., Фетюков А.И. Оперативное лечение паховых и бедренных грыж с использованием предбрюшинного доступа // Вестн. хир. -1990.- №4.- С. 119-121.
9. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Современные направления открытой пластики грыжи

- брюшной стенки // Клін. Хірургія - 2001. - № 6. - С. 59-64.
10. Смирнов А.Б. Хирургическое лечение паховых грыж // Вест. хир. - 1994. - № 3-4. - С. 116-118.
 11. Фелештинский Я.П. Патогенез, хірургічне лікування і профілактика рецидивів гриж черевної стінки у пацієнтів похилого і старечого віку.: Автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. - Київ. - 2000. - 35 с.
 12. Фелештинский Я.П. Преперитонеальная герниопластика доступом через паховый канал с использованием имплантата при рецидивных паховых грыжах // Вестн. хир. - 1998. - № 2. - С. 64-65.
 13. Черенько М.П. Брюшные грыжи. - К.: «Здоров'я». - 1995. - 260с.
 14. Gilbert A.I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia // Amer. J. Surg. - 1989. - Vol. 157, № 3. - P. 331-337.
 15. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Twenty quesnios about Hernioplasty // Am. Surg. - 1991. - Vol. 57. - № 11. - P. 730-733.
 16. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia. - Philadelphia J.B. Lippincott Co, 1995. - 615 p.
 17. Stoppa R.E., Soler M. Chemistry, geometry and physics of mesh materials // Expert meeting on hernia surgery (St. Moritz, 1994). - Basel: Karger, 1995. - P. 166-171.

РЕЗЮМЕ Проблема лікування пацієнтів з паховими грижами є актуальною- частота рецидивів залишається високою: 6,2-10,2% після первинної і 12-16% після повторної герніопластики.

МЕТА РОБОТИ. Встановити причини незадовільних результатів лікування та розробити рекомендації для профілактики ускладнень та покращання результатів лікування пацієнтів з паховими грижами.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. З 2003 по 2017 рік прооперовано 1661 пацієнтів з паховими грижами - 1477 (88,9%) чоловіків, 184 (11,1%) жінок віком від 16 до 98 років. Використовували класифікацію Nyhus (1993). Первинні грижі спостерігали в 1429 (86%) випадків, рецидивні - в 232 (14%) . З приводу защемлення прооперовано 131 пацієнт (7,9%).

Пластику пахового каналу власними тканинами проводили за методами Bassini, Girard-Спасокуцького, Shouldice та Постемпського. Аллопластику- за Lichtenstein, Gilbert, Rutkov-Robbins. При двохсторонніх прямимих пахових грижах проводили пластику за Stoppa.

РЕЗУЛЬТАТИ. Пахові грижі I типу спостерігали у 73 (4,4%) пацієнтів, II типу - у 415 (25,0%), III-A - у 619 (37,3%), III-B - у 228 (13,7%), III-A,B - у 75 (4,5%), IV тип - у 252 (15,1 %). Ковзні грижі виявлені в 254 випадках (15,3%). У 94 пацієнтів (5,5%) діагностовані білатеральні пахові грижі. У 67 хворих оперативні втручання виконали одномоментно, у 25 - в два етапи. Оцінку результатів лікування проводили шляхом порівняння інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.

ВИСНОВКИ. 1. При проведенні герніопластики застосування сітчатих трансплантантів має переваги: кількість ускладнень при аутопластиках досягає 16,8 %, при аллопластиках – 6,6%. 2. Незадовільні віддалені результати лікування обумовлені неправильним вибором способу пластики пахового каналу (6%) і технічними помилками під час операції (1,6%). 3. Подальше покращання результатів лікування пов'язуємо не стільки з більш широким впровадженням аллотрансплантаційних способів герніопластики, скільки з індивідуальним підходом до вибору способу пластики пахового каналу. Останнє можливе лише у випадку володіння хірургами широким арсеналом оперативних втручань, у тому числі і з використанням сітчатих поліпропіленових протезів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пахові грижі, оперативне лікування, післяопераційні ускладнення.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Мишалов В.Г., Гойда С.М., Лещишин И.М., Маркулан Л.Ю., Балабан О.В., Гонза Р.В., Вamuш С.М.

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Киев

РЕЗЮМЕ. Проблема лечения пациентов с паховыми грыжами является актуальной - частота рецидивов остается высокой: 6,2-10,2% после первичной и 12-16% после повторной герниопластики.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить причины неудовлетворительных результатов лечения и разработать рекомендации для профилактики осложнений и улучшения результатов лечения пациентов с паховыми грыжами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2003 по 2017 год прооперировано 1661 пациент с паховыми грыжами - 1477 (88,9%) мужчин, 184 (11,1%) женщин, в возрасте от 16 до 98 лет. Использовали классификацию Nyhus (1993). Первичные грыжи наблюдали в 1429 (86%) случаев, рецидивные - в 232 (14%). По поводу ущемления прооперировано 131 пациент (7,9%).

Пластику пахового канала собственными тканями проводили по методам Bassini, Girard-Спасокукоцкого, Shouldice и Постемпского. Аллопластику - по Lichtenstein, Gilbert, Rutkov-Robbins. При двусторонних прямых паховых грыжах проводили пластику по Stoppa.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Паховые грыжи I типа наблюдали у 73 (4,4%) пациентов, II типа - у 415 (25,0%), III-A - у 619 (37,3%), III-B - у 228 (13,7%), III-A,B - у 75 (4,5%), IV тип - у 251 (15,1%). Скользящие грыжи обнаружены в 254 случаях (15,3%). У 94 пациентов (5,5%) диагностированы билатеральные паховые грыжи. У 67 больных оперативные вмешательства выполнили одномоментно, у 25 - в два этапа. Оценку результатов лечения проводили путем сравнения интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Выводы. 1. При проведении герниопластики применение сетчатых трансплантатов имеет преимущества: количество осложнений при аутопластиках достигает 16,8%, при аллопластиках - 6,6%. 2. Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения обусловлены неправильным выбором способа пластики пахового канала (6%) и техническими ошибками во время операции (1,6%). 3. Последующее улучшение результатов лечения связываем не столько с более широким внедрением аллотрансплантационных способов герниопластики, сколько с индивидуальным подходом к выбору способа пластики пахового канала. Последнее возможно в случае владения хирургами широким арсеналом оперативных вмешательств, в том числе и с использованием сетчатых полипропиленовых протезов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паховые грыжи, оперативное лечение, послеоперационные осложнения.

THE 15-YEARS EXPERIENCE OF CONDUCTING SURGICAL PROCEDURES WITH THE USE OF CELLULAR ALLOGRAFTS IN PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

Mishalov V.G., Goyda S.M., Leschishin I.M., Markulan L.YU., Balaban O.V., Gonza R.V., Vamush S.M.

National medical university the name of O.O.Bogomolets, Kyiv

RESUME A problem of treatment the patients with inguinal hernia is actuality - frequency of relapses remains high: 6,2-10,2% after primary and 12-16% after repeated hernioplasty.

The purpose of the research was to estimate the results of different ways of treating patients with inguinal hernias, to find out the reasons of unsatisfactory results of treating patients with this pathology, to work out a complex of practical recommendations for preventing complications and improving the results of treating patients with inguinal hernias.

MATERIAL AND METHODS. The results of surgical procedures in patients with inguinal hernias conducted in the period from the year 2003 to 2017 were analyzed. Out of 1661 patients with this pathology 1477 (88,9 %) were men and 184 (11,1 %) were women. The age of the patients ranged from 16 to 98 years, mean age 48.7 years. Nyhus (1993) classification of inguinal hernias was used in the research. Primary hernias were registered in 1429 (86 %), recurrent — in 232 (14 %) cases. 131 (7,9 %) patients with inguinal hernias had urgent operations on the account of strangulation. The inguinal canal plastic operations with the use of the patients' own tissues were performed in most cases using Bassini, Girard—Spasokukotskiy and Postempkiy methods, the plastic operations with the use of cellular allografts — using Lichtenstein and Stoppa methods. Polypropylene endoprosthesis of firms Ethicon and Lintex were used as cellular prosthetic devices.

RESULTS. Inguinal hernias of the 1st type according to Nyhus (1993) classification were registered in 73 (4.4 %) patients, of the 2nd

type — in 415 (25.0 %), of the IIIrd A type — in 619 (37.3 %), of the IIIrd B type — in 228 (13,7 %), of the IIIrd A, B type — in 75 (4.5 %), of the IVth type — in 251 (15.1 %) patients. Sliding hernias were registered in 254 (15,3 %) cases of our research. Bilateral inguinal hernias were diagnosed in 94 (5.5 %) patients. Single-stage surgical procedures were performed in 67 patients, two-stage procedures — in 25. The estimation of the results of treating patients with inguinal hernias was performed by comparing intraoperative, early and late postoperative complications.

CONCLUSIONS. 1. The results of treating patients with inguinal hernias proves the benefits of using cellular transplants while conducting hernioplasty, in particular, the number of autoplasty complications reached 16.8 % while the number of alloplasty complications was 6.6 %. 2. The causes of certain unsatisfactory results of treating patients with this pathology were the wrong choice of the ways of inguinal canal plastic operations (6 %) and technical mistakes during the operations (1.6 %). 3. The improvement of therapy results, in our opinion, is connected with the individual approach to the choice of the ways of inguinal canal plastic operations rather than with the more widely application of allograft ways of hernioplasty. Such individual approach is possible only if the surgeons master different methods of surgical procedures including those which use cellular polypropylene prosthetic devices.

KEY WORDS: inguinal hernias, operative treatment, postoperative complications.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕВЛК З РАДІАЛЬНИМ СВІТЛОВОДОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ДІАМЕТРА ВПВ

Мішалов В.Г., Кузьменко О.В., Маркулан Л.Ю., Миргородський Д.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Розширення показів до застосування метода ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) для великої підшкірної вени (ВПВ) більшого діаметра пов'язано з створенням більш потужних лазерних пристроїв та нових типів світловодів. Згідно ряду досліджень використання нового, радіального типу світловоду не привело до реканалізації вени в жодному випадку у разі її діаметру понад 10 - 20 мм. Водночас, деякі автори не рекомендують виконувати ЕВЛК без кросектомії при діаметрі вени понад 20 мм. Даних щодо ефективності ЕВЛК, залежно від діаметру сафено-феморального співвустя (СФС) із застосуванням радіального світловоду, наразі бракує.

МЕТА РОБОТИ. Визначити граничний (найбільший) діаметр СФС для результативної абляції ВПВ із застосуванням діодного лазера з довжиною хвилі 1470 нм і радіального світловоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В проспективне дослідження, яке виконувалося в період 2015 - 2016 рр. на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва увійшло 97 хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок (ВХНК). Серед них було 66 (68,0 %) жінок та 31 (32,0 %) чоловіків у віці від 21 років до 71 року, в середньому $41,1 \pm 1,2$ роки. Розподіл хворих за класом СЕАР: II - 28 (28,9%), III - 24 (24,7%), IV - 25 (25,8%), V - 15 (15,5%), VI - 5 (5,2%). Усього 97 хворих (100,0%). Всім хворим було виконано ЕВЛК ділянки ВПВ, що знаходилася у компартменті, з використанням коагулятора лазерного універсального Ліка- хірург виробництва «Фотоніка Плюс» (м.Черкаси, Україна) з довжиною хвилі 1470 нм, потужність опромінення - 10 Вт. Дистальна точка введення світловоду у ВПВ відповідала межі вертикального рефлюксу. Усім хворим проводили ультразвукове дуплексного сканування венозного русла нижніх кінцівок на апараті Ажилль (виробник «Кантрон медікал», Франція). Оцінювали протяжність остіального релюксу, стан поверхневих магістральних вен, їх притоків, перфорантних вен (діаметри просвіту вен, стан їх стінок, напрямок кровотоку та наявність рефлюксів). УЗДС дослідження проводилось до операції, на наступну добу після операції, через два тижні та через 1, 3, 6, 12 місяців після неї. Діаметр вени вимірювали

на відстані 3 см від СФС згідно консенсуса щодо виміру діаметра ВПВ. Реканалізацією ВПВ оцінювали згідно рекомендацій Merchant R.F. et al. Випадки виникнення рефлюксу протягом 3-5 см відносили до початкової дезоблітерації (реканалізації) діялки ВПВ, що була коагульована, а більше 5 см вважали випадками реканалізації, що відбулась. В усіх хворих була неспроможність остіального клапану ВПВ з остіальним рефлюксом. Довжина сегмента ВПВ, що було оброблено із допомогою ЕВЛК, становила від 7 см до 94 см, медіана – 37 см.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЮВАННЯ.

ЕВЛК забезпечила достовірне зниження середніх значень показника VSDS через рік після операції у 10,26 рази. Однак звертає увагу той факт, що середні значення показника в період від 1 місяця до 12 місяців поступово збільшувалися, причому різниця між його значеннями на 1 і 12 місяць після операції достовірна. Це було пов'язано із аксіальною реканалізацією ВПВ у 10 (10,3 %). З 10 хворих з рецидивом вертикального рефлюксу в 4-х випадках він розповсюджувався до 5 см від СФС, тобто мала місце початкова дезоблітерація; в 6 випадках відмічалась реканалізація понад 5 см (від 12 см до 25 см). Рецидив вертикального рефлюксу виникав переважно у перші чотири місяця після операції. Проведений логістичний регресійний аналіз встановив, що ймовірність реканалізації зростає із збільшенням діаметру СФС. Критичним найбільшим діаметром СФС за якого ймовірність рецидиву вертикального рефлюксу перевищує 50 % виявився діаметр > 23 мм. Таким чином, ЕВЛК за допомогою радіального світловода з низким ступенем ймовірності реканалізації може бути виконана при розмірі просвіту СФС 23 мм і нижче. Ризик реканалізації ВПВ після ЕВЛК у хворих з діаметром СФС > 23 мм у 34,8 рази перевищує такий порівняно з хворими з діаметром СФС ≤ 23 мм (ВР = 34,8; 95 % ДІ: 58,5- 141,7). Отримані дані вказують про високу ефективність ЕВЛК за допомогою лазера з довжиною хвилі 1470 нм, потужність опромінення - 10 Вт і радіального світловода у хворих із діаметром СФС ≤ 23 мм. При діаметрі СФС понад 23 мм ефективність ЕВЛК суттєво зменшується.

ВИСНОВКИ.

За даними логістичного регресійного аналізу граничний (найбільший) діаметр СФС для результативної абляції ВПВ із застосуванням діодного лазера з довжиною хвилі 1470 нм і радіального світловода становить 23 мм.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ

В.Г. Мішалов, Бурка А.О., Л.Ю. Маркулан, Р.М. Матвеєв

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Гострий некротизуючий панкреатит (ГНП) розвивається у 20-30% госпіталізованих хворих з рівнем летальності – до 40 – 80%, без істотної тенденції до зниження. А післяопераційна летальність сягає 70% [6]. Основна причина смерті - ендотоксикоз та поліорганна недостатність, через що застосування методів детоксикації є патогенетично обгрунтованим підходом лікування ГП. Застосування плазмаферезу асоціюється з наявністю не тільки очікуваних бажаних ефектів, але і побічних – що зумовлює необхідність та доцільність удосконалення методики. Методики плазмаферезу, кратність процедур постійно уточнюються для мінімізації їх певних недоліків: зниження рівня білка та кальцію плазми крові, підвищення ризику кровотечі тощо [1, 3].

МЕТА РОБОТИ. Оцінити результати комплексного лікування середньої тяжкості та важкого гострого некротизуючого панкреатиту (ГНП) у ранній фазі захворювання в групі із застосуванням розробленої методики апаратного мембранного плазмаферезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

У дослідження увійшло 117 хворих, на середній та тяжкий гострий панкреатит (Атланта 2012 р.) [5], які лікувалися на базах кафедри хірургії №4 НМУ імені О.О.Богомольця, в період з 2009 року по 2012 рік включно. Середній вік хворих складав $53,07 \pm 0,81$ роки (від 31 року до 73 років).

Серед них було 74 (63,2%) чоловіки та 43 (36,8%) жінок.

Діагноз «гострий панкреатит» виставляли у разі наявності не менше ніж двох з трьох ознак [5]: характерний для гострого панкреатиту абдомінальний біль; підвищений рівень сироваткової ліпази або сироваткової амілази в 3 рази по відношенню до верхньої межі норми; виявлення характерних ознак при УЗД і контраст-підсиленої КТ, МРТ. До ГП середнього ступеню тяжкості відносили хворих з транзиторною органною недостатністю (більше 2 балів за шкалою Marshall [5] в одній або більше з трьох систем, яка зберігається не більше 48 год.) та / або локальними або системними ускладнення гострого панкреатиту без персистуючої органної недостатності. Згідно шкали Ranson [5] тяжкість ГНП становила від 3 до 5 балів.

Хворим групи виконувався апаратний мембранний фільтраційний плазмаферез на апараті АПФ-1 «Гемофер» за розробленою методикою [8].

В ранній фазі ГНП у всіх групах хворих на 7-8 добу оцінювали наступні показники: частоту ферментативного перитоніту, шлуково-кишкових кровотеч, ексудативного плевриту, цитратні реакції, скупчень рідини у сальниковій сумці, парапанкреатичній клітковині, заочеревинному просторі.

Хворі з моменту надходження до стаціонару знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Окрім плазмаферезу їм проводилася загальноприйнята інтенсивна консервативна терапія [1, 4, 7] в повному об'ємі і за всіма патогенетичним напрямками.

Аналіз даних проводився за допомогою комп'ютерної статистичної програми SPSS for Windows 17.0. Виконувалася дискриптивна статистика.

РЕЗУЛЬТАТИ.

У хворих групи протягом ранньої фази захворювання відмічались наступні ускладнення. Ферментативний перитоніт всього діагностовано у 53 (45,3%) хворих. При наявності цього ускладнення виконували лапароскопію з дренажуванням черевної порожнини у 49 (92,5%) хворих, або лапароцентез – 4 (7,5%).

Ексудативний плеврит діагностовано у 63 (53,8%). Скопичення рідини спостерігалось в лівій плевральній порожнині у 31 (49,2%) осіб, в правій у 15 (23,8%), двобічне у 17 (27%). Пункцію плевральних порожнин було виконано у 24 (38,1%) хворих, показами до дренажування були: наявність рідини від 500,0мл., на тлі прогресуючої дихальної недостатності.

Ознаки так званих «цитратних» реакцій: головний біль після сенсу ПФ, нервозність, роздратованість, головокружіння, припливи, тремор, нудота, блювання – відмічались у 3 (2,6%) пацієнтів.

Динамічна кишкова непрохідність виникла у 56 хворих (47,9%).

Сеанси плазмаферезу у хворих призводили до покращення перистальтики кишечника. Відновлення рухової функції кишківника відбулося від 1-ї доби до 6 доби, в середньому $3,15 \pm 0,11$ доби від моменту госпіталізації (без урахування померлих). Через добу від відновлення рухової функції кишківника хворих було переведено на ентеральне харчування, середній термін – $4,22 \pm 0,11$ доби.

Шлуково-кишкова кровотеча, констатована у 1 (1,8%) пацієнта на підставі виділень шлункового вмісту з домішками крові через назогастральний зонд. Кровотеча виникла через добу після виконання третього сеансу плазмаферезу. При фіброгастрокопії встановлено ерозивний гастрит. Під час обстеження даних за активну кровотечу не було.

Гостре накопичення рідини (ГНР) в черевній порожнині чи заочеревинному просторі діагностовано у всіх хворих. Накопичення рідини в порожнині сальникової сумки виявлено у 55 (47,0%) хворих. Парапанкреатичне ГНР було у 47 (40,2%) хворих. Позао-

черевинне ГНР відбулося у 54 (46,2%) хворих. Одне вогнище ГНР спостерігалось у 80 (68,4%) хворих. Поєднане накопичення рідини у 2-х ділянках відмічалось у 35 (29,9%) хворих: у сальниковій сумці та парапанкреатично у 12 (10,3%) хворих, у сальниковій сумці та позаочеревинно – у 18 (15,4%) хворих, парапанкреатично та позаочеревинно – у 11 (9,4%) хворих. В 2 (1,7%) хворих діагностовано накопичення рідини в трьох анатомічних областях.

В ранньому періоді гострого панкреатиту виконували черезшкірну пункцію під контролем УЗД із евакуацією рідини. Відсоток хворих, яким було виконано пункцію ГНР становив 34,2% (40 хворих). Показаннями до пункції було прогресування процесу з утворенням ГНР в об'ємі понад 100,0 мл.

В ранньому періоді ГП відсоток померлих становив 6,8% (8 хворих). В той же час, регрес захворювання констатовано у 37 (31,6%) хворих.

ВИСНОВОК.

У хворих з ГНП середньої тяжкості та тяжким, які отримують комплексну терапію із застосуванням плазмаферезу за розробленою методикою найчастішими ускладненнями в ранню фазу захворювання були: ферментативний перитоніт 45,3%, ексудативний плеврит 53,8%, динамічна кишкова непрохідність 47,9%, гострі накопичення рідини у сальниковій сумці 47% та позаочеревинно 46,2%, при чому у 31,6% виникали в кількох ділянках. Летальність в ранню фазу склала 6,8%.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бурміч К.С. Корекція гемокоагуляційних порушень в комплексному лікуванні хворих на тяжкий гострий панкреатит: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.03 / К. С. Бурміч. – 2014. – 20 с.
2. Кагличенко В.В. Диференційоване застосування плазмафереза, в комплексній інтенсивній терапії гострого панкреатита: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30 / В.В. Кагличенко. – 2012. – 19 с.
3. Науково-виробнича фірма ТОВ «Н – МЕДИКОМ» Інструкція з медичного застосування апарату для плазмаферезу АПФ-1 «Гемофер». – Донецьк, 2008. – 102 с.
4. Andre Kaplan Complications of apheresis / Andre Kaplan // Seminars in dialysis. – 2012. – Vol 25, issue 2. – P. 152-158.
5. Banks P.A. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of Atlanta classification and definitions by international consensus.// P.A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis et al./ BMJ. – 2013. – Vol 62 (1). – P. 102–111.
6. Lankisch P.G. Treatment of Acute Pancreatitis: An Attempted Historical Review / P.G. Lankisch // Pancreatology. – 2010. – Vol. 10. – P. 134 – 141.
7. Scott Tenner American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis/Scott Tenner, John Baillie, John DeWitt, Santhi Swaroop Vege /The American Journal of gastroenterology. – 2013. – Vol.108, № 9 – P. 1400-1416.
8. Пат. 115241 Україна, МПК51 G01N 33/50, А 61 М 1/34. Спосіб апаратного мембранного фільтраційного плазмаферезу при гострому некротизуючому панкреатиті / В. Г. Мішалов (UA), Л.Ю. Маркулан (UA), Р. М. Матвеев (UA), К. Д. Тетєнєва (UA); заявник Нац. мед. ун-т імені О.О. Богомольця (UA). – № u201610512; заявл. 17.10.2016; опубл. 10.04.2017, Бюл. № 7.

РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ МІСЦЯ ВИХОДУ ТУНЕЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ КАТЕТЕРА ТЕНСКНОФФ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНИМИ СТАДІЯМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Мішалов В.Г., Заводовський Є.С., Гойда С.М., Маркулан Л.Ю.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомолья

Інфекція місця виходу катетера Tenckhoff (ІМВ) виникає у 0,05 - 1,05 випадках на пацієнта в рік і є фактором ризику припинення перитонеального діалізу (ПД).

МЕТА РОБОТИ. Оцінка ефективності диференційованого лікування ІМВ у порівняльному трирічному проспективному дослідженні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Обстеження та проліковно 141 хворого, які отримували замісну терапію методом ПД.

В групі П (73 хворих) лікування та профілактика ІМВ здійснювалися без диференційованого підходу; в групі О (68 хворих) - застосовано диференційований підхід з урахуванням категорії ІМВ. Групи були репрезентативними за гендерними, віковими показниками, супутньою патологією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Протягом трьох років ІМВ виникла у 67 (47,5 %) хворих. В групі О трирічна частота ІМВ була достовірно нижчою - 26 (38,2 %); хворих порівняно з такою у групі П - 41 (56,2%), $p=0,033$. В групі О кумулятивна частота ІМВ була нижчою протягом всіх трьох років дослідження. В структурі категорій ІМВ, що виникли вперше не було достовірних відмінностей між групами. Найчастіше зустрічалась сумнівна ІМВ 46,3 %, гостра ІМВ 43,3 %, інфекція муфти 10,4 %.

Кумулятивна частота видалення катетера через ІМВ склала 17,8 % в групі П та 5,9 % в групі О. $p=0,026$. Середній строк функціонування катетера протягом дослідження: в групі О - $1024 \pm 13,1$ доби, в групі П - $930,1 \pm 32,2$ доби, $p=0,031$.

ВИСНОВКИ

Застосування профілактичних заходів, дозволило знизити трирічну частоту ІМВ з 56,2%, до 38,2%, $p=0,033$ і збільшити середній термін перитонеального діалізу без ІМВ з $729,8 \pm 41,2$ доби до $854,9 \pm 35,2$ доби, $p=0,023$.

Застосування диференційованого діагностично-лікувального алгоритму до ІМВ, забезпечує зменшення частоти видалення катетера через ІМВ з 17,8 % до 5,9 %, $p=0,026$ та збільшення середнього терміну функціонування катетера до $1024 \pm 13,1$ доби проти $930,1 \pm 32,2$ доби, $p=0,031$.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інфекція місця виходу катетера Tenckhoff, профілактика, лікування.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ПТОЗОМ ЇЇ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ

В.Г. Мішалов, О.Ю. Кондакова, Л.Ю.Маркулан, О.В. Балабан, Р.В. Гонза, Костромін Г.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

За даними ВООЗ поєднані хірургічні захворювання мають 20-30 % пацієнтів хірургічного профілю. На сьогоднішній день, від жовчнокам'яної хвороби страждає приблизно 10 % населення світу. Згідно офіційним даним, за останні 25 років, частота зазначеного захворювання збільшилась втричі. В основному захворювання діагностується у віці від 16 до 50 років.

За останні 20 років, значного поширення набули методи лікування, спрямовані на поліпшення якості життя пацієнта, зокрема, абдомінопластика. Птоз передньої черевної стінки зустрічається у 67 % населення світу, переважно у жінок, як результат повторних вагітностей, а також надмірної ваги та її різкої втрати після неправильного дієтичного самолікування. Від птозу передньої черевної стінки страждають переважно люди працездатного віку, для яких важливе значення має косметичний ефект операції, а також післяопераційний період і терміни реабілітації.

МЕТА РОБОТИ - підвищити ефективність хірургічного лікування хворих з поєднаними захворюваннями органів черевної порожнини та птозом її передньої стінки, отримати кращий косметичний результат за допомогою розробленої методики постановки троакарів під час виконання основного лапароскопічного етапу операції.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для досягнення кращого косметичного ефекту застосовуємо розроблений нами спосіб, який полягає у розсічені шкіри паралельно та над верхнім краєм лонного симфізу (Grazer), відсепаруванні шкірно-підшкірно-жирового лоскута до реберних дуг, та введені троакарів безпосередньо через апоневротично-м'язовий шар для виконання лапароскопічного етапу втручання, операція закінчується виконанням абдомінопластики.

У хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні міста Києва протягом 2016 року, за новою методикою було прооперовано 23 пацієнта з поєднаними захворюваннями органів черевної порожнини та птозом її передньої стінки. Серед пацієнтів переважали жінки – 15 (65,2 %), чоловіків – 8 (34,8 %). Середній вік пацієнтів становив

45,7 (+ 2,5): жінки від 24-65 років (45,9 (+3,2)), чоловіки – 26-61 р., (45,5 (+3,9)); середня вага - 75,5 (+2,6) кг (чоловіки від 70-102 кг – 88,1 (+3.3); жінки – 52-92 (68,8 (+2,1))). У групі хворих чоловіків виявлено калькульозний холецистит у поєднанні з вільною пупковою кишкою у - 6, а поліп жовчного міхура у поєднанні з двобічною паховою кишкою у – 2 пацієнтів. У групі жінок – 10 прооперовано з приводу калькульозного холециститу та діастазу прямих м'язів живота; у 5 – вільна пупкова кила, діастаз прямих м'язів живота і хронічний калькульозний холецистит.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Усі пацієнти мали птоз передньої черевної стінки II-III ступеня, усі жінки вже народжували і в подальшому вагітність не планували, у дослідженні не приймали участь пацієнти з холедохолітазом та будь-якою органною недостатністю. Після обстеження та передопераційної підготовки усі хворі були прооперовані. У післяопераційному періоді пацієнтам було достатньо для знеболення ненаркотичних анальгетиків. Не було жодного післяопераційного ускладнення. Хворі швидко активізувалися у продовж першої доби після операції. Всі пацієнти були задоволені локалізацією післяопераційного рубця. Термін перебування у стаціонарі становив 3-5 діб.

ВИСНОВКИ

Розроблена методика допомагає зменшити кількість післяопераційних ускладнень у пацієнтів з птозом передньої черевної стінки, має високий соціально-економічний та добрий косметичний ефекти, покращує якість життя за шкалою SF-36, у порівнянні з результатами після проведення оперативних втручань за стандартними методиками.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Н.С.Морозова¹, С.В.Ридный¹, С.И.Лях², А.А.Попов¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²Харьковский медицинский университет.

В настоящее время проблема профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в стационарах хирургического профиля является одной из самых актуальных. Гнойно-септические инфекции (ГСИ) остаются важнейшей составляющей общей проблемы ИСМП. В отношении всех нозоформ ИСМП не существует специфических мер профилактики и поэтому дезинфекция и стерилизация являются основой профилактики ИСМП на современном этапе развития медицины. В работе освещаются факторы, определяющие эффективность дезинфекции. Рассматриваются проблемные вопросы современной дезинфектологии, связанные с формированием устойчивости микроорганизмов различных видов, штаммов к дезинфектантам и антисептикам с одной стороны, и особенностями усложняющихся современных медицинских технологий с другой, определяющие индивидуальные требования к уровню обеззараживания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дезинфекция, гнойно-септические инфекции (ГСИ), инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ИСМП.

Проблема профилактики и лечения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в стационарах хирургического профиля является одной из самых актуальных во всем мире. ИСМП поражает от 5% до 20% пациентов, находящихся в стационаре, и занимает десятое место в ряду причин смерти населения.

Гнойно-септические инфекции (ГСИ) остаются важнейшей составляющей общей проблемы в силу широкого распространения, нанося значительный социальный и экономический ущерб государству. Украина в этом отношении не является исключением, но регистрируемый уровень заболеваемости в стране не отражает его истинного значения.

Характер проявлений и интенсивность эпидемического процесса имеют прямую зависимость от лечебно-диагностического процесса и определяются его интенсивными характеристиками, ведущей из которых является степень антиинфекционной защиты медицинских технологий. Именно этот параметр отражает вероятность экзогенного инфицирования пациентов.

Эпидемическому распространению ГСИ способствуют различные факторы. Прежде всего, это широкое внедрение в практику новых сложных технологий, т.е. инвазивных лечебных и диагностических процедур, требующих применения современной эпидемиологически эффективной и гигиенически безопасной системы их антимикробной защиты.

Следует отметить, что в отношении практически всех нозоформ ИСМП не существует специфических мер профилактики и поэтому дезинфекционные и стерилизационные являются основой профилактики ИСМП на современном этапе развития медицины.

В области дезинфектологической профилактики инфекционных болезней в последние годы произошли существенные изменения. Появилось большое количество новых многокомпонентных химических дезинфицирующих средств, новые технологии их использования (аэрозоли с электростатическим зарядом и др.), более современные установки для обеззараживания воздуха (импульсное ультрафиолетовое излучение сплошного спектра, принцип воздействия на микроорганизмы постоянных электрических полей и т.п.), новые технологии стерилизации изделий медицинского назначения (плазменная стерилизация, инфракрасная стерилизация и др.).

Возбудитель инфекции является одним из основных звеньев эпидемического процесса. Вместе с тем следует отметить, что в стационаре под воздействием химических и физических факторов (дезпрепараты, УФ-излучение и т.п.) формируются фенотипические варианты микроорганизмов на единой генетической основе, устойчивые к антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам, УФ-излучению и т.п., а часто с измененными таксономическими признаками. Такие культуры часто составляют арсенал госпитальных штаммов.

В плане рассматриваемой проблемы следует отметить, что чувствительность микрофлоры к применяемым в настоящее время биоцидам может варьировать в зависимости от особенностей соблюдения противоэпидемического режима, политики применения дезинфицирующих средств. При этом уровень чувствительности к применяемым в настоящее время дезпрепаратам и антисептикам рассматривается как один из основных факторов, влияющих на качество и эффективность дезинфекционных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях. Способность микроорганизмов адаптироваться к неблагоприятным факторам позволяет им длительно персистировать во внешней среде стационара, часто оставаясь за рамками общепринятых лабораторных методов диагностики (био пленки, некультивируемые формы и т.п.).

Так, по нашим данным при этиологической расшифровке ИСМП в области хирургического вмешательства оставались нерасшифрованными до 24,7%, а при инфекциях дыхательных путей до 16,2% случаев.

Представляется вероятным выживание определенных количеств адаптивно измененных патогенов после воздействия дезинфицирующих средств. Выжившие после дезинфекции бактерии с различными механизмами защиты от неблагоприятных факторов на определенный период времени оказываются не выявленными рутинными методами лабораторного контроля и тем самым маскируют неэффективность дезинфекции и создают угрозу роста ИСМП.

Особенно важным представляется выявляемая видовая идентичность микрофлоры от пациентов и окружающей среды с идентичной устойчивостью к дезсредствам. Это подтверждает роль последней как экологического резервуара условно-патоген-

ных этиологически значимых микроорганизмов и подчеркивает важность микробиологического мониторинга чувствительности/устойчивости бактерий к биоцидам с целью правильного выбора дезпрепарата и, следовательно, оптимизации дезинфекционного режима в стационаре.

Изучение чувствительности/резистентности больничных культур к дезпрепаратам различных химических групп показало, что признак устойчивости к биоцидам характеризуется разнородностью в зависимости от активно действующего вещества препарата и в меньшей степени от видовой принадлежности микроорганизма.

Для проведения мониторинга чувствительности/резистентности госпитальной микрофлоры разработана валидная, легко воспроизводимая методика «Спосіб визначення чутливості бактерій до дезінфікуючих засобів (Методичні рекомендації)» (74.16/283.16).Київ 2017».

Общие выводы по проблеме дезинфектологической профилактики ГСИ как и других госпитальных инфекций, сводятся к следующему:

1. В борьбе с ГСИ профилактическое направление в настоящее время является наиболее эффективным, но наименее адаптированным к современным подходам в дезинфектологическом разделе.
2. Неспецифическая профилактика ГСИ представляет собой проблему комплексную по взаимодействию различных дисциплин, дезинфектологическую по методам и объектам исследования, организационную по формам реализации.
3. Решать проблему дезинфектологической профилактики ИСМП должны своими методами специалисты-дезинфектологи на основе новых подходов и возможностей, сформулированных системой организации здравоохранения.

ИСМП являются многообразными как по структуре, так и по этиологическим формам, что требует дифференцированного подхода к разработке мер неспецифической профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

В даний час проблема профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД) в стаціонарах хірургічного профілю є однією з найактуальніших. Гнійно-септичні інфекції (ГСИ) залишаються найважливішою складовою загальної проблеми ІПМД. Відносно всіх нозоформ ІПМД не існує специфічних заходів профілактики й тому дезінфекція та стерилізація є основою профілактики ІПМД на сучасному етапі розвитку медицини. У роботі висвітлюються фактори, що визначають ефективність дезінфекції. Розглядаються проблемні питання сучасної дезінфектології, пов'язані з формуванням стійкості до дезінфектантів та антисептиків мікроорганізмів різних видів, штамів з одного боку, та особливостями сучасних медичних технологій з іншого, визначають індивідуальні вимоги до рівня незараження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дезінфекція, гнійно-септичні інфекції (ГСИ), інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПМД).

Now the problem of the prevention of healthcare-associated infections (HAI) in surgical facilities one of the most urgent. Purulent-septic infections (PSI) remain the most important component of the overall problem of HAI. With respect to all nosofoms of HAI, there are no specific

preventive measures and therefore disinfection and sterilization are the basis for the prevention of HAI at the contemporary stage of medical development. The work highlights the factors that determine the effectiveness of disinfection. The problematic issues of modern disinfectology are related to the formation of the resistance of microorganisms of different species, strains to disinfectants and antiseptics on the one hand, and the features of sophisticated modern medical technologies on the other, determining individual requirements for the level of disinfection.

KEY WORDS: disinfection, purulent-septic infections (PSI), healthcare-associated infections (HAI).

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРАВЛЕННЯ В ОБЛАСТІ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Н.С.Морозова¹, С.В.Ридный¹, С.И.Лях², А.А.Попов¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²Харьковский медицинский университет.

У статті описано загальновідомі варіанти оперативного лікування хворих на рак грудної залози при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті та запропоновано новий спосіб хірургічного лікування при даній локалізації. Представлено клінічний випадок хірургічного лікування хворої запропонованим варіантом та показано його переваги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак грудної залози, верхньо-внутрішній квадрант, онкопластична операція.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак грудной железы, верхне-внутренний квадрант, онкопластическая операция.

KEYWORDS: breast cancer, upper inner quadrant, oncoplastic surgery.

Сучасні тенденції у лікуванні хворих на рак грудної залози (РГЗ) передбачають надання переваги виконанню органозберігаючих операцій (ОЗО) або первинних реконструктивних операцій. Якщо відношення розміру пухлини до розміру грудної залози достатнє (менше 25%), тактикою вибору є проведення ОЗО. У випадках, коли відношення розмірів пухлини і грудної залози не дозволяють виконувати ОЗО і потребують проведення мастектомії, одночасно або відтерміновано виконують реконструктивні операції (ендопротезування імплантами, реконструкції грудної залози TDL-, TRAM- та іншими клаптями).

Переважає більшість ОЗО призводять до деформації грудної залози, невідповідності розмірів грудних залоз та асиметрії. Особливо актуальною є дана проблема при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті, оскільки виникає видимий дефект у зоні декольте. Такий естетичний результат є незадовільним. Крім того, створюються труднощі у виборі білизни, що значно погіршує якість життя хворих [1-2].

Частота локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті складає близько 15%. Поширеними способами оперативних втручань при даній локалізації пухлини є наступні: при малому розмірі грудної залози – техніки Round block та S-техніки; при середньому розмірі – техніка Round block, S-техніка, редукція на нижній ніжці, редукція на верхньо-нижній ніжці; при великому розмірі залози із птозом – редукція на нижній ніжці, S-техніка, редукція на верхньо-нижній ніжці, Round block [6-7]. Проте такий варіант хірургічного лікування призводить до значного видимого дефекту тканин у

зоні декольте. Цей дефект може бути частково зменшений завдяки мобілізації тканин верхньо-зовнішнього та нижньо-внутрішнього квадрантів. Проте естетичний дефект все одно залишається видимим, спостерігається несиметричність грудної залози за рахунок зменшення об'єму грудної залози в нижніх квадрантах, недосконалість її форми та розмірів. Іншими варіантами хірургічної лікування при локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті є встановлення імпланту або заміщення дефекту тканин TDL-клатем. Недоліками усіх наведених способів є значне збільшення тривалості оперативного втручання, розширення раньового поля, дефект тканин у зоні забору дермоліпогландулярного клаптя та утворення сероми в донорській зоні. Часто виникає необхідність корегуючої операції на контрлатеральній грудній залозі [3-5,8].

Таким чином, для усунення дефекту тканин та покращення естетичних результатів хірургічного лікування при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті актуальною є розробка нових способів онкопластичних операцій. У даній статті нами запропоновано власний спосіб вирішення даної проблеми та представлено клінічний випадок його успішного впровадження. Даний спосіб дозволяє досягти симетричності грудної залози, її оптимального розміру та форми, тобто задовільного естетичного результату без шкоди для радикалізму операції (видалення пухлини проводиться в межах здорових тканин) та із збереженням онкологічних принципів. Розроблений спосіб сприятиме розширенню показань до ОЗО, що відповідає сучасним світовим тенденціям.

СПОСІБ ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ.

Запропонований нами спосіб включає наступні етапи. Виконують розмітку грудної залози над верхньо-внутрішнім квадрантом, який підлягає видаленню, периареоларно та над верхньо-зовнішнім квадрантом для виконання мобілізації лоскута та лімфатичної дисекції. Проводять розтин шкіри грудної залози за лініями розмітки: двома фігурними розрізами над верхньо-внутрішнім квадрантом, периареоларно та лінійним розрізом над верхньо-зовнішнім квадрантом. Широко сепарують шкірні клапті. Виконують власне квадрантектомію — видалення верхньо-внутрішнього квадранту грудної залози з пухлиною в межах гістологічної «чистоти» тканин [10] (Рис. 1).

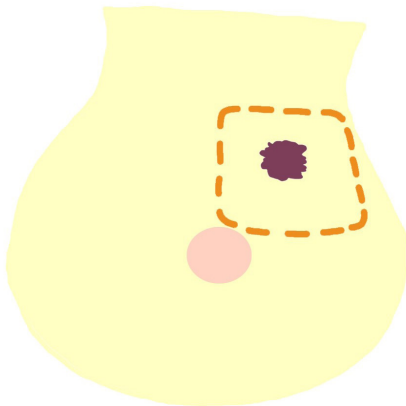


Рис. 1. Схематичне зображення верхньо-внутрішнього квадранту з пухлиною що підлягає видаленню

Наступний етапом є мобілізація верхньо-зовнішнього квадранта грудної залози разом з хвостом Спенса (Рис. 2). Важливим моментом даного етапу є збереження кровопостачання мобілізованих тканин, а саме — зовнішньої грудної артерії. Далі проводять видалення клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами. Після цього мобілізований лоскут переміщують медіально у ложе видаленого верхньо-внутрішнього квадранту грудної залози. Останній фіксують до великого грудного м'яза на рівні верхнього края грудної залози. Зшивають між собою переміщений клапоть та тканин нижньо-внутрішнього квадранта (Рис. 3). Виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу. Пошарово ушивають післяопераційну рану.

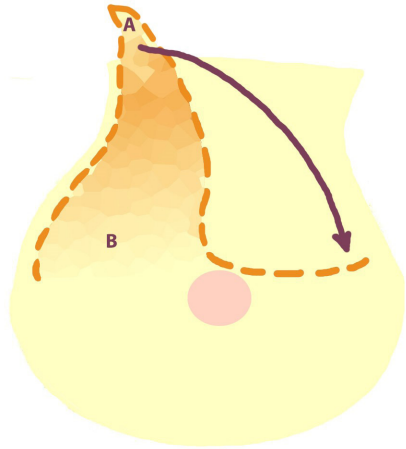


Рис. 2. Мобілізований верхньо-зовнішній квадрант з хвостом Спенса

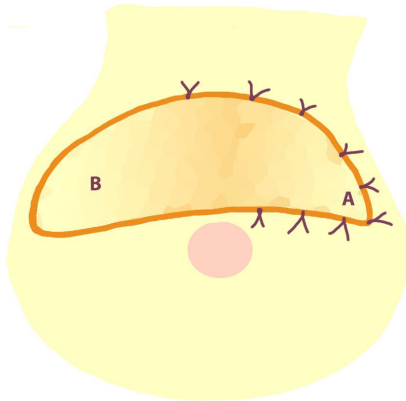


Рис. 3. Ротація мобілізованого лоскута та фіксація останнього в зоні видаленого квадранту

Отже, запропонований спосіб включає виконання квадрантектомії з регіонарною лімфатичною дисекцією та онкопластичного етапу операції з переміщення мобілізованого верхньо-зовнішнього квадранта та хвоста Спенса у ложе видаленого квадранту. Заповнений таким чином верхній полюс забезпечує відсутність видимого дефекту в зоні декольте, симетричність залози та задоволеність пацієнтами в цілому естетичним результатом операції [9].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Хвора Н., 53 роки, поступила зі скаргами на пухлину правої грудної залози. На момент огляду хворою себе вважала 1 місяць, утворення виявила самостійно, не лікувалася. Спадковий анамнез необтяжений. З боку інших органів і систем без особливостей.

Локальний статус: у правій грудній залозі у верхньо-внутрішньому квадранті утворення до 2 см в діаметрі, щільної консистенції. Регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

На мамограмі правої грудної залози у краниокаудальній проекції спостерігається тінь з нечіткими нерівними контурами, неоднорідної структури, розміром до 2 см в ді-

метрі, локалізацією у верхньо-внутрішньому квадранті (Рис. 4).

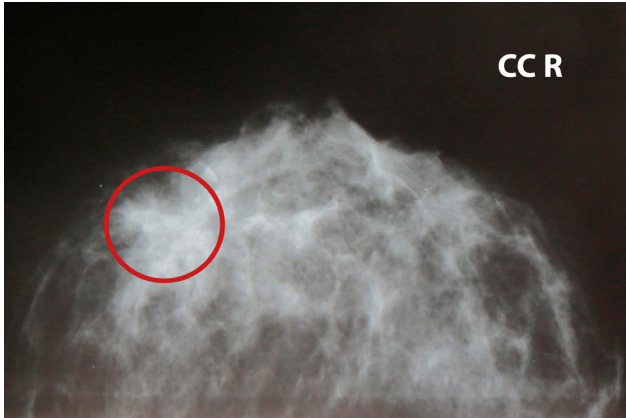


Рис. 4. Мамограма правої грудної залози у краніокаудальній проекції з пухлиною у верхньо-внутрішньому квадранті

На ЕКГ без видимих патологічних змін. На рентгенограмі органів грудної порожниці патології не виявлено. Показники загального аналізу крові, загального аналізу сечі, біохімічного аналізу крові, коагулограми в нормі. За результатами патогістологічного дослідження: інфільтративний залозистий рак (G2).

Було поставлено клінічний діагноз рак правої грудної залози T1cNoMo I ст. 2 кл. гр. Пацієнтка була госпіталізована для оперативного лікування до відділення пухлин грудної залози та її реконструктивної хірургії Національного інституту рака. Хворій виконано квадрантектомію правої грудної залози з регіонарною лімфатичною дисекцією наступним способом. Виконали розмітку грудної залози над верхньо-внутрішнім квадрантом, перiareолярно та над верхньо-зовнішнім квадрантом. Провели розтин шкіри за лініями розмітки, широко відсепарували шкірні клапті. Видалили верхньо-внутрішній квадрант грудної залози з пухлиною в межах гістологічної «чистоти» тканин. Мобілізували верхньо-зовнішній квадрант грудної залози разом з хвостом Спенса та виконали лімфатичну дисекцію. Мобілізований лоскут перемістили у ложе видаленого квадранту та зафіксували до великого грудного м'яза. Зшили між собою переміщений клапоть та тканин нижньо-внутрішнього квадранта. Виконали репозицію сосково-ареолярного комплексу та пошириво ушили рану.

За даними постопераційного патогістологічного заключення: інфільтративний дольковопотоковий PГ3 G2. Краї резекції без пухлинного росту. У 5 із 7 досліджених лімфатичних вузлах виявляються метастази раку. За результатами імуногістохімічного дослідження: ER 53,7% (+++), PR 22,1% (+), Her2-neu +, Ki-67 16%.

Заключний клінічний діагноз: рак правої грудної залози pT2pN2aM0 IIIA ст. після

оперативного лікування, 2 кл. гр. Термін перебування хворої у стаціонарі становив 3 доби. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. За 2 місяця на контрольному огляді відсутній дефект тканин в зоні видаленого квадранту, грудна залоза симетрична, задовільної форми та розмірів (Додатки 1-3). Хвора продовжує ад'ювантне хіміопроменеве лікування [11].

ВИСНОВКИ. На даному клінічному випадку лікування хворої на рак грудної залози при локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті нами було доведено ефективність запропонованого способу, показано його суттєві переваги над іншими можливими варіантами оперативних втручань та обґрунтовано доцільність подальшого широкого застосування. Перевагами запропонованого способу є відсутність дефекту тканин у зоні видаленого квадранта, симетричність грудної залози, незначна тривалість оперативного втручання, відсутність дефекту тканин або сероми у донорській зоні, відсутність необхідності корегуючої операції на контрлатеральній грудній залозі, задоволеність пацієнтами формою, розмірами грудної залози та естетичним результатом в цілому. Оперативне втручання виконується без шкоди радикалізму та із збереженням онкологічних принципів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.

1. Clough K.B., Lewis J.S., Couturad B., Fitoussi A., Nos C., Falcout M.C. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast conserving therapy of breast carcinomas // *Ann Surg.* – 2003. – Vol.237. – P. 26-34.
2. Baildam A.D. Oncoplastic surgery of the breast. // *Br J Surg.* – 2002. No 89. P. 532–533.
3. Fitzal F., Shrenk P. Oncoplastic breast surgery: A guide to clinical practice. // Springer-Verlag Wien . – 2010. – 299 p.
4. Schrenk P., Huemer G.M., Sir A., Moser F., Wayand W. Tumor quadrantectomy combined with reduction mammoplasty for the treatment of breast cancer // *Europ. Surg.* – 2006. – Vol.38. – P.424-432.
5. Галич С.П., Пинчук В.Д. Эстетическая хирургия груди: Руководство для врачей. – К: издательство «Оранта», 2009. – 450 с.: ил.
6. Джатой И. Атлас хирургии молочной железы / И. Джатой, М. Кауфман, Жан Ив Пети; пер. с англ. Под ред. Н.И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.
7. Малыгин С.Е., Малыгин Е.С., Рускова Н.Г. Реконструктивно-пластические вмешательства при раке молочной железы. Новые стандарты и перспективы // *Практическая онкология.* – Т. 11, №4. – М., 2010. – С. 253-257.
8. I. Motuziuk, O. Sydorчук, Ye. Kostiuchenko, I. Smolanka. Lipofilling opportunities in breast cancer surgery // "EUREKA: Health Sciences". – Number 4. – Tallinn, 2016. – P. 36-42.
9. Мотузюк І.М., Сидорчук О.І., Костюченко Є.В. Спосіб виконання квадрантектомії з регіонарною лімфатичною дисекцією у хворих на рак грудної залози з локалізацією пухлини у верхньовнутрішньому квадранті. – Патент на корисну модель №118154. – Бюл. №14. – 25.07.2017.
10. Y. Kostiuchenko, I. Motuziuk, O. Sydorчук, N. Kovtun, M. Krotevich. Safe resection margins in breast-conserving surgery // *Annals of Oncology: Abstract book of the 42nd ESMO Congress 2017, Madrid, Spain.* – Vol.28. – Suppl. 5. – Oxford University press, 2017. – P. 69. doi:10.1093/annonc/mdx364
11. Костюченко Є.В., Мотузюк І.М., Сидорчук О.І. Клінічний випадок хірургічного лікування хворої на

рак грудної залози при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті // «Український науково-медичний молодіжний журнал»: Тези науково-практичної конференції студентів та аспірантів «Цікаві випадки в клінічній медицині» 31 січня 2017 року, м. Київ, Україна. – К.: ТОВ «Видавництво «КІМ», 2017. – Спеціальний випуск №1 (100). – С. 47-48.

ДОДАТОК 1-3. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЗА 2 МІСЯЦЯ НА КОНТРОЛЬНОМУ ОГЛЯДІ



ВАРІАНТ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ВЕРХНЬО-ВНУТРІШНЬОГО КВАДРАНТУ

Мотузок І.М., Сидорчук О.І., Костюченко Є.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Більшість органозберігаючих операцій на грудній залозі можуть призводити до деформації грудної залози, невідповідності розмірів грудних залоз та асиметрії різного ступеня вираженості. Особливо актуальною є дана проблема при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті, оскільки виникає видимий дефект тканин у зоні декольте. Крім того, створюються труднощі у виборі білизни, що значно погіршує якість життя хворих.

МЕТА. Запропонувати варіант оперативного лікування хворої на рак грудної залози (РГЗ), що дозволяє усунути вказані вище дефект тканин та інші недоліки при даній локалізації пухлини.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Нами було розроблено та запропоновано новий варіант онкопластичного оперативного втручання на грудній залозі у хворих на РГЗ, що дозволяє значно покращити естетичні результати лікування та якість життя хворих, що мали пухлину у верхньо-внутрішньому квадранті грудної залози. Даний спосіб виконання операції було запатентовано 25.07.2017: Патент на корисну модель №118154, Бюлетень №14.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Запропонований нами спосіб включає розріз шкіри грудної залози за лініями розмітки: двома фігурними розрізами над верхньо-внутрішнім квадрантом, периареолярно та лінійним розрізом над верхньо-зовнішнім квадрантом; широке сепарування шкірних клаптів; видалення верхньо-внутрішнього квадранту грудної залози з пухлиною в межах гістологічної «чистоти» тканин; мобілізацію верхньо-зовнішнього квадранта грудної залози з хвостом Спенса за збереженням зовнішньої грудної артерії; видалення клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами; переміщення мобілізованого лоскут медіально у ложе видаленого верхньо-внутрішнього квадранту та фіксація його до великого грудного м'яза. Далі зшивають між собою переміщенений клапоть та тканин нижньо-внутрішнього квадранта, виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу та пошарово ушивають післяопераційну рану.

ВИСНОВКИ.

Запропонований метод хірургічного лікування має суттєві переваги над іншими можливими варіантами оперативних втручань: відсутність дефекту тканин у зоні видаленого квадранта, симетричність грудної залози, незначна тривалість оперативного втручання, відсутність дефекту тканин або сероми у донорській зоні, відсутність необхідності корегуючої операції на контрлатеральній грудній залозі, задоволеність пацієнтами формою, розмірами грудної залози та естетичним результатом в цілому. Тому даний варіант операції доцільно впроваджувати у широке застосування для пацієнтів з локалізацією пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРНИХ РЕЖИМІВ В ДІЛЯНЦІ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН

Музиченко П.Ф.¹, Черняк В.А.¹, Ланкін Ю.Н.², Дубенко Д.Є.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

²Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України

В різних галузях, зокрема в хірургії при проведенні оперативних втручань давно з успіхом використовуються різні медичні прилади, що полегшують роботу хірургів, її ефективність та безпечність, скорочують час оперативного втручання (наприклад, за допомогою монополярної електрокоагуляції, кріо, ультразвукового, лазерного та плазмового скальпелю та ін.). Порівняно новим напрямком в хірургії є «електрозварювання» біологічних тканин, що базується на принципі дозованої подачі модульованого струму, автоматично генерованого залежно від конкретного тканинного імпедансу.

МЕТА РОБОТИ. Дослідження фізичних властивостей компонентів біологічних тканин та їх ролі у процесі електричного контактного зварювання м'яких біологічних тканин та вимірювання температурних параметрів в зоні проходження процесів зварювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Дослідження проводилися на лабораторній базі НМУ, зокрема, на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії. Використовували експериментальні методи та спеціально розроблене унікальне обладнання шляхом фізичного моделювання на живих біологічних моделях. Для цього, на першопочатковому етапі, була створена лабораторна установка для визначення залежності імпедансного фізіологічно розчину на відстані між електродами, а також система вимірювання температури, яка складалася з термодатчика, підсилювача термо-ЕДС 2, зовнішнього модуля АЦП Е14-440 «Л-Кард» 3, ноутбука з програмним забезпеченням «PowerGraph» 4. В якості апарату для зварювання живих тканин використаний апарат «ЕК-300М1» та інструмент для нього «затискач».

РЕЗУЛЬТАТИ.

При записі вимірювання температури при нагріванні живої тканини зварювачем-джерелом, вимірювана температура коливалась від 4 до 146 градусів. Середня робоча температура під час процесу зварювання склала 88,4 градуса за Цельсієм.

За тих же умов, але при розташуванні термодатчиків точно між електродами і при

подачі термопари безпосередньо на вхід модуля E14-440, термін досягнення температури кипіння фізіологічного розчину зменшилась до 0,28 сек. Фільтрація перешкод здійснювалась за допомогою функцій шумового фільтру і фільтру LowPass FIR з частотою зрізу 20 Гц.

ВИСНОВКИ.

При біполярному зварюванні біологічних тканин нагрів здійснюється внаслідок виділення тепла в електропровідній біологічній рідині, що є електролітом, при проходженні через неї електричного струму.

Тверді речовини біологічних тканин, що оточують біологічні рідини або що знаходяться в них, не електропровідні, електричним струмом не нагріваються і, отже, завжди більш холодні за рідини.

У існуючих системах автоматичного управління контактною сумішшю біологічних тканин не використовуються об'єктивні критерії остаточного завершення формування зварювального з'єднання, що обумовлює необхідність проведення подальших досліджень у даній області.

УДК: 617-089.844: 615.326

ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІЄВМІСНИХ МІНЕРАЛІВ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Мунтян С.О., Носов А.Ю.

*Дніпропетровська медична академія
Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги*

Обстежено 57 хворих у віці старше 60 років з різними видами ранових ускладнень після операцій на черевній порожнині і передній черевній стінці. Пацієнти були розділені на дві групи. Лікування ранових ускладнень в першій групі проводилося за традиційною методикою, в другій групі включало накладення компресів з розчину препарату «Бішофіт полтавський». Контрольну групу склали ще 20 пацієнтів, які не мають ранових ускладнень. Показано, що використання бішофіту в лікуванні післяопераційних ранових ускладнень веде до суттєвого зменшення ексудації в рані, швидкого зниження інтенсивності болю, зниження концентрації мікрофлори в рані, що істотно покращує самопочуття пацієнтів, сприяє зменшенню термінів загоєння ран і одужанню пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ранові ускладнення, бішофіт, пацієнти геріатричного профілю.

За даними Моргана-мол.Дж.Е. найближчими роками люди віком понад 65 років складатимуть 24% населення, на їх лікування буде витрачено 50% бюджету охорони здоров'я, при цьому половині з них знадобляться оперативні втручання, при яких вік триразово збільшує ризик периопераційної смерті [1].

У післяопераційному періоді часто спостерігаються різні ранові ускладнення, частота яких може досягати за даними різних авторів 20,9-49,2% [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Відсутність єдиної доктрини лікування геріатричних хворих обумовлюють високу післяопераційну летальність і значну кількість післяопераційних ускладнень [8, 9, 10].

Одним із ефективних засобів місцевої терапії є магнієвмісний мінерал бішофіт. Бішофіт являє собою природний мінерал, що був утворений в процесі галогенезу на заключній стадії формування соляних відкладень сульфатного типу, збагачених магнієм. Він відомий серед продуктів кристалізації рапи сучасних континентальних солених озер.

Раніше було відомо, що бішофіт має протизапальні властивості. Також була відкрита властивість бішофіту пригнічувати ріст і розмноження патогенної та умовно-патогенної мікрофлори. Наряду з цим бішофіт збільшує фагоцитарну активність моноцитів, макрофагів та нейтрофілів макроорганізму.

МЕТА РОБОТИ: вивчити ефективність використання бішофіту в лікуванні ранових ускладнень після операцій на передній черевній стінці та черевній порожнині у хворих похилого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

В хірургічному відділенні геріатричного профілю КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР» у період з 2012 по 2014 роки було відібрано 57 хворих віком старше 60 років з різними видами ранових ускладнень після операцій на черевній порожнині та передній черевній стінці.

Пацієнти були розподілені на дві групи. В першу групу увійшов 31 пацієнт (14 чоловіків та 17 жінок) віком від 60 до 91 років, у середньому 70,94 років. В другу групу увійшло 26 пацієнтів (11 чоловіків та 15 жінок) віком від 60 до 85 років, у середньому 67,88 років.

Лікування ранових ускладнень в першій групі включало евакуацію рідинного вмісту ранової порожнини (за наявністю) шляхом пункції або дренивання ранової порожнини, а також УВЧ-терапію та накладання напівспиртових компресів з додаванням розчину фурациліну (традиційна методика). Лікування ранових ускладнень в другій групі включало евакуацію вмісту ранової порожнини та накладання компресів із розчину препарату «Бішофіт полтавський».

Контрольну групу склали ще 20 пацієнтів (9 чоловіків та 11 жінок) віком від 61 до 82 років, в середньому 73,7 років, які не мали ранових ускладнень після операцій на черевній порожнині та передній черевній стінці.

Задля оцінки вираженості запальної реакції пацієнтам проводився комплекс загальноклінічних обстежень. Кожному пацієнту проводилась термометрія. Біль в ділянці рани визначався за шкалою ВАШ (від 0 до 10 балів), також визначалась кількість ексудату (за наявності), отриманому при пункції рани або по дренажам. Задля вираженості інтенсивності запальної реакції визначалась ширина зони гіперемії в ділянці рани, рівень лейкоцитів в периферичній крові, ШОЕ, а також показники зсуву лейкоцитарної формули – індекс зсуву лейкоцитів та лейкоцитарний індекс інтоксикації.

Були проведені ультразвукові дослідження ранової порожнини, мікробіологічні та цитологічні дослідження ранової порожнини. При ультразвуковому дослідженні вимірювалась ширина ранової порожнини, виявлялись наявність рідини та об'єм ранової порожнини. Також були взяті посіви з ранової порожнини з метою виявлення наявності і концентрації мікрофлори в рані. При цитологічному обстеженні виявлялась наявність та обрахована кількість лейкоцитів, макрофагів та нейтрофілів в рановій порожнині. Всі дослідження були проведені в 6 етапів: до операції, в 1, 3, 7, 14 та 30 добу після операції.

На початку аналізу розраховували середню арифметичну (M) і її статистичну помилку, яка характеризує величину відхилення випадкового показника від генерального параметра. Кожен ряд перевірений на нормальність розподілу за допомогою середнього квадратичного відхилення, всі ряди відповідали закону нормального розподілу. Достовірність відмінностей перевірена за допомогою t-критерію Стюдента.

Результати оброблені за допомогою програми MedStatMini в середовищі Windows 7.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Показники запалення, що обчислювались, в усіх трьох групах суттєво не вирізнялись до операції та в першу добу після неї і по більшій частині були в межах норми (таблиця 1 та 2)

Таблиця 1

ПОЧАТКОВИЙ СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	36,65±0,03	36,67±0,03	36,70±0,07
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	6,07±0,34	6,82±0,37	6,96±0,65
Індекс зсуву лейкоцитів	0,026±0,004	0,03±0,003	0,033±0,005
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	1,08±0,13	0,95±0,09	1,04±0,16
ШОЕ, мм/год	10,65±1,238	6,577±0,4194	9,5±1,09

Вихід за межі норми до операції таких показників, як ШОЕ та лейкоцитарний індекс інтоксикації пояснюється наявністю загального запального процесу, який і був причиною проведення операції.

Таблиця 2

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ НА 1 ДОБУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	37,31±0,1	37,22±0,03	37,09±0,1
Біль в ділянці рани за ВАШ	8±0,18	7,38±0,27	7,05±0,29
Кількість ексудату, мл	39,35±5,42	28,19±4,19	0
Ширина зони гіперемії в ділянці рани, мм	7,58±0,36	5,92±0,73	0
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	8,1±0,4	6,44±0,39	7,67±0,55
Індекс зсуву лейкоцитів	0,04±0,006	0,03±0,004	0,04±0,008
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	1,1±0,09	0,97±0,09	0,65±0,09
ШОЕ, мм/год	18,13±1,9	10,54±0,78	16,7±1,93
Ширина ранової порожнини за даними УЗД, мм	18,56±2,073	17,72±2,525	0
Об'єм ранової порожнини за даними УЗД, см ³	42,23±6,83	29,15±4,13	0
Наявність рідини в рановій порожнині за даними УЗД, кількість випадків	26 (83,87%)	23 (88,46%)	0
Цитологічне обстеження ранової порожнини (кількість лейкоцитів в полі зору)	16,39±2,545	12,2±2,007	0

Як видно із таблиці 2, в обох групах спостерігалось мікробне запалення в рані (ширина ранової порожнини більше 13мм, в більшості випадків має місце ексудат в рановій порожнині та наявність лейкоцитів при цитологічному дослідженні). При мікробіологічному дослідженні ранової порожнини виявлено наявність стафілококової інфекції (в обох групах виявлений *Sthaph. aureus* – в першій групі в концентрації 105 КУО/см3 – в 5 випадках, 106 КУО/см3 – в 1 випадку, 107 КУО/см3 – в 1 випадку; в другій групі 104 КУО/см3 – в 1 випадку, 105 КУО/см3 – в 3 випадках, 106 КУО/см3 – в 2 випадках). Також в першій групі у 2 пацієнтів виявлена *Moraxella catarrhalis* в концентрації 103 КУО/см3 – 1 пацієнт, та 105 КУО/см3 – 1 пацієнт, що говорить про наявність внутрішньогоспітальної флори.

Після початку лікування ранових ускладнень у хворих другої групи по відношенню до першої вже на третю добу помітно зниження інтенсивності болю на 31,7% ($p>0,95$), кількості ексудату на 84,6% ($p>0,95$), ширини зони гіперемії на 32,9% ($p>0,95$), лейкоцитозу на 20,5% ($p>0,95$) (Таблиця 3).

Таблиця 3

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ НА 3 ДОБУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	37,1±0,07	36,99±0,19	36,95±0,09
Біль в ділянці рани за ВАШ	6,19±0,22	4,23±0,27	3,1±0,32
Кількість ексудату, мл	56,13±11,25	8,65±1,2	0
Ширина зони гіперемії в ділянці рани, мм	5,39±0,34	3,62±0,27	0
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	7,89±0,41	7,1±0,65	7,80±0,63
Індекс зсуву лейкоцитів	0,045±0,007	0,05±0,01	0,05±0,01
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	2,51±0,53	1,52±0,36	2,52±0,77
ШОЕ, мм/год	24,58±2,40	21,08±3,34	18,90±2,89
Ширина ранової порожнини за даними УЗД, мм	13,95±1,529	8,173±1,137	0
Об'єм ранової порожнини за даними УЗД, см ³	26,59±4,245	4,582±0,7186	0
Наявність рідини в рановій порожнині за даними УЗД, кількість випадків	27 (87,10%)	23 (88,46%)	0
Цитологічне обстеження ранової порожнини (кількість лейкоцитів в полі зору)	14,87±1,686	5,24±0,7506	0

Помітно зменшення ширини ранової порожнини на 41,41% в другій групі порівняно з першою ($p>0,95$), об'єму ранової порожнини на 82,77% ($p>0,95$) та кількості лейкоцитів при цитологічному дослідженні на 64,76% ($p>0,95$).

При мікробіологічному дослідженні ранової порожнини в першій групі відмічається наявність *Sthaph. aureus* в концентрації 103 КУО/см³ – в 2 випадках, 104 КУО/см³ – в 1 випадку та 105 КУО/см³ – в 2 випадках, *Moraxella catarrhalis* 103 КУО/см³ – в 1 випадку; в другій групі - *Sthaph. aureus* 102 КУО/см³ – в 1 випадку, 104 КУО/см³ – в 1 випадку, 105 КУО/см³ – в 1 випадку та 106 КУО/см³ – в 1 випадку.

На 7 добу помітна різниця інтенсивності болю в ділянці рани (на 60,8%) та кількість ексудату (на 72,8%) у хворих другої групи порівняно з хворими першої (таблиця 4). Тоді як показники периферичної крові, окрім ШОЕ, достовірно не відрізняються в усіх трьох групах. Помітна різниця ширини ранової порожнини на 62,88% ($p > 0,95$), об'єму ранової порожнини на 85,76% ($p > 0,95$) у хворих другої групи порівняно з хворими першої. Також значно менша кількість випадків виявлення ексудату в рановій порожнині. Цитологічне дослідження пацієнтів другої групи не виявило клітин запалення.

При мікробіологічному дослідженні у пацієнтів першої групи виявлений *Sthaph. aureus* в концентрації 103 КУО/см³ – в 2 випадках та 105 КУО/см³ – в 1 випадку, а також *Moraxella catarrhalis* в концентрації 102 КУО/см³ – в 1 випадку. Тоді як у пацієнтів 2 групи росту мікрофлори не виявлено взагалі.

Таблиця 4

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ НА 7 ДОБУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	36,68±0,04	36,6±0,04	36,69±0,04
Біль в ділянці рани за ВАШ	4,81±0,29	1,89±0,27	1,60±0,23
Кількість ексудату, мл	12,41±4,57	3,38±0,27	0
Ширина зони гіперемії в ділянці рани, мм	3,42±0,45	3,38±0,33	0
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	7,27±0,46	6,33±0,25	5,99±0,4
Індекс зсуву лейкоцитів	0,027±0,003	0,03±0,003	0,036±0,006
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	0,93±0,11	0,77±0,07	0,71±0,08
ШОЕ, мм/год	18,90±1,82	10,92±1,04	10,2±0,87
Ширина ранової порожнини за даними УЗД, мм	6,829±1,21	2,535±0,3928	0
Об'єм ранової порожнини за даними УЗД, см ³	12,08±3,192	1,72±0,2469	0
Наявність рідини в рановій порожнині за даними УЗД, кількість випадків	19 (61,29%)	6 (23,08%)	0
Цитологічне обстеження ранової порожнини (кількість лейкоцитів в полі зору)	5,565±1,095	0	0

Екссудация з рани у хворих другої групи закінчується повністю на 14 добу, тоді як у хворих 1 групи на цей момент залишається незначна кількість екссудату. Показники периферичної крові, окрім ШОЕ, на цей час знову достовірно не відрізняються в усіх групах (таблиця 5). У декількох пацієнтів першої групи на 14 добу після операції ще відмічається залишкова ранова порожнина, тоді як у всіх пацієнтів другої групи ранова порожнина повністю закрилась. При мікробіологічному дослідженні в 1 пацієнта першої групи відмічається наявність *Sthaph. aureus* в концентрації 103 КУО/см3.

Таблиця 5

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ НА 14 ДОБУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	36,54±0,04	36,53±0,04	36,58±0,05
Біль в ділянці рани за ВАШ	1,47±0,13	2,42±0,13	2,1±0,28
Кількість екссудату, мл	2,97±1,92	0	0
Ширина зони гіперемії в ділянці рани, мм	0,59±0,21	0	0
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	5,71±0,22	5,78±0,25	4,62±0,2
Індекс зсуву лейкоцитів	0,033±0,003	0,034±0,002	0,043±0,003
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	0,70±0,05	0,71±0,04	0,70±0,08
ШОЕ, мм/год	11,45±0,75	9,23±0,63	8,85±0,61
Ширина ранової порожнини за даними УЗД, мм	1.42±0,81	0	0
Об'єм ранової порожнини за даними УЗД, см ³	3.58±2,43	0	0
Наявність рідини в рановій порожнині за даними УЗД, кількість випадків	5 (16,13%)	0	0
Цитологічне обстеження ранової порожнини (кількість лейкоцитів в полі зору)	0	0	0

Через місяць після операції всі вимірювальні показники дістались норми, екссудация повністю скінчилась у всіх хворих (Таблиця 6). Наявності ранової порожнини не спостерігалось у всіх хворих.

Таблиця 6

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ НА 30 ДОБУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

	1 група	2 група	3 група
Температура тіла, С	36,49±0,03	36,49±0,03	36,51±0,03
Біль в ділянці рани за ВАШ	0	0	0
Кількість ексудату, мл	0	0	0
Ширина зони гіперемії в ділянці рани, мм	0	0	0
Кількість лейкоцитів, 10 ⁹ /л	5,303±0,18	5,52±0,25	4,71±0,19
Індекс зсуву лейкоцитів	0,03±0,003	0,03±0,003	0,037±0,003
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	0,62±0,03	0,56±0,02	0,63±0,02
ШОЕ, мм/год	8,48±0,38	7,23±0,52	7,25±0,49

ВИСНОВКИ

Таким чином, видно, що використання бішофіту в лікуванні таких післяопераційних ранових ускладнень як гематома, серома та інфільтрат, у вигляді компресів веде до суттєвого зменшення ексудації в рані, швидкого зниження інтенсивності болю, зменшення ексудації в рані, швидкого зниження концентрації мікрофлори в рані, що суттєво покращує самопочуття пацієнтів, сприяє зменшенню термінів загоєння ран та одужання пацієнтів. В той час як загальнозапальна реакція організму у пацієнтів згідно показанням термометрії та клінічного аналізу крові суттєво не відрізняється від такої, як при використанні класичних методик лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Морган-мл. Дж.Э., Мегид С Михаил. Клиническая анестезиология: кн. 3-я // М. 2004. – С. 171-176.
2. Баязитов М.Р. Ефективність алопластики великих та гігантських післяопераційних вентральних гриж // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тернопіль 2001
3. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Салем М.М. Осложнения заживления раны после операции по поводу грыжи живота и их профилактика // Клін. хірургія. – 1999. – № 12. – С. 26–28.
4. Каченко А.Е. Реконструктивная абдоминопластика в хирургической реабилитации больных с вентральными грыжами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 1999
5. Каченко А.Н. Прогноз и профилактика гнойных осложнений при лечении послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 1999
6. Chevrel J.P., Rath A.M. Polyester mesh for incisional hernia repair. In: Incisional hernia. Ed. V. Schumpelick, A.N. Kingsnorth. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag 1999; 327-330.
7. White T.J., Santos M.C., Thompson J.S. Factors affecting wound complications in repair of ventral hernias.

Am Surg 1998 Vol. 64. - N. 3. - P. 276-280.

8. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Нагапетян С.В., Сувильников А.А. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж Санкт - Петербург, 2005, 208с.
9. Kingsnorth A., K. LeBlanc Hernias: inguinal and incisional//Lancet. -2003. -Vol. 362,N 8.-P.1561-1571
10. Sugerman H.J., Kellum J.M. Jr Reines H.D. et al. Created risk of incisional hernia with morbidly obese than steroid-dependent patients and low recurrence with prefascial polypropilene mesh // Amer J. Surg. – 1996. – Vol. 171, № 1. – P. 80–84

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИЙСОДЕРЖАЩИХ МИНЕРАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мунтян С.А., Носов А.Ю.

Обследовано 57 больных в возрасте старше 60 лет с различными видами раневых осложнений после операций на брюшной полости и передней брюшной стенке. Пациенты были разделены на две группы. Лечение раневых осложнений в первой группе проводилось по традиционной методике, во второй группе включало наложение компрессов из раствора препарата «Бишофит полтавский». Контрольную группу составили еще 20 пациентов, не имеющие раневых осложнений. Показано, что использование бишофита в лечении послеоперационных раневых осложнений ведет к существенному уменьшению экссудации в ране, быстрому снижению интенсивности боли, снижению концентрации микрофлоры в ране, что существенно улучшает самочувствие пациентов, способствует уменьшению сроков заживления ран и выздоровлению пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: раневые осложнения, бишофит, пациенты гериатрического профиля

APPLICATION OF MAGNESIUM-CONTAINING MINERALS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE WOUND COMPLICATIONS IN ELDERLY PATIENTS

Muntyan S.O., Nosov A.Yu.

A total of 57 patients aged over 60 years with various types of wound complications after operations on the abdominal cavity and the abdominal wall was examined. Patients were divided into two groups. The treatment of the first group of wound complications was carried out according to traditional methods, the second group included the imposition of a solution of the drug packs "Bischofite Poltavskiy". The control group consisted of 20 patients, even without wound complications. It is shown that the use of bischofite treatment of postoperative wound complications leads to a significant reduction in the wound exudation, rapid decrease in the intensity of pain, reduction of the concentration of the microflora in the wound, which greatly improves the health of patients, reduces terms of healing and recovery of patients.

KEYWORDS: wound complications, bischofite, geriatric patients

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСАФЕНОВОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ТАЗОВОГО ПОВНОКРІВ'Я

Наболотний О.І.

*Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами, м.Київ*

Проведений аналіз лікування несафенового варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, поєднаним із синдромом тазового повнокрів'я у 25 жінок. Вираженість синдрому тазового повнокрів'я, визначали за допомогою анкети (visual analogue scales (VAS), Creton, 2007). Основну групу склали 10 пацієнок із несафеновим варикозом, варикозом малого тазу та клінічно вираженим синдромом тазового повнокрів'я (сума балів більше 6 балів). Пацієнткам виконували тазову флебографію, при якій був діагностований рефлюкс контрасту по лівій яєчниковій вені у – 7 (70%), по лівій яєчниковій вені та обох внутрішніх клубових венах у - 2 (20%), по лівій яєчниковій вені та лівій внутрішній клубовій вені з контрастуванням вен контрлатеральної сторони у - 1 (10%). Усім пацієнткам виконана емболізація лівої гонадальної вени. Терміном спостереження 2 роки у 8 (80%) пацієнок клінічні симптоми тазового повнокрів'я регресували або значно зменшилися. В термінах спостереження 2 роки хронічний тазовий біль рецидивував до інтенсивності догоспітального періоду у 2 (20%) спостереженнях. Рецидивів несафенового варикозного розширення вен нижніх кінцівок за 2 роки спостереження не було. Контрольна група – 15 пацієнок із несафеновим варикозом, варикозом малого тазу та із слабо вираженою або відсутньою клінікою синдрому тазового повнокрів'я (сума балів менше 6 балів). В цій групі виконували лише мініфлебектомію несафенового варикозу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: несафенове варикозне розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, синдром тазового повнокрів'я, тазова флебографія, емболізація, мініфлебектомія.

Несафеновий венозний рефлюкс виявляється у 10% пацієнтів із хронічними захворюваннями вен нижніх кінцівок і тазу, з них 93% становлять жінки [1, 2]. Така кількість пацієнтів з несафеновим поверхневим рефлюксом та етіологічна асоціація його із іншими патологічно зміненими венозними системами диктує нам потребу в більш глибокому вивченні даної проблеми та пошуку шляхів її вирішення.

Із загальної кількості позасистемного варикозного розширення вен 17-20% становить тазовий рефлюкс, як причина розвитку несафенового варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок [3, 4].

Таким чином розвиток несафенового варикозного розширення вен нижніх кінцівок часто асоційований із розширенням гонадальних вен і/або внутрішньотазових венозних сплетінь з формуванням венозного повнокрів'я органів малого тазу (синдром тазового венозного повнокрів'я – «Pelvic Congestion Syndrome») [5]. Даний синдром виявляється у 10-25% пацієнок репродуктивного віку при проведенні скринінгового УЗДС [6]. Рефлюкс крові в тазових венах в 58% спостережень поширюється на поверхневу венозну систему нижніх кінцівок і є причиною розвитку несафенового варикозу нижніх кінцівок [7]. Розвиток рецидиву варикозної хвороби нижніх кінцівок в 17%

обумовлено неспроможністю тазових вен. В пацієнтів з ознаками синдрому тазового венозного повнокрів'я частота рецидивів варикозу після стріпінгу становить 70%, а частота рецидивів варикозу в загальній групі пацієнтів за той самий період – 15-20% [8].

МЕТА РОБОТИ. Оцінити можливості та ефективність ендovasкулярних втручань в лікуванні несафенового варикозного розширення вен нижніх кінцівок у жінок із синдромом тазового повнокрів'я.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

За 2 роки з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок С II за класифікацією CEAP було прооперовано 276 жінок. Синдром тазового повнокрів'я та несафенове варикозне розширення вен нижніх кінцівок виявлені у 25 (9,06%) спостереженнях.

Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен нижніх кінцівок проводилось за допомогою апарату Mindray DC-70, лінійним датчиком 7,5 MHz в положенні стоячи з визначенням флебогемодинаміки поверхневої венозної системи нижніх кінцівок. Проводили ретельне передопераційне маркування варикозно розширених вен та неспроможних перфорант. Також досліджували стан глибокої венозної системи нижніх кінцівок, звертали увагу на діаметр та пропорцію внутрішніх клубових вен, ультразвукові ознаки компресії лівої загальної клубової вени (синдром Мей-Тернера), наявність рефлюксу у глибоких венах нижніх кінцівок.

Наступним критерієм вибору була наявність варикозного розширення вен малого тазу та клінічна оцінка синдрому тазового повнокрів'я. Для цього пацієнткам проводили трансвагінальне ультразвукове дослідження, визначали наявність варикозного розширення вен малого тазу, діаметр та наявність рефлюксу у правій та лівій яєчникових венах при виконанні проби Вальсальви. Клінічну оцінку синдрому тазового повнокрів'я проводили за допомогою анкети (visual analogue scales (VAS), Creton, 2007), яка передбачала оцінку інтенсивності хронічного тазового болю. Під час збору анамнезу пацієнткам було запропоновано вказати ступінь вираженості хронічного тазового болю по 3 запитаннях – хронічний тазовий біль при менструальному циклі, хронічний тазовий біль по ходу варикозно розширених вен під час менструації та хронічний тазовий біль під час або після статевого акту. Відсутній біль становив 0 балів, максимально виражений – 10 балів. Максимальна кількість балів по 3 шкалах – 30 балів. Загальну суму балів 6 і більше розцінювали, як клінічно виражений синдром тазового повнокрів'я і таким пацієнткам була запропонована діагностична флебографія малого тазу з емболізацією причинної вени.

Згідно отриманих клінічних даних усі пацієнтки були поділені на дві групи. Перша група – 10 пацієнток із несафеновим варикозом, варикозом малого тазу та клінічно вираженим синдромом тазового повнокрів'я (сума балів більше 6 балів). В даній групі пацієнткам проводили тазову флебографію з емболізацією причинної вени та мініфлебектомію несафенового варикозу. Друга група – 15 пацієнток із несафеновим варико-

зом, варикозом малого тазу та із слабо вираженою або відсутньою клінікою синдрому тазового повнокрів'я (сума балів менше 6 балів). В цій групі виконували лише мініфлебектомію несафенового варикозу.

Тазову флебографію проводили шляхом пункції загальної стегнової вени під місцевою анестезією в антеградному напрямку з використанням інтрадіюсера 5 F. Катетиризацію лівої яєчникової вени проводили катетером Cook Cobra, Cook Renalis та гідрофільним провідником Tegimo. Застосовували гіпоосмолярний контраст Томогексол 300 мг/мл. Флебографію проводили в режимі 1 – 3 fps, введення контрасту в ручному режимі при виконанні пацієнткою проби Вальсальви.

Почергово катетеризували та проводили флебографію правої загальної клубової вени, правої внутрішньої клубової вени, лівої загальної клубової вени, лівої внутрішньої клубової вени, лівої ниркової вени, лівої яєчникової вени та правої яєчникової вени. Причинну вену емболізували спіралями Cook Nester, Cook MReye 0.038" середньої довжини 8 – 10 см. та діаметром 5 – 10 мм. Діаметр спіралі обирали після проведення флебографії та заміру діаметру яєчникової вени на рівні хребців L4 – L5. Після постановки емболізаційної спіралі виконували контрольну флебографію емболізованої вени. Задовільним вважали результат емболізації, при якому рентгеноскопічно реєструвався виражений спазм та стаз контрасту емболізованої вени. Після закінчення процедури інтрадіюсер видаляли та накладали на місце пункції еластичну давлячу пов'язку.

Наступним етапом виконували мініфлебектомію попередньо маркованого несафенового варикозного розширення поверхневих вен обох нижніх кінцівок. В деяких клінічних випадках мініфлебектомію доповнювали склеротерапією варикозно розширених вен препаратом етоксисклерол 1 – 3%. Також при поєднаному несафеновому варикозі з рефлюксом по великій підшкірній вені застосовувався спосіб гібридного оперативного втручання. При неспроможності остіального клапану виконували мінікросектомію гирла великої підшкірної вени з її катетиризацією, постановкою інтрадіюсера та проведенням тазової флебографії з емболізацією причинної вени. Потім інтрадіюсер видаляли та ретроградно проводили лазерний світловод, далі виконували абляцію великої підшкірної вени від рівня поширення патологічного рефлюксу. У випадку спроможного остіального клапану виконували пункцію великої підшкірної вени на межі розповсюдження патологічного рефлюксу, встановлювали інтрадіюсер, виконували тазову флебографію з емболізацією причинної вени провідник видаляли, а катетер рентеноскопічно проектували в ділянці гирла великої підшкірної вени. По катетеру антеградно вводили лазерний світловод і виконували абляцію великої підшкірної вени. Дані способи гібридного оперативного втручання не потребували пункції загальної стегнової вени та використання давлячої пов'язки, що зменшувало ризики післяопераційних ускладнень. Після проведення оперативного втручання, пацієнтки використовували компресійний трикотаж II класу компресії тривалістю 1 місяць.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Вік жінок становив від 29 до 48 років (середній вік – 35,6 років). В усіх жінок наявний менструальний цикл. В анамнезі від 1 до 3 доношених вагітностей (в середньому - 1,88 вагітностей). У 13 пацієток (52%) діагностований первинний несафеновий варикоз, у 12 (48%) – рецидив після оперативного втручання з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок (6 пацієток після венектомії та 6 пацієток після ендовенозної лазерної абляції). Структура пацієток із несафеновим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок зображена у Таблиці 1.

У 12 пацієток (48%) варикоз локалізувався на лівій нижній кінцівці, у 4 (16%) – на правій та у 9 (36%) – на обох нижніх кінцівках. У 21 пацієтки (84%) ступінь хронічної венозної недостатності С II (CEAP), у 4 пацієток (16%) – С III (CEAP). Провести катетеризацію правої яєчникової вени не вдалося в жодному випадку, в зв'язку із виконанням процедури через феморальний пункційний доступ. Внутрішні клубові вени не емболізували в зв'язку з великим діаметром вен та ризиком транспозиції емболізаційної спіралі.

Таблиця 1.

СТРУКТУРА ПАЦІЄТОК ІЗ НЕСАФЕНОВИМ ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.

Тип несафенового варикозу	N = 25
Варикоз промежини	-
Варикоз вени сідничного нерва	2
Передньо-латеральний варикоз	2
Варикоз промежини + передньо-латеральний варикоз	3
Варикоз промежини + передньо-латеральний варикоз + ВПВ	2
Варикоз промежини + ВПВ	4
Несафеновий рецидив	12

При проведенні трансвагінального УЗД вен малого тазу у 16 пацієток (64%) був діагностований рефлюкс у лівій яєчниковій вені, в 1 пацієтки (4%) діагностований рефлюкс у правій яєчниковій вені, у 6 пацієток (24%) – обох яєчникових вен і в 2 пацієток (8%) – рефлюкс в яєчникових венах не реєстрували.

При проведенні анкетування у 10 пацієток (40%) загальна кількість балів була більше 6 балів, при чому 8 пацієток турбував хронічний тазовий біль, який посилювався під час менструації та в меншій мірі турбував під час статевого акту, а в 2 пацієток хронічний тазовий біль турбував під час менструації та значно посилювався під час статевого акту.

Даній групі пацієнток було виконано тазову флебографію та емболізацію лівої яєчникової вени.

При проведенні трансвагінального УЗД вен малого тазу в пацієнток яким була показана емболізація в 7 пацієнток був зареєстрований рефлюкс по лівій яєчниковій вені та в 3 пацієнток – рефлюкс по обох яєчникових венах. Діаметр лівої яєчникової вени становив від 6,6 мм до 9,8 мм (середній діаметр – 8,88 мм).

При проведенні тазової флебографії діаметр лівої яєчникової вени становив від 9 до 14 мм (середній діаметр – 10,9 мм).

У 7 пацієнток був діагностований рефлюкс контрасту по лівій яєчниковій вені, 2 пацієнток рефлюкс визначався по лівій яєчниковій вені та обох внутрішніх клубових венах та в 1 пацієнтки рефлюкс реєструвався по лівій яєчниковій вені та лівій внутрішній клубовій вені з контрастуванням вен контрлатеральної сторони. Провести катетиризацію правої яєчникової вени не вдалося в жодному випадку, в зв'язку із виконанням процедури через феморальний пункційний доступ.

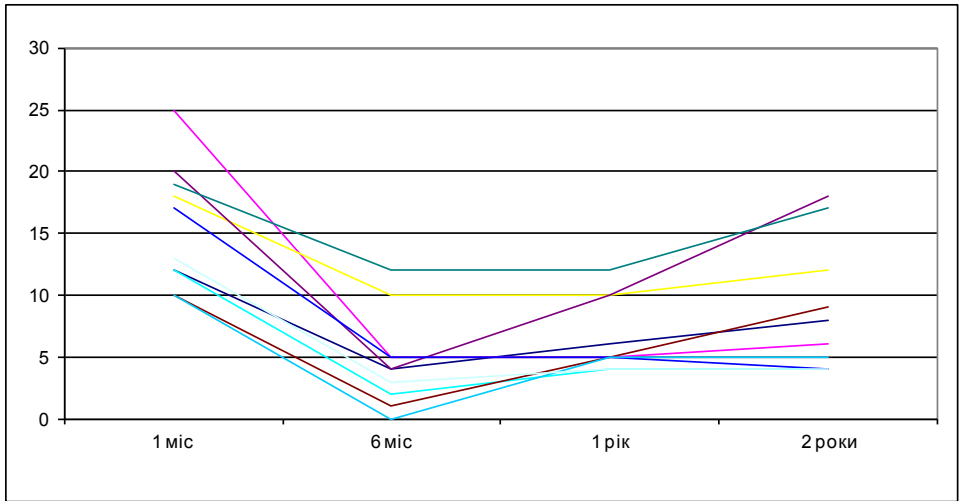
В 2 пацієнток реєструвався рефлюкс контрасту через систему внутрішніх клубових вен, неспроможної перфорантної вени промежини на варикозно розширені вени промежини та передньо-латеральну вену стегна.

Усім пацієнткам була проведена емболізація лівої яєчникової вени. Катетиризацію внутрішніх клубових вен не проводили в зв'язку з великим діаметром вени та високим ризиком транспозиції емболізаційних спіралей.

Терміном спостереження 2 роки у 8 пацієнток (80%) клінічні симптоми тазового повнокрів'я регресували або значно зменшилися. У 2 пацієнток в термінах спостереження 2 роки хронічний тазовий біль рецидивував до інтенсивності догоспітального періоду. Динаміка зміни інтенсивності хронічного тазового болю у пацієнток із синдромом тазового повнокрів'я, яким виконали емболізацію лівої яєчникової вени зображена на малюнку 1.

Після проведення емболізації 9 пацієнткам було виконано мініфлебектомію несафенового варикозного розширення поверхневих вен, 1 пацієнтці – мініфлебектомію поєднану із ендовенозною лазерною абляцією великої підшкірної вени. Рецидивів несафенового варикозного розширення вен нижніх кінцівок за 2 роки спостереження не було.

В другій групі – 15 пацієнтів, в яких сума балів при проведенні анкетування становила менше 6 балів, було виконано мініфлебектомію у 10 пацієнток та мініфлебектомію в поєднанні з ендовенозною лазерною абляцією у 5 пацієнток. Терміном спостереження 2 роки рецидивів варикозного розширення вен нижніх кінцівок не спостерігали. В 2 пацієнток інтенсивність тазового болю збільшилася, що було обумовлено повторними вагітностями та пологами.



Матюнок 1. ДИНАМІКА ЗМІНИ ІНТЕНСИВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ПАЦІЄТОК ІЗ СИНДРОМОМ ТАЗОВОГО ПОВНОКРІВ'Я, ЯКИМ ВИКОНАЛИ ЕМБОЛІЗАЦІЮ ЛІВОЇ ЯЄЧНИКОВОЇ ВЕНИ.

Термін спостереження становив 2 роки. Ефективність лікування аналізували на 1 місяці, 6 місяці, 1 році та 2 році після операції. Критеріями ефективності лікування були відсутність рецидиву варикозного розширення вен нижніх кінцівок та динаміка зміни інтенсивності хронічного тазового болю, який визначали методом анкетування.

ВИСНОВКИ.

1. Використання шкали інтенсивності хронічного тазового болю є ефективним скринінговим методом діагностики синдрому тазового повнокрів'я, проте для остаточної верифікації діагнозу пацієнткам рекомендована консультація гінеколога з ультразвуковим дослідженням малого тазу.
2. Трансвагінальне ультразвукове дослідження вен малого тазу є скринінговим методом діагностики варикозного розширення вен малого тазу. Діаметр яєчникової вени визначений при ультразвуковому дослідженні не має діагностичної ваги, оскільки не відповідає фактичному діаметру визначеному при виконанні тазової флебографії.
3. Емболізація лівої гонадальної вени у пацієток із синдромом тазового повнокрів'я, згідно даних нашого дослідження, ефективна у 80% клінічних випадків.

ЛІТЕРАТУРА:

4. Kachlik D, Pechacek V, Musil V, Baca V. The venous system of the pelvis: new nomenclature/ Phlebology. - 2010 Aug; 25(4):162-73.
5. Meissner MH, Moneta G, Burnand K, Gloviczki P, Lohr JM, Lurie F, Mattos MA, McLafferty RB, Mozes G, Rutherford RB, Padberg F, Sumner DS.
6. The hemodynamics and diagnosis of venous disease/J Vasc Surg. - 2007 Dec;46 Suppl S:45-245.
7. Labropoulos N, Tiongson J, Pryor L, Tassiopoulos AK, Kang SS, Mansour A et al. Nonsaphenous superficial vein reflux/ J Vasc Surg - 2001; 34; 872 – 877.
8. Meneses L, Fava M, Diaz P, Andia M, Tejos C, Irrarazaval P, Uribe S. Embolization of incompetent pelvic veins for the treatment of recurrent varicose veins in lower limbs and pelvic congestion syndrome/ Cardiovasc Intervent Radiol - 2013 Feb;36(1):128-32.
9. Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS)/ J Vasc Surg - 2006;43:327-334.
10. Creton D1, Hennequin L, Kohler F, Allaert FA Embolisation of symptomatic pelvic veins in women presenting with non-saphenous varicoseveins of pelvic origin - three-year follow-up/ Eur J Vasc Endovasc - 2007 Jul;34(1):112-7. Epub 2007 Mar 1.
11. Geier B, Barbera L, Mumme A, Köster O, Marpe B, Kaminsky C, et al. Reflux patterns in the ovarian and hypogastric veins in patients with varicose veins and signs of pelvic venous incompetence/ Chir Ital. - 2007;59:481-488.
12. Giannoukas AD, Dacie JE, Lumley JS. Recurrent varicose veins of both lower limbs due to bilateral ovarian vein incompetence/ Ann Vasc Surg – 2000; 14; 397-400.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF NON-SAPHENOUS VARICOSE VEINS IN WOMEN WITH PELVIC CONGESTION SYNDROME

O. Nabolotnyi

*Researche and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine”
State Administrative Department, Kiev*

The severity of pelvic congestion syndrome was determined using a visual analogue scales (VAS), Creton, 2007). The experience in treatment of 25 patients with non-saphenous varicose veins of the lower limbs combined with varicose veins of the pelvis is analyzed. The main group consisted of 10 patients with non-saphenous varicose veins, small pelvic varices and clinically proven pelvic floor syndrome (totaling more than 6 points). Patients performed pelvic phlebography, in which the reflux of the left ovary vein was diagnosed in 7 (70%), on the left ovary vein and the two internal iliac veins in - 2 (20%), in the left ovary vein and the left inner iliac vein Contrasting veins of the contralateral side in - 1 (10%). For all patients, the embolization of the left gonadal vein has been performed. The term of observation for 2 years in 8 (80%) patients, the clinical symptoms of pelvic plaque have been regressed or significantly reduced. In terms of observation for 2 years, chronic pelvic pain recurred to the intensity of the pre-hospital period in 2 (20%) observations. There were no recurrences of non-saphenous varicose veins of the lower extremities for 2 years of follow-up. Control group - 15 patients with non-saphenous varicose veins, small pelvic varices and with poorly expressed or absent clinic of pelvic floor syndrome (score less than 6 points). In this group only miniflebectomy of non-saphenous varicose was performed.

KEY WORDS: non-saphenous varicose veins, pelvic congestion syndrome, pelvic phlebography, embolization, miniflebectomy.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

¹Назимок Є.В., ²Зіневич Я.В., ²Левон М.М.

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,

²Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Сфінктери – це не стільки замикальний механізм, а й важлива перехідна ділянка, яка забезпечує дозоване і регульоване скорочення травного каналу. Вона представлена передсфінктерним компартментом з накопичувальною функцією, власне системою сфінктера і постсфінктерним компартментом з евакуаторною функцією (Shafik A. et al., 2003). В науковій літературі висвітлені розрізнені дані про мікроскопічну будову стінки сигмоподібної ободової кишки. Виникає необхідність доповнити відомості про гістологічну будову дистального відділу сигмоподібної ободової кишки у новонароджених.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Визначити гістологічні ознаки сигморектального переходу у новонароджених

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Гістологічне дослідження проведено на препаратах 18 новонароджених (455,0-500,0 мм тим'яно-п'яtkової довжини) на базі Чернівецького обласного патолого-анатомічного бюро (м. Чернівці) під час планових розтинів.

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ.

Встановлено, що слизова оболонка сигморектального переходу вкрита одношаровим призматичним епітелієм. Серед клітинного складу крипт візуалізуються стовпчасти епітеліоцити з облямівкою, хоча переважають келихоподібні клітини, кількість яких у напрямку до прямої кишки зменшується. Підслизова основа сигморектального переходу утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною містить велику кількість судинних сплетень. М'язова оболонка сигморектального переходу у новонароджених набуває сфінктерної будови. Вона утворена двома шарами гладенької м'язової тканини, між якими візуалізуються прошарки пухкої волокнистої сполучної тканини. М'язова оболонка у новонароджених за товщиною переважає над слизовою. Товщина колового шару м'язової оболонки значно переважає над поздовжнім. Серозна оболонка сигморектального переходу представлена пухкою волокнистою сполучною тканиною із кровоносними судинами.

ВИСНОВКИ.

Отже, в підслизовій основі та серозній оболонці сигморектального переходу відмічається найбільша щільність кровоносних судин. Потовщення колового шару м'язової оболонки сигморектального переходу вказує на наявність анатомічного сфінктера.

УДК: 616.361-007.271-072.1-089.884

ТРАНСПАПІЛЯРНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК: ПОКАЗАННЯ, ТЕХНІКА, РЕЗУЛЬТАТИ

І.Л. Насташенко

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Наведені результати виконання транспапільярного стентування жовчних проток, виконаного з приводу біліарної обструкції різного походження у 379 пацієнтів: в 296(78,1%) випадках з використанням пластикових стентів (паралельно встановлено два або більше стентів 23(6,1%) з них), та у 83(21,9%) випадках були встановлені металеві стенти, що розправляються самостійно. Визначені показання до застосування різних типів стентів відповідно до природи біліарної обструкції та прогностичних термінів стентування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: біліарна обструкція, транспапільярне стентування жовчних проток.

Методом вибору відновлення природного пасажу жовчі при біліарній обструкції різного генезу є транспапільярні втручання [1]. За неможливості виконання радикальної ендоскопічної санації жовчних проток (ЖП) застосовується їх внутрішнє дренажування [2]. Встановлення ендобіліарного стенту передбачає, як правило, необхідність його тривалого функціонування. Тому до матеріалів, з яких виготовляють дренажні трубки, є певні вимоги [3]:

- рентгеноконтрастність;
- мінімальна адгезивність до солей жовчних кислот;
- біоінертність.

У практичній діяльності частіше використовують пластикові стенти (ПС). Їх недоліком є досить швидка оклюзія внутрішнього просвіту внаслідок інкрустації жовчними солями – порушення функції стентів виявляють у 72,4% пацієнтів протягом 2-3 місяців [4]. З метою підвищення адекватності дренажування і продовження терміну функціонування ПС запропоновано паралельне встановлення в ЖП декількох дренажних трубок [5]. При використанні металевих сітчастих стентів показник порушень їх прохідності на протязі 8-12 місяців знижується порівняно з ПС до 8,5-14,8% за рахунок більшого діаметра стентів [6].

Не зважаючи на різноманітні способи фіксації дренажів, які застосовують у ранньому післяопераційному періоді, у 5,6-8,4% випадків спостерігають міграцію стентів у дванадцятипалу кишку (ДПК) [7]. З метою підвищення ефективності біліарного ендопротезування, запропоновано проводити регулярний рентгенологічний контроль розташування стенту, його реканалізацію та своєчасну заміну [8].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Покращити результати лікування хворих з біліарною обструкцією різного генезу за рахунок оптимізації показань до застосування ендобіліарного стентування із застосуванням стентів різних типів, вдосконалення техніки та розробки нових методів внутрішнього транспапілярного дренивання жовчних проток.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

На протязі 2012-2017 рр. на кафедрі загальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток ендоскопічні транспапілярні втручання проведені 5748 пацієнтам: ендоскопічна папілосфінктеротомія виконувалась в 2919(50,8%) випадках. Ендостентування ЖП застосоване у 379(7,7%) пацієнтів: в 296(78,1%) випадках з використанням ПС (паралельно встановлено два або більше ПС 23(6,1%) з них), та у 83(21,9%) випадках були встановлені металеві стенти, що розправляються самостійно (СРС).

Транспапілярне стентування ЖП застосовували у випадках: наявності високого рівня білірубінемії або його зростання у пацієнтів, що готуються до оперативного лікування; наявність явищ холангіту; наявність зовнішньої жовчної нориці; високий рівень операційного ризику через похилий вік або важкий загальний стан хворих.

Вік пацієнтів становив від 49 до 87 років (в середньому 62,7 роки), серед них було: 261(68,9%) чоловіків та 118(31,1%) жінок. Рівень білірубінемії був в межах 234,3-452,1 мкмоль/л (в середньому 274,5 мкмоль/л). Тривалість жовтяниці була від 2 до 13 тижнів (в середньому 4,3 тижня), що мало прогностичне значення для можливості виконання ендобіліарного стентування (ЕС) (збільшення терміну захворювання відповідно зменшує можливість його ендоскопічної корекції – після 8 тижнів від появи клінічних проявів жовтяниці ймовірність встановлення стентів складала не більше 23,7%).

В більшості випадків - 208(54,9%) ПС встановлювали при бластоматозній біліарній обструкції. З метою закриття зовнішніх жовчних нориць (ЗЖН) стентування виконували 47(12,4%) хворим, при холедохолітіазі – 24(6,3%), при хронічному панкреатиті, ускладненому механічною жовтяницею – 9(2,4%), при ятрогенних стриктурах ЖП – 8(2,1%).

За необхідності довічного стентування 82(21,6%) пацієнтам встановлювали СРС, при цьому в 72(19,0%) випадках надавали перевагу невикритим стентам (для запобігання блокування ними протоки жовчного міхура або внутрішньопечінкових ЖП). 10(2,6%) пацієнтам, яким раніше була виконана холецистектомія, за наявності пухлинних розростань в ділянці великого сосочка ДПК або в просвіті ЖП застосовували різні модифікації вкритих стентів – частково або повністю вкриті в залежності від локалізації зони пухлинного ураження проток.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Серед 208(54,9%), яким первинно виконувалось тимчасове ЕС з приводу бластоматозної біліарної обструкції, у 153(40,4%) через 10-14 діб (після купування явищ холан-

гіту, нормалізації лабораторних показників, дообстеження) другим етапом лікування було оперативне: в 56(14,8%) випадках радикальне та в 97(25,6%) – паліативне.

Ще 34(9,0%) пацієнтам з цієї групи проводилась неоадьювантна хіміотерапія, при позитивній відповіді на неї 15(4,0%) хворим виконані радикальні операції, решті 19(5,0%) – паліативні.

За наявності місцевопоширених новоутворень, віддалених метастазів, важкої супутньої соматичної патології або відмови пацієнтів від оперативного лікування в 12(3,2%) випадках через 4-6 тижнів після встановлення ПС проводили їх заміну на СРС.

В заплановані терміни на другий етап лікування після ЕС не з'явилися 9(4,3%) пацієнтів, 6(2,9%) з них звернулися в більш пізні строки - через 4-15 місяців в зв'язку з рецидивом симптомів захворювання (через обструкцію стентів). Спроби рестентування в усіх цих випадках були невдалими: 2(1,0%) виконані паліативні черевні втручання та 4(1,9%) – черезшкірна черезпечінкова холангіостомія під ультрасонографічним контролем.

Причинами функціонування ЗЖН в досліджуваній групі пацієнтів були: тубулярний стеноз дистального відділу ЖП – 13(3,4%), неспроможність швів холедоха (після холедохолітомії) – 7(1,8%), інтраопераційні пошкодження позапечінкових ЖП – 14(3,7%), наявність ходів Люшко – 5(1,3%), стани після резекції печінки, ехінококектомії – 9(2,4%). В усіх 47(12,4%) спостереженнях ЕС із застосуванням ПС (в 15(4,0%) випадках паралельно встановлювали 2 стенти) дозволило досягти закриття ЗЖН. Через 2-3 тижні після повного загоєння каналу нориці стенти ендоскопічно видаляли.

Неможливість ендоскопічного видалення конкрементів з ЖП за наявності гнійного холангіту, печінкової недостатності в 24(6,3%) випадках зумовила необхідність виконання ЕС. Після нормалізації стану хворих 19(5,0%) з них були прооперовані. Решта – 5(1,3%) пацієнтів з різних причин від оперативного лікування утримались (через наявність важкої супутньої соматичної патології, онкологічних захворювань), ЕС для них стало остаточним методом лікування. Ознак рецидиву симптомів біліарної обструкції у них (терміни спостереження від 11 до 23 місяців) не було.

Хворі, у яких ЕС проводилось через обструкцію ЖП внаслідок панкреатиту, підлягали консервативному лікуванню протягом 2-х місяців, після чого стенти видалялись.

Метою ЕС у пацієнтів з частковими стриктурами ЖП внаслідок їх ятрогенного ушкодження було не тільки відновлення повноцінного внутрішнього пасажу жовчі, але й створення каркасу для майбутнього формування каналу для відтоку жовчі. Тому в усіх 8(2,1%) випадках через зону ураження проток встановлювали паралельно не менше двох ПС.

Враховуючи переваги металевих стентів порівняно з пластиковими, перш за все в термінах їх функціонування, слід зважати також і на можливі недоліки та ускладнення застосування СРС.

Використання покритих металевих стентів обмежували тільки випадками на-

явності пухлинних розростань на кшталт «кольорової капусти» з метою запобігання проростання пухлини через решітку стенту в його просвіт. Після встановлення таких стентів в 2(0,5%) випадках розвинувся гострий холецистит внаслідок блокування стентом устя міхурової протоки і в 1(0,3%) спостереженні задовгий стент був встановлений в правий дільовий проток печінки, блокував її лівий дільовий проток, що призвело до розвитку механічної жовтяниці і локального гнійного холангіту, що потребувало проведення додаткових пункційних втручань.

При повторних зверненнях 6(1,6%) пацієнтів в терміни від 6 до 18 місяців (в середньому 15,2 місяці) після встановлення непокритих СРС зі скаргами на підвищення температури тіла, рецидив жовтяниці ендоскопічно виявляли обструкцію стентів біліарним сладжем. Реканалізація просвіту стентів з адекватною санацією забезпечила подальше їх функціонування.

Проростання пухлини через решітку СРС з відповідними клінічними проявами біліарної обструкції спостерігали в 4(1,1%) випадках – при цьому в трьох випадках стенти були непокриті а в одному покритий. Механічна реканалізація пухлини супроводжувалась значною геморагією і була мало ефективною. Найбільш дієвим методом відновлення прохідності СРС виявилася ендоскопічна діатермоабляція пухлини, що проросла в просвіт стенту – застосована нами в 2(0,5%) випадках з вираженим макроскопічним та клінічним ефектом.

ВИСНОВКИ.

1. Транспілярне стентування жовчних проток є високоефективним малоінвазивним методом біліарної декомпресії.
2. Пластикові стенти мають застосовуватись для тимчасового (до 2-4 місяців в залежності від діаметру) дренажування жовчних проток. Збільшення термінів їх використання допустиме у хворих, що не підлягають оперативному лікуванню, або при встановленні паралельно декількох стентів.
3. Металеві стенти, що розправляються самостійно доцільно використовувати тільки з метою довічного стентування у пацієнтів з бластоматозною біліарною обструкцією.

ЛІТЕРАТУРА.

4. Van der Gaag NA, Rauws EA, van Eijck CH, et al. (2010) Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *The New England journal of medicine*. 362(2):129-137.
5. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни / Ю.Г. Алиев // Хирургия. — 2013. — № 5. — С. 73–75.
6. Дронов А.И., Насташенко И.Л., Скомаровский А.А. и др. (2013) Применение саморасправляющихся металлических стентов при бластоматозной билиарной обструкции. *Український журнал Хірургії*, №3, с.70-73.
7. Toki MI, Syrigos KN, Saif MW. (2014) The role of biliary drainage in patients with pancreatic adenocarcinoma. *JOP*. Mar 10;15(2):128-31.

8. Lawrence C., Romagnuolo J., Payne K.M., Hawes R.H., Cotton P.B. (2010) Low symptomatic premature stent occlusion of multiple plastic stents for benign biliary strictures: comparing standard and prolonged stent change intervals. *Gastrointest Endosc*, vol. 72 (3), pp. 558–563.
9. Soderlund C., Linder S. (2006) Covered metal versus plastic stents for malignant common bile duct stenosis: a prospective, randomized, controlled trial. *Gastrointestinal endoscopy*. 63(7):986-995.
10. Kullman E., Frozanpor F., Soderlund C., Linder S. (2010) Covered versus uncovered self-expandable nitinol stents in the palliative treatment of malignant distal biliary obstruction: results from a randomized, multicenter study. *Gastrointest Endosc*, vol. 72 (5), pp. 915–923.
11. Дронов О.І., Насташенко І.Л., Земсков С.В., и др. (2017) Результати ендобіліарного стентування жовчних проток. *Матеріали науково-практичної конференції, м.Вінниця*, с.34-36.

ABSTRACT

TRANSPAPILLARY STENTING OF BILIARY DUCTS: INDICATIONS, TECHNIQUES, RESULTS.

Nastashenko I.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The results of transpapillary stenting of bile ducts performed on biliary obstruction of various origins in 379 patients are presented: in 296 (78,1%) cases using plastic stents (two or more of the stents were installed simultaneously in 23 (6,1%) of them), and in 83 (21,9%) cases, metal stents were installed, which are disassembled on their own. The indications for the use of different types of stents according to the nature of biliary obstruction and prognostic terms of stenting are defined.

KEY WORDS: biliary obstruction, transpapillary stenting of bile ducts.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Никоненко А.С.¹, Никоненко А.А.², Осауленко В.В.¹, Чмуть К.О.², Наконечный С.Ю.¹

¹Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины,

²Запорожский государственный медицинский университет

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гомоцистеин, витамин Д, ИБС, АКШ

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) - одна из острейших медицинских и социальных проблем современного общества. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инсульт головного мозга были и остаются основной причиной смертности и инвалидизации.

Благодаря продолжающимся популяционным исследованиям число возможных сердечно-сосудистых факторов риска продолжает увеличиваться. К числу доказанных, наряду с артериальной гипертонией, сахарным диабетом 2 типа, дислиппротеинемией и курением, в настоящее время относят гипергомоцистеинемию и дефицит витамина Д, значение которых установлено в развитии ИБС и их осложнений, а также атеросклеротического поражения сонных и периферических артерий, мозговых инсультов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучить влияние гипергомоцистеинемии и дефицита витамина Д на течение ишемической болезни сердца у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и при изолированном поражении коронарных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии Запорожского медицинского университета в отделении кардиохирургии ЗОКБ. В исследование были включены 58 больных ИБС и мультифокальным атеросклерозом. Лиц мужского пола было 55, женского - 3. Средний возраст пациентов составил – 58,2±5,48 лет. Большинство пациентов были с избыточной массой тела, средний ИМТ составил 29,6±3,10 кг/м². Инфаркт миокарда в анамнезе был выявлен у 35 больных (60,3 %). Согласно Канадской классификации (CCSA) пациентов с IV ФК стенокардии было 23 (36,9%), стенокардии III ФК – 20 (34,4%). Нестабильная стенокардия была выявлена у 15 (25,8%) пациентов. Сердечная недостаточность 1 стадии была выявлена у 33 (56,8%) пациентов, II стадия СН была выявлена у 25 (43,1 %) больных. Больные были разделены на 2 группы на основании распространенности атеросклероза. 1-ю группу составили 33 больных с мультифокальным атеросклеротическим поражением (коронарные и сонные артерии): 30

(90,9%) мужчин, 3 (9,09%) женщины, средний возраст $59,7 \pm 4,63$ лет. Ко 2-й группе были отнесены пациенты с изолированным поражением коронарных артерий: 25 (100%) мужчин, средний возраст составил $56,4 \pm 7,03$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

По результатам селективной коронарографии у 56 (96,5%) пациентов было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, как в бассейне правой так и левой коронарных артерий. Только у 2 (3,44%) больных было выявлено изолированное поражение одной коронарной артерии. Стенозы ВСА, преимущественно с двух сторон, выявлены у 33 больных (56,8%). В 1-й группе преобладали пациенты с 3-х и 4-х сосудистым поражением коронарных артерий (81,8%). Во 2-й группе – преобладали пациенты с 2-х сосудистым поражением коронарных артерий (36%). В 1-й группе у 33 больных (100%), по результатам ангиографии ветвей дуги аорты и дуплексного сканирования артерий мозга были выявлены поражения брахиоцефальных артерий. Во 2-й группе поражений брахиоцефальных артерий не было выявлено. Среднее значение гомоцистеина в 1-й группе пациентов (мультифокальный атеросклероз) составило 21,88 мкмоль/л (от 11,43 и до 45,41). Этот показатель оказался выше, чем у пациентов 2-й группы – 17,42 мкмоль/л (от 11,19 и до 29,24). Также было выявлено снижение содержания витамина Д у пациентов обеих групп. В 1-й группе пациентов среднее значение содержания витамина Д составило – 21,84 нг/мл., а во 2-й – 27,2 нг/мл. Указанные значения подтвердили наличие дефицита витамина Д как у пациентов с распространенным атеросклерозом так и у лиц с изолированной коронарной патологией. Уровень общего холестерина находился в пределах нормативных значений и в 1-й группе составил 4,55 моль/л, а во второй – 5,14 моль/л.

ВЫВОДЫ.

1. Гипергомоцистеинемия является фактором риска развития ишемической болезни сердца и ассоциирована с неблагоприятным течением коронарной патологии.
2. Дефицит витамина Д увеличивает риск развития некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертония, заболевания периферических сосудов, сахарный диабет, ожирение, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и сердечно-сосудистая смертность.
3. У всех исследованных пациентов, как первой, так и второй группы, был обнаружен дефицит витамина Д, несмотря на распространенность атеросклероза.
4. У лиц с ГЦ чаще выявлялись признаки атеросклеротического поражения сонных артерий – в 56,8% случаев.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Никоненко А.С.¹, Никоненко А.А.², Ермолаев Е.В.¹, Буга Д.А.¹, Перцов И.В.²

¹Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины,

²Запорожский государственный медицинский университет

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: минидоступ, аневризма аорты, синдром Лериша

Тенденции современной хирургии и сосудистой хирургии в частности имеют неуклонное направление в сторону миниинвазивных методов и технологий. Не стали исключением и аортальные реконструкции. Однако сохраняется размытой грань между малотравматичностью операции из малого доступа и повышенным риском миниинвазивных вмешательств, связанных с уменьшением размеров хирургического доступа.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить особенности выполнения аорто-бедренных реконструкций миниинвазивным методом и их результаты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В центре сосудистой и эндоваскулярной хирургии Запорожской областной клинической больницы с 2010 года внедрено в практику выполнение аорто-бедренных реконструкций миниинвазивным методом. Метод операции использован у 36 пациентов. Средний возраст больных составил $62,2 \pm 6,3$ года. У 21 пациента отмечалась хроническая ишемия нижних конечностей III – IV степени (по R. Fontaine, 1954) на фоне атеросклеротического окклюзионно-стенотического поражения аорто-подвздошного сегмента, у 15 – показанием к операции была аневризма брюшного отдела аорты. Диагноз верифицировался методом ультразвукового дуплексного сканирования, рентгеноконтрастной ангиографии или мультиспиральной компьютерной ангиографией. В 16 случаях выполнено аорто-бифеморальное шунтирование, в 5 случаях – линейное аорто-бедренное шунтирование, в 11 – аорто-аортальное протезирование (резекция аневризмы аорты), в 4х – аортобифеморальное протезирование (резекция аневризмы аорты).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Пациенты, госпитализированные в отделение с поражениями аорто-бедренного сегмента и аневризмой брюшной аорты оценивались в плане возможности использования миниинвазивной методики операции. «Миниинвазивность» вмешательства обеспечивалась выполнением этапа операции на брюшной аорте через мини-транспе-

ритонеальний доступ. Учитывались общепризнанные ограничения для выполнения миниинвазивной аорто-бедренной реконструкции: индекс массы тела не более 35 кг/м²; операции на органах брюшной полости в анамнез; выраженный атеро-кальциноз аорты, высокая окклюзия аорты, зармеры аневризмы аорты более 80 мм, значительная девиация аорты и аневризматическое расширение подвздошных артерий более 30 мм.

Основные этапы использованного метода аорто-бедренной реконструкции из миниинвазивного доступа.

Выполнялась ревизия бифуркации бедренных артерий, оценивалась пригодность воспринимающего сосудистого русла для выполнения шунтирующей операции, подготавливались артерии для наложения дистальных анастомозов. Выполнялась верхне-срединная мини-лапаротомия (от 6 до 8 см). Париетальная брюшина фиксировалась к коже. Осуществлялся доступ к левому мезентериальному синусу, для этого поперечноободочная кишка и большой сальник смещались вверх, а тонкий кишечник - вправо. Кишечник в брюшной полости отграничивался марлевыми салфетками, устанавливался фиксационный круговой ранорасширитель – «миниассистент». Мобилизовалась двенадцатиперстная кишка. Мобилизовалась брюшная аорта на протяжении 5-6 см между почечными артериями и нижней брыжеечной артерией (как правило, в этом сегменте аорта наименее поражена атеросклерозом и доступна для бокового отжатия), под аорту подводилась тесьма-держалка. Туннеллятором проводились направляющие лигатуры в забрюшинном пространстве в раны на бедрах. Производилось боковое отжатие аорты. В аорте выкраивалось окно. Формировался анастомоз между сосудистым аллопротезом и аортой конец в бок. Протез пережимался, снимался зажим с аорты. После достижения гемостаза бранши протеза с помощью направляющих лигатур проводились на бедра. Формировались дистальные анастомозы. Дальнейший ход операции осуществлялся по общепринятой методике. При аневризме аорты выполнялось внутримешковое протезирование с последовательным формированием проксимального и дистального/ных анастомозов.

Наиболее ответственные этапы операции – получение контроля над брюшной аортой и проведение бранш протеза в забрюшинном пространстве. Основные показатели результатов использования мини-доступа были следующие: время операции – 184±32 мин.; время пережатия аорты – 46±5 мин; кровопотеря – 473±184 мл; продолжительность искусственной вентиляции легких – 268±52 мин; пребывание в отделении интенсивной терапии – 2-3 сут.; выписка после операции – на 10-12 сут.. Во всех случаях отмечалось восстановление удовлетворительной перистальтики кишечника на первые-вторые сутки после операции.

Освоение миниинвазивных методик требует от хирурга определенной технической и психологической адаптации, а также соблюдения показаний к методу операции.

ВТОРИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

¹Никоненко А.С., ²Никоненко А.А., ¹Ермолаев Е.В., ¹Буга Д.А.,
¹Перцов И.В., ³Мирватова Л.Н., ³Нечипуренко А.В.

¹Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины,

²Запорожский государственный медицинский университет,

³Запорожская областная клиническая больница

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профилактика инсульта, каротидная эндартерэктомия, острый период инсульта

Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является эффективным методом хирургической профилактики ишемического инсульта (NASCET; ESVS). Однако, преимущества выполнения КЭАЭ в остром периоде ишемического инсульта являются предметом дискуссии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ состояла в том, чтобы проанализировать результаты лечения группы пациентов с ишемическим инсультом, которым выполнялась ранняя КЭАЭ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В исследование включена группа больных, всего 29, которым с целью вторичной ишемического инсульта выполнялась ранняя КЭАЭ. У 25 больных был диагностирован ишемический инсульт, у 4 транзиторная ишемическая атака вызванные стенозом внутренней сонной артерии (ВСА). Мужчин было – 23 (79,3%), женщин – 6 (20,7%). Средний возраст пациентов – $62,5 \pm 7,6$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Размер ишемического повреждения головного мозга у пациентов перенесших инсульт, по данным МРТ, был не более 40 мм. Функциональный статус и двигательных постинсультных нарушений согласно Modified Rankin Scale соответствовал ≤ 3 баллов. Для ангиовизуализации использованы методы ультразвуковой доплерографии, ангиографии, компьютерной томографии. Стеноз ВСА оценивался как по диаметру, так и по площади сосуда по протоколу ECST. Показанием к оперативному лечению был стеноз ВСА более 60% у мужчин и более 70% у женщин. Операция выполнялась под общей анестезией. Случаев использования временного шунта не было. Время пережатия сонной артерии при КЭАЭ составило 22–36 минут. После выполнения реконструкции производился интраоперационный контроль методом ультразвукового дуплексного

сканірованя. КЭАЭ виконялась в раннем периоді інсульту (перші 2 тижні), при стенозі ВСА > 90% операція виконялась в течение 48 годин.

В періопераційному періоді і в течение 30 діб після операції інсультів не було. Ухудшення функціонального статусу, випадів кровоизливання в зону інфаркту мозку не відзначалось. Випадків смерті, пов'язаної з інсультом або інфарктом міокарда не було.

ВИВОД.

Приведений досвід свідчить про те, що виконення КЭАЭ в ранньому періоді ішемічного інсульту може бути безпечним методом профілактики рецидива інсульту і створити більш сприятливі гемодинамічні умови для нейрореабілітації.

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

Никульников П.И., Быцай А.Н., Яценко А.И.

Национальный Институт Хирургии и Трансплантологии им. А.А. Шалимова

Причиной хронической критической ишемии нижних конечностей в 60-87% являются атеросклеротические поражения артерий бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегментов. В условиях критической ишемии и прогрессирующего течения атеросклеротического процесса у больных с С и D типами (TASC II) поражения эндovasкулярное лечение продленных (более 15 см) окклюзий осложняется тромбозом восстановленного участка в 50% случаев в течение 2-х летнего периода наблюдения. В этой связи реконструктивная хирургия, по праву, остается основным способом, позволяющим сохранить конечность. По мнению M. Conte et al. (2001) хирургия критической ишемии – это реконструктивная хирургия подколенно-берцового сегмента. Поэтому успех реконструктивной операции при многоуровневых окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей напрямую зависит от состояния восстановленных путей «оттока» на голени, стопе и, как следствие, низкого периферического сосудистого сопротивления.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ - провести сравнительный анализ отдаленных результатов выполненных реконструктивных операций при многоуровневых окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей в стадии хронической критической ишемии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на проспективном анализе результатов хирургического лечения 65 больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних в стадии критической ишемии: Ша стадия – 15 (23,1%) пациентов, IIIб стадия – 35(53,8%), IV – 15 (23,1%). По классификации TASC II больные соответствовали С и D типам поражения артериального русла нижних конечностей. По гендерному признаку пациенты были распределены следующим образом, мужчин – 60 (92,3%); женщин – 5 (7,7%). Средний возраст составил 70,2±8,5 год. Диагностический алгоритм включал: общеклинические исследования, ЭКГ, ЭХО-КГ, доплереграфию, УЗДС артерий нижних конечностей и экстракраниальных артерий, КТ-ангиографию нижних конечностей. Представляет интерес тот факт, что у 34 (52,3%) больных констатирован сегментарно проходимый участок подколенной артерии, заполняющийся ретроградно, что и определило целесообразность и клинический интерес работы. Всем больным проведены реконструктивные вмешательства на магистральных артериях нижних конечностей: бедренно-подколенно-берцовые шунтирования – 65 больных, которым произведено 69 оперативных вмешательств.

Основным критерием операбельности считали наличие проходимости артерий берцово-стопного сегмента. В качестве пластического материала у 44 пациентов использовали аутовену (ортоградная позиция, реверсия) и алломатериал - у 21 больного. У всех пациентов дистальная часть реконструкции затрагивала зону трифуркации подколенной артерии или берцовые артерии в средней (нижней) трети голени. Период наблюдения составил 2 года после выписки пациента из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве пластического материала приоритет принадлежал аутовене, в частности шунтирование выполнялось в ортоградной позиции – 42 больных, реверсия выполнена 3 пациентам. Протяженность реконструированного участка составляла – от уровня общей бедренной артерии до непораженного участка средней (нижней) трети голени. Протяженные шунты сформировали 31 больному (группа сравнения), двойное (бедренно-подколенно-берцовое) шунтирование выполнили 21 пациенту, секвенциальное шунтирование – 13 больным (основная группа - 34 больных). К использованию двух шунтов при реконструкции прибегали в случаях отсутствия должных характеристик и длины аутовены, необходимой для проведения «скользящего» шунтирования. В этой связи 21 пациенту основной группы произведено двойное бедренно-подколенно-берцовое шунтирование, причем проксимальный шунт был представлен алломатериалом. При секвенциальном шунтировании у 7 пациентов промежуточный анастомоз «бок в бок» формировали с подколенной артерией выше щели сустава (в зоне отхождения, функционирующей ретроградно, а. genu descendens) и у 6 больных – ниже щели, в регионе отхождения а. tibialis anterior (при условии ее «подвешанного» участка не менее 10-12см).

Ближайший послеоперационный период осложнился тромбозом зоны реконструкции у 6 (19,4%) пациентов группы сравнения и у 3 (8,8%) больных основной группы. Эффективная тромбэктомия выполнена 3 (9,7%) пациентам группы сравнения и 1 (3%) больному основной группы. Ампутации н/конечностей произведено 3 (9,7%) пациентам группы сравнения и 1 (3%) больному основной группы, срок наблюдения до 30 дней. На протяжении 12 мес наблюдения проходимость шунтов отмечена у 20 (64,5%) больных группы сравнения и у 27 (79,4%) пациентов основной группы. На протяжении 24 мес наблюдения проходимость реконструированных сегментов наблюдалась у 18 (58,1%) больных группы сравнения и у 25 (73,5%) больных основной группы.

За 2-х летний период наблюдения конечность удалось сохранить 20 (64,5%) больным группы сравнения и 27 (79,4%) пациентам основной группы.

ВЫВОД

У 52,3% больных с многоуровневыми окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии, которым показана реконструктивная операция на инфраингвинальном отделе, имел место сегментарно проходимый участок подколенной артерии.

Включение в кровоток «подвешанного» участка подколенной артерии выше (ниже) щели коленного сустава позволяет на 15,4% увеличить кумулятивную проходимость реконструированного артериального сегмента у больных хронической критической ишемией, в течение 2-х летнего периода наблюдения.

УДК 616.366-002-003.7-056.52-072.1-089.819-089.12

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ СТУПЕНЯМИ ОЖИРІННЯ З ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ

Ничитайло М.Ю., Литвиненко О.М., Огородник П.В., Лукеча І.І., Назарко Л.Р

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова.

Особи з різним ступенем ожиріння становлять 26-28% від загальної популяції [1,2,4,].

На початку ери лапароскопічної хірургії ожиріння будь-якого ступеня було проти-показанням для даного типу хірургічних втручань, а але технічний прогрес не стоїть на місці, тому на теперішньому витку розвитку лапароскопічної хірургії ожиріння будь-якого ступеня не є протипоказанням для лапароскопічної холецистектомії. [1,2,3,7].

Поряд з незаперечними перевагами лапароскопічна холецистектомія таїть у собі небезпеку розвитку серйозних ускладнень: кровотеча, пошкодження позапечінкових проток, післяопераційна жовчетеча. [2,7]. Але незважаючи на наявність протипоказань лапароскопія в таких хворих володіє рядом безсумнівних переваг: вона значно менш травматична, післяопераційний період проходить набагато легше, кількість ускладнень (нагноєнь ран, пневмоній, кил у віддаленому періоді) на порядок нижче, ніж у хворих, оперованих традиційним способом. [1-2-4].

Залишаються невирішеними питання про показання й протипоказання до лапароскопічної холецистектомії у хворих з 3-4 ступенем ожиріння, недостатньо вивчені інтраопераційні й післяопераційні ускладнення та причини їх виникнення. [1,2,6,7]. Крім того є цілий ряд питань технічного характеру, рішення яких буде сприяти покращенню результатів лікування патології жовчного міхура у хворих з ожирінням. [2,7].

МЕТА РОБОТИ: оцінити можливості лапароскопічної холецистектомії як методу лікування у хворих з ожирінням різного ступеня.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В період з 1993 по 2016 рік в Національному Інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України в відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу було виконано 20750 лапароскопічних операцій, з яких 1790 операцій у хворих з різними ступенями ожиріння. Основу роботи склали 1790 пацієнтів з різними ступенями ожиріння, з I ступенем (IMT>30 кг/м²) – 54,4% хворих, II ступенем (Severely Obese IMT>35кг/м²) – 31,2% хворих, III ступенем (Morbidly Obese IMT>40кг/м²) – 11,2%, IV ступенем (Super

Obese IMT>50кг/м2) – 2,8%.

Розподіл пацієнтів за віком та статтю показав, що основна категорія хворих – це люди молодого(33,2±1,3) та середнього(46,7±1,2) віку в переважній кількості з яких жінки – 67% пацієнтів, чоловіки – 23%. Маса тіла в жінок середньому складала 115±1,3кг та у чоловіків - 154±4,7кг.

Клінічна картина хворих була характерна для жовчнокам'яної хвороби. Тривалість захворювання, до поступлення в стаціонар складала до 5 років - 75% хворих, в 25% хворих тривалість хвороби перевищувала 5 років.

Калькульозний холецистит діагностовано у всіх випадках. Біліарна гіпертензія була діагностовано в 16,7% хворих, з яких у 265 виявлені конкременти позапечінкових протоків, 30 хворих - стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки та його аденома - 5 хворих. У 211 випадках виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з послідуною ревізією загальної жовчної протоки та у 89 випадках була виконана балонна дилатація великого дуоденального пиптика (ендоскопічна, інтра та постопераційна) з послідуною літоекстракцією, що дозволила ліквідувати причину біліарної гіпертензії. Паралельно до виявлених змін зі сторони жовчного міхура в 35,8% хворих виявлено ознаки хронічного панкреатиту

При поступленні супутня патологія була виявлена у 70.1% хворих. Супутня патологія зі сторони серцево-судинної була виявлена в 713 хворих. На момент надходження в клініку постійне лікування із приводу гіпертонічної хвороби одержували 500 пацієнтів, із приводу ішемічної хвороби серця - 175.

В анамнезі у 32.7% хворих були проведені оперативні втручання на нижньому поверсі черевної порожнини раніше.

Технічне виконання лапароскопічних операцій, а саме точки встановлення та техніки введення троакарів у хворих з I та II стадією ожиріння не відрізнялось від виконання у хворих з нормальною вагою тіла.

Виконання оперативних втручання у хворих з III та IV ступенем ожиріння мало свої технічні особливості, а саме: положення на операційному столі, накладання пневмоперитонеума, техніки встановлення першого троакару, введення та розташування троакарів, встановлення додаткових троакарів.

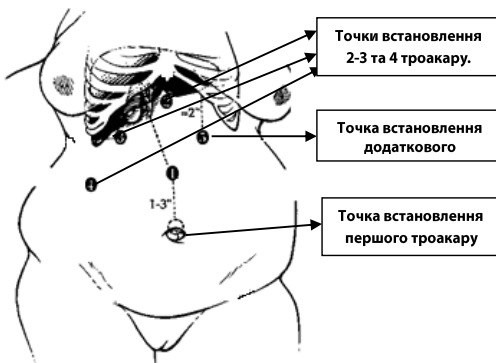
Положення хворого на операційному столі – положення Фовлера з максимально опущеним ніжного кінця операційного стола до 25-30° і ротація столу ліворуч на 15-20°. Це дозволяє максимально змістити великий сальник, петлі кишечника в нижні відділи черевної порожнини а печінку - ліворуч, що поліпшує огляд в області втручання. Дане положення було використано у всіх без винятку хворих.

Накладання пневмоперитонеума має свої особливості. Відомо, що при накладенні пневмоперитонеума змінюється механіка дихання, при цьому підвищується рівень стояння куполів діафрагми, знижуються функціональна залишкова ємність легенів, а також загальний обсяг легеневої вентиляції. В результаті порушується перфузія й зро-

стає ризик розвитку ателектазів. Пневмоперитонеум з використанням вуглекислого газу викликає гіперкапію та респіраторний ацидоз. Тому пневмоперитонеум у хворих з ожирінням потрібно створювати дозовано і поступово. Поступове підвищення швидкості подачі CO₂ дозволяє зменшити ймовірність потрапляння газу в сальник і поліпшує умови для пристосування роботи серця й легенів у новому режимі - при напруженому пневмоперитонеумі, коли є високе стояння діафрагми.

Накладання пневмоперитонеума з показниками внутрішньочеревного тиску 12-14 мм рт.ст, дозволяє створити достатній простір та зменшити негативний вплив на гемодинаміку. У 78,2% хворих оперативне втручання виконували з накладанням пневмоперитонеума з показниками внутрішньочеревного тиску 12-14 мм рт.ст, в 16,7% - 14-16 мм рт.ст. а 5% - 8 – 10 мм рт.ст, що було пов'язане з наявністю супутніх захворювань

У хворих з ожирінням III та IV ступеня під час виконання лапароскопічної холецистектомії, ми встановлювали 4 троакари, які вводились в стандартні точки розміщення з корекцією на розміщення жовчного міхура та наявність спайкового процесу навколо нього, при потребі встановлюють додатковий 5 троакар див. мал..1



Малюнок 1. Схема розташування точок введення троакарів у пацієнтів з ожирінням III та IV ступеня.

Перший троакар вводили в параумбілікальній ділянці або на 1-3см вище пупка, що дозволяє скорити відстань до зони оперативного втручання.

У хворих з ожирінням IV ступеня, враховуючи глибину підшкірно жирової клітковини більше 7-9см, перший троакар вводиться відкритим способом за методикою Hassen з послідуочим встановленням троакарів довжиною від 12 до 15см.

Виразений великий сальник, що заважає візуалізації та технічні труднощі виділення елементів шийки, у хворих з ожирінням III та IV ступеня - це покази до додаткового встановлення 5-го троакару в верхній лівий квадрант, для створення сприятливого доступу до зони шийки жовчного міхура. Додатковий 5 троакар було використано у 250 хворих, що відповідало кількості хворих з III та IV ступенем ожиріння.

Важливим моментом є використання скошеної оптики 300, яка істотно полегшує візуалізацію об'єкта при виконанні внутрішньочеревного етапу операції. Скошена оптика була використана у всіх 100% пацієнтів.

В подальшому техніка виконання лапароскопічної холецистектомії не відрізняєть-

ся від техніки виконання у хворих на жовчнокам'яну хворобу з нормальною вагою тіла.

Дренування черевної порожнини. Показом до дренування був один або декілька факторів - виконання операції із приводу водянки або емпієми жовчного міхура, сумнів в надійності гемостазу, наявність щільного інфільтрату в області шийки жовчного міхура, кровотеча з гілок міхурової артерії або дифузна кровотеча із тканини печінки. Дренування черевної порожнини було виконано в 20,1% випадків.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

При поступленні жовчнокам'яна хвороба була діагностовано у 100% випадках: хронічний калькульозний холецистит було виявлено в 72,6% випадках, в 27,3% випадках гострий холецистит. В 88,2% хворих холецистектомія виконана з лапароскопічного доступу, неускладнений холецистит у 1207 хворих, водянка жовчного міхура у 264, емпієма жовчного міхура у 87. В 11,7% випадків виконана конверсія. Найчастіше її причиною був синдром Мірізі – в 98 хворих, холецистодуоденальна нориця – 46, міхурово-товстокишкова нориця -37, грубі рубцеві зміни в області шийки жовчного міхура – 20, у 9, хворих конверсія була зумовлена наявністю інтраопераційних ускладнень.

Ускладнення після перенесеного оперативного втручання спостерігались в 5,9% хворих. З них в ранньому післяопераційному періоді ускладнення були в 83 хворих, серома післяопераційної рани – 60 хворих, кровотеча з троакарної рани – 12, гострий панкреатит – 8, інфільтрат підпечінкового простору – 3. В 22,4% хворих ускладнення мали специфічний характер: інфільтрат параумбілікальної рани – 19 хворих, абсцес параумбілікальної рани 3, абсцес підпечінкового простору - 2 хворих.

Неспецифічні ускладнення мали місце у 4,8% хворих: кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в 30, тромбофлебіт нижніх кінцівок в 26, пневмонія в 16, загострення циститу в 9, сегментарний ателектаз в 5. В 20 хворих в різні терміни після оперативних втручань – виникли післяопераційні киля в проекції параумбілікальної рани.

Тривалість лапароскопічної холецистектомії у хворих з ожирінням різних ступенів складала в середньому $147,1 \pm 2.9$ хв. Тривалість перебування хворих, які перенесли оперативне втручання в об'ємі лапароскопічна холецистектомія складала: для пацієнтів з ожирінням I-II ступеня - $4,2 \pm 0.6$ доби, III ст. – $4,7 \pm 1.8$ та IVст - $5,4 \pm 0.7$ доби.

ВИСНОВКИ

Лапароскопічна холецистектомія може успішно виконуватись у хворих, що страждають холелітазом та ожирінням різного ступеня, є основним методом хірургічного лікування для цієї категорії пацієнтів.

Виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з ожирінням III-IV ступеня має свої технічні особливості на всіх етапах втручання, зокрема створення пневмоперитонеума, використання подовжених троакарів, додаткового троакара.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Afaneh, C., Abelson, J., Rich, B.S., Dakin, G., Zarnegar, R., Barie, P.S. et al, Obesity does not increase morbidity of laparoscopic cholecystectomy. J Surg Res. 2014;190:491–497.
2. Christopher J. Neylan, BA Scott M. Damrauer, MD Rachel R. Kelz. The role of body mass index class in cholecystectomy after acute cholecystitis: An American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program analysis. Presented at the 11th Annual Academic Surgical Congress, Jacksonville, FL, February 2–4, 2016
3. Chang WT, Lee KT, Huang MC, Chen JS, Chiang HC, Kuo KK, Chuang SC, Wang SR, Ker CG (2009) The impact of body mass index on laparoscopic cholecystectomy in Taiwan: an oriental experience. J Hepatobiliary Pancreat Surg 16:648–654
4. Bonfrate, L., Wang, D.Q., Garruti, G., Portincasa, P. Obesity and the risk and prognosis of gallstone disease and pancreatitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2014; 28:623–635.
5. Fradin, K., Racine, A.D., Belamarich, P.F. Obesity and symptomatic cholelithiasis in childhood: Epidemiologic and case-control evidence for a strong relation. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58:102–106.
6. Laparoscopic Cholecystectomy in the Super Morbidly Obese Patients Muhammad Asad Khan, MD, Roman Grinberg, MD, Stelin Johnson, RPAC, John N Afthinos, MD, Karen E Gibbs, MD. Staten Island University Hospita SAGES 2013Poster – Poster Presentations
7. Sidhu RS, Raj PK, Treat RC, Scarpino MA, Tarr SM (2007) Obesity as a factor in laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 21:774–776

**ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ
С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА.**

Ничитайло М.Ю., Литвиненко А.Н., Огородник П.В., Лукеча И.И., Назарко Л.Р

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова.

Проведено изучение результатов выполнения лапароскопических вмешательств у больных с ожирением разных ступней, которым было выполнено оперативные вмешательства по поводу желчнокаменной болезни с использованием миниинвазивных методик хирургического лечения с 1993г. по 2016г. За 23 года работы отделения лапароскопической хирургии и холелитиаза НИХиТ им. А. А. Шалимова НАМНУ было выполнено 20750 лапароскопических операций, из них 1970 операций больным с различными степенями ожирения. Все оперативные вмешательства выполнялись при низком внутрибрюшинном давлении и с использованием специальных технических приемов и специальных инструментов. В 11,7% больных была конверсия. Осложнения после перенесенного оперативного вмешательства наблюдались в 107 (5,9%) больных. Длительность операции у больных с различными степенями ожирения составляла в - 147,1± 2.9хв.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит, индекс массы тела, лапароскопическая холецистэктомия.

**FEATURES OF SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH VARYING DEGREES
OF OBESITY WITH LAPAROSCOPIC APPROACH.**

Nychitaylo M.E, Lytvynenko A.N, Ogorodnik P.V Lukecha I.I, Nazarko L.R

National Institute of Surgery and Transplantology A.A. Shalimov

The study of the results of laparoscopic interventions in patients with obesity of various feet was performed, which was performed surgical interventions for cholelithiasis with the use of minimally invasive methods of surgical treatment since 1993. to 2016g. For 23 years of the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis NIHIT im. AA Shalimova, NASU performed 20,750 laparoscopic operations, of which 1970 operations were performed for patients with different degrees of obesity. All surgical interventions were performed with low intraperitoneal

pressure and using special techniques and special instruments. In 11.7% of patients there was a conversion. Complications after the transferred operative intervention were observed in 107 (5.9%) patients. The duration of surgery in patients with different degrees of obesity was -147.1 ± 2.9 min.

KEYWORDS: cholelithiasis, calculous cholecystitis, body mass index, laparoscopic cholecystectomy.

УДК: 616.37- 002 :616- 003.4:616.43/. 45

МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Терешкевич І.С., Щербина С, І., Єрмак Н.А.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний панкреатит, псевдокісти, головна панкреатична протока;

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический панкреатит, псевдокисты, главный панкреатический проток;

KEY WORDS: chronic pancreatitis, pseudocysts, main pancreatic duct;

Хронічний панкреатит (ХП) - це прогресуюче дегенеративне захворювання підшлункової залози з періодичними загостреннями та ремісіями, що проявляється болювим синдромом, порушенням екзокринної та ендокринної функцій органу з розвитком його фіброзу та високим ризиком малігнізації. Захворюваність хронічним панкреатитом складає від 4 до 7 випадків на 100 000 населення в рік, а поширеність – 1 хворий - на 2400 населення.[1] Кількість хворих на хронічний панкреатит у світі за останні десятиріччя зросла вдвічі, а первинна інвалідизація досягла 15%.[1,6] Високі показники захворюваності спостерігаються як у бідних державах, що пов'язують з недостатнім харчуванням, так і у високорозвинених – у зв'язку з підвищеним вживанням жирів тваринного походження та алкоголю.

Виразений больовий синдром та морфологічні зміни в протоковій системі підшлункової залози є основними напрямками інтервенційної терапії при ХП. Декомпресія головної панкреатичної протоки (ГПП) на сьогоднішній день виконується як хірургічним (повздожня панкреатоєюностомія, операція Фрея), так і ендоскопічним транспілярним доступами [6,7]. Сучасні підходи при ендоскопічному лікуванні ХП включають: папілотомію, вірсунготомію, дилатацію стриктур ГПП, механічну літотрипсію та вірсунголітоекстракцію, ендопанкреатичне стентування, трансмуральне та транспілярне дренивання хронічних псевдокіст. При великих, множинних конкрементах ГПП в останні роки широко застосовують методику ударно-хвильової дистанційної літотрипсії, що дозволяє досягти задовільних результатів лікування у 70-95% пацієнтів [6]. Застосування дистанційної літотрипсії при конкрементах ГПП дає можливість фрагментувати їх до дрібних уламків, які згодом легко видаляються ендоскопічним транспілярним доступом в порожнину дванадцятипалої кишки.

Псевдокісти підшлункової залози, як ускладнення ХП, виникають в результаті довготривалої обструкції ГПП внаслідок фіброзних стриктур та вірсунголітіазу, що призводить до екстравазації панкреатичного соку та формування рідинних утворень [2,3,5]. Показами для дренивання псевдокіст є больовий синдром, інфікування кісти, обструкція шлунково-кишкового та біліарного тракту, формування нориці та прогресивне збільшення кісти. На сьогоднішній день застосовують різні доступи до дренивання псевдокіст підшлункової залози, що включають традиційні операції, ендоскопічне та черезшкірне дренивання під контролем УЗД чи рентгеноскопії. Летальність при традиційних оперативних втручаннях сягає 5%, рецидиви спостерігають у 10-30%, ускладнення (кровотечі, неспроможність анастомозів, утворення зовнішніх панкреатичних нориць) – у 15-30% [4,5]. Летальність та виникнення ускладнень залежать від правильності вибору лікувальної тактики в кожному конкретному випадку, але очевидно зростають при використанні травматичних традиційних оперативних втручань [2, 3].

Ендоскопічний метод лікування псевдокіст підшлункової залози показав свою високу ефективність (55-76%), малоінвазивність, хороші безпосередні та віддалені результати лікування, при кількості ускладнень 5-8% і частоті виникнення рецидиву кісти 5-16%[4,6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 87 пацієнтів з хронічним панкреатитом та його ускладненнями, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2007 по 2017 роки. Серед досліджуваних хворих було 65 (74,7%) чоловіків та 22 (25,3%) жінок. Середній вік пацієнтів склав $53,1 \pm 7,5$ років.

В комплексному обстеженні пацієнтів використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи, що включали: ультразвукове обстеження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, магнітно-резонансну панкреатикохолангіографію та ендоультразвукове дослідження. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою дуоденоскопів JF-1T 40, TJF-1T 10, TJF – 160 VR Olympus, конвексним ехоендоскопом Olympus GF-UCT 140 із частотою 6–12 МГц з УЗ-центром Olympus EU-ME1 під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція). Ендоскопічні операції виконували папілотомами KD-20, KD-22 ("Olympus", Японія) і Boston Scientific (США), гнучкими гідрофільними провідниками (Jagwire, Dreamwire Boston Scientific (США), пункційними голками Boston Scientific, балонними дилататорами B-400N-0830 ("Olympus", Японія) або CRE ("Boston Scientific", США). Для біліарного та ендопанкреатичного стентування використовували стенти типу "pig tail" діаметром 5 - 10 Fr ("Olympus", Японія) або прямі стенти діаметром 5-10 Fr Advanix ("Boston Scientific", США, NaviFlex RX Delivery System) та металічні стенти з пам'яттю форми Wallstent RX® Biliary Metal Stent RX Biliary System (Boston Scientific, США), X-Suit NIR® biliary metallic stent (Olympus, Японія). Застосовували електрохірургічний блок Olympus та аргоноплазмовий коагулятор «ЭКОНТ 0701».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Досліджувані хворі були розділені нами на 4 групи:

ХП + стриктура ГПП + вірсунгоектазія (n=14);

ХП + стриктура ГПП + вірсунголітіаз (n= 12);

ХП + тубулярний стеноз загальної жовчної протоки (n=16);

ХП ускладнений псевдокістами підшлункової залози (n=45).

У 84 (97%) пацієнтів основною скаргою були болі в животі, у 72% – диспептичні порушення, у 21% – симптоми непрохідності шлунково-кишкового тракту, у 18% хворих – обтураційна жовтяниця, у 75% - зниження маси тіла та у 82% - фізична та психоемоційна астенізація.

При фізикальному обстеженні хворих аналізували стан протокової системи і паренхіми підшлункової залози, розміри конкрементів ГПП та їх локалізацію, а також топографію, розмір, вміст та стан стінки хронічної псевдокісти.

Пацієнтам першої групи виконували папілотомію, вірсунготомію, балонну дилатацію стриктур ГПП з подальшим встановленням ендопанкреатичного стенту. Дилатацію стриктур виконували балонними дилататорами (4-10мм) та дилатаційними катетерами з експозицією 40-60с [Рис. 1].

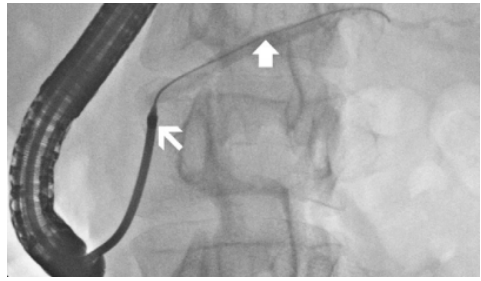


Рисунок 1.
**Етапи дилатації
та стентування стриктури ГПП**

При складних стриктурах у 3 випадках застосовували дилататор Soehendra. [Рис. 2].

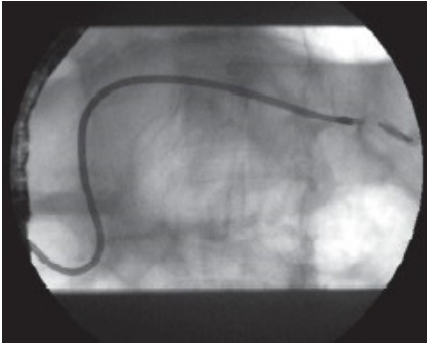


Рисунок 2. Дилатація стриктури ГПП дилататором Soehendra

В другу групу (вірсунголітіаз) - були включені пацієнти з розмірами конкрементів ГПП до 7 мм [Рис. 3].

Одиничні конкременти мали місце у 8 пацієнтів, ще у 4 були множинні конкременти (2-4). У дев'яти з дванадцяти хворих конкременти знаходились в голівці, у двох - в перешийку і у одного – в тілі підшлункової залози. Всім пацієнтам виконували папілотомію, вірсунготомію, дилатацію стриктури протоки з подальшим видаленням конкрементів кошиком Дормія та балонними екстракторами. Повної санації протокової системи вдалось досягти у 10 пацієнтів.



Рисунок 3. Вірсунголітіаз



Рисунок 4. Хронічний панкреатит. Тубулярний стеноз жовчодаху

Віддалені результати лікування перших двох груп вдалось відслідкувати у 22 випадках (період спостереження 2-8 років). Хороші результати лікування (відсутність болювого синдрому, набір ваги тіла) - відмічено у 13 (59%) пацієнтів. Задовільні результати (полегшення болювого синдрому, зменшення прийому анальгетиків) відмітили у 5 (23%) хворих. Незадовільні результати (рецидив стриктури ГПП та вірсунголітіаз) мали місце у 4 (18%) випадках, у 2 з них - операцію Фрея.

Пацієнтам третьої групи (тубулярний стеноз жовчодаху) виконували папілосфінктеротомію, дилатацію стриктури загальної жовчної протоки та ендобіліарне стентування [Рис. 4].

Восьми хворим з метою повноцінної регресії зони стенозу було встановлено 2 ендобіліарні стенти 10 F, ще двом – покриті нітінолові стенти. Тривалість лікування в даній групі сягала 12-16 місяців, з періодичними замінами пластикових стентів кожні 3-4 місяці. Віддалені результати лікування прослідковані у 14 пацієнтів. Рецидив тубулярного стенозу спостерігали у 4 (29%) хворих, яким виконана гепатикоєюностомія на петлі кишківника по Ру.

Хронічний панкреатит, ускладнений псевдокістами підшлункової залози (4 група хворих) спостерігали у 45 пацієнтів. Ендоскопічне трансмуральне дренивання псевдокіст під контролем ехоендоскопу виконано у 35(78%) хворих [Рис. 5].

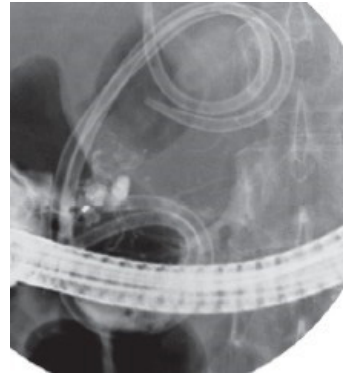
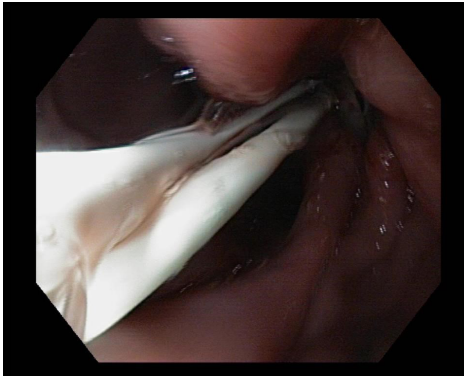


Рисунок 5. Ендоскопічне трансмуральне стентування псевдокісти

У 26 з них втручання проводилось через стінку шлунка та у 9 – трансдуоденально. Для дренивання використовували 1 чи 2 тефлонових стенти 10 F «double pigtail». Умови для трансмурального дренивання псевдокіст вважали: формування стінок кісти (від 6 міс), тісне прилягання стінки псевдокісти до шлунка чи ДПК, їх спільна стінка до 1см, відсутність судин в зоні формування стоми.

У 16 пацієнтів трансмуральне дренивання псевдокіст поєднували з транспапільярними декомпресивними втручаннями (дилатація стриктур ГПП-2, вірсунголітоекстракція- 4, ендопанкреатичне стентування- 7).

У 4 випадках лікували ускладнення у вигляді шлунково-кишкової кровотечі (кровотечу зупинено ендоскопічно) та у 2 – неспроможність цистогастростоми (проведено відкрите дренивання псевдокісти, ушивання стінки шлунка). В інших випадках ускладнень не спостерігали, хворі виписані в задовільному стані на амбулаторне лікування за місцем проживання. Через 2 місяці (термін формування цистогастро-, цистодуоденоанастомозу) в амбулаторному порядку ендоскопічно хворим видаляли встановлені стенти. При контрольному огляді у 30 пацієнтів через 3, 6, 12 та 24 місяців рідинних утворень в проекції ПЗ не виявлено. У 5 (14%) хворих виник рецидив кісти, трьом з них

виконали повторне ендоскопічне дренивання, а 2 – цистопанкреатоєюностомію по Ру.

При розмірах кісти менше 6 см та за наявності обструкції головної панкреатичної протоки стриктурою чи конкрементом у 10 хворих проводили ендоскопічну дуальну папілотомію з транспапілярним ендопанкреатичним стентуванням використовуючи один чи кілька пластикових стентів 7-10 F [Рис. 6].

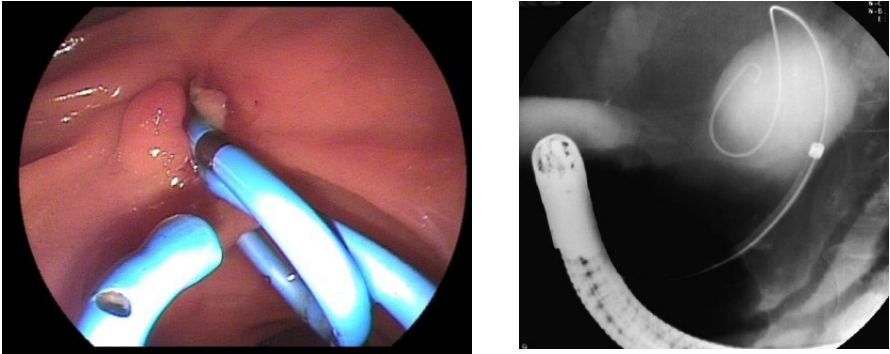


Рисунок 6. Ендоскопічне транспапілярне дренивання псевдокісти

Обов'язковою умовою транспапілярного дренивання псевдокіст є сполучення кісти з головною протокою підшлункової залози. Більшість хворих вказували на покращення загального стану, зменшення больового синдрому вже на 1-2 добу після втручання, а на 7-9 добу їх виписували додому під нагляд лікаря-хірурга поліклініки за місцем проживання та подальшим контролем в клініці через 3, 6, 12 місяців.

Рецидив кісти після транспапілярного дренивання мав місце у 2 (20%) хворих. В одному випадку це стало показом до проведення цистоеюностомії з виключенням кишки по Ру з лапароскопічного та у 1 випадку - з лапаротомного доступу.

ВИСНОВКИ.

1. Ендоскопічні транспапілярні втручання при хронічному панкреатиті є безпечною та ефективною альтернативою традиційним хірургічним операціям, що дозволяють в більшості випадків ліквідувати явища протокової гіпертензії та зменшити больовий синдром у даної категорії хворих.
2. Ендоскопічне трансмуральне та транспапілярне дренивання може бути використане як пріоритетний спосіб лікування псевдокіст підшлункової залози з мінімальним ризиком ускладнень.
3. Всі вищенаведені втручання необхідно виконувати в спеціалізованих хірургічних центрах з необхідним технічним забезпеченням та досвідченими спеціалістами.

Література.

4. Adler JM, Gardner TB. Endoscopic Therapies for Chronic Pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 2017 Jul;62(7):1729-1737
5. Alali A, Mosko J, May G, Teshima C. Endoscopic Ultrasound-Guided Management of Pancreatic Fluid Collections: Update and Review of the Literature. *Clin Endosc.* 2017 Mar;50(2):117-125.
6. Amin S, Yang DJ, Lucas AL, Gonzalez S, DiMaio CJ. There Is No Advantage to Transpapillary Pancreatic Duct Stenting for the Transmural Endoscopic Drainage of Pancreatic Fluid Collections: A Meta-Analysis. *Clin Endosc.* 2017 Jul;50(4):388-394.
7. Okuno N, Hara K, Mizuno N, Hijioka S, Kuwahara T, Fujita A, Niwa Y. Advanced technique for the treatment of chronic calculous pancreatitis using endoscopic ultrasound-guided pancreatic duct drainage. *Endoscopy.* 2017 Aug;49(8):E197-E199
8. Rückert F, Lietzmann A, Wilhelm TJ, Sold M, Kähler G, Schneider A. Long-term results after endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: A single-center experience. *Pancreatology.* 2017 Jul - Aug;17(4):555-560
9. Tandan M, Talukdar R, Reddy DN. Management of Pancreatic Calculi: An Update. *Gut Liver.* 2016 Nov 15;10(6):873-880.
10. Yang D, Forsmark CE. Chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol.* 2017 Sep;33(5):396-403.

СТРУКТУРА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИМУЛЬТАНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Мішалов В.Г., Маркулан Л.Ю., Лещин І.М., Бик П.Л., Огороднік Т.О., Панчук О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

МЕТА РОБОТИ - визначити структуру післяопераційних ускладнень симультаних операцій у хворих похилого та старечого віку на тлі гіпертонічної хвороби та цукрового діабету.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Проведено ретроспективний аналіз 85 історій хвороби пацієнтів похилого та старечого віку (45% жінки та 55% чоловіки у віці від 56 до 90 для жінок і від 61 до 90 для чоловіків в середньому $67,2 \pm 1,9$ років) з поєднаними хірургічними захворюваннями супутньою гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом, які лікувались в Олександрівській міській клінічній лікарні м. Києва за період з 2011 по 2016 рік. Критерії включення: чоловіки та жінки похилого та старечого віку, перенесена симультанна операція, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет. Критерії виключення: вік менший за 56 років для жінок та 61 рік для чоловіків, наявність онкологічної патології, наявність гінекологічної патології, відсутність цукрового діабету та гіпертонічної хвороби, високий ризик оперативного лікування за шкалою $ASA > III$, ризик по шкалі $CEPOD > 2$ ступеню. Хірургічними поєднаними захворюваннями були: калькульозний холецистит-37%, кила черевної стінки-26%, птоз передньої черевної стінки- 19%, кишкова непрохідність-12% інша хірургічна патологія-6%. Для підготовки до оперативного лікування пацієнтів виконували інструментальні дослідження: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, аналіз на глікокований гемоглобін крові, УЗД ОЧП, Ro ОЧП, Ro ОГП, ЕХО серця, Кт ОЧП, спірометричні тести, вимірювання внутрішньо-черевного тиску, вимірювання антропометричних даних пацієнта, оцінка за шкалою ASA, CEPOD, консультації: кардіолога, невропатолога, ендокринолога, анестезіолога.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

На базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період дослідження у відділенні загальної хірургії 718 пацієнтам виконано симультанне оперативне лікування з них 85 (11,8%) хворих похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом. Хворим проводили передопераційну підготовку у залежності

від об'єму оперативного лікування, віку пацієнта та тяжкості супутньої патології. Всім пацієнтам виконано симультанне оперативне лікування. В післяопераційному періоді отримували антибактеріальну терапію, антикоагулянтну терапію, корекцію глікемічного профілю, корекцію артеріального тиску, знеболення.

Результати лікування оцінювали за частотою виникнення ускладнень: поверхневі інфекції області хірургічного розрізу - 7 (5,95%), глибокі інфекції області хірургічного втручання - 4 (3,4%), гостра спайкова кишкова непрохідність - 1 (0,85%), стресові виразки товстого та тонкого кишківника - 1(0,85%), шлунково-кишкові кровотечі - 1(0,85%), ускладнення гіпертонічної хвороби - 3 (2,55%), декомпенсація цукрового діабету - 3(2,55%), пневмонія - 1(0,85%), лігатурні нориці - 0%, післяопераційні киля - 1(0,85%). Летальність складала - 3(2,55%).

ВИСНОВКИ:

При виконанні хворим похилого та старечого віку симультанних операцій на фоні супутньої гіпертонічної хвороби та цукрового діабету основними ускладненнями являються інфекції області хірургічного втручання 11 (9,35%) хворих, ускладнення супутньої патології 6 (5,1%) хворих. Для лікування таких хворих необхідна ретельна підготовка хірургічного та анестезіологічного забезпечення та детальне прогнозування післяопераційних ускладнень.

УДК 616·002.3·89: 615.361.014.41

ПЛАСТИКА РАНЬОВИХ ДЕФЕКТІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ ТА СТУПНІ СКЛАДНИМИ ВАСКУЛЯРИЗОВАНИМИ "ОСТРІВЦЕВИМИ" КЛАПТЯМИ

Петренко О. М.¹, Безродний Б. Г.¹, Радомський О. А.²

¹Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Проліковано 27 пацієнтів із рановими дефектами пальців кистей та ступнів за період з 2015 по 2017 роки у віці від 36 до 65 років. При досягненні сприятливих умов в рані проводили пластику місцевими тканинами. Усім пацієнтам було виконано пластичне закриття ранових дефектів складними "острівцевими" клаптями як заключний етап лікувальної програми. Дефекти в ділянці пальців кистей та стоп, а також плюсни та передплюсни закривали за допомогою васкуляризованих острівцевих клаптів. В результаті вдалось досягти повного загоєння ранових дефектів

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ранові дефекти ступнів та кистей, осьові судини, "острівцеві" клапті

Пацієнти із відкритими дефектами ступнів та кистей внаслідок перенесених гнійно-некротичних процесів в даних ділянках становлять значну частину пацієнтів гнійних відділень [3]. Необхідність закриття ранових дефектів кистей та ступнів після ампутацій є загальною причиною, оскільки консервативна терапія, яка триває, як правило ряд місяців, нерідко призводить до формування виразок. Рубці в ділянках дефектів завжди болючі, часто некротизуються, що в свою чергу призводить до подальших реампутацій. Не дивлячись на багатий арсенал, методи, що традиційно застосовуються в пластичній хірургії (аутодермопластика, італійська та індійські пластики, пластика філатівським стеблем) не завжди дозволяють вирішити дану задачу [1].

Дана обставина спонукала вчених до пошуку нових способів пластики закриття ранових дефектів. В 70-х роках минулого сторіччя анатомічні та експериментальні дослідження дозволили ввести у клінічну практику клапті із осьовим кровообігом. Завдяки замкнутій системі кровообігу, орієнтованій вздовж осі клаптя, їх стали застосовувати для невеликої пластики у вигляді "острівцевих" та ротаційних клаптів [2].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: оптимізувати результати лікування пацієнтів із дефектами кистей та ступнів шляхом закриття дефектів за допомогою острівцевих та ротаційних клаптів.

МЕТОДИ ТА МАТЕРІАЛИ.

За період 2015-2017 років у відділення гнійної хірургії міської лікарні № 4 (клінічна база кафедри хірургії № 2 національного медичного університету імені О.О.Богомольця) було проліковано 27 пацієнтів із відкритими рановими дефектами кистей та ступнів.

Чоловіків було 23 пацієнта, жінок – 4. Середній вік пацієнтів становив 53 роки. Ранові дефекти у пацієнтів сформувались внаслідок відмороження - 22 хворих, та після проведення некректомій на рівні пальців ступнів у 5 пацієнтів із некротичними ускладненнями синдрому діабетичної ступні (СДС). 18 пацієнтів із відмороженнями IV ступеню мали ранові дефекти на рівні плюсни та передплюсни, 2 пацієнти мали дефекти заднього відділку п'ят. У двох хворих із відмороженнями IV ступеню пальців кистей (20 пальців), ранові дефекти локалізувались на рівні основних та проксимальних фаланг. Пацієнти із діабетичною ступнею мали дефекти на рівні головки плюсневої кістки I пальця. Усіх пацієнтів, окрім хворих із відмороженнями кистей, раніше було прооперовано, проводилась місцева терапія ранової поверхні. Рани очистились та почали гранулювати, зменшився перифокальний набряк, покращився загальний стан хворих. В середньому передопераційна підготовка ран до пластичного закриття тривала близько 2-3 тижнів після проведення некректомій та ампутацій. Пацієнтам із відмороженням пальців кистей було проведено ампутацію некротичних тканин із послідуною первинною пластикою ранових дефектів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Основною задачею оперативного лікування при відмороженнях IV ст. кисті на рівні дистальних, основних та проксимальних фаланг було формування максимально довгої, функціонально здатної кукси. При некрозі дистальних та середніх фаланг традиційний метод ампутації передбачає пересічення фаланги проксимальніше рівня пересічення м'яких тканин. На куксі формується повноцінний шкірний покрив, але її довжина скорочується на 0,5-1 см, що особливо не бажано при ампутаціях I та II пальців на рівні проксимальних фаланг, у зв'язку із їх функціональним значенням.

На цьому рівні ми віддавали перевагу пластиці трикутними клаптями на судинно-нервовій ніжці, сформованої долонної поверхні цього ж пальця. У закордонних публікаціях даний спосіб називають « V – Y пластикою». Його широко застосовують при травматичних ампутаціях дистальних кінчиків пальців [5].

Операція технічно не складна. Біля основи пальця накладають джгут. Після циркулярного пересічення м'яких тканин по лінії демаркації та перепилювання на цьому ж рівні кісткової фаланги на шкіру пальця наносять контури острівцевого трикутного клаптя. Основа трикутника, повернутого дистально, має бути не менше діаметра кукси пальця, а бокові сторони трикутника – більше основи. Чим більше торцева рана зміщена в бік долоні, тим більше мають бути бокові сторони трикутного клаптя.

Після пересічення шкіри по контуру клаптя, його тупо відсепаровують від країв рани та, підтягуючи за його основу відділяють від фіброзної піхви сухожилля згиначів. Іноді судинно-нервовий пучок видно на дні рани, і трикутній клапоть стає острівцевим. Однак судинно-нервовий пучок не обов'язково виділяти, його досить лише мобілізувати. Потім клапоть зміщують дистальніше на 0,5-1 см, закриваючи ним рану торця кукси та фіксують швами. Рану, що залишилась після переміщення зашивають.

Довжина сформованої кукси залишається максимальною. Шкіра на її торці безболісна, зберігається її рухливість та чутливість. Незадовільні результати - некроз більше половини клаптя та нагноєння із оголенням некротизованої кісткової фаланги було відмічено на одному пальці. Останнє ускладнення було зумовлене недостатньо радикальним видаленням змертвілих ділянок кістки. В таких випадках після стихання гострого запалення проводили реампутацію некротизованої ділянки фаланги та накривали заново сформованим трикутним клаптем.

Дефекти I пальця ступні. Операції, що виконуються з приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС на пальцях ступні складають більш ніж 60% від кількості втручань, які виконуються при даній патології [4]. Функціональна значимість сформованих кукс пальців на ступні менше, ніж на кисті. Лише при ураженнях I та V пальців принцип збереження має таке ж значення, що і на кисті.

При дефектах дистальної фаланги, м'яких тканин, які залишились на підошвенній ділянці ступні, зазвичай достатньо для формування трикутного острівцевого клаптя. В нашій практиці добрі результати при ранових дефектах I та V пальців було отримано при пластиці прапорцевим клаптем за R. Vilian (1972), який викроювали на тильній поверхні залишків пальців.

Даний клапоть зміщують до підошвенного краю рани кукси та закривають ним зпилену проксимальну фалангу I пальця та головку I плюсневої кістки, що дозволяє зберегти частину проксимальної фаланги пальця або головку I плюсневої кістки, сесамовидні кістки, зв'язки і тим самим уникнути кульгавості. Рану на тилі кукси пальця заміщують розщепленим шкірним трансплантатом.

Нами виконано 5 операцій по закриттю дефектів I пальця ступні із застосуванням прапорцевого клаптя. Ускладнень не було.

У пацієнтів із рановими дефектами на рівні основи пальців та головок плюсневих кісток рановий дефект може бути замінено острівцевим тильним клаптем ступні на дистальній судинній ніжці. Однак незначний досвід виконання операцій за даною методикою не дає нам робити перспективні висновки. Однак, іншого одномоментного способу відновлення повноцінного шкірного покриву в дистальному відділку ступні, крім мікрохірургічних методик, не існує.

Плюсна та передплюсна. Після ампутації ураженого сегменту площа рани, що утворилась рідко перевищує 50-100 см². Враховуючи нестачу донорських ресурсів на ступні для закриття дефекту необхідно проводити пластику складними шкірним клаптем із інших сегментів кінцівки або вільну пересадку комплексу тканин. Серед можливих варіантів оперативного лікування слід розглядати укорочення кісткової кукси із зашиванням рани, пластику розщепленим шкірним трансплантатом рани торця кукси, перехресну пластику заднім клаптем гомілки, пластику острівцевим клаптем гомілки, мікрохірургічну пластику складного шкірного клаптя.

Пластика "острівцевим" переднім чи латеральним клаптем з гомілки є одним із

варіантів вибору оперативного лікування для збереження максимальної довжини кісткового сегменту плюсни та передплюсни [6].

Даний спосіб пластики було застосовано у 18 пацієнтів із дефектами передньої поверхні ступнів на рівні плюсни та передплюсни, що утворились внаслідок відмороження пальців IV ступеню. Усім пацієнтам було проведено пластику дефектів острівцевим латеральним клаптом гомілки. Проводили розріз шкіри, клітковини, та глибокої фасції по передній межі клаптя. Фасцію підшивали до шкіри кількома швами, щоб попередити пошкодження дрібних судин. Потім фасцію обережно відсепаровували від переднього великогомілкового м'язу до перегородки. При виявленні перфорантних судин більш ніж 0,5 мм останні виділяли вглиб перегородки до передніх великогомілкових судин. Із 3-4 артерій передньої міжм'язової перегородки практичне значення має верхня артерія, що супроводжує малоомілковий поверхневий нерв. Через 3-6 см від початку артерія віддає першу найбільш значну гілку, а потім супроводжує поверхневий малоомілковий нерв, віддаючи при цьому від 1 до 4 більш дрібних гілочок до шкіри. По ходу судинного пучка виділяють і інші артерії, які у 95% випадків проходять по обидва боки м. *extensor digitorum longus*. Дані артерії не є постійними. Вони можуть також перфорувати м'язи та виходити до шкіри маючи при цьому розміри до 1,0 мм завтовшки. Для більш повноцінного та зручного виділення даних артерій проводили висічення м. *extensor digitorum longus* на всьому протязі великогомілкової артерії до точки ротації. Одного такого шкіряного судинного клаптя достатньо для живлення клаптя за площею 120-140 см². Після виділення судин закінчували формування клаптя окаймлюючим розрізом по задній його межі. Вище місця відходження шкірних артерій та вен перев'язували та пересікали передні великогомілкові судини, проводили їх мобілізацію на достатній відстані, коагулюючи при цьому пересічені м'язові гілочки. Після виділення "острівцевого" клаптя проводили його ротацію. Точка ротації знаходилась на 5-8 см вище латеральної кісточки. Після ротації "острівцевий" клапоть переміщували до раньового дефекту через окремий розріз, проводили часткове ушивання дефекту та дерматомну пластику донорської ран.

У всіх пацієнтів клапті та транспланти в донорській ділянці прижилися повністю. Ускладнень не було. Хворі виписані додому у задовільному стані із повністю функціональною ступнею та можливістю самостійно пересуватись.

На відміну від мікрохірургічних пересадок, така пластика менш довготривала. Вона виконується однією бригадою хірургів протягом 2½-3 годин, що дає можливість виконання її під перидуральною анестезією.

ВИСНОВКИ.

Пластика ранових дефектів пальців ступні та кисті пластики "острівцевими" трикутними та прапорцевими клаптями дозволяє повністю відновити повноцінний шкірний покрив на куксі. Застосування складних клаптів із осьовим кровообігом в пластичній та реконструктивно-відновній хірургії ран після ампутацій на рівні плюсни та переплюс-

ни дозволяє покращити функціональні та косметичні результати лікування даної групи пацієнтів

Література:

1. Кичемасов С.Х. Кожная пластика лоскутами из осевым кровообращением при ожогах и отморожениях IV степени / Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. СПб.: Гиппократ, 2012. - 287 с.
2. Кочиш А.Ю. Анатомо-клинические обоснования пластики осевыми сложными кожными лоскутами на нижней конечности: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 44с.
3. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Г.Д. Никитин, И.П. Карташев, А.В. Рак. – С-Пб.: Сюжет, 2001. – 191 с.
4. Токмакова А.Ю., Доронина Л.П., Страхова Г.Ю. Хронические раны и сахарный диабет: современная концепция и перспективы консервативного лечения // Сахарный диабет. – 2010. - № 4. – С. 63-68.
5. Ponten B. The fasciocutaneous flap: its use in soft tissue defects // Brit. J. Plast. Surg. – 1981.– Vol. 34. № 2. – P. 215 – 220.
6. Yoshimura M. Imura S. Shimamura K. et al. Peroneal flap for reconstruction in the extremity: preliminary report // Plast. Reconstr. Surg. – 1984. – Vol. 74, №3. – P. 402 –409.

ЯТРОГЕННІ ТРАВМИ АРТЕРІЙ У ДІТЕЙ

Петров В.Ф., Кобза Т.І.

Львівська обласна клінічна лікарня

Ятрогенні ушкодження становлять вагому частку травм артерій у дітей. В той же час, невисока поширеність цього захворювання підвищує клінічний інтерес до кожного випадку.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.

Проаналізовані випадки дітей, які знаходились на лікуванні в Львівській обласній клінічній лікарні з 2004 по 2017 р.р. з приводу ятрогенних пошкоджень артерій і потребували лікувальних втручань на судинах.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ.

За період спостереження виявлено 6 випадків дітей, віком 2-16 (mean 13±5,9) років, хлопчиків – 4, артерій ніг – 4, рук – 2, проникаючих травм судин – 6, права сторона ураження – 3.

Діагностовані пошкодження: гостре пересічення артерії – 1, посттравматичне відшарування інтими з тромбозом – 2, посттравматична псевдоаневризма – 2, артеріовенозна фістула – 1. Серед діагностованих пошкоджень гострих станів – 4, хронічних (хронічна посттравматична аневризма, артеріовенозна фістула) – 2.

Етіологія травм: венепункція (введення кальцію хлориду), артеріопункція для інвазивного вимірювання артеріального тиску, артеріопункція за Сельдінгером для ендovasкулярного втручання, інтраопераційне пересічення при корекції варикоцеле, травма інструментом під час остеосинтезу – 2. Середній час від отриманої травми до встановлення судинного діагнозу – 56 днів, від 0 (інтраопераційна артеріальна кровотеча) до 6 міс (артеріовенозна фістула після внутрішньовенної ін'єкції); гострі стани – 4 дні, посттравматичні наслідки – 135 днів.

Показами до хірургічних втручань були: гостра ішемія – 3, активна кровотеча – 1, біль і пульсуючий утвір – 2. Хірургічні втручання виконані 5 дітям, комбіноване втручання – 1 (ендоваскулярна емболізація цільової артерії і дренивання напруженої гематоми). Види хірургічних втручань: лігування артеріовенозної фістули – 1, резекція

травмованої ділянки з анастомозом кінець-в-кінець – 1, аутовенозне протезування – 2, ампутація гомілки – 1. Застосовані аутовенозні протези – велика підшкірна вена (для стегнової артерії) – 1, головна вена (для плечової артерії) – 1.

У 5 випадках досягнута ефективна реваскуляризація кінцівок без ранніх післяопераційних ускладнень. В одному випадку виконана ампутація гомілки на ґрунті пізно діагностованої ішемії.

ВИСНОВКИ.

Ятрогенні травми артерій стаються нечасто, однак загрожують важкою морбідністю і летальністю. Настороженість щодо можливих ускладнень під час лікувально-діагностичних втручань і вчасна діагностика пошкоджень дозволяють ефективно усувати наслідки таких травм.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: травми артерій, судини дітей, ятрогенія.

УДК 616.37–002–085.281–039.72

ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА НАБРЯКОВИЙ ТА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Петрушенко В.В., Столярчук О.В., Гребенюк Д.І., Білик О.М.,
Ляховченко Н.А., Зацерковна О.М., Леванчук А.С., Паньків К.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Гострий панкреатит продовжує залишатись актуальною проблемою як у хірургії, так і в інтенсивній медицині. Дисбаланс між процесами пероксидації та антиоксидантним статусом прийнято називати оксидативним стресом, який розглядається як основний фактор патогенезу гострого панкреатиту.

В статті наведені результати клінічного дослідження динаміки маркерів оксидативного стресу та антиоксидантного захисту у хворих на набряковий та некротичний панкреатит. Досліджено показники інтенсивності вільнорадикального окислення, перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної активності плазми крові.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий панкреатит, оксидативний стрес, антиоксидантний захист.

Гострий панкреатит (ГП) продовжує залишатись актуальною проблемою як у хірургії, так і в інтенсивній медицині. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ГП на сьогодні займає провідне місце. В Україні захворюваність на ГП за різними даними складає 5,2–6,9 випадків на 10 тис. населення [4, 5].

Близько 85% випадків ГП має прогностично відносно сприятливий перебіг, а у 15% хворих ГП має важкий та дуже важкий перебіг і потребує комплексного, дороговартісного та тривалого лікування. Загальна летальність при ГП складає 4–15%, при некротичному панкреатиті – від 15 до 70% в залежності від наявності та характеру ускладнень [2, 5].

За останні 20 років зростає кількість досліджень та публікацій, котрі вказують на активізацію вільнорадикального окислення та ослаблення антиоксидантної системи в крові та тканинах при різних патологіях. У теорію увійшов термін «вільнорадикальна патологія», а в практику, в якості лікарських засобів, впроваджується велика кількість антиоксидантів [6, 7, 8]. Порушення вільнорадикального окислення, котре є важливою складовою метаболічних процесів в організмі, вважається раннім і універсальним неспецифічним показником наявності пошкоджень і є характерним для багатьох патологічних процесів.

На сьогодні доведено, що розвиток ГП супроводжується перекисним окисленням ліпідів та перекисним окисленням білків внаслідок утворення в них активних форм кисню [1, 3]. Дисбаланс між процесами пероксидації та антиоксидантним статусом прийнято називати оксидативним стресом, який розглядається як основний фактор патогене-

зу при ГП. В умовах швидкого зростання кількості активних форм кисню, підвищення кількості цитокінів, прямого та опосередкованого пошкодження клітинних структур, зростання гіпоксії стає критичним та катастрофічним для клітин підшлункової залози.

МЕТА РОБОТИ – оцінити динаміку маркерів оксидативного стресу та антиоксидантного захисту у хворих на набряковий та некротичний панкреатит.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження виконувалося в клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі відділення абдомінальної хірургії та відділення анестезіології та інтенсивної терапії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

У дослідженні взяли участь 47 хворих з гострим панкреатитом. Усі хворі на підставі матеріалів робочої групи з перегляду класифікації Атланта (2012) були розподілені за формами ГП: інтерстиціальний набряковий панкреатит – 21 (44,7%) хворий, некротичний панкреатит – 26 (55,3%).

Для проведення порівняльного аналізу хворих з ГП була обстежена група умовно здорових добровольців (контрольна група), яка включала 25 чоловік.

Всім пацієнтам виконували рутинне клініко-лабораторне на інструментальне обстеження згідно чинних наказів та протоколів МОЗ України.

Для оцінки активності оксидативного стресу згідно мети дослідження проводилось визначення:

- ферментів антиоксидантної системи: глутатіонпероксидаза (ГПО), глутатіонредуктаза (ГР), супероксиддисмутаза (СОД);
- продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): малоновий діальдегід (МДА);
- продуктів перекисного окислення білків (ПОБ): білкові карбонільні групи (БКГ).

Дослідження ГПО та ГР проводили за методикою Г.А. Кругликова та У.М. Штутмана (1976) та розраховували в мкмоль НАДФН₂ за 1 год на 1 мг білка. Активність СОД визначали за методикою В.А. Костюка та співавт. (1990) і розраховували в %гальм/окисл/кврт. Визначення МДА проводили за методикою Ю. А. Владимірова та співавт. (1976) і розраховували в мкмоль/л. Вміст БКГ визначали за методикою С.В. Шевчука та співавт. (Пат. України № 58110) та розраховували в мкмоль/г білка.

Фіксація результатів обстеження проводилась при госпіталізації, на 3 та 7 добу стаціонарного лікування, клінічне спостереження продовжувалось до моменту виписки зі стаціонару.

Всі одержані дані фіксувалися та піддавалися подальшій обробці із використанням пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз середніх значень лабораторних показників показав, що у хворих на ГП на момент поступлення до стаціонару рівень БКГ збільшувався на 48,8%, а МДА – на 30,9% в порівнянні з показниками здорових добровольців. Нагромадження маркерів оксидативного стресу свідчить про виражену інтенсифікацію процесів ПОЛ та ПОБ в ранній фазі ГП. Як було показано вище, проведене нами попереднє експериментальне дослідження показало зростання продуктів ПОЛ та ПОБ в плазмі крові, вірогідно через пошкодження тканини ПЗ вільними радикалами кисню. Такі спостереження співпадають з даними літератури, у якій представлено значну кількість досліджень про зв'язок збільшення АФК у ПЗ та загибелі ацинарних клітин залози. Істотна активація ПОЛ та ПОБ на початку ГП, вірогідно, обумовлена порушенням мікроциркуляції ПЗ, що виникає на тлі компресії судин при вираженому набряку залози. В цих умовах розвиток гіпоксії ацинарних клітин спричиняє перехід гліколізу на анаеробний шлях окислення з утворенням АФК та зсувом тканинного балансу антиоксидантів і прооксидантів на користь останніх, таким чином відбувається формування «оксидативного стресу». Поряд з цим вже в перші години розвитку некротичного ГП з'являються вогнища некрозів, навколо яких накопичуються нейтрофіли. В ході фагоцитозу загиблих клітин відбувається так званий респіраторний вибух із утворенням надлишку сполук і вільно радикальних форм кисню.

Накопичення продуктів ПОЛ та ПОБ у крові відбувалося на тлі компенсаторної активації глутатіонзалежної ферментної системи та СОД. Так, рівні ГПО та ГР у сироватці крові хворих на ГП перевищували такі у здорових осіб в середньому на 24,3% та 46,9% відповідно. Відмічено й зростання концентрації СОД в середньому на 21,7% порівняно з групою порівняння. У літературі можна знайти підтвердження того, що активація ферментів антиоксидантної системи, зокрема, СОД, відбувається тільки на початкових стадіях захворювання, а згодом їх активність швидко падає, особливо при тяжкому перебігу.

Аналіз динаміки маркерів оксидативного стресу показав, що середні значення МДА та БКГ на 3-ю та 7-у добу спостереження та лікування знижувалися, при цьому вони були значно вищими по відношенню до нормативних показників здорових осіб, але й достовірно нижчими в порівнянні з вихідним своїм значенням. Отже, висока інтенсивність процесів ПОЛ і ПОБ зберігається впродовж всієї ранньої (ферментативної) фази ГП із тенденцією до зниження до кінця цієї фази у хворих з неускладненим асептичним перебігом захворювання. Водночас, у випадках ускладненого некротичного панкреатита, як буде показано нижче, динаміка ПОБ і ПОЛ буде характеризуватися другою хвилею зростанням рівнів МДА та БКГ до 7-ої доби захворювання. Ймовірно, що активовані поліморфноядерні нейтрофіли та моноцити, які інфільтрують панкреатичний інтерстицій, являються подальшим джерелом активних радикалів кисню.

Рівень глутатіонзалежної антиоксидантної системи впродовж всієї ранньої фази ГП залишався нижчим за нормативні показники здорових добровольців, впродовж

3-ої та 7-ої доби від початку розвитку ГП відбувалося достовірне зниження рівнів ГПО, ГР в порівнянні з їх вихідними значеннями ($p < 0,05$), а найбільш виражене на 7-у добу у пацієнтів з ускладненим перебігом некротичного панкреатита.

Таким чином, ранню (ферментативну) фазу ГП слід розглядати як яскраву модель оксидативного стресу, коли в умовах запалення та ішемії порушується баланс перекисних реакцій, запускається анаеробний шлях гліколізу, зростає кількість недоокислених метаболітів, концентрація вільних радикалів кисню значно збільшується, а антиоксидантна система швидко виснажується. Ситуація погіршується ще й тим, що на відміну від інших органів, ПЗ має один із самих низьких рівнів вмісту антиоксидантів.

Висока інтенсивність ПОЛ та ПОБ корелює із ступенем тяжкості ГП, що визначає важливу роль вільнорадикальних форм кисню та продуктів ПОЛ у патогенезі некротичних форм ГП. Так, у хворих із некротичним панкреатитом рівень БКГ був у 1,4 рази вище, ніж у групі набрякового ГП ($p < 0,001$), а концентрація МДА в 1,5 рази перевищувала аналогічний показник хворих із набряковим ГП ($p < 0,001$).

За нашими даними, реакцію організму на оксидативний стрес при ГП відображає активність ГПО та СОД, рівень цих ферментів у сироватці крові при некротичній формі захворювання був відповідно у 1,3 та 1,2 рази вищим, ніж при набряковому ГП ($p < 0,001$).

Виявлені відмінності між показниками ПОЛ та ПОБ та антиоксидантної активності плазми хворих з набряковими та некротичними формами ГП, які зберігалися і впродовж 3 доби спостереження та лікування. Це, з одного боку, підтверджує важливу роль вільнорадикальних форм кисню, продуктів ПОБ і ПОЛ у патогенезі розвитку некротичних форм ГП. З іншого боку, рекомендацією для диференційної діагностики форми ГП може бути визначення рівнів БКГ, МДА, ГПО, ГР та СОД у сироватці крові, що може бути інформативним впродовж перших 3-х діб захворювання. Нарешті, виявлені закономірності стану ПОЛ, ПОБ та антиоксидантної системи визначають строки проведення антиоксидантної терапії, при цьому незалежно від форми ГП, а ранню (ферментативну) фазу захворювання слід вважати абсолютним показом для проведення модуляції оксидативного стресу.

Роль оксидативного стресу в патогенезі ГП підтверджено й при аналізі показників ПОЛ, ПОБ та антиоксидантної системи у хворих із різним ступенем тяжкості синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Виходячи з проаналізованих даних, вміст БКГ достовірно збільшувався по мірі зростання тяжкості ССЗВ. Більш тісний зв'язок з тяжкістю ССЗВ мав маркер ліпопероксидації – МДА, вміст якого також зростав. Активність ГПО достовірно збільшувалася по мірі зростання тяжкості ССЗВ. Нарешті, вміст СОД у сироватці крові хворих зменшувався по мірі збільшення тяжкості ССЗВ. Остання найсильніше корелювала з рівнем МДА ($r = 0,257$, $p < 0,05$) та СОД ($r = -0,272$, $p < 0,05$), дещо слабше – з вмістом БКГ ($r = 0,217$, $p < 0,05$) та ГПО ($r = 0,204$, $p < 0,05$) у сироватці крові. Дані ефекти в цілому були очікуваними, оскільки за існуючими даними, пошкоджені ацинарні клітини вивільняють вільні радикали кисню та продукти ПОЛ, які здатні активувати нейтрофіли з подальшим розвитком і потенціюванням ССЗВ і мікроциркуляторними розладами.

Отже, дисбаланс в окислювальному статусі з накопиченням великого надлишку продуктів ПОЛ поглиблюється із збільшенням тяжкості ССЗВ, визначає розвиток синдрому ендогенної інтоксикації, сприяє прогресуванню ГП і розвитку ускладнень, таких як ураження легень.

ВИСНОВКИ

У хворих на гострий панкреатит в ранній фазі захворювання спостерігається виражена інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів та перекисного окислення білків із значним нагромадженням маркерів оксидативного стресу, що асоціюється зі ступенем тяжкості синдрому системної запальної відповіді та глибиною морфологічних змін у ПЗ.

У хворих з некротичним гострим панкреатитом на тлі депресії ферментів антиоксидантної системи крові рівні білкових карбонільних груп та малонового діальдегіду були відповідно у 1,4 та 1,5 рази вищим, ніж при набряковій формі захворювання ($p < 0,001$).

Список літератури

1. Маль С. В. Преимущество антиоксидантов над ингибиторами протеаз в лечении острого панкреатита и профилактике его осложнений (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. на соискание науч. степени доктора мед. наук : спец. 14.00.27 / Маль Сергей Владимирович – Ростов на дону, 2007. – 42 с.
2. Острые панкреатиты: эпидемиология, этиология, патогенез, интенсивная терапия, хирургическое лечение : [монография] / Л. А. Мальцева, А. Б. Кутовой, Ю. Ю. Кобеляцкий [и др.]. – Дніпропетровськ : ЛізуновПрес, 2014. – 192 с.
3. Петрушенко В. В. Патоморфологічні зміни тканини підшлункової залози в умовах експериментального гострого панкреатиту при використанні антиоксидантів / В. В. Петрушенко, О. В. Столярчук // Вісник морфології. – 2016 – № 1 (Т. 22). – С. 64-68.
4. Результати лікування пацієнтів з гострим панкреатитом в умовах багатопрофільного хірургічного стаціонару / Я. С. Березницький, Р. В. Дука, С. Л. Маліновський [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – № 23 (2). – С. 54-61. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23\(2\)__9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23(2)__9).
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при гострому панкреатиті : [Електронний ресурс] / проекту наказу МОЗ України від 15.03.2016. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160315_2.html.
6. Хомерики С. Г. Фамотидин против окислительного стресса при некоторых заболеваниях пищеварительной системы / С. Г. Хомерики, Н. М. Хомерики, В. Г. Сафронов // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 5. – С. 89-94.
7. Чуклін С. М. Антиоксидантні ферменти і протеїни у хворих на гострий панкреатит / С. М. Чуклін, І. Ю. Бігальський, О. Б. Гранат // Практична медицина. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 59-66.
8. Antioxidant Inhibits HMGB1 Expression and Reduces Pancreas Injury in Rats with Severe Acute Pancreatitis / Z. W. Zhang, Q. Y. Zhang, M. T. Zhou [et al.] // Digestive Diseases and Sciences. – 2010. – Vol. 55. – P. 2529-2536.

**ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ
У БОЛЬНЫХ ОТЁЧНЫМ И НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ****Петрушенко В.В., Столярчук А.В., Гребенюк Д.И., Билык А.Н., Ляховченко Н.А.,
Зацерковная А.Н., Леванчук А.С., Паньків К.М.**

Острый панкреатит продолжает оставаться актуальной проблемой как в хирургии, так и в интенсивной медицине. Дисбаланс между процессами перекисидации и антиоксидантным статусом принято называть оксидативным стрессом, который рассматривается как основной фактор патогенеза острого панкреатита.

В статье приведены результаты клинического исследования динамики маркеров оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных отёчным и некротическим панкреатитом. Исследованы показатели интенсивности свободнорадикального окисления, перекисного окисления липидов, антиоксидантной активности плазмы крови.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый панкреатит, оксидативный стресс, антиоксидантная защита.

**DYNAMICS OF MARKERS OF THE OXIDATIVE STRESS AND ANTIOXIDANT PROTECTION
IN PATIENTS WITH INTERSTITIAL OEDEMATOUS AND NECROTISING PANCREATITIS****Petrushenko V.V., Stoliarchuk O.V., Grebeniuk D.I., Bilyk O.M., Liakhovchenko N.A.,
Zatserkovna O.M., Levanchuk A.S., Pankiv K.M.**

Acute pancreatitis continues to be an actual problem both in surgery and in intensive medicine. The imbalance between processes of peroxidation and antioxidant status is called oxidative stress, which is considered as the main factor of pathogenesis of acute pancreatitis.

The results of clinical study of dynamics of markers of the oxidative stress and antioxidant protection in patients with interstitial oedematous pancreatitis and necrotising pancreatitis were presented in this article. Intensity of free radical oxidation, lipid peroxidation, antioxidant activity of the blood plasma were studied.

KEY WORDS: acute pancreatitis, oxidative stress, antioxidant protection.

УДК 616.1+616.4.13-004.6-002.18-037:617.58

ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (ОРГ), ЯК МАРКЕР ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Пиптюк О. В., Пиптюк В. О.

*Івано-Франківський національний медичний університет***МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** вивчити показники ОРГ в комплексному лікуванні хворих на синдром діабетичної стопи.**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.** Під спостереженням знаходилося 86 хворих із СДС III-IV стадії гнійно-некротичного процесу за F.W. Wagner у віці 59,4±8,3 роки. У 74% рівень HbA1c становив 7,9±1,39% (7,5/8,0). Група контролю, хворі на ЦД 2 го типу, із периферичною формою облітеруючого процесу, без гнійно-некротичних уражень стопи. Першу дослідну групу - склали 49 хворих, яким було проведено оперативне втручання за показами. Група порівняння включала 37 осіб, яким додатково була проведена остеоперфорація великогомілкової кістки ураженої кінцівки.**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ:** Показники ОРГ у групі порівняння становили 8,2 пмоль/л., при TcrO2 27,4±5,2 мм рт. ст. На 10 добу, у I групі була відмічена позитивна динаміка приросту TcrO2 на 40-50%. При цьому рівні ОРГ становили 7,54 пкмоль/л. У хворих із F.W. Wagner III-IV ст., (86 хворих), рівень ОРГ при госпіталізації становив 17,5 пкмоль/л., P2 Kruskal-Wallis 0,012. В I групі хворих на 10 добу післяопераційного періоду, при відносно позитивному протіканні патологічного процесу, відмічений приріст TcrO2 на 30%. При цьому рівень ОРГ дорівнював - 16,1 пкмоль/л., P2 Kruskal - Wallis 0,006. У II групі хворих приріст TcrO2 на 10 добу був на 43%. Показники ОРГ становили 20,7 пкмоль/л., при P2 Kruskal-Wallis 0,006. Зберегти опорну функцію стопи вдалося 88,3% пацієнта.**ВИСНОВКИ** Концентрації ОРГ збільшуються у пацієнтів із СДС F.W. Wagner III-IV ст. на 113% в порівнянні із хворими на ЦД без деструктивних процесів. Збільшення показників ОРГ у хворих на СДС F.W. Wagner III-IV ст., які перенесли операцію остеоперфорації великогомілкової кістки на 18,3%, в порівнянні із вихідними ($P < 0,01$), при позитивному протіканні патологічного процесу вказує на розвиток неангіогенезу.**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** синдром діабетичної стопи, остеоперфорація, остеопротегерин.

Одним з найбільш важливих пандемічних неінфекційних захворювань є цукровий діабет (ЦД). У переліку пізніх ускладнень ЦД лідирує синдром діабетичної стопи (СДС), який розвивається в 30–60 % хворих [1, 2].

Синдром діабетичної стопи (DFS), визначено Всесвітньою організацією охорони здоров'я, - це «виразка стопи (дистально від гомілково-ступневого суглобу та кісточок), пов'язана з нейропатією, різними ступенями ішемії та інфекції». Складна взаємодія запальних, метаболічних та прокоагулянтних змін при ЦД, визначає фундаментальний патогенний шлях більшості судинних ускладнень [3,4]. Понад 40% не пов'язаних з травмою ампутацій кінцівок проводиться через розвиток діабетичної гангрені з летальною смертю внаслідок високих ампутацій нижніх кінцівок 25–50% [5].

Рутинними неінвазивними методами оцінки тяжкості ішемічного пошкодження кінцівки є транскутанна оксиметрія [6]. Стать, тривалість діабету, історія куріння, TcrO2

та HbA1c є незалежними факторами ризику виникнення діабетичних мікросудинних подій ($P < 0,05$). Зокрема, ризик розвитку мікросудинних ускладнень був у 10,1 рази вище у пацієнтів з низьким TcPO₂, ніж у тих, хто має високий рівень TcPO₂ (OR = 10,157; 95% ДІ: 4,602-22,418) [7].

Остеопротегерін (OPG) є членом суперсемеїства рецептора фактора некрозу пухлини (TNF), характеризується здатністю пригнічувати утворення остеокластів, запобігаючи зв'язуванню рецепторного активатора ядерного фактор-каппа-В-ліганду (RANKL) з рецепторним активатором NF - каппа В (RANK) на клітинах-попередниках остеокластів [8]. OPG є ключовою ланкою між захворюваннями кісток і серцево-судинними захворюваннями [9]. Крім того, OPG регулює функції дендритних клітин, макрофагів, остеокластів і може бути індикатором ангиогенного індексу або кількості міофібробластів [10,11]. Високий рівень OPG є маркером компенсаторної судинної реакції на кальцифікацію у пацієнтів з цукровим діабетом та неконтрольованим глікемічним контролем [12].

Однак, на жаль, існуючі дані ще рідкісні. Необхідні подальші проспективні дослідження, щоб встановити, чи збільшення рівня OPG /RANKL у хворих на діабет дійсно може передбачати розвиток ендотеліальної дисфункції та судинних ускладнень [13].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчити показники OPG в комплексному лікуванні хворих на синдром діабетичної стопи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

За період з 2014 по 2017 роки під нашим спостереженням знаходилося 86 хворих із нейроішемічною формою СДС у віці $59,4 \pm 8,3$ роки. У 98% аналізованих хворих були III-IV стадії гнійно-некротичного процесу за F.W. Wagner [14].

План дослідження відповідав етичним нормам і нормативним документам, схвалений етичною комісією ЦМКЛ м. Івано-Франківська і полягав у біохімічному обстеженні крові, HbA1c, OPG (метод імуноферментного аналізу, норма 0,01 пмоль/л.). Збір крові на дослідження проводився при госпіталізації, на 3 і 10 доби. Оцінку мікро і макрогемодинаміки проводили за допомогою дуплексного сканування магістральних артерій, КТ ангиографії і транскутанної оксиметрії (TcPO₂, апаратом TCM4 (Radiometr)). Оцінювали об'єм і глибину ураження, проводили динамічну планіметрію, КТ стопи в двох проєкціях. Інфекційний статус та перебіг ранового процесу проводили за допомогою бактеріологічного дослідження (якісне і кількісне).

Дослідження носило порівняльний характер двох груп хворих на СДС і контрольної. Групи були рівнозначними за гендерними ознаками з тривалістю захворювання на ЦД від 5 до 15 років, у 74% рівень HbA1c становив $7,9 \pm 1,39\%$ (7,5/8,0). Група контролю, хворі на ЦД 2 го типу, із периферичною формою облітеруючого процесу, без гнійно-некротичних уражень стопи. Критеріями включення в дослідження були відсутність адекватного для реваскуляризації периферичного судинного русла (на основі ком'ютерної ангиографії), наявність гнійно некротичного процесу на стопі, надана письмова згода на

участь у дослідженні.

Загальні принципи лікування хворих на СДС включали: катетеризацію нижньої надчеревної артерії, хірургічну обробку гнійно-некротичного вогнища, малу ампутацію, компенсацію ЦД, деескалаційну антибіотикотерапію, місцеву терапію рани згідно міжнародних стандартів, розвантаження стопи, шкірну пластику дефектів стопи [15].

Медикаментозна корекція ішемії проводилася впродовж 10 діб. В загальну схему лікування було включено Берлітрон – 600 мг на 200 мл фізіологічного розчину, Алпростадил 60 мкг на 200 мл фізіологічного розчину 1 раз на добу, 10% розчин Актвегіну, вітаміни групи В.

Всі обстежені були розділені на дві групи: Першу дослідну групу - основну - склали хворі обох статей, яким було проведено оперативне втручання за показами (всього 49 чоловіків: 28 чоловіків і 21 жінка). Група порівняння включала осіб обох статей, яким додатково була проведена остеоперфорація великогомілкової кістки ураженої кінцівки у кількості 6-8 перфоративних отворів (37 осіб: 25 чоловіків і 12 жінок).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

За даними транскутанної оксиметрії, при госпіталізації, середній рівень $T_{sp}O_2$ склав $18,1 \pm 6,3$ мм рт. ст. Нормальні показники базального рівня були $T_{sp}O_2 > 40$ мм рт. ст. із зниженням показників при проведенні ортостатичної проби на 10-15 мм рт. ст.. При розрішенні критичної ішемії стопи відзначався приріст показників базального рівня $T_{sp}O_2$ на $15 \pm 4,1$ мм рт. ст. і більше.

При госпіталізації була дана оцінка результатів аналізів крові: Концентрація СРБ була підвищена у 98,9% пацієнтів і в середньому склала $12,1 \pm 1,9$ мг/л ($0/24,0$ мг/л) ($p < 0,1$). У 64,3% хворих визначено підвищення рівня фібриногену в середньому до 5,8 г/л ($4,7/7,0$ г/л), ($p < 0,01$).

В I групі хворих рівні СРБ на 3 і 10 доби були $12,0 \pm 1,8$ мг/л ($0/12$ мг/л), при показниках фібриногену $6,1 \pm 1,7$ г/л ($5,0/7,1$), $4,2 \pm 0,65$ г/л ($4,0/4,8$), ($p < 0,01$) відповідно. Транскутанна напруга кисню $T_{sp}O_2$ становила в середньому $23,6 \pm 3,5$ мм рт. ст.. Отримані результати вказують на покращення кровонаповнення при вираженому запальному процесі.

Показники OPG у групі порівняння становили $8,2$ ($5,1/14,4$) пмоль/л., що вказує на виражений атерогенний процес в судинах даної категорії хворих. Дані транскутанної оксиметрії, в середньому $T_{sp}O_2$ склали $27,4 \pm 5,2$ мм рт. ст.

На 10 добу при медикаментозній корекції ішемії було визначено позитивну динаміку приросту $T_{sp}O_2$ на 40-50%. При цьому рівні OPG становили $7,54$ ($4,7/13,0$) пкмоль/л..

В групі хворих із гнійно-некротичними процесами стопи (86 хворих III-IV ст. F.W. Wagner), рівень OPG при госпіталізації становив $17,5$ ($12,1/ 26,7$) пкмоль/л., P_2 Kruskal-Wallis $0,012$, що можливо є результатом розвитку деструктивних змін в ура-

жених кісткових структурах.

В I групі хворих на 10 добу післяопераційного періоду, при відносно позитивному протіканні патологічного процесу, зменшенні гіперемії і набряку кінцівки, загосенні ран вторинним натягом відмічений приріст $TspO_2$ на 30%. При цьому рівень OPG дорівнював наступним значенням - 16,1 (11,3/ 20,3) пкмоль/л., P_2 Kruskal-Wallis 0,006. Отримані результати вказують на утримання рівня OPG в системному кровотоці за рахунок оперативного пошкодження кісткових структур і можливо покращення кровопостачання з тенденцією до зниження.

Зберегти кінцівку вдалося у 78,3% пацієнтів. У 21,7% пацієнтів у зв'язку з прогресуванням ішемії довелося виконати високі ампутації кінцівки на рівні гомілки, стегна.

У II групі хворих із запропонованим алгоритмом хірургічної корекції ішемії приріст транскутанної напруги кисню на 10 добу становив 43%, при позитивному протіканні запального процесу. Показники OPG становили 20,7 (11,1/ 31,9) пкмоль/л., при P_2 Kruskal-Wallis 0,006. Збільшення показників OPG в системному кровотоці на 18,3% пов'язано із травмуванням кісткових структур не втягнутих в патологічний процес (остеперфорація великогомілкової кістки) і початком розвитку неангіогенезу. Зберегти опорну функцію стопи вдалося 88,3% пацієнта.

У 38,6% хворих із рановими і виразковими дефектами були виконані шкірно-пластичні операції на стопі (аутодермопластика, пластика місцевими тканинами, комбінована шкірна пластика). Ускладнення у вигляді некрозів шкірних клаптів і нагноєння післяопераційних ран виявлено у 17,5% хворих.

В результаті запропонованого алгоритму хірургічного лікування кількість високих ампутацій за вказаний період з 2014 по 2017 рр. в порівнянні з періодом з 2008 по 2011 рр. зменшилася на 8%, що пов'язано із детекцією судинного статусу, резервів кровоплину в області стопи і гомілки і вибором оптимального рівня ампутації.

Середні терміни стаціонарного лікування зменшилися з $18,2 \pm 2,9$ до $14,4 \pm 2,5$ діб. При неможливості корекції ішемії і безперспективності збереження стопи, має місце відмова від виконання малих операцій на стопі на користь первинної ампутації.

ВИСНОВКИ:

1. Таким чином, комплексний підхід до лікування хворих на СДС з використанням сучасних методів діагностики і лікування значно оптимізує вибір тактики хірургічного та консервативного лікування що в кінцевому підсумку приводить до виправданого збереження стопи і її опорної функції.
2. Концентрації остеопротегерину збільшуються у пацієнтів з діабетом та гнійно-некротичними процесами стопи III-IV ст. F.W. Wagner на 113% в порівнянні із хворими на ЦД без деструктивних процесів.
3. Збільшення показників OPG у хворих, які перенесли операцію остеоперфорацію великогомілкової кістки на фоні гнійно-некротичних процесів на 18,3%, в

порівнянні із вихідними ($P < 0,01$), при позитивному протіканні патологічного процесу вказує на розвиток неоангіогенезу.

4. В комплексному лікуванні хворих із периферичною формою облітерації судин рекомендована перфорація велигомілкової кістки з ціллю стимуляції неоангіогенезу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Selvin E. Trends in prevalence and control of diabetes in the United States, 1988–1994 and 1999–2010/ Selvin E., Parrinello C.M., Sacks D.B., Coresh J. //Ann. Intern. Med. - 2014. - Vol. 160(8). - P. 517-525. doi: 10.7326/M13-2411.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th Edition [Internet]. Brussels, Belgium: IDF; 2015. Available from <http://www.diabetesatlas.org/> Accessed 20 February 2016.
3. Tuttolomondo A. Diabetic foot syndrome: Immune-inflammatory features as possible cardiovascular markers in diabetes /Tuttolomondo A., Maida C., Pinto A. //World J. Orthop. 2015 Jan 18; 6(1): 62–76.
4. Maren Volmer-Thole Neuropathy and Diabetic Foot Syndrome /Maren Volmer-Thole, Ralf Lobmann Int //J. Mol. Sci. -2016.-№6.- 917-921.
5. Xu L. Diabetic angiopathy and angiogenic defects L. Xu, R. Kanasaki // Fibrogenesis Tissue repair. - 2012. - № 5. - P. 1-13.
6. Norgren L Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). /Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. //J. Vasc. Surg. 2007.-№45.-P.-5-67.
7. Huang K. The correlation between transcutaneous oxygen tension and microvascular complications in type 2 diabetic patients / Huang K., Ma Y., Wang J., Shi S., Fu L., Liu J. And all. //J. Diabetes Complications.-2017.-№5.- P.-886-890.
8. Grigoropoulou P. The Role of the Osteoprotegerin/RANKL/RANK System in Diabetic Vascular Disease / Grigoropoulou P, Eleftheriadou I, Zoupas C., Tentolouris N.//Current Med. Chem.-V.-18., 31.- 2011.-P.-4813-4819
9. Esteghamati A. Association of osteoprotegerin with peripheral artery disease in patients with type 2 diabetes /Esteghamati A., Aflatoonian M., Rad M., Mazaheri T., Mousavizadeh M., Nakhjavani M. //Arch. of Cardiovascular Dis.- 2015.-№108.-P.-412-419.
10. Michiyo Kobayashi-Sakamoto Beyond bone remodeling—emerging functions of osteoprotegerin in host defense and microbial infection /Michiyo Kobayashi-Sakamoto, Riyoko Tamai //Integr. Mol. Med.- 2015.-V.-2(6).-P.- 384-390.
11. Cassiano F. Immunohistochemical analysis of bone resorption regulators (RANKL and OPG), angiogenic index, and myofibroblasts in syndrome and non-syndrome odontogenic keratocysts /Cassiano F., Weege R., Barroso R., Luiz M. //Arch. of Oral Biol.-V.- 57.- Issue 3.-2012.- P.- 230-237.
12. Kiechl S. The osteoprotegerin/RANK/RANKL system: a bone key to vascular disease /Kiechl S., Werner P., Knoflach M., Furtner M., Willeit J., Schett G. Expert Rev Cardiovasc Ther.- Published online: 10 Jan 2014.- P.- 801-811.
13. Augoulea A. Osteoprotegerin as a Marker of Atherosclerosis in Diabetic Patients /Augoulea A., Vrachnis N., Lambrinouadaki I., Dafopoulos K, Iliodromiti Z. //International Journal of Endocrinology 2013.- №10.-P.- 1155-1161.
14. Ляпіс М.С.О., Герасимчук П. О. Синдром стопи діабетика.-Тернопіль «Укрмедкнига».-2001.-276 с.
15. Lipsky A. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes / Lipsky A. Aragón-Sánchez J., Diggle M., Embil J. et all.// Diabetes/Metabolism Research and Reviews.-2016.- V. 32.- P.- 45–74.

ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (OPG), КАК МАРКЕР ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Пиптюк О. В., Пиптюк В. А.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить показатели OPG в комплексном лечении больных синдромом диабетической стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находилось 86 больных с СДС III - IV ст. гнойно-некротического процесса по F.W. Wagner в возрасте $59,4 \pm 8,3$ года. В 74% уровень HbA1c составил $7,9 \pm 1,39\%$ (7,5/8,0). Группа контроля, больные СД 2-го типа, с периферической формой облитерирующего процесса, без гнойно-некротических поражений стопы. Первую группу - составили 49 больных, которым было проведено оперативное вмешательство по показаниям. Группа сравнения включала 37 больных, которым дополнительно была проведена остеоперфорация большеберцовой кости пораженной конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ: Показатели OPG в группе сравнения составляли 8,2 пмоль/л., при TcрO2 $27,4 \pm 5,2$ мм рт. ст. На 10 сутки, в I группе была отмечена положительная динамика прироста TcрO2 на 40-50%. При этом уровни OPG составляли 7,54 пкмоль/л. У больных с F.W. Wagner III-IV ст., (86), уровень OPG при поступлении составил 17,5 пкмоль/л., P2 Kruskal-Wallis 0,012. В первой группе больных на 10 сутки послеоперационного периода, при относительно положительном протекании патологического процесса, отмечен прирост TcрO2 на 30%. При этом уровень OPG равен - 16,1 пкмоль/л., P2 Kruskal - Wallis 0,006. Во второй группе больных прирост TcрO2 на 10 сутки был на 43%. Показатели OPG составляли 20,7 пкмоль / л., при P2 Kruskal-Wallis 0,006. Сохранить опорную функцию стопы удалось 88,3% пациента.

ВЫВОДЫ Концентрации OPG увеличиваются у пациентов с СДС F.W. Wagner III-IV ст. на 113% по сравнению с больными СД без деструктивных процессов. Увеличение показателей OPG у больных СДС F.W. Wagner III-IV ст., которые перенесли операцию остеоперфорация большеберцовой кости на 18,3%, по сравнению с исходными ($P < 0,01$), при положительном протекании патологического процесса указывает на развитие неангиогенеза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром диабетической стопы, остеоперфорация, остеопротегерин.

OSTEOPROTEGERIN (OPG) AS MARKER OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME.

Pyptiuk O. V., Pyptiuk V. O.

Ivano-Frankivsk national medical university.

AIM OF TRIAL: to study OPG as indicator in complex treatment of patients with diabetic foot syndrome (DFS).

Materials and methods: Under our observation there were 86 patients with diabetic foot syndrome (F.W. Wagner III-IV stage) , $59,4 \pm 8,3$ years old. 74% of them the level of HbA1c was $7,9 \pm 1,39\%$ (7,5/8,0). Control group was formed with patients who have diabetes mellitus II with peripheral form of atherosclerosis without purulent-necrotic complications. First experimental group was formed with 49 patients who were operated on purulent-necrotic form of DFS. Comparing group contained 37 patients whom, additionally osteoperforation of tibia, at the side of damaged foot was performed.

RESULTS AND DISCUSSION: Levels of OPG in group of comparing was 8,2 pmol/L., at TcрO2 $27,4 \pm 5,2$ mmHg. On 10th day after operation we saw the positive dynamic of TcрO2 accretion up to 40-50%. At the moment, levels of OPG was 7,54 pmol/L. Patients with F.W. Wagner III-IV st., (86 patients), at the moment of hospitalization OPG blood serum level was 17,5 pmol/L (P Kruskal-Wallis- 0,012). Accretion of TcрO2 up to 30% was found in first group on 10th day after operation and weakly positive dynamic of pathological process. OPG level in this case was 16,1 pmol/L (P Kruskal - Wallis- 0,006). At group II, accretion of TcрO2 on 10th day was 43%. OPG levels was 20,7 pmol/L (P Kruskal-Wallis 0,006). The support function of foot was saved in 88,3% of patients.

CONCLUSION: OPG serum concentration increases at patients with DFS (F.W. Wagner III-IV st.) on 113% comparing with patients with DFS without destructive processes. Increasing of OPG levels up to 18,1%, comparing with hospitalization ($P < 0,01$), in patients who had osteoperforation in addition to small amputation because of DFS (W. Wagner III-IV st.), in case of positive progress of pathological process, can be a marker of neoangiogenesis.

KEY WORDS: diabetic foot syndrome, osteoperforation, osteoprotegerine.

УДК 616,147,17-007,64-089

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ THD В КОМБІНАЦІЇ З ВИСІЧЕННЯМ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

Пироговський В.Ю., Фелештинський Я.П.*, Сорокін Б.В.*, Тараненко А.О.,
Злобенець С.О., Носс А.Д.

*Київська обласна клінічна лікарня, відділення проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика**

В доповіді висвітлено сучасний стан проблеми лікування анальних тріщин в поєднанні з гемороєм, наведені результати, обґрунтовано та доведено ефективність комбінованого оперативного лікування анальних тріщин в поєднанні з THD.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: анальна тріщина, геморої, видалення тріщини, THD.

Геморої та анальна тріщина є одними з найчастіших захворювань, що вражають осіб працездатного віку. Комбінація цих двох захворювань трапляється у 20-25% пацієнтів. В країнах східної Європи, включаючи Україну, стандартне хірургічне лікування цих захворювань виконується в 97% випадків. Таке лікування вимагає перебування пацієнта на лікарняному в середньому 25 днів. Менш травматичні методи лікування використовуються лише в 3% випадків і не завжди є ефективними. У випадку комбінації хронічного геморою та хронічної анальної тріщини амбулаторне лікування є малоєфективним. Процедура трансанальної гемороїдальної деартеріалізації (THD), як малоінвазивна методика лікування геморою, стала доброю альтернативою як класичному хірургічному так і амбулаторному лікуванню. Ми комбінуємо висічення анальної тріщини з THD.

МЕТА РОБОТИ: Покращити результати лікування пацієнтів з хронічним гемороєм та хронічною анальною тріщиною шляхом одномоментного оперативного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ: За період з жовтня 2007 по березень 2016 року було виконано 844 процедур THD. Вік пацієнтів коливається в межах 21 – 73 років (середній 37,6 років). З них 169 (20%) пацієнтів мали комбінацію хронічного геморою з хронічною анальною тріщиною, з яких чоловіків 76 було (45%), жінок було 93 (55%). Перед операцією 108 (63,5%) пацієнтів скаржились на періодичні ректальні кровотечі, 140 (94,1%) – на гострий біль в анальному каналі, 80 (47%) – на періодичні закрепи, 24 (14,1%) – випадіння вузлів. Протипоказанням до виконання THD вважалось: гострий геморої, запальні захворювання прямої кишки, анального каналу та параректальної клітковини. Операція виконувалась з допомогою апарата THD Evolution та складалася з прошивання шести гемороїдальних артерій під контролем доплерівського датчика з пексією сильно збільшених вузлів, при необхідності. У випадках коли була наявна комбінація геморою та анальної тріщини, виконувалось висічення тріщини зі сфінктеромією та

анопластикою в комбінації з ТНД.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ: Післяопераційні ускладнення виникли у 92 (10,9%) хворих. З них: 2 (2,2%) гострий підслизовий парапроктит (виник у пацієнта, якому ТНД виконувалось перед висіченням тріщини), у 57 (62%) – тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів (вилікуваний консервативно), у 33 (35,8%) – випадіння гемороїдальних вузлів (після анопексії). Після операції ТНД пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні протягом 1-2 днів, а пацієнти, яким ТНД виконувалось в комбінації з висіченням анальної тріщини перебували в стаціонарі протягом 3-4 днів після операції. Після операції стан пацієнтів оцінювався на 7, 14, та 30 день. Відсутність минулих скарг розцінювалась як позитивний результат лікування.

ВИСНОВКИ: ТНД є альтернативою малоінвазивним та класичним операціям при хронічному геморої. Цей метод лікування є дуже ефективним, майже безболісним та сприяє швидкому поверненню пацієнтів до звичного життя. ТНД можна поєднувати з висіченням анальної тріщини, що дозволяє знизити період непрацездатності пацієнтів.

СПИСОК ЦИТОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure. *Technique in Coloproctology* 2017 Aug 9. doi: 10.1007/s10151-017-1664-2. [Epub ahead of print] Nelson RL, Manuel D, Gumienny C, Spencer B, Patel K, Schmitt K, Yeboah-Sampong A, Bravo A, Castillo D.
2. Генри М.М., Свош М. (1988) Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение. с.117-119.
3. S. Nivatvongs, "Hemorrhoids," in *Principles and Practice of Surgery of the Colon, Rectum, and Anus*, PH Gordon and S. Nivatvongs, Eds., pp. 27–29, Quality Medical, St. Louis, Mo, USA, 1995.
4. Dal Monte PP, Tagariello C, Giordano P, Cudazzo E, Shafi A, Sarago M, Franzini M, Phillips RK. (2007) *Tech Coloproctol.* Casa di Cura Villalba, Via Roncricio 25, Bologna, Italy. Dec;11(4), Epub Dec 3 - P. 333-9.
5. Felice G, Privitera A, Ellul E, Klaumann M. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy (2005) *Department of General Surgery, St. Luke's Hospital, Gwardamangia, Malta. Dis Colon Rectum.* Nov;48(11) – P. 2090-3.
6. Parrks A.G.(1959) Submucous hemorrhoidectomy. *Proc. R. Soc. Med.* - №52 (Supple). – P. 89-91.
7. THD and mucopexy: Efficacy and controversy. *Annals of medicine and Surgery.* 2017 Jul 21; 21: 89-92. doi: 10.1016/j.amsu. 2017.07.050. eCollection 2017 Sep. Abudeeb H, Ugwu A, Darabnia J, Hammad A, Khan K, Maung M, McNulty E, Mukherjee A, Khan AL.
8. Distal Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus conventional hemorrhoidectomy for grade III and IV hemorrhoids: postoperative morbidity and long-term outcomes. *Technics in coloproctology* 2017 May; 21(5): 337-344. doi: 10.1007/s10151-017-1620-1. Epub 2017 Apr 27. Trenti L, Biondo S, Galvez A, Bravo A, Cabrera J, Kreisler E.
9. A novel minimally invasive treatment for anal fissure. *Annals of Gastroenterology.* (2017); 30(5):583. doi: 10.20524/aog. 2017.0173. Epub 2017 Jun 30. Pappas AF, Christodoulou DK.

УДК 616,351-006,6-072,1-089

РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВИДАЛЕНЬ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ

**Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В.*, Фелештинський Я.П.*,
Мясоєдов С.Д.*, Задорожній С.П., Плем'яник С.В.**

*Відділення проктології, відділення ендоскопії Київська обласна клінічна лікарня
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика**

В доповіді наведено досвід та результати малоінвазивних видалень пухлин прямої кишки за допомогою TEM резекцій та ендоскопічних видалень доброякісних пухлин ободової кишки. Доведено, що дані операції є радикальним органозберігаючим хірургічним способом лікування даної патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ), ендоскопічна слизова резекція (EMR), пухлини товстої кишки.

Колоректальний рак (КРР) займає одне з провідних місць серед онкологічних захворювань по показниках захворюваності та смертності. Більшість аденокарцином виникають в аденоматозних поліпах. Аденоми товстої кишки зустрічаються у половини 50-60 річних чоловіків та у 40% жінок того ж віку. Ендоскопічні методики видалення є мінімально інвазивними процедурами, які можуть бути використані для лікування доброякісних пухлин товстої кишки.

МЕТА РОБОТИ

Обґрунтування доцільності застосування малоінвазивних методик (ТЕМ, ендоскопічні методики) як радикального органозберігаючого хірургічного способу лікування пухлин прямої та ободової кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з березня 2007 по вересень 2017 року у відділенні проктології Київської обласної клінічної лікарні виконано 162 ТЕМ-втручання у хворих з пухлинами прямої кишки. Серед хворих було 89 жінок та 73 чоловіки віком 44-76 років. У 60 випадках підтверджено діагноз РПК (23 випадки – G1, 35 – G2, 2 – G3), у 99 випадках – доброякісні пухлини (у 95 – війкова пухлина, у 4 – аденоматозний поліп), у 3 випадках – карциноїд прямої кишки.

У 9 випадках операцію було завершено формуванням протекуючої колостоми (у зв'язку з великим об'ємом раневої поверхні та високим ризиком виникнення гнійних п/о ускладнень) з наступним виконанням відновних колопластик через 3-6 місяців. У 3 хворих виникли кровотечі з прямої кишки, зупинені консервативно.

4 пацієнтам виконано поєднані ТЕМ-резекції з резекціями ободової кишки з приводу первинно-множинного раку товстої кишки відповідно до локалізації пухлин.

За даний період у відділеннях проктології та ендоскопії виконано 105 ендоскопічних слизових резекцій (EMR) у хворих з доброякісними пухлинами товстої кишки. Серед хворих було 50 жінок та 55 чоловіків віком 44-76 років. У 86 випадках підтверджено діагноз війкова пухлина, у 19 – аденоматозний поліп. EMR підлягали як екзофітні пухлини типів 0-Ip, 0-IIs, 0-Ips, так і латерально розповсюджені пухлини (LST-NG, G) розмірами 1-6 см.

У 2 випадках (1,9%) після виконаних процедур виникли ускладнення у післяопераційному періоді. Серед них одна перфорація ободової кишки (лапаротомія, колостомія), одна п/о кровотеча, яка ліквідована консервативно.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Найбільш інформативним показником, який характеризує ефективність малоінвазивних операцій є кількість місцевих рецидивів пухлин.

Після ТЕМ-резекцій за період спостереження (1 міс – 10,5 років) (середній термін – 71 міс.) загальна кількість рецидивів у 162 випадках складає 9 (5,56%). Через 12 міс після операції, у 2 пацієнтів з РПК виявлений місцевий рецидив (3,33%). Обом пацієнтам було призначено курс променевої терапії на рецидивну пухлину, один з пацієнтів від повторного оперативного втручання відмовився. У 7 пацієнтів з доброякісними пухлинами виявлені місцеві рецидиви пухлин (7,07%). У одному випадку – через 3 місяці, у трьох випадках – через 12 місяців після операції. В інших 3 випадках - через 8 місяців, 2 роки та 7 місяців та через 3 роки (моніторинг стану пацієнтів не проводився з ініціативи останніх). 5 пацієнтам виконано повторну ТЕМ-резекцію пухлин, 1 – ендоскопічну поліпектомію, 1 – трансанальне висічення пухлини.

Після ендоскопічних видалень (EMR) за період спостереження (3 міс – 7 років) (середній термін – 43 міс.) кількість рецидивів у 105 випадках склала 1 випадок (0,95%), виконано повторну ендоскопічну резекцію.

ВИСНОВКИ

1. ТЕМ-видалення аденом та аденокарцином прямої кишки на ранніх стадіях (Tis, T1-T2, N0M0 при G1-2) є радикальною операцією при дотриманні критеріїв відбору до неї, кількість рецидивів складає 5,56%.
2. Наявність доброякісних утворень ободової кишки є показанням до застосування ендоскопічних методик, кількість рецидивів складає 0,95%
3. Малоінвазивні методики дозволяють повністю зберегти функцію товстої кишки, а ТЕМ-процедура прямої кишки зокрема.
4. Кількість ускладнень при ТЕМ-операціях складає 1,85%, а при EMR доброякісних утворень ободової кишки 1,9%.

5. TEM – операції можуть з успіхом поєднуватися з порожнинними операціями при синхронних пухлинних ураженнях прямої та ободової кишки.
6. Можливе застосування повторних малоінвазивних методик при рецидивах доброякісних утворень товстої кишки.
7. Малоінвазивні методики видалення пухлин товстої кишки є економічно обґрунтованими.

Література

1. Захараш М.П. (2006) Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы. Матеріали II з'їзду колопроктологів України з міжн. участю 1-2 листопада 2006 р., «Медицина», Львів, с. 21-22.
2. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. (2004) Опухоли толстой кишки.»МЕДпресс- информ». Москва. с. 250-252.
3. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Сорокин Е.В. (2005) Малоинвазивное лечение опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки. Актуальные проблемы колопроктологии. Научная конференция с между. участием 2-4 февраля 2005г., тезисы докладов. Под ред. акад. РАМН, проф. Г.И. Воробьева, проф. И.Л. Халифа. Москва, с. 188-190.
4. Lin G.L., Lau P.Y., Qiu H.Z., Yip A.W. (2007) Local resection for early rectal tumours: comparative study of transanal endoscopic microsurgery (TEM) versus posterior transsphincteric approach (Mason's operation). *Asian. J. Surg. Oct.*, 29(4): 227-232.
5. Ультрасонографія. (1998) За ред. Баррі Гольдберга і Голгера Петтерсона. «Медицина світу», Львів, с. 277-279.
6. Rosa G., Lolli P., Piccinelli D., Bonomo S., Brugnetti F. (2002) Local excision of rectal cancer. *Proctologia*, 2 (3): 140-142.
7. Lezoche E., Baldarelli M., De Sanctis A., Lezoche G., Guerrieri M. (2007) Early rectal cancer: definition and management. *Dig. Dis.*, 25 (1): 76-79.
8. Maslekar S., Pillinger S.H., Monson J.R. (2007) Transanal endoscopic microsurgery for carcinoma of the rectum. *Surg.Endosc. Jan.*, 21(1): 97-102.
9. Maslekar S., Pillinger S.H., Sharma A. (2007) Cost analysis of transanal endoscopic microsurgery for rectal tumors. *Colorectal Dis.*, 9(3): 229-234.

УДК 616.34 - 007. 43:611.957 - 089.819 + 617.5 - 089.844

МІНІІНВАЗИВНЕ ТА ПОВНОЦІННЕ ЛІКУВАННЯ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Подпрятков С.Є., Подпрятков С.С., Белоусов І.О., Салата В.В., Івахва В.В., Корчак В.П.

Київський міський центр електрозварювальної хірургії та новітніх хірургічних технологій, Київська міська клінічна лікарня №1

Впродовж 2001-2017 року з приводу пахової грижі з використанням передочеревинного доступу за L.M. Nyhus та пластики пахового проміжку проленою сіткою оперовано 127 хворих, чоловіків 124, жінок 3 віком від 34 до 85 років. Проста пахова грижа була виявлена у 114 спостереженнях, пахово-мошонкова вправима у 8, пахово-мошонкова невправима у 11. Максимальна тривалість операції була з приводу пахово-мошонкової невправимої рецидивної грижі $103 \pm 11,4$ хвилин. Загальна важкість втручання відповідала характеристикам малотравматичності у всіх пацієнтів. Гематома операційної рани виникла в 4 (3,0%) спостереженнях, серома в 7 (5,3%), набряк сім'яного канатика та мошонки в 28 (21,1%). У всіх пацієнтів гематома та набряк зникли впродовж трьох тижнів після операції. Через 12 місяців і більше після операції обстежили 78 пацієнтів, рецидив грижі не спостерігали.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пахова грижа, хірургічне лікування, передочеревинний відкритий доступ

Вибір способу оперативного втручання з приводу пахової грижі є одним з найбільш спірних питань хірургії гриж.

Розробка обладнання для відеоендоскопічного виконання хірургічних операцій створила можливість лікування хворих з використанням розрізів малої величини та завданням пацієнту мінімальної травми.

Однак, впровадження трансперитонеального та преперитонеального способів лапароскопічного оперативного втручання не привело до знаходження оптимального лікування пахової грижі. Навпаки, виявились специфічні недоліки такої техніки виконання операції, що ускладнило вибір способу втручання для конкретного пацієнта [1, 2].

Одночасно хірурги, що використовують відкритий преперитонеальний доступ, вказують високу лікувальну ефективність такого підходу в поєднанні з його меншою вартістю відносно ендоскопічних втручань [3, 4].

Це зумовлює розбіжності в оцінках хірургів щодо переваг окремих способів втручання [5].

МЕТА РОБОТИ: оцінити відповідність виконання пахового килорозтину та передочеревинної пластики пахового проміжку сіткою умовам мініінвазивного хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

Впродовж 2001-2017 року з приводу пахової грижі з використанням передочеревинного доступу за L.M. Nyhus [6] та пластики пахового проміжку проленою сіткою оперовано 127 хворих. Чоловіків було 124, жінок 3 віком від 34 до 85 років.

Не ускладнена пахова грижа була виявлена у 114 спостереженнях, пахово-мошонкова вправима у 8, пахово-мошонкова невправима у 11. Первинна грижа була у 110 пацієнтів, рецидивна у 23, однібічна у 121, двобічна у 6. Двобічна грижа у всіх пацієнтів була не ускладненою. У 8 пацієнтів виникненню правобічної грижі передувало проведення апендектомії, у 5 – простатектомії.

Всі операції здійснені під епідуральною або спинномозковою анестезією. З приводу двобічної грижі 2 пацієнти оперовані одночасно з обох сторін, чотири послідовно, з проміжком 3-6 тижнів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Тривалість виконання операції суттєво ($p < 0,01$) збільшувалась в разі проникнення грижі в мошонку та фіксації петель кишки в ній (табл.1).

Якщо петлі кишки вільно переміщались з грижового мішка в черевну порожнину, тривалість операції з приводу пахово-мошонкової грижі не суттєво збільшувалась в порівнянні з не ускладненою паховою грижею ($p > 0,05$). Подовження операції було зумовлено необхідністю здійснення мобілізації грижового мішка від елементів сім'яного канатика. Виконання цього етапу операції здійснювали шляхом розкриття грижового мішка, контролю його розташування за допомогою введеного всередину пальця та відділення від нього зовнішніх тканин з використанням електрозварювання. Після мобілізації надлишки грижового мішка відсікали, очеревину зашивали або заварювали.

Таблиця 1

ТРИВАЛІСТЬ ОПЕРАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЮ

Грижа	Кількість пацієнтів	Довжина розрізу, см	Тривалість операції, хв.	Число доз наркотичного анагетика	Число доз ненаркотичного анагетика
Не обтяжена пахова первинна	91	3,5-4,5	42±8,1	2,1±0,05	10±2,5
Пахова рецидивна	16	3,5-4,5	48±13,1	2,1±0,07	10±2,5
Пахово-мошонкова вправима первинна	8	3,5-4,5	56±11,5	2,2±0,05	13±3,1
Пахово-мошонкова вправима рецидивна	4	3,5-4,5	65±12,3	2,2±0,06	13±3,3
Пахово-мошонкова невправима	11	4,5-6,5	107±8,5	2,1±0,07	14±6,8
Пахово-мошонкова невправима рецидивна	3	4,5-6,5	103±11,4	2,2±0,03	16±8,1

Переміщення в черевну порожнину петель кишки, фіксованих в мошонці, вимагало ретельного поетапного розділення зрощень. Це зумовило суттєве ($p < 0,01$) подов-

ження тривалості операції. Можливість здійснення мобілізації петель кишки, фіксованих одна з одною та в мошонці, за допомогою відеоендоскопії викликає сумніви.

Збільшення величини розрізу при фіксації петель кишки в грижовому мішку було викликано необхідністю розділення зрощень. Для цього розкривали грижовий мішок і шляхом виведення в рану петель кишки з мошонки поетапно розділяли зрощення. У трьох пацієнтів з дуже великою грижею і поширеними зрощеннями довелось виконати додатково розріз мошонки довжиною 4 см.

Довжина розрізу черевної стінки в наших спостереженнях становила від 4 до 7 см. Це більше, ніж вказують інші хірурги: 3,5 см (від 2 до 4,5 см) [7].

В наших спостереженнях тривалість операції з приводу не обтяженої грижі дещо перевищувала вказану іншими хірургами при використанні відкритого способу втручання: 33 хвилин (від 20 до 45 хвилин) [7], 32,4 хвилини (від 16 до 62 хвилин) [8], 46,3 хвилини [9] та ендоскопічного: 37 хвилин (від 28 до 60 хвилин) [10], 40,8 хвилин [9].

Однак, навіть при лікуванні найбільш складних гриж ні тривалість виконання операції, ні величина розрізу черевної стінки в наших спостереженнях не перевищували умов малої травматичності для пацієнта.

Сила болю в післяопераційному періоді не залежала від поширеності грижі, величини розрізу та тривалості операції. Кількість доз наркотичного та ненаркотичного анальгетика, які призначали кожному хворому, відрізнялась не достовірно ($p > 0,05$). Наркотичний анальгетик вводили впродовж перших 36 годин після операції, ненаркотичний впродовж 2-4 діб. Одну дозу наркотичного анальгетика вводили найчастіше по закінченні дії спинномозкової анестезії, другу на ніч. Окремі хворі просили ввести наркотичний анальгетик в наступну ніч.

Більшу потребу в застосуванні наркотичних препаратів для знеболення, в середньому 5,8 доз з коливанням від відсутності потреби до 26 доз відмітили [8].

В жодному з спостережень хворий не займав вимушеного положення тіла. Рухи тулуба та нижніх кінцівок були можливі в повному обсязі відразу по закінченні дії операційної анестезії. Збільшення потреби в ненаркотичному анальгетику залежно від складності грижі відмітили у пацієнтів з поєднанням кількох захворювань (табл. 2). Хронічні захворювання обмежували силу м'язів, фізичну активність пацієнта, травлення та моторику кишечника, такий же вплив чинила наявність великої, рецидивної грижі.

Таблиця 2

СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВОЮ ГРИЖЕЮ

Грижа	Кількість пацієнтів	Число спостережень			
		Остеохондроз хребта	Гіпертонійна хвороба	Ішемічна хвороба серця	Хронічний коліт
Не обтяжена пахова первинна	91	12	2	-	-
Пахова рецидивна	16	11	2	-	-
Пахово-мошонкова вправима первинна	8	6	4	2	1
Пахово-мошонкова вправима рецидивна	4	3	2	1	1
Пахово-мошонкова неправима	11	8	5	3	3
Пахово-мошонкова неправима рецидивна	3	3	2	2	1

З метою упередження появи болю, пов'язаного з післяопераційним загостренням хронічних захворювань, хворі просили застосовувати анальгетики здебільшого як профілактичний захід і припиняли їх використання лише впевнившись в повній стабілізації свого стану.

Важливо, що, не зважаючи на наявність супутніх хронічних захворювань, пацієнти не обмежували себе в звичних рухах. Всі рухи були можливі в повільному темпі.

Жоден хворий не потребував прийому знеболюючих препаратів через 5 діб після виконання операції. Повна фізична активність відновлювалась через 9-16 діб після операції.

За даними інших хірургів, тривалість обмеження фізичної активності пацієнтів становила для відкритого доступу 9 (від 7 до 12) діб [7].

У віддалений час, через 12 місяців і більше після операції, періодично появу болю в паховій ділянці відмітили 3(3,8 %) з 78 обстежених пацієнтів. Сила болю була меншою, ніж перед виконанням операції і у жодного з пацієнтів біль не супроводжувався обмеженням рухів нижньої кінцівки. Біль виникав після сну, тривалого статичного положення або різкого руху, полегшувався після ходіння. У всіх трьох пацієнтів виявлені клінічні прояви дегенеративно-дистрофічних змін поперекового відділу хребта, підтверджені даними магнітно-резонансної томографії. Найбільш ймовірно, біль був зумовлений ураженням хребта а не наслідком виконання операції. Подібний біль у віддалений термін після операції у 4,7% (12 з 340) пацієнтів відмітили [3].

При виконанні операції ендоскопічним способом використання сітки з властивістю самофіксації запропоновано з метою уникнення небезпеки поранення судин та нервів фіксатором з одночасно надійним прикріплення сітки. Однак, використання цієї техніки не вдалось, що змусило здійснити конверсію у 7 (1,1 %) з 640 пацієнтів. Окрім того, ранній рецидив грижі відмітили в 0,2% спостережень, що є наслідком ненадійної фіксації сітки [11].

Завдяки відкритому доступу була можлива візуалізація всього пахового проміжку, що дозволяло виявити слабкі місця стінки живота та закрити їх сіткою. Фіксували сітку до пахової зв'язки та зовнішнього краю прямого м'язу окремими швами під контролем зору. Це унеможливило зміщення сітки та рецидив грижі.

В ранньому післяопераційному періоді нагноєння рани не спостерігали. Гематома операційної рани виникла в 4 (3,0%) спостереженнях. Утворення гематоми було викликане травмою нижньої надчеревної артерії при фіксації сітки до поперечної фасції вище верхнього краю гризових воріт. Для уникнення травми артерії її в подальшому знаходили попередньо, шви накладали на відстані не менше 5 мм від артерії. Серома операційної рани відмічена в 7 (5,3%) спостереженнях, набряк сім'яного канатика та мошонки – в 28 (21,1%). Набряк сім'яного канатика та мошонки відмічали після мобілізації гризового мішка в мошонці. У всіх пацієнтів гематома та набряк зникли впродовж трьох тижнів після операції.

Серед 78 пацієнтів, обстежених через 12 місяців і більше після операції, рецидив грижі не спостерігали. Інші хірурги наводять частоту рецидивів 0,3-0,47% [3, 8].

Наші дані в цілому відповідають результатам, отриманим іншими хірургами. Це свідчить про їх достовірність і можливість відтворення. Водночас, ми вперше показали надійність і малу травматичність втручання при лікуванні великих і невірних пахово-мошонкових гриж.

ЗАКЛЮЧЕННЯ.

Отримані результати хірургічного лікування свідчать, що всі види пахової грижі, незалежно від обтяженості, можуть бути успішно оперовані шляхом використання доступу за Nyhus L.M. та пластики преперитонеального проміжку сіткою. При цьому загальна важкість втручання відповідає характеристикам малотравматичності у всіх пацієнтів.

Можливість виконання повноцінної корекції в разі рецидивної та невірної грижі, візуальний контроль слабких місць черевної стінки, розташування та фіксації сітки забезпечують досягнення одужання всіх пацієнтів.

Література

1. J.-F. Gillion, J.-M. Chollet Chronic pain and quality of life (QoL) after transinguinal preperitoneal (TIPP) inguinal hernia repair using a totally extraperitoneal, parietalized, Polysoft® memory ring patch Hernia December 2013, Volume 17, Issue 6, pp 683-692

2. Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJ, Praseedom RK. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *British Journal of Surgery* 2010; 97(1): 4-11
3. K. Suwa, S. Nakajima, K. Hanyu, T. Suzuki, T. Okamoto, K. Yanaga Modified Kugel herniorrhaphy using standardized dissection technique of the preperitoneal space: long-term operative outcome in consecutive 340 patients with inguinal hernia *Hernia* December 2013, Volume 17, Issue 6, pp 699-707
4. Maria Abou Khalil, Shannon Fraser Apples to Apples: A Comparison of Laparoscopic versus Open Preperitoneal Inguinal Hernia Repair <https://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/apples-to-apples-a-comparison-of-laparoscopic-versus-open-preperitoneal-inguinal-hernia-repair/>
5. Surgical Options for Inguinal Hernia: Comparative Effectiveness Review. *Comparative Effectiveness Reviews*, No. 70
Investigators: Jonathan Treadwell, Kelley Tipton, Olu Oyesanmi, Fang Sun, and Karen Schoelles
ECRI Institute Evidence-based Practice Center
Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); August 2012.
Report No.: 12-EHC091-EF
6. Nyhus LM. Iliopubic tract repair of inguinal and femoral hernia. The posterior (preperitoneal) approach. *Surg Clin North Am.* 1993;73:487-499.
7. V. Ceriani E. Faleschini P. Bignami T. Lodi O. Roncaglia C. Osio D. Sarli Kugel hernia repair: open "mini-invasive" technique. Personal experience on 620 patients *Hernia* December 2005, Volume 9, Issue 4, pp 344-347
8. Fenoglio ME, Bermas HR, Haun WE, Moore JT. Inguinal hernia repair: results using an open preperitoneal approach. *Hernia.* 2005 May;9(2):160-1. Epub 2005 Apr 9.
9. Feliu X, Torres G, Viñas X, Martínez-Ródenas F, Fernández-Sallent E, Pie J. Preperitoneal repair for recurrent inguinal hernia: laparoscopic and open approach. *Hernia.* 2004 May;8(2):113-6. Epub 2003 Nov 21.
10. Katkhouda N, Campos GM, Mavor E, Trussler A, Khalil M, Stoppa R. Laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair. A safe approach based on the understanding of rectus sheath anatomy. *Surg Endosc.* 1999 Dec;13(12):1243-6.
11. Alicia Mangram, Olakunle F. Oguntodu, Francisco Rodriguez, Roozbeh Rassadi, Michael Haley, Cynthia J. Shively, and James K. Dzandu, Preperitoneal Surgery Using a Self-Adhesive Mesh for Inguinal Hernia Repair *JLS.* 2014 Oct-Dec; 18(4): e2014.00229. doi: 10.4293/JLS.2014.00229
PMCID: PMC4283099

МАЛОИНВАЗИВНОЕ И ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

С.Е.Подпрятков, С.С.Подпрятков, И.О.Белоусов, В.В.Салата, В.В.Ивахва, В.П.Корчак

В течение 2001-2017 годов по поводу паховой грыжи с использованием предбрюшинного доступа по L.M. Nyhus и пластики пахово-промежутка проленовой сеткой оперировали 127 больных, мужчин 124, женщин 3 в возрасте от 34 до 85 лет.

Простая паховая грыжа выявлена в 114 наблюдениях, пахово-мошоночная вправимая в 8, пахово-мошоночная невправимая в 11.

Максимальна длительность операции отмечена по поводу невправимой пахово-мошоночной грыжи 103±11,4 минут. Общая тяжесть операции отвечала характеристикам малотравматичности у всех пациентов.

Гематома операционной раны отмечена в 4 (3,0%) наблюдениях, серома в 7 (5,3%), отек семенного кантика и мошонки в 28 (21,1%). У всех пациентов гематома и отек семенного канатика и мошонки исчезли в течение трех недель после операции. Через 12 месяцев и больше после операции обследовали 78 пациентов. Рецидив грыжи не выявили.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паховая грыжа, хирургическое лечение, предбрюшинный открытый доступ

MINIINVASIVE AND THOROUGH INGUINAL HERNIA TREATMENT

S.E.Podpryatov, S.S.Podpriatov, I.O.Belousov, V.V.Salata, V.V.Ivaha, V.P.Korchak

During 2001-2017 by L.M. Nyhus access with prolen mesh replacement on the reason of inguinal hernia 127 patients were operated, 124 men, 3 women, 34-84 years age. Simple inguinal hernia found in 114 patients, reducible inguinal-scrotal hernia in 8, irreducible in 11.

The longest surgery was in the case of irreducible inguinal-scrotal hernia 103 ± 11.4 minutes. General gravity of surgery was correspondent to minimal traumatic in all patients.

Post-operative hematoma was found in 4 (3,0%) cases, seroma in 7 (5,3%), seminal cord an scrotum swelling in 28 (21,1%). In all cases seminal cord and scrotum swelling disappear within 3 weeks. After 12 months post surgery 78 patient were followed. Recurrent hernia was not found.

KEY WORDS: inguinal hernia, surgery, open preperitoneal access.

ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ КОЛЕКТОМІЇ ТА ЕКСТИРПАЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

О.І. Пойда, В.М. Мельник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Авторами розроблено метод хірургічної реабілітації пацієнтів після колектомії та екстирпації прямої кишки. Сутність його полягає у створенні та престомальному розташуванні утримуючої резервурної ілеостоми складовими якої є фіксовані анатомічні вигини термінальної ділянки тонкої кишки та утримуючі клапани. Особливість конструкції полягає у збереженні анатомічної цілісності стінки тонкої кишки.

Метод використано у 21 пацієнта. Отримані сприятливі найближчі і віддалені функціональні результати, які сприяли зменшенню ступеню вираженості постколектомічного синдрому, покращенню якості життя оперованих пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Хірургічна реабілітація, колектомія та екстирпація прямої кишки, постколектомічний синдром, функціональні результати.

Колектомію та екстирпацію прямої кишки в теперішній час виконують у 17,7-25% пацієнтів, оперованих на товстій кишці. Зазначена операція передбачає видалення всієї товстої кишки разом з замикальним апаратом прямої кишки. Це призводить до значного зменшення резервуарно-накопичувальної, всмоктувальної функцій травного каналу, повної втрати функції тримання і контролю над процесом випорожнення [1, 4]. Вказану операцію закінчують формуванням довічної ілеостоми за методом Брука. Альтернативою ілеостоми за методом Брука є ілеостома-резервуар за методом N. Kock (1969) та методом Ю.В. Балтайтіса (1990) [1]. Конструктивні особливості зазначених ілеостом-резервуарів забезпечують накопичення в них вмісту тонкої кишки, що сприяє покращенню процесів кишкового травлення і всмоктування, внаслідок цього, зменшується ступень вираженості постколектомічного синдрому [1, 4]. Також, у дистальному відділі зазначеної резервуарної конструкції формують одностулковий клапан шляхом антиперистальтичної інвагінації відповідної ділянки тонкої кишки в порожнину резервуара. При цьому евакуація вмісту резервуара стає можливою лише шляхом його інтубації через ілеостому [1, 4]. Відсутність самовільного випорожнення ілеостоми-резервуара дозволяє відмовитися від використання калопріймача, що істотно покращує соціальну реабілітацію і якість життя оперованих хворих [1, 4]. Однак, відомим конструкціям ілеостоми-резервуара властиві технічні труднощі формування, часті відомі післяопераційні ускладнення, незадовільні безпосередні і віддалені функціональні результати.

МЕТА РОБОТИ. Покращити результати хірургічної реабілітації пацієнтів після колектомії та екстирпації прямої кишки.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. В клініці розроблений новий метод хірургічної реабілітації пацієнтів після колектомії та екстирпації прямої кишки. Він полягає у використанні способу формування утримуючої резервуарної ілеостоми [2]. Основними вимогами до створюваної резервуарної ілеостоми були її фізіологічна обґрунтованість, функціональна ефективність, технічна простота і атравматичність формування. Особливість методичного підходу при розробці утримуючої резервуарної ілеостоми полягала у формуванні фіксованих вигинів тонкої кишки і утримуючих клапанів за допомогою серозно-м'язових швів. Доцільність і обґрунтованість застосування зазначених складових елементів в розробці пропонованої моделі утримуючої резервуарної ілеостоми була підтверджена результатами математичного моделювання, на підставі яких доведено, що саме вигини і утримуючі клапани досить ефективно затримують просування вмісту по тонкій кишці на час, необхідний для покращення процесів всмоктування.

Техніка формування утримуючої резервуарної ілеостоми полгає у наступному. Після колектомії та екстирпації прямої кишки в термінальній ділянці тонкої кишки виконували інтестіноплікацію трьох її петель по брижовому краю за допомогою серозно-м'язових швів у вигляді латинської літери «W». Таким чином, створювали фіксовані вигини тонкої кишки. Довжина ділянки тонкої кишки між двома зазначеними вигинами становила 12-14 см, що відповідає середній довжині петлі тонкої кишки. Цілісність стінки кишки при цьому була збережена. Проксимально і дистально на 2-3 см від створених тонкокишкових вигинів з стінки клубової кишки формували утримуючий клапан відповідно до розробленого способу [3].

Складовими зазначеного клапану є його стулка і протектор, які створювали за допомогою серозно-м'язових швів, накладених на 2/3 окружності тонкої кишки по протибрижовому її краю.

Стулка - це елемент клапана, що має форму дуплікатури протибрижового краю стінки кишки. Зазначена стулка здійснює функцію затримки просування вмісту тонкої кишки за рахунок її розташування в проксимальному напрямку, назустріч просуванню вмісту тонкої кишки. Протектор клапана також є дуплікатурою протибрижового краю стінки кишки. Однак протектор менш рухливий, розміщується дистально від основи стулки, розміри його менші розмірів стулки, що забезпечує проксимальне її розташування, назустріч просування кишкового вмісту. Анатомо-функціональну конструкцію утримуючої резервуарної ілеостоми формували на відстані 6-8 см від передбачуваного краю ілеостоми і розміщували в правому бічному фланку живота. Лише після цього в правій мезогастральній області формували ілеостому за методом Брука.

В Колопроктологічному центрі України протягом 2002 - 2016 рр. розроблений спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми використано у 21 хворих після колектомії і екстирпації прямої кишки. Чоловіків було – 11(52,4%), жінок – 10(47,6%). Вік оперованих пацієнтів становив 21-68 років.

Показаннями до виконання колектомії та екстирпації прямої кишки були: тяжкий ускладнений перебіг дифузних запальних захворювань товстої кишки: виразкового

коліту з поширенням гнійного процесу на сфінктерний апарат прямої кишки - у 5 хворих, хвороба Крона товстої кишки (тотальне враження, у тому числі ділянки сфінктерного апарату прямої кишки) – у 9, родинний аденоматозний поліпоз, ускладнений злоякісною пухлиною нижньоампулярного відділу прямої кишки – у 3, мультицентричний рак товстої кишки – у 2, рак нижньоампулярного відділу прямої кишки з тотальним дивертикулезом товстої кишки, ускладненим запальними параколічними інфільтратами – у 2.

Функціональні результати розробленої операції досліджували з перших днів раннього післяопераційного періоду, а їх оцінку проводили через 3, 6, 12 місяців після виконаної операції. При цьому використовували метод анкетування, аналіз клінічних даних, рентгенологічний контроль часу просування барію сульфату по тонкій кишці, особливості його затримки в резервуарній ілеостомі. Ступінь вираженості постколектомічного синдрому визначали за методом Ю.В. Балтайтіса [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Ускладнень, пов'язаних з формуванням утримуючої резервуарної ілеостоми, у жодного оперованого хворого не спостерігали. З інших ускладнень лише у 1 (4,8%) хворого в ранньому післяопераційному періоді виник гострий цистит, лікування якого проводили уросептиками. Особливістю перебігу раннього післяопераційного періоду у 16(76,2%) хворих був помірний біль у животі, метеоризм, аероентерія без горизонтальних тонкокишкових рівнів рідини. Зазначені клініко-рентгенологічні дані розцінювали як ознаки компенсованої непрохідності тонкої кишки, що виникла в зв'язку з тимчасовою відсутністю функціональної адаптації травного каналу до створеної анатомо-функціональної конструкції утримуючої резервуарної ілеостоми. Зазначені прояви компенсованої непрохідності тонкої кишки у всіх випадках були ліквідовані шляхом медикаментозної стимуляції кишечника. У більшості випадків для профілактики зазначеної компенсованої непрохідності тонкої кишки виконували назоінтестинальну інтубацію початкових відділів тонкої кишки. Саме це сприяло зменшенню ступеню вираженості непрохідності та прискоренню ліквідації її ознак. Спорожнення резервуарної ілеостоми відбувалося спонтанно на 3-4 добу післяопераційного періоду. Вміст, при цьому, був переважно рідким, до 7-8 разів на добу, як правило, відразу після прийому їжі, що вказувало на рефлекторний характер випорожнень. Через 1 місяць, і особливо, через 3 місяці після виконаної операції відзначали більш чітку тенденцію до порційного характеру випорожнень, які відбувались через 60-90 хвилин після прийому їжі і тривали протягом 30-40 хвилин. При цьому переважна більшість пацієнтів відчували своєрідний «позив» у вигляді відчуття переповнення і помірної тяжкості в проекції резервуара. Тонкокишковий вміст у зазначені терміни майже у всіх хворих був кашоподібний. Через 6 місяців період часу між прийомом їжі і випорожненням був більш тривалим, в середньому 90-120 хвилин. Виділення з ілеостоми були кашоподібним, іноді у вигляді «густої каші». Через 12 місяців після оперативного втручання 12(63,1%) пацієнтів вказували на тривалий період, до 5-6 годин, функціонального спокою резервуарної ілеостоми в проміжках між прийомами їжі, що вказує на формування упорядкованого механізму (ритму) випорожнень. У нічний час

лише 3(14,3%) хворих періодично спостерігали незначну кількість виділень з ілеостоми, що вони пов'язували з недотриманням режиму харчування.

Слід зазначити, що більшість пацієнтів дієти не дотримувались. Вони акцентували увагу на тому, що частота випорожнень утримуючої резервуарної ілеостоми значною мірою залежить від режиму харчування, і значно менше від дієти. Зі збільшенням термінів спостереження відмічена тенденція до збільшення періоду функціонального спокою утримуючої резервуарної ілеостоми, що, на думку авторів, може бути обумовлено зменшенням впливу рефлекторного характеру випорожнення, а також збільшенням часу затримки вмісту в сформованій утримуючій резервуарній ілеостомі.

Збільшення часу затримки вмісту в резервуарній ілеостомі залежно від термінів спостереження знайшло підтвердження при рентгенологічному дослідженні часу просування барію сульфату по тонкій кишці. Так, через 3 місяці після виконаної операції час просування суміші барію сульфату після прийому всередину до сформованої резервуарної ілеостоми складав 3 ± 50 хвилин, а час затримки в резервуарі - 2 години 50 хвилин ± 30 хвилин. Через 6 місяців і, особливо, через 12 місяців спостерігалася тенденція до збільшення часу просування барієвої суспензії по тонкій кишці і часу її затримки в резервуарній ілеостомі. Так, через 6 місяців час просування барію сульфату до резервуарної ілеостоми становив 4 години 20 хвилин ± 40 хвилин, а час затримки в резервуарній ілеостомі - 3 години 50 хвилин ± 40 хвилин. Через 12 місяців зазначені показники становили 5 години 20 хвилин ± 30 хвилин, і 4 години ± 20 хвилин відповідно. Збільшення часу транзиту вмісту по тонкій кишці сприяло покращенню процесів всмоктування. Для підтвердження цього положення вивчали динаміку маси тіла оперованих хворих, як інтегрального показника фізичної реабілітації.

Через 3 місяці після виконаної операції відзначено незначне зменшення маси тіла. Ймовірніше це було обумовлено тяжкістю перенесеного оперативного втручання, внаслідок видалення товстої кишки, дезадаптацією організму до нових умов функціонування системи травлення, зумовлених наявною новою анатомо-функціональною конструкцією утримуючої резервуарної ілеостоми. У більш пізні терміни відзначали тенденцію до збільшення маси тіла у оперованих хворих. Через 6 місяців - на $2,4 \pm 1,4$ кг, через 12 місяців на $7,3 \pm 1,3$ кг. Збільшення маси тіла спостерігали переважно у хворих, оперованих з приводу виразкового коліту та хвороби Крона товстої кишки. Це обумовлено видаленням джерела хронічної інтоксикації, а також покращенням процесів всмоктування в утримуючій резервуарній ілеостомі. У 2 пацієнтів, оперованих з приводу мультицентричного раку товстої кишки та 2 пацієнтів - з приводу пухлини прямої кишки і тотального ускладненого дивертикульозу товстої кишки, збільшення маси тіла було незначним, незважаючи на наявні задовільні функціональні результати. Ці хворі - представники похилого віку. Відсутність позитивної динаміки збільшення маси тіла у них було обумовлено ймовірніше наслідками видалення ракової пухлини, проведенням поліхіміотерапії, а також фізіологічними особливостями старіючого організму. Через 12 місяців після оперативного втручання у 16(76,2%) хворих спостерігалася стійка компенсація обмінних процесів, без додаткового проведення загальної стимулюючої

консервативної терапії. Це було підставою для констатації у них постколектоміческого синдрому I ступеню.

Поліхіміотерапію відповідно до вимог онкологічних стандартів отримували 5 хворих, 2 - оперованих з приводу мультицентричного раку товстої кишки, 2 - з приводу раку прямої кишки на тлі дивертикулярної хвороби ободової кишки, 1 – з приводу пухлини прямої кишки на тлі родинного аденоматозного поліпозу. У них, в період застосування поліхіміотерапії і протягом деякого часу після її завершення, спостерігали рідкі виділення з ілеостоми, без чітких періодів затримки між споживанням їжі. У зв'язку з цим, їм проводили стаціонарне лікування з метою корекції процесів обміну, зокрема, водно-електролітного та білково-енергетичного. У цих хворих було встановлено постколектомічний синдром II ступеню. З урахуванням порівняно помірної кількості випорожнень резервуарної ілеостоми, від 3 до 5 разів на добу, в терміни через 12 місяців після оперативного втручання, всі оперовані хворі мали можливість лише тимчасово користуватися калоприймачем в певний період часу випорожнення резервуарної ілеостоми. Кількість виділеного хімусу протягом доби становило 350-500 мл (порівняно з традиційною ілеостомією – 800-1200 мл). Це вказувало на більш інтенсивний перебіг процесів кишкового травлення та всмоктування у цих хворих, що сприяло покращенню їх фізичної та соціально-трудової реабілітації.

Більшість пацієнтів придбали спеціальність і працюють за фахом, навчаються в учбових закладах, або реалізують залишкову працездатність на виробництві з неповною зайнятістю за раніше набутою спеціальністю, пацієнти похилого віку виконують поильну роботу в побуті.

ВИСНОВКИ.

1. Після колектомії та екстирпації прямої кишки доцільно формувати утримуючу резервуарну ілестому для попередження виникнення тяжких форм постколектомічного синдрому.
2. Розроблений метод хірургічної реабілітації хворих після колектомії та екстирпації прямої кишки дозволяє досягти сприятливих функціональних результатів лікування, створює умови для покращення медичної, соціально-трудової реабілітації, якості життя оперованих хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

3. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев. – 1990. – «Здоров'я». – 176 с.
4. Патент 58393 А Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми. В.М. Мельник, О.І. Пойда (Україна). – Заявл. 15.01.03; Опубл. 15.07.03. // Бюл. № 7.
5. Патент 51142 А Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування утримуючого клапана. В.М. Мельник (Україна). – Заявл. 16.01.02; Опубл. 15.11.02. // Бюл. № 11.
6. Пойда А.И. Восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке /А.И. Пойда, В.М. Мельник. – К.: Издательский центр «Имидж Украины». – 386 с.

УДК 616.341-018-089.168.1:617-089.87:615.468.6]-092.9

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ ТКАНИН ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РАННІ СТРОКИ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕСМОСІНУ

Проніна О.М., Білаш С.М., Сидоренко М.І.

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

В роботі представлені дослідження макро- та мікроскопічних змін тканин тонкого кишечника після експериментальної резекції при використанні десмосіну в ранньому післяопераційному періоді. Макроскопічні дослідження дали можливість оцінити післяопераційний стан тонкого кишечника, мікроскопічні методи дали можливість оцінити його структурні зміни.

В результаті дослідження можна стверджувати, що використання матеріалу десмосін доцільне завдяки його хімічним властивостям. Мікроскопічно підтверджено прискорення процесу переходу ранового запалення на макрофагально-моноцитарну і фібробластичну стадії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: морфологія, десмосін, експериментальна резекція, тонкий кишечник.

Сучасні вимоги до хірургічних ниток останніми роками значно поповнились необхідністю наявності у ХШМ певних фармакологічних властивостей. Останні повинні бути направлені на профілактику ускладнень, обумовлених операцією, для забезпечення лікувальної дії на основне або супутнє захворювання [3,4,6].

За часи розвитку хірургії не стояв на місці і процес вдосконалення хірургічного шовного матеріалу, та не зважаючи на різноманіття методів з'єднання тканин, шовний матеріал являється найпоширенішим способом в наш час і займає 95% серед усіх видів з'єднання тканин. В нашому випадку десмосін є представником ХШМ який дасть можливість для хірурга отримати бажаний результат [7,8].

Для цього ми обрали новий вітчизняний матеріал десмосін, який являє собою амінокислоту похідну лізину. Досліджувана нами нитка має синій колір, в основі нитки лежить високомолекулярний поліефір.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Дослідити макро- та мікроскопічні зміни тканин тонкого кишечника після експериментальної резекції при використанні десмосіну в ранньому післяопераційному періоді.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Експеримент був проведений на 15 статевозрілих кролях обох статей вагою 3 – 4 кг. Тваринам проводилася резекція з подальшим ушиванням тонкого кишечника новим вітчизняним розсмоктувальним шовним матеріалом описаним нами вище.

При роботі з тваринами керувались загальними етичними принципами роботи

з експериментальними тваринами, положеннями брифінгу Європейського наукового співтовариства «Использование животных в исследованиях» і Гельсінською декларацією про гуманне відношення до тварин [8].

Макроскопічні дослідження проводилися з метою оцінки характеру післяопераційного рубця тонкого кишечника при використанні розсмоктувальної нитки. Для мікроскопічного дослідження використовували загальновідому методику забарвлення гематоксиліном та еозином [3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Проведений нами експеримент з приводу розсічення тонкого кишечника з подальшим його ушиванням синтетичним розсмоктувальним матеріалом, на 1, 3 та 7 добу проводили насамперед візуальний огляд шкіри оперованих тварин у ділянці післяопераційного поля. Шов зберігав герметичність і дієвість без помітних ознак запалення. При цьому тварини були активними, нормально вживали їжу.

Розсікаючи передню черевну стінку, здійснювали безпосередній огляд ділянки накладання швів на тонкий кишечник. При цьому були виявлені різні зміни тканин оперованого органа залежно від строків і якості накладеного шовного матеріалу.

На 1 добу після операції в ділянці накладання десмосіну у тканинах тонкого кишечника відмічається гіперемія і набряклість, більш виражені безпосередньо в ділянці з'єднання країв рани. Нитка візуально не змінена.

Краї тканин підвищуються над незміненими тканинами на $1,5 \pm 0,05$ мм. Вінець гіперемії навколо післяопераційного шва досягає $25,0 \pm 2,2$ мм на $13,0 \pm 0,8$ мм. Пальпаторно визначається ущільнення тканин, яке зменшується по краях розрізу. У всіх досліджуваних випадках розходження швів не помічено.

Досліджуючи мікроскопічно десмосін за перші три доби дещо збільшується в діаметрі, набухає, відмічається гомогенізація колагенових волокон. Проте, монолітність нитки зберігається.

У тканинах, прилеглих до нитки, відмічається помірна інфільтрація гранулоцитами і лімфоцитами, набряк на окремих зрізах спостерігається картина помірної проліферації клітин фібробластичного ряду.

З доба дослідження показує, що в ділянці накладання швів гіперемія і набряклість тканин зберігаються. Вінчик гіперемії становить $23,9 \pm 1,5$ на $6,9 \pm 0,7$ мм. Пальпаторно ущільнення тканин відмічається переважно в зоні накладання швів і не поширюється за межі зони гіперемії. Ширина післяопераційного рубця становить $2,4 \pm 0,3$ мм. Сам рубець яскраво-червоного кольору, підвищується над рівнем незмінених тканин кишечника на $2,0 \pm 0,3$ мм. Помітні зміни із боку розсмоктувальних шовних матеріалів не відмічаються.

Мікроскопічно на 3 добу помітно зменшується зона серозно-фібринозного просочення перехідного епітелію з власною пластинкою слизової, представленої

здебільшого колагеновими волокнами і одиничними еластичними, а також захваченими у шов м'язовими шарами.

Картина циркуляторних розладів відмічається на окремих зразках, головним чином у вигляді венозної гіперемії. Щодо виникнення сладжів, стазу, діapedезних крововиливів і тромбоутворення вони відмічаються тільки в тканинах, які безпосередньо контактують із ниткою.

7 доба експерименту показує, що гіперемія і набряклість тканин тонкого кишечника помітно зменшуються. При цьому вінчик гіперемії тканин досягає $19,7 \pm 0,8$ на $3,6 \pm 0,3$ мм і практично не виходить за межі післяопераційного рубця. Незначне ущільнення відмічається тільки в зоні накладання швів. Рубець підвищується над рівнем незмінених тканин кишечника на $1,5 \pm 0,2$ мм, яскраво-рожевий, на дотик - дещо ущільнений, легко зміщується відносно прилеглих тканин. Ширина післяопераційного рубця коливається від 1,3 до 1,7 мм. При розтягуванні фрагментів нитки відмічається істотна втрата її міцності у порівнянні з початковою (до імплантації).

Виявлені макроскопічні післяопераційні зміни відповідають уявленням про загоєння операційної рани за механізмом первинного натягу, який веде до формування вузького, рівного і рухомого рубця.

На 7 добу після резекції в місці імплантації ниток десмосіну, рановий канал майже на всій протяжності заповнюється широким прошарком молоді пухкої сполучної тканини, яка складається із малодиференційованих мезенхімальних елементів, великої кількості фіброblastів, тонких, пухко розташованих фуксинофільних волокон. Між останніми спостерігається значна кількість новоутворених капілярів, а також синусоїдів.

У цей період нитки піддаються стрічкоподібному розшаруванню з утворенням щілин, у які проникають фіброblastи, зустрічаються гігантські клітини сторонніх тіл і макрофаги.

ВИСНОВКИ.

Використання десмосіну при шиванні тонкого кишечника на ранніх стадіях не викликає розвитку спайкового процесу, а вираженість запального процесу мінімальна.

Десмосін повністю зберігає позитивні якості початкового матеріалу (запобігає розвитку гнійно-запальних змін, біляшовних гранульом, стимуляції активності фіброblastів).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пат. 56562А Україна, МПК А61 L17/00. Спосіб одержання резорбтивного біологічно активного шовного матеріалу / Бабанін А.А., Скрипніков М.С., Костенко В.О., Супруненко С.М., Проніна О.М. ; заявники і патентовласники Бабанін А.А., Скрипніков М.С., Костенко В.О., Супруненко С.М., Проніна О.М., UA. – № 2002076061 ; заявл. 22. 07. 2002, опубл. 15. 05. 2003, Бюл. № 5.
2. Костенко В.А. Перспективы создания и применения новых метаболитотропных хирургических

- шовных материалов / В.А. Костенко, С.В. Гончар, Е.Н. Пронина [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2008. – Т.11., №3. – С. 37–39.
3. Лигоненко О.В. Вплив хірургічних ниток, модифікованих етонієм, на морфометричні показники в паравульнарних тканинах оперованої товстої кишки собак / О.В. Лигоненко, Л.В. Гірін, В.О. Костенко // Хірургія України. – 2003. – №1. – С. 66–69.
 4. Проніна О.М. Ультраструктура тканин сечоводів в області рубця, що формується при використанні нової нитки біофіл у ранній післяопераційний період / О.М. Проніна // Український медичний альманах. – 2000. – №1. – С. 144–145.
 5. Костенко В.А. Новые подходы к разработке и применению шовных материалов в абдоминальной хирургии / В.А. Костенко, А.В. Лигоненко, А.М. Дмитрук [и др.] // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісн. Української мед. стоматол. академії. – 2008. – Т.8, №1–2. – С. 97–99.
 6. Струков А.І., Серов В.В. Патологічна анатомія: Підручник / Пер. з рос. 4-е вид., стереотипне. – Х.: Факт, 2004. – 864 с.
 7. Berger G. The normal uncinatе process: histology and clinical relevance / G.Berger, E.Eviatar, T.Kogan [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 270, № 3. – P. 959-964.
 8. Verma P. Combined use of frontal sinus and nasal septum patterns as an aid in forensics: a digital radiographic study / P.Verma, K.G.Verma, R.Khosa // N Am J Med Sci. – 2015. – Vol. 7, № 2.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТКАНЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕСМОСИНА

Пронина А.Н., Билаш С.М., Сидоренко М.И.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

В работе представлены исследования макро- и микроскопических изменений тканей тонкого кишечника после экспериментальной резекции при использовании десмосина в раннем послеоперационном периоде. Макроскопические исследования позволили оценить послеоперационное состояние тонкого кишечника, микроскопические методы позволили оценить его структурные изменения.

В результате исследования можно утверждать, что использование материала десмосин обосновано благодаря его химическим возможностям. Микроскопически подтверждено ускорение процесса перехода раневого воспаления на макрофагально-моноцитарную и фибробластическую стадии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: морфология, десмосин, экспериментальная резекция, тонкий кишечник.

STRUCTURAL ORGANIZATION OF THE TISSUES OF THE SMALL INTESTINE IN THE EARLY PERIOD AFTER EXPERIMENTAL RESECTION WITH THE USE OF DESMOSIN

Pronina O.M, Bilash S.M, Sidorenko M.I

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

The work presents studies of macro- and microscopic changes in the tissues of the small intestine after experimental resection with the use of desmosin in the early postoperative period. Macroscopic studies made it possible to assess the postoperative state of the small intestine, microscopic methods made it possible to evaluate its structural changes.

In the conclusion, we can say that desmosin is very good material for connect tissue because it has chemical properties. The accelerated transition process confirmed microscopically to the transition of the wound fouling to macrophage-monocyte and fibroblastic stadia.

KEY WORDS: morphology, desmosin, experimental resection, small intestine.

УДК 616.345-018-089.168.1:617-089.87:615.468.6

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТКАНИН ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА НА ПІЗНІХ СТРОКАХ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕСМОСІНУ

Проніна О.М., Білаш С.М., Кобеньк М.М.

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава.

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ було встановити структурні зміни тканин товстого кишечника після експериментальної резекції з використанням десмосіну в пізньому післяопераційному періоді.

Встановлено, що використання десмосіну є доцільним, оскільки він не викликає значних і тривалих змін мікроциркуляції і накопичення значної кількості набрякової рідини в тканинах товстого кишечника, у віддалені строки після оперативного втручання стимулює активність фібробластів і судиноутворення в молодій сполучній тканині.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: товстий кишечник, структура, десмосін, експериментальна резекція.

Основним правилом вибору адекватного шовного матеріалу, що розсмоктується, є урахування відповідності темпу його розсмоктування і швидкості загоєння рани. Проте нитка, весь час свого перебування в тканинах підтримує запальну реакцію, що не тільки збільшує небезпеку післяопераційних ускладнень. Необхідність стимуляції процесів загоєння операційних ран має особливе значення при хірургічних втручаннях у осіб зі зниженими пластичними властивостями тканин і їх сповільненому загоєнню. Характер тканинної реакції зшитих структур кишечника, темп продуктивних процесів в них після імплантації шовного матеріалу - десмосін залишаються не вивченими, що обґрунтовує доцільність і своєчасність даного дослідження.

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ було встановити структурні зміни тканин товстого кишечника після експериментальної резекції з використанням десмосіну в пізньому післяопераційному періоді.

Експеримент був проведений на 15 статевозрілих кролях обох статей вагою 3 – 4 кг. При роботі з тваринами керувались загальними етичними принципами роботи з експериментальними тваринами, положеннями брифінгу Європейського наукового співтовариства «Использование животных в исследованиях» і Гельсінською декларацією про гуманне відношення до тварин. Макроскопічні дослідження проводилися з метою оцінки характеру післяопераційного рубця товстого кишечника при використанні десмосіну. Матеріал був взятий на 14,21 та 30 добу і заключений в парафінові блоки за загально прийнятою методикою. Зрізи були забарвлені гематоксилином та еозином з метою оцінки структурних змін у тканинах кишечника.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що на 14 добу експери-

менту гіперемія і набряклість тканин товстого кишечника незначно зберігались. При цьому вінчик гіперемії тканин досягає $10,7 \pm 0,9$ на $1,7 \pm 0,2$ мм і не виходить за межі післяопераційного рубця. Незначне ущільнення відмічається тільки в зоні накладання швів. Мікроскопічно десмосін на всю товщу був пронизаний базофільною безструктурною речовиною, в якій визначались переважно макрофаги, що свідчило про активну його резорбцію. По периферії також спостерігалось руйнування шовного матеріалу клітинами моноцитарного ряду на дрібні фрагменти. Фібробласти, проникаючи в утворені щілини між окремими фрагментами шовного матеріалу разом з новоутвореними колагеновими волокнами, збільшували відстань між ними, відшаровуючи їх від основного масиву шовного матеріалу.

До 21 доби спостереження гіперемія і набряклість тканин товстого кишечника відсутні. Рубець підвищується над рівнем незмінених тканин кишечника на $0,9 \pm 0,2$ мм, яскраво-рожевий, на дотик - дещо ущільнений, практично не зміщується відносно прилеглих тканин. Мікроскопічно зовні від шару макрофагів визначались скупчення молодих фібробластів, оточених оптично світлою аморфною речовиною. За групами фібробластів візуалізувались новоутворені мікросудини, які мали сплюснену форму просвіту на поперечних перерізах. Морфологічні ознаки набряку не визначались.

До 30 доби спостереження гіперемія і набряклість тканин відсутня. Зформований рубець підвищується над рівнем незмінених тканин кишечника на $0,3 \pm 0,2$ мм, не зміщується, фрагменти нитки не спостерігаються. Мікроскопічно післяопераційний рубець був утворений організованою сполучною тканиною. Судини гемомікроциркуляторного русла формували густу сітку. В збережених паренхіматозних елементах ознак дистрофії не виявлялось.

Встановлено, що використання десмосіну є доцільним, оскільки він не викликає значних і тривалих змін мікроциркуляції і накопичення значної кількості набрякової рідини в тканинах товстого кишечника, у віддалені строки після оперативного втручання стимулює активність фібробластів і судиноутворення в молодій сполучній тканині.

ВОГНЕПАЛЬНА ТРАВМА МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ХОДІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД З 2014 ПО 2017 РОКИ

Роговський В.М.¹, Коваль Б.М.², Борківець О.М.¹, Нагалюк Ю.В.¹

¹ Національний військовий медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», ² Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Вогнепальні поранення магістральних судин залишаються актуальною і складною областю ангіохірургії як в лікувальному, так і в організаційному плані. Найбільша кількість пошкоджень магістральних судин зареєстрована при осколкових пораненнях (39,4%) та при мінно-вибуховій травмі (28,5%). Найбільша доля пошкоджень припала на поранення артерій, що становить 47,9%. По частоті локалізації поранень магістральних судин переважають поранення нижніх кінцівок, а саме стегово-підколінного сегменту – у 64,2%, та верхніх кінцівок — у 26,1%. Вогнепальні поранення судин – тяжкі поранення, котрі часто поєднуються з травмою нервів (6,7%), кісток (21,8%), м'яких тканин (23%) та кісток і нервів (18,2%).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вогнепальні поранення, механізм поранення, локалізація поранень, поєднані поранення.

Локальні озброєні конфлікти в теперішній час і використання сучасних видів вогнепальної зброї призвели до збільшення числа постраждалих від вогнепальної травми, включаючи ураження магістральних судин.

За різними джерелами вогнепальні пошкодження судин коливаються в межах 2,8 – 8% [5,9,10,14,1,2,3,6,7].

При вивченні частоти локалізації поранень судин, частіше спостерігається пошкодження артерій стегово-підколінного сегменту у 27,8% та артерій верхніх кінцівок (27,4%), значно рідше — поранення судин шиї, аорти, нижньої порожнистої вени [4,8].

За даними літератури, ізольовані вогнепальні пошкодження артерій спостерігались у 24% поранених, у 42% супроводжувалися пораненнями вен, у решти випадків — кісток та нервів. [4]. Поєднані пошкодження судин і нервів спостерігались у 42,2% ранених, судин і кісток – у 28,5%, пошкодження вен складали 37,7% від усіх травм судин. [8]

Вогнепальні пошкодження судин є тяжкою травмою, котра часто поєднуються з ушкодженням інших анатомічних структур. Важливою в практичному аспекті залишається та особливість, що істинна зона пошкодження тканин переважно є більшою за видимі межі.

МЕТА РОБОТИ: проаналізувати механізм, характер поранень, включаючи локалізацію та супутнє пошкодження, у пацієнтів з пораненнями магістральних судин у ході антитерористичної операції (АТО) на сході України за період 2014 – 2017 рр.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було проаналізовано 165 випадків вогнепальних поранень магістральних

судин під час проведення АТО на Сході України в період з лютого 2014 року по лютий 2017 року, котрі проходили лікування у військово-медичних клінічних центрах України на етапах медичної евакуації.

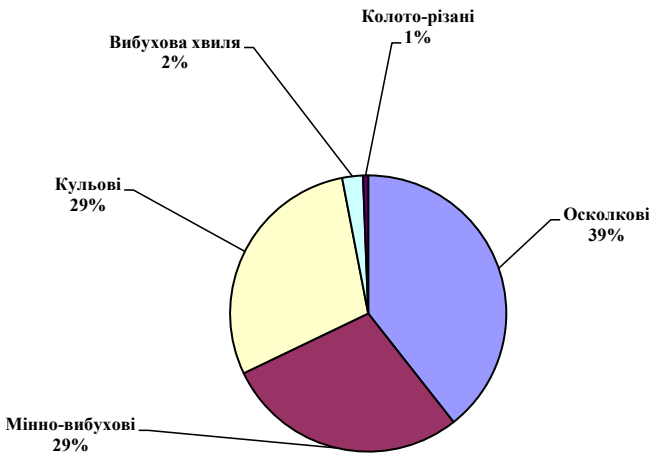
Аналізуючи частоту поранень судин по роках було отримано наступні дані: за 2014 рік було зареєстровано 58 поранень магістральних судин, що становить 35,2%, у 2015р. було діагностовано 38 поранень судин (23%), у 2016р. - 48 поранень (29,1%), у 2017р. - 21 поранення, що відповідає 12,7% питомої ваги від всіх поранених. Усі поранені були призовного віку.

Критеріями включення у дослідження були: 1. Військовослужбовці Збройних Сил України; 2. Пацієнти, котрі отримали нелетальні поранення; 3. Пацієнти, які потребували втручання на магістральних судинах.

Критерії виключення складали: 1. Усі цивільні особи з травмою судин. 2. Летальні випадки, що були зареєстровані до евакуації на етап кваліфікованої ангіохірургічної допомоги.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи механізм травми, характер поранення за уражаючим фактором розподілився наступним чином: мінно-вибухове поранення було діагностовано у 47 поранених, що становить 28,5%, осколкові поранення — у 65 (39,4%), кульові поранення були виявлені — у 48 військовослужбовців (29,1%), поранення отримані в результаті впливу вибухової хвилі — у 4 (2,4%), колото-різана травма визначалась у 1 бійця (0,6%) (мал.1).

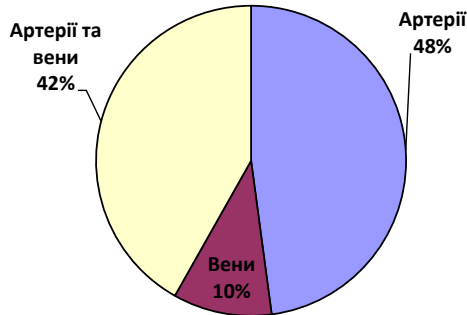


Малюнок 1. Характеристика вогнепальних поранень магістральних судин за уражаючим фактором

Виходячи з даних показників, спостерігається переважання осколкових поранень та мінно-вибухової травми під час військового конфлікту на Сході України, що зумовле-

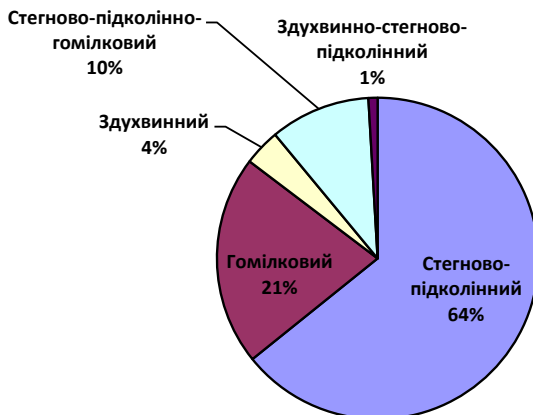
но використанням сучасної артилерійської зброї під час бойових дій.

Аналізуючи частоту ураження судин при вогнепальних пораненнях, за період АТО було виявлено поранення тільки артерії у 79 військовослужбовців (47,9%), поранення тільки вени спостерігалось у 17 (10,3%), поранення артерії та вени – у 69 хворих (41,8%) (мал.2).



Малюнок 2. Частота ураження судин при вогнепальних пораненнях магістральних судин

Досліджуючи розподіл поранень магістральних судин за локалізацією були отримані наступні показники. Ізольовані поранення були виявлені у 157 пораненого, що становить 95,2% від усіх поранень, з них поранення судин голови та шиї було діагностовано у 7 хворих (4,5%), поранення судин верхніх кінцівок – у 41 бійців (26,1%), поранення судини нижніх кінцівок зустрічалися у 109 хворих (69,4%), з них ураження здухвинного сегменту було виявлено у 4 поранених (3,7%), поранення стегново-підколінного сегменту — у 70 бійців (64,2%), гомілкового сегменту — у 23 поранених (21,1%), поранення стегново-підколінного та гомілкового сегменту діагностовано у 11 хворих (10,1%), ураження здухвинного та стегново-підколінного сегментів — у 1 пораненого (0,9%) (мал. 3).



Малюнок 3. Характеристика ураження артерій нижніх кінцівок за локалізацією

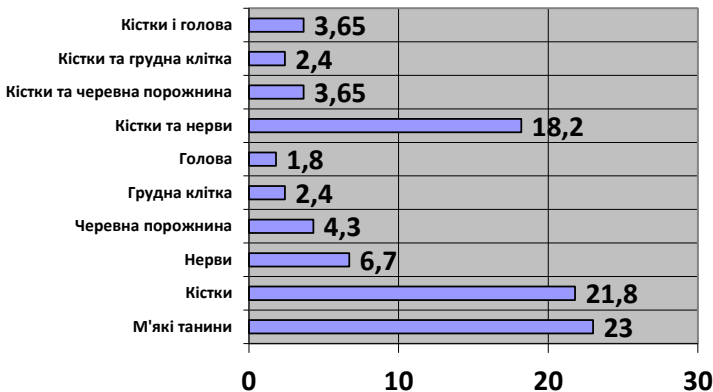
Таким чином, вказані дані щодо частоти локалізації вогнепальних поранень судин співпадають з літературними даними отриманими при аналізі даного питання під час

проведення інших бойових конфліктів у світі.

Множинні поранення були виявлені у 8 військовослужбовців (4,8%), і розподілилися наступним чином: вогнепальні поранення судин голови та шиї і верхніх кінцівок визначалися у 2 поранених, що складає 25%; поранення судин верхніх та нижніх кінцівок зафіксовані у 6 бійців, що відповідає 75%, з них поранення судин верхніх кінцівок та стегново-підколінного сегменту зареєстровані у 1 пораненого (16,6%), судин верхніх кінцівок та гомілкового сегменту — у 4 бійців (66,7%), судин верхніх кінцівок та стегново-гомілкового сегменту у виявлені 1 хворого (16,6%) .

Аналізуючи частоту та характеристику супутнього пошкодження судин були отримані наступні результати. Поранення судин та масивні пошкодження м'яких тканин були відмічені у 38 пораненого, що становить 23%, поранення двох анатомічних структур виявлені у 61 військовослужбовця, що становить 37% і розподілилося наступним чином: поранення судин та кісток зустрічалося у 36 бійців, що складає 21,8%, поранення нервів - у 11 бійців (6,7%), поранення магістральних судин та органів черевної порожнини і заочеревинного простору зустрічалися у 7 військовослужбовців (4,3%), поранення судин та органів грудної клітки виявлені у 4 хворих (2,4%), поранення судин та голови — у 3 бійців (1,8%), поранення трьох анатомічних структур зустрічалося у 48 поранених що становить 29,1 %, а саме поранення судин, кісток та нервів — у 30 військовослужбовців (18,2%), поранення судин, кісток та органів черевної порожнини діагностовано у 6 (3,65%), поранення судин, кісток та органів грудної клітки відмічені у 4 поранених (2,4%), поранення нервових стовбурів та голови зустрічалося у 2 бійців (1,2%), поранення судин, кісток та голови — у 6 поранених (3,65%), поранення трьох і більше анатомічних басейнів відмічалось у 18 бійців, що становить 10,9%. (мал. 4)/

З огляду на значну частку та важкість вогнепальних поранень судин серед причин травмування бійців на полі бою основне завдання практичних лікарів сьогодні – це налагодження чіткого алгоритму надання ефективної медичної допомоги постраждалим із цим видом травм, спрямованого на порятунок життя від гострої кровотрати, запобігання тяжкій інвалідизації (збереження кінцівки), а також лікування ускладнень і наслідків судинної травми на всіх етапах медичної евакуації.



Малюнок 4. Частота та характеристика супутньої травми при вогнепальних пораненнях магістральних судин (%)

Для надання ефективної допомоги постраждалим необхідно забезпечити лікування та профілактику гострої ішемії кінцівки, що виникає у хворих з тяжким геморагічним

і травматичним шоком, а також створення системи спеціалізованої хірургічної допомоги і реабілітації в центрах відновного лікування.

ВИСНОВКИ

1. Найбільшу кількість поранень магістральних судин зафіксовано у 2014 році, що складає 35,2 % від усіх виявлених, найменшу у 2015 році, що становить 23%.
2. При вивченні механізму травми, найбільша кількість пошкоджень магістральних судин зареєстрована при осколкових пораненнях, що становить 39,4% та при мінно-вибуховій травмі – 28,5%.
3. При вивченні частоти ураження судин, найбільша кількість поранень магістральних судин зафіксована при травмі судини нижніх кінцівок, а саме стегново-підколінного сегменту — у 64,2% та судин верхніх кінцівок — у 26,1%, з них найбільша доля припала на поранення артерій, що становить 47,9% в загальній структурі травми.
4. При вивченні поєднаної травми магістральних судин, найчастіше вона супроводжувалася пошкодженням кісток у 21,8%, пошкодженням кісток і нервів — у 18,2%, пораненням нервів — 6,7%, масивне пошкодження м'яких тканин виявлено у 23% бійців.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Брюсов П.Г., Кохан Е.П. Состояние и перспективы развития сосудистой хирургии в госпиталях// Воен.-мед.журн.-1990, №11. – с.26-28
2. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А., Северин В.В. Принципы организации оказания хирургической помощи и особенности структуры санитарных потерь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (Сообщение первое)//Воен.-мед.журн.-2005, №1.-с.4-13
3. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А., Головкин К.П. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе: первая, доврачебная и первая врачебная помощь в зоне боевых действий (Сообщение второе)//Воен.-мед.журнал.-2005, №3, с.4-13
4. Р.Ф. Капустин, Д.В. Гомбалецкий. Огнестрельные ранения конечностей. Методические рекомендации, – Минск, 2004.
5. И.С. Обельчак, Л.А. Бокерия, А.Е. Войновский, А.В. Акимов. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике огнестрельных повреждений магистральных сосудов// Радиология-практика №5, 2012.
6. Указания по военно-ролевой хирургии. Утверждены Начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ, – Москва, 2013.
7. Хенкин Б.Л. Опыт лечения кровеносных сосудов в войсковом и армейских районах//Хирургия.-1944.-№9.-с.50-57
8. А.В. Штейнле, Л.А. Ефтеев, С.В. Выжанов, С.С. Марченко и др. Состояние и перспективы инструментальной диагностики огнестрельных ранений магистральных сосудов конечностей в полевых лечебных учреждениях// Сибирский медицинский журнал №2,2008
9. Fisher G.W. Acute arterial injuries treated by the United states army medical service in Vietnam 1965-1966 // J.Trauma.-1967.-Vol.7,№6.-P.844-855
10. Fry W.J. Is arteriography necessary in the management of vascular trauma of extremities// Surgery.-1978.-

Vol.84,№4.-P.557-562

11. Lavenson G.S., Rich N.M., Baugh J.N. Value of ultrasonic flow detector in the management of peripheral vascular disease//Amer.J.Surg,1970.-Vol.12-№4.-P.522-526
12. Levitsky S. Vascular trauma in Vietnam battle causalcation // Ann.Surg.-1968.-Vol.168,№2.-P.831-836
13. Learmont J. Injuries of blood vessels// History of the second war Surgery.-London,1953.-P.538-544
14. Love L., Braun T. Arteriography of peripheral vascular trauma // Am.J. Roengenol.-1968.-Vol.192,№2.-P.431-440
15. Makins G.N. Injuries to the blood vessels: History of the great War Medical services//Surgery of the war. – London,1992.-Vol.2.-P.170-206
16. Rich N.M., Spencer F.C. Vascular trauma. Philadelphia etc.:Saunders Co.,1978.-610p.

ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ ТРАВМА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ХОДЕ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2017 ГОДЫ

Роговський В.М.¹, Коваль Б.М.², Борківцев О.М.¹, Нагалюк Ю.В.¹

1 *Национальный военный медицинский клинический центр «Главный военный клинический госпиталь»*,
2 *Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца*

Огнестрельные ранения магистральных сосудов остаются актуальной и сложной областью ангиохирургии как в лечебном, так и в организационном плане. Наибольшее количество повреждений магистральных сосудов зарегистрировано при осколочных ранениях (39,4%) и при минно-взрывной травме (28,5%). Наибольшая доля повреждений пришлась на ранения артерий, что составляет 47,9%. По частоте ранений магистральных сосудов преобладают ранения нижних конечностей, а именно сосудов бедренно-подколенного сегмента - в 64,2% и верхних конечностей - в 26,1%. Огнестрельные ранения сосудов - тяжелые ранения, которые часто сочетаются с травмой нервов (6,7%), костей (21,8), мягких тканей (23%) и костей и нервов (18,2%).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: огнестрельные ранения, механизм ранения, локализация ранений, сочетанные ранения.

FIRE-FIGHTING INJURY OF VESSELS FOR MILITARY SERVANTS IN THE ANTI-TERRORIST OPERATION IN THE EAST OF UKRAINE FOR THE PERIOD FROM 2014 TO 2017

V.M. Rogovsky 1, B.M. Koval 2, O.M. Borkivets1, Yu.V. Nagalyuk 1

1 *National Military Medical Clinical Center "The Main Military Clinical Hospital"*,
2 *Bogomolets National Medical University*

Gunshot wounds of major vessels remain relevant and challenging part of vascular surgery help both medical and organizational terms. The largest number of injuries of major vessels registered with shrapnel wounds (39,4%) and in mine-blast trauma (28,5%). The largest part of injuries are arteries, which is 47,9%, mostly the femoral vessels, hamstring segment - at 64,2% and the upper extremities - in 26,1%. Gunshot vessels wounds - serious injuries, which are often combined with nerve injury (6,7%), bone (21,8), soft tissue (23%) and the bones and nerves (18,2%).

KEY WORDS: gunshot wounds, wound mechanism, localization of wounds, combined wounds.

УДК [616.137.83+616.137.86+616.147.3]-00145-036.8-089

ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО АРТЕРІОВЕНОЗНОГО СКИДУ ВНАСЛІДОК ПОРАНЕНЬ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

Роговський В. М.¹, Коваль Б. М.², Родіонов О. С.¹, Писаренко А.А.¹

¹Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»,
²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Травма є третьою за частотою причиною смерті в загальній популяції і головною серед населення молодше 45 років. Пошкодження судин складають 3% серед травм [1]. Частота травми судин в період воєн порівнянна з такою у мирний час і варіює від 0,2% до 4% загального числа травмованих пацієнтів. При цьому до 10% випадків згодом формуються периферичні аневризми і артеріовенозні (АВ) нориці [1, 2]. Незважаючи на прогрес судинної хірургії, лікування травматичних ушкоджень судин до теперішнього часу залишається складною, остаточно не вирішеною проблемою. Постійне збільшення числа постраждалих з ушкодженнями судин, помилки діагностики, що виникають в 30%, високий відсоток незадовільних результатів лікування, що досягає 27-75%, виводить цю проблему в розряд важливих соціальних завдань [2, 3]. Розвиток в останні десятиліття рентгенхірургічних втручань відкрив нові можливості малоінвазивного лікування травматичних пошкоджень артерій.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: синдром посттравматичного артеріовенозного скиду, системні гемодинамічні порушення, радикальне хірургічне лікування, комбіноване лікування.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з посттравматичним артеріовенозним скиданням на основі вивчення етіопатогенетичних аспектів патології і розробка диференційованого лікування.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.

За період проведення АТО в клініці судинної хірургії НВМКЦ ГВКГ перебували на стаціонарному лікуванні 8 пацієнтів з АВ-скиданням у віці від 25 до 57 років (середній - 42 роки). Тривалість захворювання на момент надходження коливалася від 3 місяців до 1 року. Алгоритм обстеження включав збір фізикальних і лабораторних даних, інструментальну оцінку стану регіонарного артеріального і венозного русла, а саме: ультразвукове дуплексне сканування, ультразвукову доплерографію, рентгенконтрастний аортографію і селективну артеріографію, спіральну комп'ютерну томографію; аналіз виявлених ускладнень, консультації спеціалістів за показаннями.

У всіх пацієнтів (8) АВ-співвустя виникли внаслідок осколкових поранень судин кінцівок. Всім було проведено первинну хірургічну обробку ран, репозицію кісткових уламків.

За локалізацією в загальній групі (8 спостережень) зазначено пошкодження в основному судин середнього калібру - 10 (56%), переважне ураження артерій нижніх кінцівок - 10 (56%), з них стегнової - 5, підколінної - 3, передньої великогомілкової - 1,

задньої великогомілкової - 1, що відповідає літературним даним. Хірургічні втручання виконали 8 пацієнтам з АВ-скиданням, при цьому пряму операцію провели в 6 (80%) випадках, рентгеноендоваскулярної - в 1 (10%). Комбіноване поетапне лікування - у 1 (10%). У 7 спостереженнях обсяг відкритих хірургічних втручань був наступним: лігування АВ-співвустя виконано в 2-х випадках, пластика артерії з анастомозом «кінець в кінець» - в 1, бічний шов артерії - в 1, протезування артерій аутовеною - в 5-й випадках .

Інтраопераційне лігування аневризми підколінної вени виконано в 1 випадку, резекція підколінної, задньої великогомілкової вен - в 1 випадку, що було пов'язано з вираженим рубцево-спайковим процесом в зоні АВ-фістули. 2 пацієнтам виконали рентгеноендоваскулярної втручання в якості самостійного методу лікування, при цьому у всіх випадках досягли повного роз'єднання АВ-фістули.

Комбіновану операцію провели у 1-го пацієнта, при цьому в якості першого етапу проводили рентгеноендоваскулярне втручання, яке дозволило знизити інтраопераційну крововтрату при виконанні другого етапу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Причинами розвитку посттравматичних ускладнень є неадекватна обробка ран без ревізії судин (33,9%), діагностичні помилки, пов'язані з особливостями закритих ушкоджень судин (31,6%), наявність важких поєднаних і комбінованих травм (22,7%), неправильно обрана хірургічна тактика (22,7%) [2, 3, 5, 6, 7]. Переважання в наших спостереженнях ураження і варіантів прямих хірургічних втручань у пацієнтів (66,7%), які перенесли первинну хірургічну обробку ран (41,7%), відповідає даним вітчизняних авторів [2, 3, 4, 5]. Виконання такої тактики лікування в умовах непрофільного відділення загрожує неадекватною ревізією зони пошкодження і травмою елементів судинно-нервового пучка при зупинці кровотечі, що згодом призводить до незворотних ускладнень місцевого і системного характеру [2, 3, 4, 7, 8, 9]. Діапазон часу від моменту травми до надання спеціалізованої хірургічної допомоги склав від 3 місяців до 1 року, при цьому закордонні автори посилаються запізнити діагностику при АВ-скиданні до 2-х років, що може свідчити на користь недостатню обізнаність практикуючих хірургів про характер представленої патології. АВ-скидання представляє найбільші труднощі в хірургічному лікуванні, що пояснюється наступними факторами: - порушенням анатомо-топографічних співвідношень судинно-нервового пучка, наявністю рубцевих змін після раніше виконаних операцій, що ускладнює реконструктивне втручання [2, 3, 4, 5, 6, 8, 9]; ми зіткнулися з цим у всіх представлених випадках; - незворотними морфологічними змінами стінок судин, які носять поширений характер у вигляді ектазій, звивистості [2, 3, 10, 11]; - потенційною загрозою масивної крововтрати внаслідок наявності мережі компенсаторно розширених колатералей [3, 8, 10]. Відкриті хірургічні втручання до теперішнього часу були єдиним ефективним видом лікування даної категорії пацієнтів і включали резекцію судин і анастомоз «кінець в кінець» або протезування з використанням в більшості випадків підшкірної вени, або лігуванням судин і обхідним шунтуванням з використанням синтетичного трансплантата [2, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13]. Ми вважає-

мо, що реконструктивне втручання показано у всіх випадках ураження магістральних судин.

При залученні в рубцевий процес нервів і вен показані невроліз, флеболіз. При наявності дифузної артеріоектазії і неможливості роз'єднання судин або ендovasкулярного втручання вважаємо раціональним резекцію патологічно зміненої артерії з подальшим її протезуванням або трансартеріальне прошивання співвустя. Наявність рубцевого процесу (особливо в групі повторних пацієнтів), виражений розвиток колатерального русла і ризик кровотечі, відносно звуження артерії нижче зони АВ-співвустя (надбана гіпоплазія відповідного артеріального сегмента) ускладнюють можливість виконання реконструкції. У цих випадках, з метою зменшення ризику інтраопераційної крововтрати, в якості першого етапу (при наявності необхідних анатомічних умов) показано ендovasкулярне втручання. Впровадження малоінвазивних ендovasкулярних втручань (оклюзія, ендопротезування стент-графтами) відкрило нові можливості лікування АВ-скидання і хибних аневризм, особливо, які локалізовані у важкодоступних анатомічних зонах. Ці втручання ефективні як при гострій, так і при хронічній судинній травмі, проте можливість їх застосування обмежена анатомічними особливостями (діаметр судин, наявність ектазій, патологічної звивистості і т.д.) [6, 7, 10, 12, 13]. За даними артеріографії, встановлено, що при травмі артерії з утворенням АВ-шунта велике значення має тривалість існування співвустя. Протягом 6 і більше місяців після травми відбувається поступова трансформація стінки артерії проксимальніше артеріовенозного співвустя, що проявляється в різкій ектазії та звивистості судин. Діаметр проксимальної частини артерії стає в 2-4 рази більше діаметра судини нижче співвустя. Це істотно ускладнює проведення рентгенхірургічних втручань, вимагаючи використання більш складних емболізуючих пристроїв. Крім того, довгостроково існуюча АВ-нориця веде до значної ектазії відповідної вени, аж до розвитку венозної аневризми, розвитку вираженої ХВН при локалізації норичі на нижній кінцівці, що відзначено в 6 наших спостереженнях (60%). У зоні АВ-шунта відбуваються незворотні дистрофічні зміни стінок судин у вигляді ектазій привідних артерій і відвідних вен, аж до утворення гігантських артеріальних і венозних аневризм, поширення зазначених змін на 1-2 проксимальних артеріальних і венозних сегмента [2, 3, 4]. Феномен АВ-скидання сприяє порушенню гемодинаміки і формуванню так званого 3-го («фістульозного») кола кровообігу, що викликає перевантаження серцево-судинної системи додатковим обсягом крові [2, 3, 4, 8, 9]. Розвиваються регіонарні і системні гемодинамічні порушення. Регіонарні зміни представлені хронічною артеріальною недостатністю внаслідок «синдрому обкрадання» (1 пацієнт, 10%), розвитком ХВН, що відзначено нами в 7 випадках АВ-скидання на нижніх кінцівках (90%). Найбільш важким системним ускладненням є розвиток серцево-легеневої недостатності внаслідок об'ємної перевантаження правих відділів серця і тривалої гіперфункції серцево-судинної системи. Основними факторами розвитку серцевої недостатності (при інших рівних умовах) є діаметр норичі, його локалізація і тривалість захворювання [2, 3, 4, 8, 9].

Радикальна хірургічна ліквідація АВ-скидання гарантує поліпшення показників

системної гемодинаміки вже в ранньому п/о періоді. Наведені нами клінічні спостереження свідчать про необхідність проведення ранніх оперативних втручань, до розвитку незворотних змін в міокарді.

ВИСНОВКИ.

Методи рентгеноендоваскулярної оклюзії та ендоваскулярного протезування можуть виступати в якості самостійних радикальних способів лікування травматичних пошкоджень артерій при одиничних артеріовенозних шунтах і хибних аневризмах, що локалізовані в важкодоступних анатомічних зонах.

Комбіноване застосування хірургічних і рентгеноендоваскулярних методів дозволяє тимчасово оклюзувати травматичне ушкодження артерії, зменшити крововтрату і поліпшити результати хірургічного лікування хворих з посттравматичними артеріовенозними шунтами і хибними аневризмами різних локалізацій.

ЛИТЕРАТУРА

1. Coimbra, R. Epidemiology of vascular trauma / R. Coimbra, D. B. Hoyt. // *Vascular surgery* / Eds. R. B. Rutherford. – 2005. – Vol. 2. – 1001 p.
2. Петровский, Б. В. Хирургия аневризм периферических сосудов / Б. В. Петровский, О. Б. Милонов. – М.: Медицина, 1970. – 276 с.
3. Князев, М. Д. Ошибки в диагностике и лечении больных с повреждением магистральных кровеносных сосудов / М. Д. Князев, И. А. Комаров, В. Я. Киселев // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. – 1985. – Т. 134, № 5. – С. 139-141.
4. Шор, Н. А. К вопросу классификации поврежденных магистральных сосудов конечностей / Н. А. Шор // *Ортопедия, травматология и протезирование*. – 2007. – № 4. – С. 116-118.
5. Мкртчян, А. А. Хирургическое лечение травматических и артериовенозных свищей в аспекте недостаточности сердца / А. А. Мкртчян // *Кровообращение*. – 1977. – Т. X, № 1. – С. 37-41.
6. Hafez, H. M. Lower extremity arterial injury: results of 550 cases and review of risk factors associated with limb loss / H. M. Hafez, J. Woolgar J. V. Robbs // *J. Vasc. Surg.* – 2001. – Vol. 33, N 6. – P. 1212-1219.
7. Возможности комбинированного хирургического и рентгенхирургического лечения травматических повреждений магистральных артерий / И. В. Альтман [и др.] // *Серце і судини*. – 2006. – № 4 (додаток). – С. 28-30.
8. Москаленко, Ю. Д. Состояние сосудистого русла при длительно существующих травматических артериовенозных свищах до и после операции / Ю. Д. Москаленко, Л. С. Зингерман, И. И. Рушанов // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. – 1972. – Т. 109, № 12. – С. 43-47.
9. Гемодинамика при артерио-венозных свищах (по данным радиокордиографии и зондирования полости сердца) / Г. А. Малов [и др.] // *Кардиология*. – 1970. – Т. X, № 6. – С. 61-71.
10. Endovascular treatment of a post-traumatic tibial pseudoaneurysm and arteriovenous fistula: case report and review of the literature / R. Spirito [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2007. – Vol. 45. – P. 1076-1079.
11. Абышов, Н. С. Ближайшие и отдаленные результаты аутовенозных реконструкций артерий конечностей при травматических повреждениях / Н. С. Абышов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 103-109.

12. Endovascular repair of post-traumatic, concomitant popliteal artery pseudoaneurysm and arteriovenous fistula / R. W. Franz [et al.] // Int. J. Angiol. – 2009. – Vol. 18, N 1. – P. 41-44.
13. Arthurs, Z. M. Vascular trauma: endovascular management and techniques / Z. M. Arthurs, V. Y. Sohn, B. W. Starnes // Surg. Clin. North Am. – 2007. – Vol. 87, N 5. – P. 1179-1192. Поступила 24.04.2011 г. 03680,

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АТЕРИОВЕНОЗНОГО СБОРА ВСЛЕДСТВИЕ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Роговський В. М.¹, Коваль Б. М.², Родіонов О. С.¹, Писаренко А.А.¹

¹ Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ»

² Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

Травма является третьей лидирующей причиной смерти в общей популяции и главной среди населения моложе 45 лет. Повреждения сосудов составляют 3% среди травм [1]. Частота травмы сосудов в период войн сравнима с таковой в мирное время и варьирует от 0,2% до 4% общего числа травмированных пациентов. При этом до 10% случаев впоследствии формируются периферические аневризмы и артериовенозные (АВ) свищи [1, 2]. Несмотря на прогресс сосудистой хирургии, лечение травматических повреждений сосудов до настоящего времени остается сложной, окончательно нерешенной проблемой. Постоянное увеличение числа пострадавших с повреждениями сосудов, ошибки диагностики, возникающие в 30%, высокий процент неудовлетворительных результатов лечения, достигающий 27-75%, выводит эту проблему в разряд важных социальных задач [2, 3]. Развитие в последние десятилетия рентгенхирургических вмешательств открыло новые возможности малоинвазивного лечения травматических повреждений артерий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром посттравматического артериовенозного сброса, системные гемодинамические нарушения, радикальное хирургическое лечение, комбинированное лечение.

TREATMENT OF SYNDROME OF POSTTRAUMATIC ARTERIOVENOSIS DROPSHIPS AFTER MAIN VESSELS INJURIES

V. Rogovskiy¹, B. Koval², O. Rodionov¹, A. Pysarenko¹

¹National Military Medical Clinical Center «MMCH»,

²Bogomolets National Medical University

Trauma is the third cause of death rate in the general population and the main population younger than 45 years. Damage to blood vessels make up 3% of injuries [1]. The frequency of vascular injury during the wars comparable to that in peacetime and varies from 0.2% to 4% of all injured patients. In the 10% of cases subsequently formed peripheral aneurysms and arteriovenous (AV) fistula [1, 2]. Despite the progress of vascular surgery, vascular treatment of traumatic injuries to date remains difficult, ultimately unresolved problem. Continuous increase in number of patients with vascular injuries, diagnostic errors occurring in 30%, a high percentage of unsatisfactory results of treatment, reaching 27-75%, brings this issue into the category of important social problems [2, 3]. The development in recent decades renthenhiruchnyh interventions opened new opportunities for minimally invasive treatment of traumatic lesions of arteries.

KEY WORDS: posttraumatic arteriovenous discharge syndrome, systemic hemodynamic disturbances, radical surgical treatment, combined treatment.

ОПЕРАЦІЯ ФЕРРАЦЦІ – СУЧАСНИЙ СТАНДАРТ ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Руденко К.В., Невмержицька Л.О., Журавльова М.Л.

Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова

В роботі представлені безпосередні результати лікування пацієнтів з обструктивною гіпертрофічною кардіоміопатією за допомогою новітньої хірургічної методики – операції Феррацці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: обструктивна форма гіпертрофічної кардіоміопатії, міотомія-мієктомія, протезування мітрального клапану, резекція патологічних (вторинних) хорд, мобілізація папілярних м'язів.

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – генетично детерміноване, первинне захворювання міокарду з аутомно-домінантним типом успадкування, яке характеризується асиметричною гіпертрофією міокарду, аномальним розвитком стулок мітрального клапану (МК) з наступним порушенням проведення збудження та внутрішньосерцевими порушеннями гемодинаміки. Природний перебіг даного захворювання пов'язаний з високим ризиком раптової смерті (3–6 % хворих з ГКМП в рік). Дана патологія займає перше місце, як причина раптової смерті у дітей, підлітків та спортсменів молодого віку.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчити безпосередні результати лікування пацієнтів з обструктивною ГКМП після операції Феррацці.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Об'єкт дослідження: лікування пацієнтів з обструктивною ГКМП з використанням нового хірургічного методу - міотомії-мієктомії міжшлуночкової перетинки (МШП) з мобілізацією папілярних м'язів та резекцією вторинних хорд МК (операції Феррацці).

ГКМП відрізняється різноманітністю клінічних проявів, які можуть варіювати від безсимптомного перебігу до виражених проявів, що значно обмежує фізичну активність і погіршує якість життя, аж до інвалідизації пацієнтів.

На сьогоднішній день, ефективним, безпечним та радикальним методом лікування ГКМП є розширення мієктомії міжшлуночкової перетинки трансортальним доступом для ліквідації обструкції вихідного тракту ЛШ. Дана методика передньої або поєднання передньо-задньої мієктомії дозволяє усунути обструкцію вихідного тракту ЛШ. Для вдалого хірургічного лікування гіпертрофічної форми ГКМП важливо усунення всіх вад (потовщення МШП, наявність вторинних (патологічних) хорд, аномалії розвитку папілярних м'язів МК) обумовлених даним захворюванням. Важливу роль у розвитку

мітральної недостатності при ГКМП відіграють вторинні патологічні хорди мітрального клапану, які підлягають резекції для вдалої корекції мітральної недостатності та попередження протезування мітрального клапану.

Оперативна техніка операції Феррацці вперше в Україні почала використовуватись у НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України у 2016 році. За період 04.2016-09.2017 на базі Інституту виконано 72 хірургічні корекції обструктивної форми гіпертрофічної кардіоміопатії за допомогою операції Феррацці (54 чоловіків, 18 жінок), віком від 5 до 65 років, (середній вік $54 \pm 7,8$). Всі операції виконувались за допомогою штучного кровообігу, в умовах помірної гіпотермії. Використовувався череззаортальний доступ до міжшлуночкової перетинки та мітрального клапану.

Першим етапом виконувалась розширена мієктомія МШП для зменшення товщини МШП. Після цього уважно вивчали анатомічні особливості будови МК і робили резекцію вторинних (патологічних) хорд МК (від 2 до 7). Заключним етапом виконувалась мобілізація папілярних м'язів МК шляхом розділення їх головок та часткового відсічення їх від стінок лівого шлуночка.

Важливою складовою успішного виконання даного оперативного втручання є ретельне доопераційне планування об'єму та напрямків резекції МШП за допомогою МРТ та КТ з контрастуванням, а також інтраопераційний черезстравохідний ЕХО КГ контроль.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При аналізі безпосередніх результатів застосування операції Феррацці встановлено значне зменшення систолічного градієнту тиску (СГТ) у пацієнтів з обструктивною ГКМП на вихідному тракті лівого шлуночка (ВТ ЛШ_ з $85,2 \pm 10,3$ мм рт.ст. до $13,4 \pm 6,2$ мм рт. ст., зменшення ступеня МНд від вираженої до незначної. Середній показник товщини МШП зменшився з $2,9 \pm 1,2$ мм до $2,0 \pm 0,3$ мм у ранньому післяопераційному періоді. Середнє значення функціонального класу NYHA змінилося з $2,48 \pm 0,32$ до $1,42 \pm 0,31$ ($p = 0,01$), що є доказом об'єктивного покращення якості життя цих пацієнтів.

У зв'язку з анатомо-гемодинамічними особливостями у 3-х (4,2%) пацієнтів інтраопераційно виникла необхідність в проведенні протезування мітрального клапану.

У 5-ти пацієнтів (6,9%) в ранньому післяопераційному було імплантовано штучний водій ритму серця (ШВРС) у зв'язку з післяопераційною повною АВ-блокадою.

В ранньому післяопераційному періоді померло 2 хворих. Госпітальна летальність складає – 2,8% (розрив задньої стінки ЛШ з наступною кровотечею та гостре порушення мозкового кровообігу).

Віддалені результати вивчено у 70 пацієнтів (100%) у терміни $14,1 \pm 5,3$ місяців. У віддаленому періоді результати після операції Феррацці визнані хорошими у 68 пацієнтів (97,1%). Хворі відмічали підвищення толерантності до фізичних навантажень (функціональний клас за NYHA складає $1,31 \pm 0,42$) та мали СГТ $15,8 \pm 4,3$ мм рт.ст. У 2-х пацієнтів (2,9%) результат у віддаленому періоді визнаний задовільним (СГТ в ВТ ЛШ складав 38

мм рт.ст. та 36 мм рт. ст. відповідно). Всі пацієнти відмічали покращення самопочуття та підвищення толерантності до фізичних навантажень. Незадовільні результати у віддаленому періоді спостереження не реєструвались. У жодному випадку не виникла необхідність у проведенні повторного хірургічного втручання.

ВИСНОВКИ.

Новітня методика хірургічного лікування обструктивної форми ГКМП за оперативною технікою Феррацці є ефективним методом радикального лікування даної патології, яку можна вважати сучасним стандартом лікування обструктивної ГКМП.

Розширена міектомія МШП з резекцією вторинних (патологічних) хорд та мобілізацією папілярних м'язів МК дозволяє ефективно знизити СГТ на VT ЛШ та зменшити МНд.

Довгострокові віддалені результати корекції обструктивної ГКМП за допомогою операції Феррацці потребують подальшого вивчення.

УДК: 616.133-004.6-007.271-089.8:616.831-005.1]-089.197.1

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ ДО 48-72 ГОДИН ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ІЗ СИМПТОМАТИЧНИМ СТЕНОЗОМ ВСА БІЛЬШЕ 50%

Кополовець І.І.^{1,2}, Берек П.¹, Русин В.В.², Болдіжар П.О.², Франковічова М.¹

¹Східно-Словацький інститут серцево-судинних хвороб, університет П.Й. Шафарика, Кошице, Словацька Республіка

²Ужгородський національний університет, Україна

За результатами рандомізованих досліджень каротидна ендартеректомія дозволяє зменшити ризик повторного гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) у пацієнтів з симптоматичним стенозом ВСА майже на 25-30%. Проте, вибір терміну каротидної ендартеректомії у хворих із симптоматичним стенозом ВСА залишається й надалі дискусійним. На сьогоднішній день все частіше обговорюється доцільність виконання КЕА протягом 48-72 годин після розвитку ГПМК. У роботі проаналізовані результати каротидної ендартеректомії, проведеної у гострий період ГПМК у 211 хворих із симптоматичним стенозом ВСА. З огляду на високий ризик рецидиву інсульту протягом перших 14 днів, невідкладна каротидна ендартеректомія є ефективним хірургічним методом профілактики ГПМК. Каротидна ендартеректомія до 48 – 72 годин показана у хворих із нестабільною неврологічною симптоматикою, повторними ГПМК протягом доби а також у пацієнтів з нестабільною атеросклеротичною бляшкою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: каротидна ендартеректомія, інсульт, атеросклероз, стеноз сонних артерій

Високий ризик розвитку повторного гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) протягом перших 14 днів після ГПМК у пацієнтів із атеросклеротичним стенозом сонних артерій став поштовхом для перегляду терміну виконання каротидної ендартеректомії у симптоматичних хворих [7]. Річний розвиток повторного ішемічного інсульту, за даними літератури, складає близько 37%, а вірогідність виникнення повторного ГПМК протягом 14 днів складає 20-30 % [5]. За останні роки все частіше зустрічаються праці про доцільність виконання ургентної КЕА до 72 годин від моменту розвитку ГПМК у морфологічно та неврологічно нестабільних пацієнтів [6]. У роботі проведено оцінку каротидної ендартеректомії в гострому періоді ішемічного інсульту.

МЕТА РОБОТИ. Оцінити результати виконання каротидної ендартеректомії в гострому періоді ішемічного інсульту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

У дослідження включено 260 пацієнтів із симптоматичним стенозом ВСА.

При оцінці ураження інших екстракраніальних басейнів у 92 хворих (35,4%) діагностовано стеноз контрлатеральної ВСА більше 50%, у 36 (13,8%) пацієнтів була виявлена оклюзія внутрішньої сонної артерії з контрлатеральної сторони, в 24 (9,2%) пацієнтів була діагностована білатеральна патологічна звивистість внутрішньої сонної артерії а у

19 (7,3%) пацієнтів було виявлено атеросклеротичне ураження проксимального відділу супрааортальних артерій.

При наявності атеросклеротичного стенозу на обох сонних артеріях каротидну ендартеректомію завжди виконували на симптоматичній стороні, навіть тоді, коли контралатеральна сторона мала вищий ступінь стенозу.

За типом порушення мозкового кровообігу пацієнтів було розподілено на 2 підгрупи:

1) транзиторні ішемічні атаки (неврологічний дефіцит регресував протягом однієї доби – 115 пацієнтів (44,2%)

2) ішемічний інсульт – 145 хворих (55,8%)

Незважаючи на те чи клінічно була ТІА або ішемічний інсульт, всім хворим виконувалась КТ головного мозку з метою виключення крововиливу та виявлення ішемічного вогнища.

При наявності ішемічного вогнища головного мозку розміром до 2х3 см., та при мінімальній неврологічній симптоматиці, КЕА виконували протягом перших 14 днів після інсульту. У випадку виявлення ішемічного вогнища більше 2х3 см або декількох ішемічних вогнищ КЕА виконували після 5-6 тижнів від моменту ГПМК.

За період 2011 -2013 рр. (118 хворих) КЕА до 6 год. була виконана у двох пацієнтів (1,7%) з гострою оклюзією ВСА; протягом 72 годин від розвитку ГПМК, КЕА виконано у чотирьох осіб (3,4%); в період від 3 до 14 дня з моменту виникнення інсульту КЕА виконано у 38 осіб (32,2%); у інших 74 пацієнтів (62,7%) КЕА була виконана після 6 тижнів від моменту розвитку ГПМК.

За період 2014 -2016 рр. (142 хворих) КЕА до 6 год. виконана у 5 пацієнтів (3,5%) з гострою оклюзією ВСА; протягом 72 годин від розвитку ГПМК, КЕА виконано у 38 осіб (26,8%) із морфологічно нестабільною атеросклеротичною бляшкою; в період від 3 до 14 дня з моменту виникнення інсульту КЕА виконано у 76 осіб (53,5%); у інших 23 пацієнтів (16,2%) КЕА була виконана після 6 тижнів від моменту розвитку ГПМК.

Розвиток післяопераційних ускладнень представлений у таблиці 1.

Таблиця 1.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ

Ускладнення	I група (n=118)	II група (n=142)	Заг. кількість (n=260)
ГПМК	3 (2,5%)	2 (1,4%)	5 (1,9%)
ІМ	1 (0,8%)	2 (1,4%)	3 (1,1%)
Смерть	1 (0,8%)	1 (0,7%)	2 (0,8%)

Показання до ургентної КЕА до 72 годин формувались на підставі спільного рішення невролога, судинного хірурга, радіолога.

Показанням до ургентної КЕА були наявність хоча б одного із наступних критеріїв:

- повторні ГПМК протягом доби;
- м'яка високоембологенна атеросклеротична бляшка;
- атеросклеротична бляшка із елементами виразкування;
- розшарування атеросклеротичної бляшки;

Структуру та морфологію атеросклеротичної бляшки оцінювали за допомогою УЗД.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Гостре порушення мозкового кровообігу розглядається в даний час як критичний стан, який потребує екстренної комплексної медичної допомоги [1,2]. Вторинна профілактика ГПМК повинна розпочинатися як найскоріше після розвитку першого інсульту або ТІА [3,4]. Каротидна ендартеректомія, як хірургічна профілактика ГПМК дозволяє практично на 25-30% знизити розвиток повторного інсульту у пацієнтів із симптоматичним стенозом ВСА [5]

При аналізі терміну виконання КЕА по відношенню до часового інтервалу у нашому дослідженні (2011-2016 рр.), відмічалась наступна тенденція: якщо за період 2011 – 2013 рр. (118 пацієнтів) переважали операції із відтермінуванням КЕА після 5-6 тижнів від моменту ГПМК, то за період 2014 -2016 рр. (142 пацієнти) спостерігалась виражена перевага виконання КЕА до 14 днів від моменту ГПМК.

Часовий інтервал виконання каротидної ендартеректомії у періоди 2011-2013 рр. та 2014 – 2016 рр. достовірно відрізнявся (табл. 2.).

Таблиця 2.

ЧАСОВИЙ ІНТЕРВАЛ МІЖ ПОЧАТКОМ ІНСУЛЬТУ ТА КЕА

КЕА	I група (n=118)	II група (n=142)
КЕА в межах 3-6 годин	2 (1,7%)	5 (3,5%)
КЕА в межах 24-72 годин	4 (3,4%)	38 (26,8%)
КЕА в межах 3-14 днів	38 (32,2%)	76 (53,5%)
КЕА через 5-6 тижнів після ГПМК	74 (62,7%)	23 (16,2%)

Якщо в I групі КЕА до 72 годин була виконана тільки у 3,4% хворих, то у II групі КЕА до 72 годин виконана у 26,8% хворих. Окрім того відмічалось достовірне збільшення кількості КЕА у II групі до 14 днів та суттєве зниження КЕА після 5-6 тижнів;

Доцільність ранніх реконструкцій ВСА обумовлена тим, що протягом 14 днів зберігається найбільш високий ризик розвитку повторного ГПМК [6].

Особливої уваги заслуговують пацієнти із повторними ТІА, «stroke in evolution» та морфологічно нестабільною атеросклеротичною бляшкою [7]. Саме ці ризикові факто-

ри є найбільш небезпечними для розвитку повторного ГПМК, яке, як правило, супроводжується важкою неврологічною симптоматикою.

Достовірне зниження кількості КЕА після 5-6 тижнів від розвитку ГПМК, ми можемо пояснити покращенням співпраці із невропатологами, що дозволило виявляти високо ризикових пацієнтів та виконувати КЕА до 72 годин. Треба відмітити, що показники післяопераційних ускладнень у симптоматичних пацієнтів, яким КЕА виконувалась в ургентному режимі статистично не були достовірними у порівнянні з групою пацієнтів, яким КЕА виконувалась через 5 - 6 тижнів після ГПМК (табл. 1).

Таким чином, КЕА у гострому періоді ішемічного інсульту дозволяє досягнути хороших післяопераційних результатів, та враховуючи високу вірогідність розвитку повторного ішемічного інсульту у пацієнтів із нестабільною неврологічною симптоматикою та морфологічно нестабільною атеросклеротичною бляшкою є ефективною хірургічною профілактикою повторного інсульту.

ВИСНОВКИ.

1. Ургентна КЕА показана пацієнтам із нестабільною неврологічною симптоматикою та пацієнтам із морфологічно нестабільною атеросклеротичною бляшкою.
2. Розвиток ГПМК після ургентної каротидної ендартеректомії склав 1,9%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кобза І. І. Результати хірургічного лікування стенозу внутрішньої сонної артерії у хворих з контра-латеральною каротидною оклюзією / І. І. Кобза, Т.І. Кобза // Серце і судини. – 2004. – № 1. – С. 41-44.
2. Синдром обкрадання при патології судин дуги аорти / В.І. Русин, В.В. Корсак, Є.С. Буцко[та ін.] — Ужгород: Карпати, 2011. — 208 с.
3. A retrospective study on early carotid endarterectomy within 48 hours after transient ischemic attack and stroke in evolution / Ferrero E, Ferri M, Viazzo A. [et al.] // Ann Vasc Surg. — 2014 Jan. — 28(1). — P. 227 — 38.
4. Bazan HA. Future management of carotid stenosis: role of urgent carotid interventions in the acutely symptomatic carotid patient and best medical therapy for asymptomatic carotid disease / HA Bazan, TA Smith, MJ Donovan, WC Sternbergh // Ochsner J. — 2014. — 14(4). — P. 608 — 15.
5. Karkos CD. Urgent carotid surgery in patients with crescendo transient ischaemic attacks and stroke-in-evolution: a systematic review / CD Karkos, I Hernandez-Lahoz, AR Naylor // Eur J Vasc Endovasc Surg. — 2009 Mar. — 37(3). — P. 279 — 88.
6. Sihotský V. Metodou prvej volby pri stenóze karotid je CEA / V. Sihotský // Cesk Slov Neurol. — 2016. — 79:112(4). — P. 397-399.
7. Outcomes of urgent carotid endarterectomy for stable and unstable acute neurologic deficits /Barbetta I, Carmo M, Mercandalli G [et al.] // J Vasc Surg. — 2014 Feb. — 59(2). — P. 440 — 446.

THE EXPEDIENCY OF CAROTID ENDARTERECTOMY UP TO 48-72 HOURS AFTER ACUTE CEREBROVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH SYMPTOMATIC ICA STENOSIS MORE THAN 50%.**Kopolovets I.I.^{1,2}, Berek P.¹, Rusyn V.V.², Boldizhar P.O.², Frankovicova M.¹**¹*Eastern Slovak Institute of Cardiovascular Diseases, Pavol Jozef Safárik University, Kosice, Slovak Republic*²*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod, Ukraine*

According to randomized trials, carotid endarterectomy (CEA) allows us to reduce the risk of recurrent stroke in patients with symptomatic ICA stenosis by almost 25-30%. However, the selection of the date of performing carotid endarterectomy in patients with symptomatic ICA stenosis after acute cerebrovascular disease is still a matter of debate. Nowadays the advisability of performing urgent CEA within 72 hours after the onset of acute cerebrovascular disease (ACD). The paper presents the evaluation of carotid endarterectomy during the acute period of ischemic stroke. The results of carotid endarterectomy performed in 260 patients with symptomatic ICA stenosis were analyzed. Considering a high risk of stroke recurrence within the first 14 days urgent carotid endarterectomy is effective surgical approach to the prevention of recurrent stroke. Urgent CEA is indicated in patients with unstable neurological symptoms, recurrent stroke during 24 hours, as well as for those with unstable atherosclerotic plaque.

KEYWORDS: carotid endarterectomy, stroke, atherosclerosis, stenosis of carotid arteries

УДК 616.146 – 005.6 – 08 – 035:159.922

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Русин В.І., Корсак В.В., Попович Я.М., Бойко С.О.

Ужгородський національний університет

У роботі наведено оцінку результатів лікування тромбозів глибоких вен системи нижньої порожнистої вени у 678 хворих, які знаходилися на лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака. Залежно від методу лікування хворі були поділені на дві групи. Першу (основну) групу склали 443 (65,3%) пацієнтів з тромбозами глибоких вен (ТГВ) у системі нижньої порожнистої вени (НПВ), яким виконали відкриту повну або парціальну тромбектомію. У другу (контрольну) групу ввійшли 235 (33,7%) пацієнтів з ТГВ у системі НПВ, які отримували лише консервативне лікування. Операційне лікування тромбозів глибоких вен по даним кумуляційного аналізу дозволило досягти позитивного результату лікування в 89,5% пацієнтів, а при консервативному лікуванні – лише в 48,8% хворих. На кінець 3 року спостереження виражені ознаки хронічної венозної недостатності у пацієнтів контрольної групи спостерігали в 51,6% пацієнтів, а в основній групі – лише в 10,2%.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тромбоз глибоких вен, нижня порожниста вена, тромбектомія, консервативне лікування.

Лікуванню ТГВ системи НПВ присвячено велика кількість робіт, що торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. ТЕЛА, як і раніше, рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності (ХВН) неухильно зростає.

Частота хірургічного лікування ТГВ, незважаючи на постійне зростання частоти ТЕЛА, залишається низькою, зокрема частота тромбектомій з магістральних вен сягає лише 20 – 25% [2, 3]. Така ситуація пов'язана з тим, що вибір між хірургічним лікуванням ТГВ та консервативним лікуванням, в тому числі тромболізисом, головним чином залежить від кваліфікації лікаря та традицій клініки [1]. В той же час, противники хірургічної тромбектомії посилюються на дані про незадовільні результати хірургічного лікування ТГВ 50-річної давності! [9, 10]. Хоча В. Geier і співавтори (2009) наводять дані про збереження прохідності реканалізованих ділянок глибоких вен через 5 років після відкритої тромбектомії у 75% пацієнтів та наявність ознак ХВН лише у 20% випадків [7].

В останні роки з'явилася невелика кількість робіт, в яких приведені дані про досягнення позитивних результатів при лікуванні ВТЕУ за використання відкритих хірургічних або комбінованих методів [4 – 6, 8]. Зокрема, позиція Американського венозного форуму з цієї проблеми така: «Методом вибору при лікуванні ілеофеморального фле-

ботромбозу є тромбектомія з накладенням артеріовенозної фістули (АВФ) з подальшою тривалою антикоагулянтною терапією» [4].

В той же час, лікування тромбозів в системі НПВ досі не стандартизовано, відсутній єдиний погляд як на різні схеми консервативної терапії (терапія низькомолекулярними гепаринами, системний і регіонарний тромболізіс), так і на численні хірургічні методи лікування (плікація НПВ, тромбектомія на тлі прискороного кровотоку або без нього, імплантація қава-фільтрів та ін.) Показання та протипоказання до них часто суперечать один одному. Це спонукає до спроби стандартизувати лікування даної патології, зменшити кількість тромбоемболічних ускладнень і поліпшити якість життя пацієнтів.

МЕТА РОБОТИ: покращення результатів хірургічного лікування хворих з тромбозами глибоких вен системи нижньої порожнистої вени.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 678 хворих з тромбозами глибоких вен (ТГВ) у системі нижньої порожнистої вени (НПВ), які проліковано у відділенні хірургії магістральних судин та урології Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2006 – 2016 років. Вік хворих коливався у широких межах від 17 до 83 років, середній вік – $45 \pm 2,3$ роки. Серед них чоловіків було 194 (43,8%), а жінок – 249 (56,2%). Хворі залежно від методу лікування були поділені на дві групи. Основну групу склали 443 (65,3%) пацієнти, яким проведено операційні способи лікування тромбозів глибоких вен (ТГВ) та профілактики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Контрольну групу склали 235 (33,7%) хворих, яким проводили консервативне лікування. Всім пацієнтам призначали антикоагулянтну, інфузійно-спазмолітичну та компресійну терапію незалежно від потреби в операційному лікуванні.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994). Радіофлебографія проводилася на емісійному комп'ютерному томографі «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ «Оризон» Україна, НІО ЩГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Ейч».

Значної уваги ми надавали визначенню варіанта тромботичного ураження та характеру тромботичних мас. Так, у більшості хворих основної групи виявили оклюзійний характер тромботичного ураження – 251 (56,7%), у 122 (27,5%) – пристінковий та у 70 (15,8%) – фрагментарний, в тому числі у 297 (67,0%) пацієнтів проксимальна частина тромботичних мас мала флотуючий характер. У пацієнтів контрольної групи оклюзійний характер тромботичного ураження спостерігали в 162 (68,9%) пацієнтів, а пристінковий – у 73 (31,5%) хворих, в тому числі флотуючу верхівку тромботичних мас спостерігали в 34 (14,5%) хворих. Пацієнтів з фрагментними тромбами до контрольної

групи не включали.

По характеру тромботичних мас виділили пухкі, сформовані (організовані) та пухлинні імплантаційні тромби. У пацієнтів основної групи найчастіше виявляли пухкі тромботичні маси – у 273 (61,6%), сформовані – у 78 (17,6%) та пухлинні – у 92 (20,8%) хворих. В контрольній групі сформовані тромби спостерігали у 198 (84,3%) хворих, а пухкі – у 37 (15,7%) пацієнтів. Хворих з пухлинними імплантаційними тромбами в контрольну групу не включали, оскільки останні взагалі не піддаються антикоагулянтній терапії.

Операційні втручання, спрямовані на лікування ТГВ у системі НПВ та профілактику тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), у вище згаданих пацієнтів представлені в таблиці 1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Механічна тромбектомія не усуває причини тромбоутворення, але дозволяє відновити порушений венозний кровоплин. Клінічне покращення після такої операції пов'язане з розкриттям венозних колатералей і покращенням венозного відтоку, а не з звільненням тромбованої магістралі. При цьому можливість виконання повної тромбектомії часто обмежена важкістю стану пацієнта та наявністю супутньої патології.

Ефективність повної тромбектомії найбільш виражена у випадку рано діагностованого сегментарного венозного тромбозу, коли немає вираженого флебіту. У випадку успіху пацієнта вдається позбавити не лише від небезпеки венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ), але й від позитивних проявів хронічної венозної недостатності (ХВН), які обумовлені руйнуванням клапанного апарату в результаті посттромбофлебітичного синдрому (ПТФС).

Для виконання повної тромбектомії необхідно поєднання ряду умов (короткий термін захворювання, сегментарний характер тромбозу, відсутність важкої супутньої патології, стабільний стан пацієнта), що обмежує використання даного втручання у більшості пацієнтів з ТГВ.

Таблиця 1

ОПЕРАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ТРОМБОЗАХ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Вид операційного втручання	Кількість пацієнтів
Тромбоектомія із підколінної вени та суральних синусів, лігування суральних синусів у місці впадіння в підколінну вену	70 (15,8%)
Тромбоектомія із підколінної вени, лігування тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння в підколінну вену	35 (7,9%)
Тромбоектомія із поверхневої стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени	67 (15,1%)
Тромбоектомія із загальної стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени	55 (12,4%)
Тромбоектомія із загальної стегнової вени, лігування глибокої стегнової вени у місці впадіння у загальну стегнову вену	21 (4,7%)
Тромбоектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен, лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени	58 (13,1%)
Тромбоектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен, лігування загальної стегнової вени нижче впадіння великої підшкірної вени	3 (0,7%)
Тромбоектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен з формуванням дистальної артеріовенозної нориці	13 (2,9%)
Тромбоектомія із зовнішньої та загальної клубових вен, лігування зовнішньої клубової вени нижче впадіння внутрішньої клубової вени	7 (1,6%)
Тромбоектомія з інфра- та/або інтраренального відділу НПВ	64 (14,5%)
Тромбоектомія з НПВ та ниркових вен+ апаратна кавалікація НПВ	10 (2,3%)
Тромбоектомія з супраренального відділу НПВ + апаратна кавалікація НПВ	35 (7,9%)
Тромбоектомія з піддіафрагмального відділу НПВ та правого передсердя	5 (1,1%)
Всього	443 (100%)

Найчастіше вдається виконати парціальну тромбоектомію, яка полягає у видаленні проксимальної не фіксованої частини тромботичних мас, які безпосередньо слугують загрозою ТЕЛА. Парціальну тромбоектомію у більшості випадків поєднують з операційними втручаннями спрямованими на профілактику ТЕЛА. У 293 (66,1%) хворих тром-

бектомію поєднували з операційним втручанням спрямованим на профілактику ТЕЛА (таблиця 1). Всім хворим, безпосередньо перед операцією, виконували УЗД з маркуванням основних венозних судин та протяжності тромботичного ураження з метою отримання об'єктивної картини поширення патологічного процесу та планування об'єму операційного втручання. З метою профілактики тривалої післяопераційної лімфореї обмежено користувалися діатермокоагуляцією, перевагу надавали послідовному лігуванню дрібних лімфатичних судин.

При тромботичному ураженні гомілково-підколінного сегменту операційні втручання виконані у 105 (23,7%) хворих, зокрема у 70 (66,7%) пацієнтів було виконано тромбектомію з підколінної вени та/або суральних синусів з наступним лігуванням суральних синусів у місці впадіння в підколінну вену. В якості доступу використовували S-подібний розріз у підколінній ямці. До переваг останнього належить більш широкий доступ до судин підколінної ямки, можливість розширення операційної рани, проведення розрізу по шкірних складках і, як результат, швидше загоєння операційної рани.

У 35 (33,3%) пацієнтів було виконано тромбектомію з ПВ з наступним лігуванням тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння в ПВ. При цьому використовували медіальний доступ у верхній третині гомілки. Поздовжній венотомний розріз гомілкової вени виконували нижче впадіння у ПВ довжиною до 3 см. Флотуючу верхівку тромботичних мас під візуальним контролем обережно видаляли за допомогою вікончастого затискача або судинного пінцета на пробі Вальсальви.

Відкриті операційні втручання з приводу ТГВ з локалізацією процесу в підколінно-стегновому сегменті виконані у 143 (32,3%) пацієнтів. При цьому верхівка тромботичних мас у 67 (46,9%) локалізувалася в поверхневій стегновій вені, у 76 (53,1%) – у загальній стегновій вені. У 21 (14,7%) з 143 пацієнтів тромботичний процес поширювався на загальну стегнову вену із басейну глибокої стегнової вени. При локалізації тромботичного процесу в клубових і стегнових венах використовували стегновий доступ. При визначенні показів до операційного втручання з приводу тромботичної оклюзії ПСВ необхідною умовою ефективності проведеної операції було збереження прохідності глибокої стегнової вени, як однієї з потужних колатералей стегнового колектору, що попереджувало тромбоутворення вище місця лігування. Окрім того, під час мобілізації глибоких вен намагалися не виконувати кросектомію, зберігаючи притоки великої підшкірної вени, як важливі шляхи компенсації колатерального кровоплину. Після візуального контролю у відсутності залишків тромботичних мас та пристінкових нашарувань у ділянці венотомної рани виконували лігування поверхневої стегнової вени безпосередньо нижче місця впадіння глибокої стегнової вени. Венотому рану зашивали неперевним швом атравматичними голками з ниткою «Пролен» 5/0.

При локалізації флотуючої верхівки емболонебезпечного тромбу дистальніше місця впадіння глибокої стегової вени венотомію загальної стегнової вени не виконували, а одразу проводили лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени.

У 21 (14,7%) пацієнтів з флотуючим тромбом у загальній стегновій вені внаслідок поширення тромботичних мас з глибокої стегнової вени техніка операційного втручання суттєво не відрізнялася. Після виконання відкритої тромбектомії та впевненості в збереженні прохідності поверхневої стегнової вени виконувати лігування гирла глибокої стегнової вени.

У 81 (18,3%) пацієнта виконані операційні втручання з приводу тромботичного ураження стегново-клубового сегменту. При цьому, флотуючу верхівку тромботичних мас у зовнішній клубовій вені діагностували у 74 (91,4%) пацієнтів, а у 7 (8,6%) хворих – у загальній клубовій вені. У 71 (87,6%) пацієнтів вдалося виконати напіввідкриту тромбектомію із зовнішньої клубової вени за допомогою стегнового доступу. У 3 (3,7%) пацієнтів після тромбектомії зі загальної стегнової та зовнішньої клубової вен виявили пристінкові тромботичні нашарування в загальній стегновій вені, які не вдалося видалити, тому було вирішено провести лігування загальної стегнової вени нижче впадіння великої підшкірної вени. У 10 (12,4%) хворих тромбектомію з зовнішньої та загальної клубових вен виконали з заочеревинного доступу по Rob (1963) на стороні ураження. Після виконання тромбектомії виконували лігування зовнішньої клубової вени безпосередньо нижче місця впадіння внутрішньої клубової вени.

З метою зменшення частоти післяопераційних ретромбозів і покращення результатів тромбектомії із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен після звільнення венозної магістралі від тромбів у 13 (16,1%) з 81 пацієнта формували тимчасову артеріо-венозну фістулу, яку накладали по типу «кінець вени в бік артерії. Діаметр анастомозу не перевищував 4 мм. В нашому дослідженні всі фістули закрилися самостійно в терміни від 3 до 10 тижнів після операції.

У 114 (25,7%) пацієнтів виявили тромботичне ураження кавального венозного сегменту. У більш ніж 2/3 хворих – 79 (69,3%), було діагностовано тромботичне ураження інфра- та інтравенального відділів НПВ. Вище рівня ниркових вен тромботичне ураження спостерігали у 35 (30,7%) пацієнтів, з яких у переважній більшості – 30 (85,7%) хворі верхівка тромботичних мас не поширювалася вище діафрагми. Вище діафрагми верхівку тромботичних мас спостерігали у лише 5 (4,4%) з 114 пацієнтів. При цьому, лише в 1 (0,9%) хворого, з пухлинним тромбозом, спостерігали поширення тромботичного процесу на праве передсердя. З приводу не пухлинного тромбозу НПВ прооперовано 22 (19,3%) пацієнтів.

У 92 (80,7%) із 114 пацієнтів діагностували пухлинний тромбоз НПВ, причиною якого був рак нирки. Рівень поширення пухлинного тромбозу визначали згідно класифікації Mayo: 0 рівень виявлено у 42 пацієнтів (45,6%); I-рівень – у 21 (22,8%); II-рівень – у 18 (19,6%); III-рівень – у 8 (8,7%); IV-рівень – у 3 (3,3%) хворих.

У 114 пацієнтів виконана відкрита тромбектомія з НПВ з наступним ушиванням венотомної рани. При потребі резекції стінки НПВ у пацієнтів з імплантаційними тромбами дефекти заміщували синтетичною латкою або протезом.

У 45 (39,5%) із 114 пацієнтів операцію завершили неповною апаратною пліка-

цією НПВ. При цьому каваплікацію виконали у всіх пацієнтів з непухлинним тромбозом та у 23 (25%) з 92 хворих з пухлинним тромбозом. При виборі місця каваплікації переважав інфраренальний відділ НПВ безпосередньо під нирковими венами – у 32 (71,1%) пацієнтів, у 12 (26,7%) – вище ниркових вен, у 1 (2,2%) хворого – вище печінкових вен.

До виписки зі стаціонару в 94 (21,2%) із 443 пацієнтів основної групи результати операційного лікування ТГВ у системі НПВ оцінили як добрі, у 345 (77,9%) – задовільні і лише в 4 (0,9%) хворих – результати операційного лікування були незадовільними. До виписки зі стаціонару спостерігали як місцеві, з боку операційної рани та безпосередньо ділянки операційного втручання, так і загальні ускладнення у 38 (8,6%) з 443 хворих після тромбектомії. Рецидив тромбозу спостерігали в 4 (0,9%) з 443 пацієнтів. Жодного випадку ТЕЛА не спостерігали. Летальних випадків не було.

У ранньому післяопераційному періоді до 1 року спостереження у 285 (67,5%) з 422 пацієнтів основної групи результати операційного лікування оцінили як добрі, у 132 (31,3%) – задовільні і лише у 5 (1,2%) пацієнтів результати операційного лікування були незадовільними. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виявили у 7 (1,7%) з 422 пацієнтів після відкритої тромбектомії. Рецидив тромбозу спостерігали в 5 (1,2%) з 422 пацієнтів. У ранньому післяопераційному періоді протягом 1 року летальних випадків та епізодів ТЕЛА не було.

У віддаленому післяопераційному періоді до 3 років дослідили результати операційного лікування ТГВ та профілактики ТЕЛА у 78 пацієнтів основної групи. У 57 (73,1%) з 78 пацієнтів результати операційного лікування ТГВ у системі НПВ оцінили як добрі, у 6 (7,7%) хворих – задовільні і лише в 15 (19,2%) пацієнтів результати операційного лікування були незадовільними. У 7 (9,0%) пацієнтів спостерігали рецидив ТГВ. У віддаленому післяопераційному періоді протягом 3 років летальних випадків та епізодів ТЕЛА не було.

На кінець 3 року спостереження ознаки хронічної венозної недостатності у основній групі спостерігали у 10,2% пацієнтів після парціальної та у 2,9% хворих після повної тромбектомії.

Кумуляційний аналіз результатів післяопераційного періоду показав, що добрі та задовільні результати хірургічного лікування ТГВ у системі НПВ спостерігали у 89,5% пацієнтів на кінець 3 року спостереження.

Протягом 12 місяців спостереження добрі результати у пацієнтів контрольної групи виявили в 28 (23,1%) випадках, у 53 (43,8%) – задовільні, а в 40 (33,1%) хворих – результати були незадовільними. Рецидив тромбозу протягом 12 місяців спостереження виявили у 15 (12,4%) пацієнтів. У 3 хворих виявили ознаки ТЕЛА, в тому числі 1 епізод фатальної тромбоемболії. У 2 пацієнтів, яким вдалося зберегти життя після ТЕЛА, спостерігали виражені ознаки інвалідизації.

На кінець 1 року виражені клінічні прояви хронічної венозної недостатності виявили у 47 (38,8%) із 121 пацієнта контрольної групи, в тому числі у 11 (23,4%) спостері-

гали трофічні виразки.

На кінець 3 року спостереження добрі результати у контрольній групі виявили в 5 (8,1%) хворих, у 24 (38,7%) – задовільні, а в 33 (53,2%) хворих – результати були незадовільними. Рецидив тромбозу до кінця 3 року спостереження виявили у 8 пацієнтів. У 5 хворих виявили ознаки ТЕЛА, в тому числі 2 епізоди фатальної тромбоемболії. 3 3 пацієнтів, яким вдалося зберегти життя після ТЕЛА, виражені ознаки інвалідазації спостерігали у 2 хворих. При цьому у одного пацієнта, що помер внаслідок тромбоемболії, спостерігали рецидивуючий характер останньої.

На кінець 3 року спостереження виражені клінічні прояви хронічної венозної недостатності виявили у 32 (51,6%) із 62 пацієнтів контрольної групи, в тому числі у 7 спостерігали трофічні виразки. Таким чином, позитивний результат у віддаленому періоді при консервативному лікуванні тромбозу системи НПВ по даним кумуляційного аналізу вдається досягти лише у 48,8% пацієнтів.

Таким чином, відновлення просвіту глибоких вен системи нижньої порожностої вени операційним шляхом дозволяє зберегти клапанний апарат вен, попередити розвиток посттромбофлебітичного синдрому з наступним виникненням хронічної венозної недостатності, значно покращити результати лікування пацієнтів з тромбозами глибоких вен.

ВИСНОВКИ:

1. Операційне лікування тромбозів глибоких вен по даним кумуляційного аналізу дозволило досягти позитивного результату лікування в 89,5% пацієнтів, а при консервативному лікуванні – лише в 48,8% хворих.
2. На кінець 3 року спостереження виражені ознаки хронічної венозної недостатності у пацієнтів контрольної групи спостерігали в 51,6% пацієнтів, а в основній групі – лише в 10,2%.

Література:

1. Гудз І.М. Діагностика та лікування гострого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок і тазу. Рекомендації Товариства судинних хірургів Німеччини / І.М. Гудз // Серце і судини. – 2006. – № 2 (14). – С. 34 – 36.
2. Лікування флеботромбозів системи нижньої порожностої вени, ускладнених флотацією верхівки тромбу / І.І. Кобза, Б.М. Гаврилів, Ю.Г. Орел [та ін.] // Наук. вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». – Випуск 2 (44). – 2012. – С. 52 – 53.
3. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2007 году / А.В. Покровский. – Москва, 2008. – 46 с.
4. Хірургічне лікування гострих венозних клубово-стегнових тромбозів / О.О. Сергеев, О.Б. Кутовий, І.В. Люлько [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 4. – С. 27 – 29.
5. Comerota A.J. Treatment of Acute Iliofemoral Deep Venous Thrombosis: a Strategy of Thrombus Removal / A.J. Comerota, D. Paolini // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2007. – Vol. 33, № 3. – P. 351 – 360.
6. Ekloef B. Aggressive treatment of proximal deep venous thrombosis: 6th North Sea Meeting on Venous Diseases / B. Ekloef // Antwerpen, 2007. – P. 15 – 17.

7. Long-term Results after Transfemoral Venous Thrombectomy for Iliofemoral Deep Venous Thrombosis / B. Geier, G. Asciutto, B. Strohmann [et al.] // Abstracts XXIII Annual Meeting European Society for Vascular Surgery (3 – 6 September 2009, Oslo, Norway). – P. 148.
8. Pillny M. Deep venous thrombosis: surgical options. Minimally Invasive Venous Surgery / M. Pillny, W. Sandmann // Turin: Edizioni Minevra Medica S.p.A., 2008. – P. 93 – 98.
9. Rosales A. Stenting for Chronic Postthrombotic Cava and Iliofemoral Occlusions. Clinical Outcome and Midterm Patency / A. Rosales, G. Sanbæk, J.J. Jørgensen // Abstracts XXIII Annual Meeting European Society for Vascular Surgery (3 – 6 September 2009, Oslo, Norway). – P. 59.
10. The Vein Book: monograph / Edited by: John J. Bergan // London-Oxford: Elsevier Academic Press. – 2007. – 617 p.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.И. Русин, В.В. Корсак, Я.М. Попович, С.А. Бойко

Ужгородский национальный университет

В работе проведено оценку результатов лечения тромбозов глубоких вен системы нижней полой вены у 678 больных, которые находились на лечении в хирургической клинике Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака. В зависимости от метода лечения больные были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 443 (65,3%) пациентов с тромбозами глубоких вен (ТГВ) системы нижней полой вены (НПВ), которым выполнили полную или частичную тромбэктомию. Во вторую (контрольную) группу вошли 235 (33,7%) пациентов с ТГВ в системе НПВ, которые получали только консервативное лечение. Операционное лечение ТГВ по данным кумуляционного анализа позволило получить позитивный результат у 89,5% пациентов, а при консервативном лечении – только в 48,8% больных. На конец 3 года наблюдения выраженные признаки хронической венозной недостаточности у пациентов контрольной группы наблюдали в 51,6% пациентов, а в основной группе – только в 10,2%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тромбоз глубоких вен, нижняя полая вена, тромбэктомия, консервативное лечение.

SURGICAL TREATMENT OF VEIN THROMBOSES OF LOWER EXTREMITIES

V.I. Rusyn, V.V. Korsak, Y.M. Popovich, S.O.Boiko

Uzhhorod National University

In the work the estimation of the results of treatment of deep vein thrombosis in the system of vena cava inferior in 678 patients who were on treatment in the surgical clinic of the Regional Clinical Hospital A.Novak. Depending on the method of treatment, the patients were divided into two groups. The first (main) group consisted of 443 (65,3%) patients with deep vein thrombosis (DVT) in the system of the vena cava inferior (VCI), which performed an open full or partial thrombectomy. The second (control) group included 235 (33,7%) patients with DVT in the VCI system receiving only conservative treatment. Operative treatment of deep vein thrombosis according to the cumulative analysis allowed to achieve a positive result of treatment in 89,5% of patients, and with conservative treatment – only in 48,8% of patients. At the end of 3 years of observation, the marked signs of chronic venous insufficiency in patients in the control group were observed in 51,6% of patients, and in the main group – only 10,2%.

KEY WORDS: deep vein thrombosis, vena cava inferior, thrombectomy, conservative treatment.

УДК 616.146–005.6:612.15

МІСЦЕ РАДІОІЗОТОПНОЇ ФЛЕБОСЦИНТИГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ТРОМБОЗІВ ГЛИБОКИХ ВЕН СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕН

В.І. Русин, Я.М. Попович, В.В. Корсак, Болдіжар П.О.

Ужгородський національний університет

У роботі наведено аналіз результатів обстеження 32 хворих з тромбозами глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени. Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне скенування, рентгеноконтрастна флебографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити порушення параметрів кровоплину при тромбозах глибоких вен системи нижньої порожнистої вени. Середній час транспорту радіофармпрепарату складає 40 – 47 с в спокої і 20 – 26 с при навантаженні, індекс навантаження 1,8 – суттєво нижче норми; лінійна швидкість кровоплину – 4,2–4,4 і 5,9–6,1 см/с відповідно.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тромбоз глибоких вен, нижня порожниста вена, радіоізотопна флебосцинтиграфія, радіофармпрепарат.

Частота тромбозів у системі нижньої порожнистої вени у розвинутих країнах складає 1 – 4 на 1000 населення. Вони є серйозною медичною і соціальною проблемою – в США ТГВ і ТЕЛА обумовлюють до 600000 госпіталізацій на рік, щорічно потребуючи на лікування близько 2,4 мільярди доларів [3, 10, 11]. На долю ТГВ в системі НПВ припадає більш ніж 95% всіх венонних тромбозів, з яких 10% ускладнюються ТЕЛА [1, 6, 7, 12].

Флеботромбози у 25% випадків призводять до тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), яка в 12% випадків закінчується летально [1], а в 30% – призводить до важкої інвалідизації пацієнтів [4, 8, 9]. Частота фатальної ТЕЛА, по даним паталогоанатомічних розтинів, складає 50 випадків на 100 тисяч населення [7, 8]. У Західній Європі реєструються 750000 тромбозів у рік [2]. За даними Т.В. Wakefield (1999), у США щорічно виникає 250000 випадків ТГВ і 50000 смертельних легеневих тромбоемболій [4]. В Україні ТЕЛА ускладнює 0,1-0,3% хірургічних втручань і є причиною 20 – 40% летальних наслідків [1].

Важливою задачею лікування гострих венонних тромбозів нижніх кінцівок є попередження хронічної венонної недостатності. Венонний тромбоз у 80 – 85% випадків призводить до формування посттромбофлебітичної хвороби і в 45% до хронічної венонної недостатності (ХВН). У розвинутих країнах поширеність трофічних порушень шкіри досягає 3% серед дорослого населення. Загоєння трофічних виразок, що зустрічаються в 0,3 – 1%, особливо рецидивуючих, представляють серйозні труднощі [1, 5].

Тромбози глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени – найбільш поширене захворювання, яке ускладнює перебіг післяопераційного періоду, вагітності та пологів,

травм і різноманітних хронічних захворювань. Лікуванню тромбозів глибоких вен (ТГВ) системи нижньої порожнистої вени (НПВ) присвячено велика кількість робіт, що торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. Тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), як і раніше, рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності (ХВН) неухильно зростає.

Прихильники операційного лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії з глибоких вен системи НПВ суттєвим покращенням відтоку, навіть при локальному ре-тромбозі, завдяки включенню нових колатералей [5]. Їх противники притримуються засад вичікувальної тактики, обґрунтовуючи консервативну терапію значно розширеними можливостями сучасної гіпокоагуляційної терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними, ТЕЛА залишається однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами ХВН неухильно зростає.

Діагностика ТГВ на даний час не представляє важкості. Але більшість діасточних методів, які використовують в діагностиці флеботромбозів несуть інформацію лише про анатомічну локалізацію, поширення та межі тромботичної оклюзії, наявність чи відсутність флотації проксимальної частини тромботичного процесу. Але до цього часу не досліджено функціональний стан колатерального кровоплину, параметри венозного кровоплину та можливості його компенсації при ТГВ під час та після лікування, в тому числі хірургічного. З цією метою необхідно застосування методів здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час існують опосередковані (плетизмографія) і прямі (радіоізотопні) способи їх вивчення [2, 7].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Визначити можливості використання радіоізотопної флєбосцинтиграфії у виборі показів до операційного лікування тромбозів глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 32 хворого з тромбозами глибоких вен у системі нижньої порожнистої вени, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака з 2010 по червень 2013 року. Вік хворих становив від 28 до 82 років, середній вік – $53 \pm 2,2$ роки.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («Aloka-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; «HDI-1500» ATL-Philips; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX “Siemens”, Німеччина, 1994). В комплексне обстеження пацієнтів з ТГВ доповнювали радіоізотопною флєбосцинти-

графією, що проводилася на емісійному комп'ютерному томографі „Тамара” (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ „Оризон” Україна, НІО ЩГК НТК „Інститут монокристалів” НАН України, СП „Амкрис-Ейч”.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Золотим стандартом діагностики ТГВ залишаються ультразвукові методи діагностики, в тому числі доплерографія та дуплексне сканування. Останні дозволяють чітко виявити локалізацію тромботичної оклюзії, поширення та межі тромботичного процесу, консистенцію тромботичних мас, стан проксимальної частини тромботичних мас процесу, наявність чи відсутність флотації, наявність реканалізації та стан клапанного апарату глибоких вен. Інформацію про тромботичну оклюзію глибоких вен системи НПВ доповнюють також рентгенконтрастна флебографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням ультравістом. Але жодна з методик не дає уяву про функціональний стан колатерального кровоплину, параметри венозного кровоплину та можливості його компенсації при ТГВ під час та після лікування, в тому числі хірургічного. З цією метою в комплекс діагностики ТГВ включили радіоізотопну флєбосцинтиграфію. Радіоізотопна флєбосцинтиграфія дає можливість вивчити функціональний стан колатерального кровоплину при тромботичній оклюзії, стан венозних колекторів вище, ніжче та в ділянці тромботичного процесу.

Для виконання радіоізотопної флєбосцинтиграфії використовували радіофармпрепарат (РФП) Тс-99м-пертехнетат активністю 370 МБк в об'ємі 1 мл. Вказаний препарат вводили болюсно у вену тилу стопи після накладання венозного джгута одразу нижче кісточок. Пункцію вени виконували тонкою голкою 0,6 x 25 мм.

Кровоплин досліджували, головним чином, у вертикальному положенні, оскільки саме ці умови найбільш повно відтворюють фізіологію кровообігу у людини. Виключення складають пацієнти, у яких за даними УЗ-ангіосканування був достовірно діагностований флотуючий характер тромбу. Внаслідок високого ризику тромбоемболії дослідження виконували в горизонтальному положенні пацієнта.

Оцінювали гемодинаміку як в стані спокою, так і з фізичним навантаженням (згинання-розгинання стопи при фіксованій гомілці та стегні). Пасаж РФП фіксували гамма-камерою «Тамара» у динамічному форматі шляхом запису 60 кадрів тривалістю 1 секунда кожен. Також записували відстрочені статичні скінтиграми з часом набору 30 секунд на проекцію.

У більшості пацієнтів оцінювали функцію м'язово-венозної помпи гомілки в спокої і з навантаженням (два введення), визначаючи середній час транспорту (СЧТ), лінійну швидкість кровоплину (ЛШК) і індекс навантаження (ІН). В нормі радіофармпрепарат, що введений у вену тилу стопи, через прямі перфорантні вени заповнює одну або декілька гомілкових вен і дає їх чітке і однорідне зображення. Підшкірні вени, при збереженій функції клапанів, не візуалізуються. Середній час транспорту (СЧТ) ізотопу по венах гомілки і стегна складає при цьому 30 – 40 с, а лінійна швидкість кровоплину

(ЛШК) – 2 – 4 см/с. Необхідно підкреслити, що саме середній час транспорту відображає об'ємний кровоплин, лінійна швидкість кровоплину має значення лише у порівнянні з вихідними даними і самостійної ролі не відіграє.

При фізичному навантаженні об'ємний кровоплин значно посилюється, що відображається у прискоренні СЧТ до 8 – 12 с, а ЛШК зростає до 8 – 10 см/с. Так як навіть у нормі параметри кровоплину мають індивідуальні різниці для об'єктивізації оцінки, ми ввели відносну величину – індекс навантаження (ІН) – відношення середнього часу транспорту при навантаженні до цього ж показника в спокої. В нормі індекс навантаженні складає – від 3 одиниць і вище.

Виконували дослідження на стаціонарному етапі до хірургічного лікування, через 7 – 10 днів після операції і амбулаторно у віддаленому періоді через 1 – 3 – 6 місяців і через 1 – 2 – 3 роки після операції. За змінами кількісних параметрів кровоплину судили про ефективність проведеного лікування.

Кількість досліджень перевищує число хворих, так як більшості виконували декілька досліджень і до- і в післяопераційному періодах, а в частини хворих проводили дослідження декількох венозних сегментів.

Застосування динамічної радіонуклідної флебосцинтиграфії у діагностичних цілях недоцільно, оскільки достовірно оцінити верхню межу тромба і характер його верхівки при цьому неможливо.

Головна перевага радіонуклідного методу полягає в тому, що тільки з його допомогою можна отримати повну якісну і кількісну характеристику венозного русла нижньої кінцівки, об'єктивно оцінити венозне повернення, контролювати хід лікування і його результати з позицій функціонального стану.

Крім того, у частини пацієнтів підозрювали ТЕЛА. Цим пацієнтам динамічну флебосцинтиграфію поєднували з перфузійним скануванням легень. Радіоізотопна сцинтиграфія легень дозволяє чітко виявити вогнища зниженої перфузії легеневої тканини в ділянці тромбоемболії та підтвердити діагноз ТЕЛА. Найбільш інформативна сцинтиграфія легень через 48 годин після перших клінічних проявів ТЕЛА. Таким чином, використовуючи одне введення препарату, отримували інформацію про функціональний стан венозного русла нижніх кінцівок і легень.

У хворих з гострими тромбозами відмічається значне сповільнення пасажу РФП по глибоким венам нижньої кінцівки, що відображається у збільшенні СЧТ по венозним колекторам гомілки і стегна більше 50 - 60 с, при цьому глибокі вени контрастуються неоднорідно, на флебосцинтиграмах з'являється зображення поверхневих вен, які стають основним шляхом відтоку.

У більшості обстежених нами пацієнтів відмічена недостатність клапанів перфорантних вен в басейні великої та малої підшкірних вен в самому ранньому періоді гострого венозного тромбозу.

Неспроможні перфоранти мають велике значення в забезпеченні відтоку з дис-

тальних відділів кінцівок, є важливим компенсаторним механізмом на початковому етапі формування посттромботичної хвороби, захищаючи м'язово-венозну помпу від переповнення.

На флєбосцинтиграмах пацієнта з гострим венозним тромбозом у стані спокою і при навантаженні глибокі вени контрастуються нечітко, добре видно поверхневі вени, на які приходиться 70% кровоплину, і перфоратні вени гомілки. СЧТ складає 40 – 47 с в спокої і 20 – 26 с при навантаженні – ІН 1,8 – суттєво нижче норми. ЛШК склала 4,2 – 4,4 і 5,9 – 6,1 см/с. Об'єм венозного повернення у стані спокою незначно відрізняється від норми, а при дозованому фізичному навантаженні – суттєво, про що свідчить низький ІН. На флєбосцинтиграмі з навантаженням добре видно основний шлях відтоку крові з кінцівки – перетік на протилежний бік і далі по клубовим венам. Зображення клубових вен на боці ураження відсутнє.

Основними візуальними ознаками ураження глибоких вен нижньої кінцівки є недостатнє і неоднорідне їх контрастування, а також візуалізація колатеральних, переважно м'язових, і підшкірних вен, по яких може здійснюватися основний відтік крові з кінцівки. При цьому співвідношення кровотоку по магістральних і обхідних колатеральних венах склало в середньому 40% і 60% відповідно (у нормі 90% та 10%).

Індекс фізичного навантаження на венах гомілки, великої підшкірної і стегнової венах у хворих з гострими тромбозами системи нижньої порожнистої вени склав 1,2 – 2,6, що менше, ніж у нормі (3 і більше).

Виходячи з результатів проведеного дослідження, ми виявили основні порушення регіональної гемодинаміки при гострих глибоких венозних тромбозах нижніх кінцівок та компенсаторні можливості венозного русла.

ВИСНОВКИ:

1. Поверхнева венозна система не може повністю компенсувати порушення відтоку по глибоких венах у гострому періоді венозних тромбозів. Функція м'язово-венозної помпи гомілки страждає завжди, навіть при відсутності тромботичних мас у венах гомілки при проксимальній локалізації тромбозу.
2. Параметри відтоку крові залежать від кількості активно функціонуючих колатералей – чим їх більше, тим повноцінніше сумарний кровотік, тим менше страждає м'язово-венозна помпа гомілки.
3. У гострому періоді колатералі розвинені слабо, і поверхневі вени не можуть повністю компенсувати порушення прохідності глибоких вен; перфорантний скид, який на ранніх стадіях відіграє позитивну роль у забезпеченні відтоку крові, тільки починає формуватися.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дубровский, А.В. Функциональная анатомия венозного русла нижних конечностей и обоснование хирургического вмешательства при острых флеботромбозах / А.В. Дубровский [и др.] А.В. Каралкин, А.В. Альбицкий, Г.Д. Саитова, О.В. Дженина // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия 2004. – №4. – С.34-39.
2. A comparative study of radionuclide venography and contrast venography in the diagnosis of deep venous thrombosis / T.K. Kilpatrick, M. Lichtenstein, J. Andrews, R.N. Gibson, P. Neerhut, Hopper // J. Med. Pregl. – 1994. – № 47(5 – 6). – P. 209 – 212.
3. Baekgaard N. Indications for stenting during thrombolysis / N. Baekgaard, Broholm R., Just S. // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 112 – 116.
4. D. Clair Pros and cons for intravascular ultrasound in stenting / D. Clair // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 129 – 134.
5. Graaf R. Stenting for chronic venous obstructions a new era / R. de Graaf, C. Arnoldussen, C.H.A. Wittens // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 117 – 122.
6. Greenfield L.J. Recommended reporting standards for vena caval filter placement and patient follow-up. Vena Caval Filter Consensus Conference / L.J. Greenfield, R.B. Rutherford // J. Vasc. Interv. Radiol. – 1999, Sep. – № 10(8). – P. 1013 – 1019.
7. Milne A.A. The clinical course of patients following extensive deep vein thrombosis / A.A. Milne, C.V. Ruckley // Eur. J. Vasc. Surg. – 1994. – № 8. – P. 56 – 59.
8. Prandoni P. Aspirin and recurrent venous thromboembolism / P. Prandoni, Noventa F., Milan M. // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 99 – 104.
9. Ten Cate-Hoek A.J. Postintervention duration of anticoagulation in venous surgery / A.J. Ten Cate-Hoek, M.H. Prins, C.H.A. Wittens [et al.] // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 105 – 111.
10. Testroote M.J.G. Prevention of venous thromboembolism in patients undergoing surgical treatment of varicose veins / Testroote M.J.G., Wittens C.H.A. // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 86 – 90.
11. Venous thrombectomy for iliofemoral vein thrombosis: 10 year results of a prospective randomized study / G. Plate, B. Eklof, L. Norgren [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1997. – № 14. – P. 367 – 374.
12. Zhao J. Compositive treatment of acute deep vein thrombosis of lower extremity / J. Zhao, G. Dong // Chung Hua Wai Ko Tsa Chin – 1995, May. – № 33 (5). – P. 310 – 312.

МЕСТО РАДИОИЗОТОПНОЙ ФЛЕБОСЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

В.И. Русин, Я.М. Попович В.В. Корсак, Болдичар П.А.

Ужгородский национальный университет

В работе приведен анализ результатов обследования 32 больных с тромбозами глубоких вен в системе нижней полой вены. Включение в комплекс клинико-инструментального обследования пациентов (ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная флебография, мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием) радиоизотопной флебосцинтиграфии позволило оценить нарушения параметров кровотока при тромбозах глубоких вен системы нижней полой вены. Среднее время транспорта радиофармпрепарата составляет 40 – 47 с в покое и 20 – 26 с при нагрузке, индекс нагрузки 1,8 – существенно ниже нормы; линейная скорость кровотока – 4,2-4,4 и 5,9-6,1 см/с соответственно.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тромбоз глубоких вен, нижняя полая вена, радиоизотопная флебосцинтиграфия, радиофармпрепарат.

**PLACE IN DIAGNOSTICS RADIOISOTOPE VENOSCINTIHRAFY DEEP VEIN
THROMBOSIS IN THE INFERIOR VENA CAVA SYSTEM****V.I. Rusyn, Y.M. Popovych, V.V. Korsak, P.O. Boldizhar***Uzhgorod national university*

The paper presents an analysis of the survey results 32 patients with deep vein thrombosis in the inferior vena cava system. Inclusion in the range of clinical and instrumental examination of patients (duplex ultrasound scanning, X-ray phlebography, multyspiralna computed tomography with intravenous kontrastuvannyam) radioisotope venoscintihrafy it possible to estimate the parameters of flow violation in deep vein thrombosis of the inferior vena cava. AVG transport radiopharmaceuticals is 40 – 47 sec at rest and 20 – 26 sec with a load, load index 1,8 – significantly below normal, linear velocity of flow – 4,2-4,4 and 5,9-6,1 cm /sec, respectively.

KEY WORDS: deep vein thrombosis, inferior vena cava, radioisotope venoscintihrafy, radiopharmaceutical specimen.

УДК 617.58:616.14–007.64–073.432.19:614.2

УНІФІКОВАНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОПЛЕРІВСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Рязанов Д.Ю., Мамунчак О.В., Смирнова Д.О.

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

МЕТА РОБОТИ - розробка стандартного протоколу і графічного представлення венозної системи у хворих ВХНК при ультразвуковій доплерографії з метою визначення обсягу та вибору способу хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. У дослідження включено 137 хворих ВХНК класу С2-С6 по СЕАР. Жінок - 94 (68,6%), чоловіків - 43 (31,4%). Вік пацієнтів становив, в середньому, $47,2 \pm 4,7$, тривалість захворювання - $19,1 \pm 4,1$ року.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Розроблено хірургічний протокол ультразвукового доплерівського обстеження вен при ВХНК. Протокол дозволяє представити у графічному відображенні локалізацію патологічно змінених великої та малої стовбурових підшкірних вен та їх притоків, наявність точок та тип рефлюкса. В основу опису та графічного представлення результатів ультразвукової доплерографії венозної системи у хворих ВХНК покладені принципи обстеження в положенні пацієнта лежачи і стоячи з проведенням функціональної проби Вальсальви.

ВИСНОВКИ. Зазначений протокол графічного представлення і опису функціонального стану варикозних вен дозволяє маркувати протяжність незворотньої варикозної трансформації, визначити «точку патологічного протікання» і тип рефлюкса, вибрати обсяг малоінвазивного оперативного лікування. Графічне представлення даних обстеження вен у хворих на ВХНК дозволяє документувати планований і виконаний обсяг оперативного втручання, оцінювати результати лікування в динаміці, обґрунтувати необхідність етапних втручань у результаті прогресування або рецидиву хвороби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, ультразвукове доплерівське обстеження, графічний протокол.

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок становить важливу медичну, соціальну та економічну проблему. В останні роки повсюдно відзначають зростання захворюваності, як правило в групі осіб працездатного віку, росте число ускладнених форм, що призводять до стійкої непрацездатності [1,5,7].

На сьогоднішній день доплерівське ультразвукове обстеження вен нижніх кінцівок є одним із найбільш інформативних методів діагностики варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК). Вирішальне значення метода полягає в його достатній інформативності для хірурга у обранні лікувальної тактики, виборі технології та визначенні об'єму корекції патології, а також дозволяє оцінювати в динаміці ефективність лікування [2,3,4,6].

Разом з тим, не існує стандартної методики опису або графічного представлення даних ультразвукової доплерографії, яка дозволяла б однозначно інтерпретувати результати обстеження для будь-якого фахівця, в тому числі хірурга, зокрема таких даних, як:

- протяжність і топографічна локалізація варикозної трансформації венозного

русла;

- встановлення точок та типу рефлюкса;
- відображення ділянок, що підлягають комбінованому лікуванню: хірургічного методу або радіочастотної (лазерної) абляції у поєднанні зі склеротерапією.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: розробка стандартного протоколу графічного представлення венозної системи у хворих ВХНК при ультразвуковій доплерографії з метою визначення обсягу та вибору способу хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

У дослідження включено 137 хворих варикозною хворобою нижніх кінцівок класу C2-C6 по СЕАР, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні на базі кафедри хірургії та малоінвазивних технологій Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України».

Жінок було 94 (68,6%), чоловіків - 43 (31,4%). Вік пацієнтів становив, в середньому, $47,2 \pm 4,7$, тривалість захворювання - $19,1 \pm 4,1$ року.

В залежності від класу ВХНК хворі розподілені наступним чином: C2 - 8 (5,8%), C3 - 48 (35,0%), C4a - 35 (25,6%), C4b - 33 (24,1%), C5 - 6 (4,4 %), C6 - 7 (5,1%) хворих. Трофічні виразки розташовувалися по медіальній поверхні гомілки у її нижній третині, їх розмір не перевищував 3,5 см в діаметрі, складаючи, в середньому, $2,7 \pm 0,4$ см, а тривалість існування склала від 0,5 міс до 5 років. Клінічна вираженість захворювання склала від 5 до 23 балів за Rutherford (2000р.).

Всім хворим було виконано ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок за допомогою апарату «Logic C-5». Оцінювали прохідність глибоких вен, наявність вено-венозного рефлюксу, встановлення меж поширення рефлюксу зі стовбурових підшкірних венах та їх внутрішній діаметр, ступінь вираженості дегенеративних змін у венозній стінці магістральних вен, визначення точної локалізації, діаметра і наявності рефлюксу по перфорантних венах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Розроблено хірургічний протокол ультразвукового доплерівського обстеження вен при ВХНК. Протокол дозволяє представити у графічному відображенні локалізацію патологічно змінених великої та малої стовбурових підшкірних вен та їх притоків, наявність точок та тип рефлюкса, що надає можливість стандартизувати результати ультразвукового дуплексного обстеження і уніфікувати тактику щодо об'єму хірургічного лікування хворих незалежно від обрання технології втручання. Також протокол забезпечує документальне обґрунтування уникнення видалення незмінених ділянок підшкірних вен та їх притоків під час операції, що зменшує травматизм, скорочує тривалість операції і терміни одужання хворого, так і обґрунтовує можливість виникнення у подальшому повторних етапних втручань, адже хвороба має прогресуючий характер.

В основу опису та графічного представлення результатів ультразвукової доплерографії венозної системи у хворих ВХНК покладені принципи обстеження в положенні пацієнта лежачи і стоячи з проведенням функціональної проби Вальсальви. Обов'язковим є опис прохідності глибоких вен гомілки і стегна.

Графічне подання передбачає обов'язкове відображення:

- сафенофemorального співустя;
- стовбура великої підшкірної вени (вище коліна);
- стовбура великої підшкірної вени (нижче коліна);
- передньолатеральної вени стегна;
- задньомедіальної вени стегна;
- перфорантних вен стегна;
- перфорантів Додда;
- перфорантів Бойда;
- передньої вени гомілки;
- задньої венозної дуги (вена Леонардо);
- сафенопідколінного співустя;
- стовбура малої підшкірної вени;
- сідничної дуги;
- вени Джіакоміні.

Протокол опису (табл. 1) та графічного представлення результатів ультразвукової доплерографії при варикозній хворобі (Авторське право на науковий твір №66205 від 21.06.2016) складається для лівої та правої нижніх кінцівок окремо. Обов'язковим є визначення розмірів усіх досліджуваних параметрів вен пацієнта у положенні стоячи і лише деяких з них і у положенні лежачи.

Таблиця 1

ПРОТОКОЛ ОПИСУ ДОППЛЕРІВСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ВЕН НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Параметр		Розмір, мм	Рефлюкс
Передня поверхня			
SFJ	лежачи		Так / Ні
	стоячи		Так / Ні
GSV above knee	лежачи		Так / Ні
	стоячи		Так / Ні
GSV below knee	лежачи		Так / Ні
	стоячи		Так / Ні
ALV			Так / Ні
PMV			Так / Ні
TPV			Так / Ні
P Dodd's			Так / Ні
P Boyd's			Так / Ні
ACV			Так / Ні
PAV (Leonardo)	лежачи		Так / Ні
	стоячи		Так / Ні
Задня поверхня			
SPJ			Так / Ні
SSV prox			Так / Ні
FP			Так / Ні
TPV			Так / Ні
GA			Так / Ні
GIA (Giacomini)			Так / Ні

Термінологія опису графічного протоколу наведена у таблиці 2.

Таблиця 2

ТЕРМІНОЛОГІЯ ПРОТОКОЛА ОПИСУ ГРАФІЧНОГО ПРЕДСТАВЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОПЛЕРІВСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

SFJ	Saphenofemoral junction	Сафенофеморальне співустя
GSV above knee	Great saphenous vein	Велика підшкірна вена вище коліна
GSV below knee	Great saphenous vein	Велика підшкірна вена нижче коліна
ALV	Anterolateral thigh vein	Передньолатеральна вена стегна
PMV	Posteromedial thigh vein	Задньомедіальна вена стегна
TPV	Thigh perforator vein	Перфорантні вени стегна
P Dodd's	P Dodd's	Перфоранти Додда
P Boyd's	P Boyd's	Перфоранти Бойда
ACV	Anterior crural vein	Передня вена гомілки
PAV (Leonardo)	Posterior arch vein (Leonardo)	Задня венозна дуга (вена Леонардо)
SPJ	Saphenopopliteal junction	Сафенопідколінне співустя
SSVprox	Small saphenous vein	Мала підшкірна вена у проксимальному відділі
FP	Femoropopliteal vein	Стегноріллявільна вена
GA	Gluteal area	Сіднична дуга
GIA	Giacomini	Вена Джакоміні

За даними доопераційного ультразвукового дуплексного сканування у всіх хворих глибокі вени були прохідні. Діаметр великої підшкірної вени (ВГВ) на ураженій кінцівці на рівні стегна становив $13,4 \pm 2,41$ мм, на гомілці - $11,7 \pm 3,17$ мм. Діаметр малої підшкірної вени (МГВ) становив $4,2 \pm 1,68$ мм. Остіальний клапан сафенофеморального співустя був неспроможний у 133 (97,1%), сафенопоплітеального співустя - у 24 (17,5%) хворих.

На основі запропонованої методики графічного представлення та оцінки результатів ультразвукової доплерографії стану венозної системи у хворих на ВХНК всім пацієнтам виконане хірургічне лікування. Хворі були розподілені на 2 клінічні групи в залежності від спроможності вен гомілки:

1) перша група (контрольна) - 24 (17,5%) хворих з істинною неспроможністю перфорантних вен гомілки, яким виконувалось оперативне втручання в обсязі: кросектомія, довгий стріппінг стовбура ВГВ, флектомія колатералей, перев'язка перфорантних вен гомілки;

2) друга група (основна) - 113 (82,5%) хворих із спроможними перфорантними венами, які отримували радикальне хірургічне втручання за розробленим способом (Деклараційний патент України №78009 від 11.03.2013): кросектомія, короткий стріппінг стовбура ВГВ з видаленням перфоранта Boyd, мініфлектомія колатералей по Muller.

В післяопераційному періоді через 12 і більше місяців у хворих другої (основної) групи у всіх випадках відзначалося зникнення больового синдрому, набряку гомілки, загоєння трофічної виразки.

ВИСНОВКИ.

Значений протокол графічного представлення і опису функціонального стану варикозних вен дозволяє маркувати протяжність незворотньої варикозної трансформації, визначити «точку патологічного протікання» и тип рефлюкса, вибрати обсяг малоінвазивного оперативного лікування.

Графічне представлення даних обстеження вен у хворих на ВХНК дозволяє документувати планований і виконаний обсяг оперативного втручання, оцінювати результати лікування в динаміці, обґрунтувати необхідність етапних втручань у результаті прогресування або рецидиву хвороби.

Література

1. Альбер-Адриен Рамеле. Варикозные вены и телеангиоэктазии / Альбер-Адриен Рамеле, Филипп Керн, Мишель Перин; [пер. с франц. под общ. ред. Т.В. Алекперовой]. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 137.
2. Клиническая флебология/ Под редакцией Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко —М.: ДПК Пресс, 2016. —256 с.
3. Мишалов В.Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Часть I. Патопфизиология и экономические аспекты / В. Г. Мишалов, Н. Ю. Литвинова // Серце і судини. – 2010. – № 2. – С. 14 – 21.
4. Нурмеев И.Н., Миролубов Л.М., Нурмеев Н.Н., Миролубов А.Л., Ибрагимов С.В., Хакимьянов А.И., Умаров Н.А., Нагиммулин Р.Р. Новое в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей (опит частной флебологической практики)/ Вестник экспериментальной и клинической хирургии том 7 №2 2014. – С. 141-145.
5. Collins L. Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers / L. Collins, S. Seraj, T. Jefferson // Am. Fam. Physician. – 2010. – Vol. 81, N 8. – P. 989 – 996.
6. De Maeseneer M., Pichot O., Cavezzi A. et al. Duplex ultrasound investigation of the veins of the lower limbs after treatment for varicose veins – UIP consensus document// Eur. J. Vasc.Endovasc. Surg. – 2011. – Vol.42. – P.89-102.
7. Glociczki P., Camerota A.J., Dalsing M.C. et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and American Venous Forum // J. Vasc. Surg. – 2011. – Vol.53. – P.25-48S.

УНИФИЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рязанов Д.Ю., Мамунчак О.В., Смирнова Д.А.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ - разработка стандартного протокола и графического представления венозной системы у больных ВБНК при ультразвуковой доплерографии с целью определения объема и выбора способа хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 137 больных ВБНК класса С2-С6 по СЕАР. Женщин - 94 (68,6%), мужчин - 43 (31,4%). Возраст пациентов составлял в среднем $47,2 \pm 4,7$, продолжительность заболевания - $19,1 \pm 4,1$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Разработан хирургический протокол ультразвукового доплеровского обследования вен при ВБНК. Протокол позволяет представить в графическом отображении локализацию патологически измененных большой и малой стволковых подкожных вен и их притоков, наличие точек и тип рефлюкса. В основу описания и графического представления результатов ультразвуковой доплерографии венозной системы у больных ВБНК положены принципы обследования в положении лежа и стоя с проведением функциональной пробы Вальсальвы.

ВЫВОДЫ. Указанный протокол графического представления и описания функционального состояния варикозных вен позволяет маркировать протяженность необратимой варикозной трансформации, определить «точку патологического протекания» и тип рефлюкса, выбрать объем малоинвазивного оперативного лечения. Графическое представление данных обследования вен у больных ВБНК позволяет документировать планируемый и выполненный объем оперативного вмешательства, оценивать результаты лечения в динамике, обосновать необходимость этапных вмешательств в результате прогрессирования или рецидива болезни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Варикозная болезнь вен нижних конечностей, ультразвуковое доплеровское обследование, графический протокол.

UNIFIED SURGICAL PROTOCOL FOR ULTRASOUND DOPPLER EXAMINATION OF VEINS WITH VARICOSE DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES

Riazanov D.Yu., Mamunchak O.V., Smirnova D.O.

THE AIM - is the development of a standard protocol and graphical representation of the venous system in patients with VDLE under ultrasound dopplerography in order to determine the scope and choice of the method of surgical treatment.

MATERIALS AND METHODS. The study included 137 patients with VDLEC-2 C6-grade in CEAP. Women - 94 (68,6 %), men - 43 (31,4%). The age of patients was, on average, $47,2 \pm 4,7$, the duration of the disease - $19,1 \pm 4,1$ years.

RESULTS AND DISCUSSION. The surgical protocol of ultrasound Doppler examination of veins at VDLE was developed. The protocol allows to represent in a graphical representation the localization of pathologically modified large and small stem subcutaneous veins and their inflows, the presence of points and the type of reflux. The basis of the description and graphical representation of the results of ultrasound doppler of the venous system in patients with VDLE is based on the principles of examination in the patient's position and standing with the carrying out of a functional test Valsalvi.

CONCLUSIONS. The indicated protocol of the graphic representation and description of the functional state of varicose veins can mark the extent of irreversible varicose transformation, determine the «pathological pathway» and the type of reflux, choose the amount of minimally invasive surgical treatment. Graphic representation of the data of the examination of veins in patients with VDLE allows to document the planned and performed volume of surgical intervention, to evaluate the results of treatment in dynamics, to substantiate the necessity of stage interventions as a result of progression or relapse of the disease.

KEYWORDS. Varicose veins of the lower extremities, ultrasound Doppler examination, graphic protocol.

УДК 616-089.8 + 616.13-02

КОМПЛЕКСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Саволюк С.І.,¹ Музь М.І.,³ Нікішин О.Л.,² Гвоздяк М.М.,¹ Дибкалюк С.В.¹

¹Національна медична Академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
²Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України,
³Київська міська клінічна лікарня №8, м. Київ, Україна

КЛЮЧОВІ СЛОВА: субінтимальна ангіопластика, стентування, облітеруючий атеросклероз, критична ішемія нижніх кінцівок.

Гнійно-некротичні ураження м'яких тканин ступні виявляються у 10 – 68,8% пацієнтів з критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) та синдромом діабетичної ступні (ДС), лишаються найбільш частою причиною нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок, що загрожують життю пацієнтів. Тому, застосування не тільки хірургічних методів лікування, але і новітніх ендovasкулярних методів відновлення кровоплину нижніх кінцівок є важливим чинником комплексного лікування пацієнтів.

МЕТА РОБОТИ Покращення результатів лікування хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок та синдромом діабетичної ступні з використанням новітніх ендovasкулярних та хірургічних методів лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Проаналізовано результати лікування 73 хворих з синдромом діабетичної ступні. Середній вік пацієнтів складав $67 \pm 4,3$ роки. У 57 (78%) хворих діагностували нейропатичну форму діабетичної ступні (ДС), у 16 (21,9%) хворих - ішемічну форму ДС. Для діагностики КІНК застосовували неінвазивні методи дослідження (клас 1, рівень доказовості В), а для визначення рівня ураження артерій нижніх кінцівок застосовували комп'ютерну томографію та МРТ-ангіографію (клас 1, рівень доказовості А). Ступінь ураження тканин ступні визначали за класифікацією Вагнера, оцінку ступеню ішемії нижніх кінцівок визначали за класифікацією Фонтейна.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Відновлення кровопостачання нижніх кінцівок, з застосуванням ендovasкулярних методів виконані у всіх 16 пацієнтів. У 9 (56,2%) пацієнтів виконана субінтимальна ангіопластика на клубовому, стегново-підколінному та гомілковому сегменті; у 7 (43,7%) –

на клубовому та стегново-підколінному сегменті. У 6 (37,5%) хворих встановлено стент на клубово-стегновому сегменті. Аутодермопластика трофічної виразки ступні розщепленим шкіряним клаптем проведена у 2 (12,5%) пацієнтів. Замісна аллопластика фаланг пальців ступні провели у 3 (18,7%) пацієнтів, ксеноостеопластика – в 2-х пацієнтів (три оперфції). Незадовільні результати лікування отримані в 37,5% пацієнтів: ампутації пальців ступні виконали у 4 (25%) пацієнтів; в 1 (6,2%) пацієнта виконана ампутація нижньої кінцівки на рівні верхньої третини гомілки, та на рівні стегна в 1(6,2%) пацієнта.

ВИСНОВКИ.

Застосування ендovasкулярних втручань для лікування хворих з КІНК у 81,5% випадків дає можливість усунути гнійно-некротичні зміни тканин, уникнути високих ампутацій та зберегти опороспроможність кінцівки.

УДК: 618.19.-003.923-08-059-085.376

МОЖЛИВОСТІ ІМУНОКОРИГУЮЧОГО ВПЛИВУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Саволюк С.І.¹, Рибчинський Г.О.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

На сьогоднішній день все актуальнішим постає потреба у жінок виглядати красиво. Не тільки після хірургічних втручання виникають косметичні дефекти але й деякі косметичні процедури можуть стати причиною естетичного незадоволення жінки та причиною маскуванню відкритих ділянок тіла, в тому числі і зони декольте. Не зважаючи на численність способів усунення дефектних рубців, дотепер не існує єдиного достовірного та унікального способу по боротьбі з цією проблемою. Все частіше за лікування таких жінок беруться не профільні спеціалісти, серед них загальні хірурги, дерматологи, косметологи, та інші. Неправильний підхід та самолікування таких пацієнтів заводять їх у глухий кут, та суттєво замасковує клінічну картину захворювання і, в свою чергу, часто збиває лікарів і косметологів з правильного шляху вирішення поставленої мети. Однією з причин неефективності лікування дефектних рубців є неврахування комплексності та патогенетичних особливостей їх появи. Особливу роль тут відіграє місцевий імунітет шкіри.

МЕТА РОБОТИ - визначити вплив на імунологічну ланку загоєння рани шляхом застосування глюкокортикоїдів в складі комплексу лікувально-профілактичних заходів (компресійна пов'язка, силіконовий пластир після хірургічного висічення рубця та/або після внутрішньорубцевого введення розчину дипроспану та лідокаїну.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

У нашій роботі брало участь 138 пацієнток з дефектними рубцями молочних залоз після хірургічних втручань. Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім П.Л.Шупика (м.Київ) та у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі. Усі жінки, залежно від комплексу лікувальних-профілактичних заходів, були поділені на 3 групи - досліджувана група 1 (Д1): 40 пацієнток; друга група – 53 пацієнтки, контрольна група – 45 пацієнток.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

В досліджуваній групі, де пацієнтки отримували поєднане малоінвазивне лікуван-

ная ДР з використанням силіконового пластиру та компресійної терапії із 17 осіб з келоїдними рубцями, що становило 42,5% цієї групи, та 23 жінок з гіпертрофічними рубцями, що становило, відповідно, 57,5% групи, не відзначено явищ рецидиву ДР. Станом на 9-й – 12-й місяці констатовано 27 жінок з нормотрофічними рубцями, що складає 67,5% та 13 жінок з гіпотрофічними рубцями, що складає 32,5% від всієї групи пацієнток, відповідно. Рецидивів келоїдних та гіпертрофічних рубців не констатовано.

В свою чергу, в досліджуваній групі жінок, в яких застосовувалось поєднання хірургічного висічення ДР з наступним введенням дипроспану в підрубцеву зону та накладання силіконового пластиру з компресійною терапією констатовано наступні результати. У 21 особи з келоїдними рубцями (46,7%) та 24-х із гіпертрофічними рубцями (53,3%) після застосування лікувально – профілактичних заходів станом на 9-й – 12-й місяць констатовано нормотрофічні рубці у 18ти жінок (40%), келоїдні рубці у 13 жінок (28,9%), гіпертрофічні рубці у 9 жінок (20%) та гіпотрофічні у 5 жінок (11,1%). З таких результатів видно, що хірургічне висічення, як ще одна механічна травма не забезпечує ідеального вирішення ліквідації ДР навіть в поєднанні з профілактичними заходами.

Третя група – порівняльна – включала в себе 21 пацієнтку з келоїдними рубцями (46,7%) та 24 – з гіпертрофічними рубцями (53,3%). В результаті застосування лише хірургічного висічення рубців станом на 9-й – 12-й місяць констатовано наступні результати. Рецидив келоїдних рубців мав місце у 13 жінок (46,7%) що становить всього на 8 жінок менше ніж без лікування взагалі, і складає ефективність лише 38,1% ($13 \times 100 / 21 = 61,9$; $100 - 61,9 = 38,1$). Гіпертрофічні рубці станом на 9-й – 12-й місяць відновились у 5 жінок (11,1%) що свідчить про ефективність 79,2%. Нормотрофічні рубці в ці ж контрольні проміжки часу констатовано у 18 жінок (40%). Гіпотрофічні рубці при контрольній звірці на 9-12 міс констатовано у 18 жінок, які становили 40% від всієї контрольної групи.

В усіх трьох групах пацієнток наявність ДР інших локалізацій складала найбільшу кількість випадків, в той час як наявність ДР лише молочних залоз була меншою. Сума цих двох показників складала 100 % пацієнток. Найменшою була кількість пацієнток з ДР у близьких родичів у всіх трьох групах.

Усе це свідчить про кореляцію підвищеної імунологічної відповіді на травматичне пошкодження шкіри зі схильністю до утворення у цих зонах ДР.

ВИСНОВКИ. Застосування кортикостероїдів знижує імунологічну гіперекспресію на ділянки травматичного ушкодження. І свою чергу дія компресійного чинника знижує кровопостачання цієї зони і, таким чином, також додатково запобігає посиленій місцевій імунній реакції на ушкодження. Силіконовий пластир завдяки парниковому ефекту посилює гідратацію рубцевої та навколорубцевої зони що також покращує естетичний ефект нового рубця. Меншою мірою можна констатувати генетичну схильність до дефектного рубцеутворення. Впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів при лікуванні ДР молочних залоз завдяки впливу на зниження імунологічної відповіді на травматичне пошкодження суттєво покращує естетичний ефект нового рубця та сприяє емоційному благополуччю пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аветіков Д.С. Загальна характеристика морфологічної будови різних типів рубцевої тканини / Д.С. Аветіков, С.О. Ставицький // Вісник проблем біології медицини. – 2011. – Вип. 2. – Т. 1. – С. 45-47.
2. Сучасні аспекти лікування келоїдних рубців (огляд літератури)/ С.А.Левецька, Б.М.Боднар, О.Б.Боднар, К.І.Яковець// клін. Та експ.патологія. 2016.-т.15,№1.с.194- 197.
3. Болховитинова Л.А. Келоидные рубцы / Л.А. Болховитинова, М.Н. Павлова // М., Медицина, 1977. – 134 с.;
4. Кузнецов А.Н. Динамика гидратации рубцовой ткани при местном лечении препаратами коллагеназы / А.Н. Кузнецов // Бюл. эксперим. Биологии и медицины. – 2007. – Т. 143 (50). – С. 560-563.;
5. Озерская О.С. Рубцы кожи и их дерматологическая коррекция / О.С. Озерская // СПб, Искусство России, 2007. – 224 с.;
6. Сергеев А.Ю., Караулов А.В., Сергеев Ю.В. Иммунодерматология: иммунологические основы патогенеза главных воспалительных дерматозов человека. Иммунология, аллергология, инфектология 2003;3:10-23.
7. Якобисяк М. Імунологія: Пер з польської /Під.ред. В.В.Чопя'к. Вінниця: Нова книга, 2004 – с.345-359. (розд.22 «Імунна система шкіри»).
8. Ярилин А.А. Кожа как часть иммунной системы. *Materia medica* 1994;2:7-36.
9. Agar N, Young AR. Melanogenesis: a photoprotective response to DNA damage? *Mutation Res.* 2005; 571:121-32.
10. Coolen NA,- Schouten KC, Boekema BK, Middelkoop E, Ulrich MM. Wound healing in a fetal, adult, and scar tissue model: a comparative study.*Wound Repair and Regen.* 2010; 18(3):291-301.
11. Matthew PC, Martins VLC, O'Toole EA. Metalloproteinases and Wound Healing. *Adv in wound care.* 2015; 4(4):225-34.
12. Namazi MR, Fallahzadeh MK, Schwartz RA. Strategies for prevention of scars: what can we learn from fetal skin? *Int J Dermatol.* 2011 ; 50(1):85-93. Singer AF, Clark RAF. Cutaneous wound healing. *N Engl J Med.* 1999; 341:738-46
13. Klass BR, Grobbelaar AO, Rolfe KJ. Transforming growth factor beta 1 signalling, wound healing and epiair: a multifunctional cytokine with clinical implications for wound repair, a delicate balance. *Postgrad Med J.* 2009; 85:9-14.
14. Pastar I, Stojadinovic O, Yin NC., Ramirez H, Nusbaum AG., Sawaya A, Patel SB., Khalid L, Isseroff RR, Tomic-Canic M. Epithelialization in Wound Healing: A Comprehensive Review. *Adv in wound care.* 2014; 3(7):445-64.
15. Reish RG, Eriksson E. Scars: a review of emerging and currently available therapies. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 122:1068-78
16. Shah M, Foreman DM, Ferguson MW. Neutralizing antibody to TGF-beta reduces cutaneous scarring in adult rodents. *J Cell Sei.* 1994; 107:1137-57.
17. Bommie F.S. Models of abnormal scarring [Electronic resource]/F.S.Bommie, Jun Young Lee, Sung-No Jung//Bio Med Res.Inst-2013.- Access mode:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/423147>

ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ МІОКАРДА ПРИ ЛІКУВАННІ СТАБІЛЬНОЇ ФОРМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Сало С.В., Гаврилишин А.Ю., Левчишина О.В., Логутов А.К.

Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України

МЕТА РОБОТИ – аналіз результатів вимірювання фракційного резерву коронарного кровотоку (ФРК) для верифікації гемодинамічно значимих стенозів вінцевих артерій при виборі тактики реваскуляризації міокарда у хворих з стабільними формами ішемічної хвороби серця (ІХС).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З 01.04.2015 по 20.10.2017 виконано 38 процедур інвазивного вимірювання ФРК у 15 пацієнтів в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України».

Серед них 11 (73%) чоловіків та 4 (27%) жінки. Середній вік пацієнтів склав 50,1 [41; 68] роки. При цьому багатосудинне ураження коронарних артерій (КА) за даними інвазивної коронарографії (ступінь стенозу більше 50% від просвіту судини у 2 та більше магістральних КА) відмічалось у 8 (53%) пацієнтів.

У 12 хворих (80%) наявні наступні фактори ризику – гіпертонічна хвороба (75%), дисліпідемія (33,3%), цукровий діабет 2 типу (13,3%). Середня кількість виражених атеросклеротичних бляшок (більше 50% за даними коронарографії) на пацієнта – 2,5.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

У всіх пацієнтів, яким виконувалось вимірювання ФРК, спостерігалися симптоми стабільної стенокардії. Хворі знаходились у III функціональному класі за NYHA, отримували оптимізовану медикаментозну терапію (ОМТ) до візуалізації коронарного русла. Під час проведення інвазивної коронарографії у всіх хворих виявлено атеросклеротичне ураження коронарних артерій більше 50% різної локалізації та протяжності.

Враховуючи те, що більшості з них до проведення коронарографії неможливо було провести адекватну оцінку зони ішемії за даними неінвазивних навантажувальних тестів (супутня патологія, тощо), було вирішено проводити вимірювання інвазивного ФРК. При цьому 4 пацієнтам (26,6%) за даними вимірювання ФРК реваскуляризація не проводилась (індекс 0,8 – стенози гемодинамічно невиражені). 11 хворим (73,4%) ви-

конували ЧКВ з використанням стентів з лікувальним покриттям. При цьому середня кількість гемодинамічно виражених стенозів була 1,5 на хворого (на 40 % менше, ніж за даними коронарографії), що дозволило зменшити кількість імплантованих пристроїв, виконати цільову реваскуляризацію симптом - залежних стенозів без збільшення ризику виникнення великих кардіальних подій у нестентованих сегментах (гемодинамічно невиражених за даними вимірювання ФРК). Після процедури стентування у всіх хворих класу стенокардії за NYHA з III – IV до I-II функціонального класу. Усі пацієнти виписані у задовільному стані на ОМТ.

При зборі анамнезу у переважної більшості пацієнтів відмічалось підвищення толерантності до фізичних навантажень, клінічне покращення загального стану.

ВИСНОВКИ

Функціональна реваскуляризація міокарду – сучасний підхід до верифікації симптом - залежного атеросклеротичного ураження вінцевих артерій.

Вимірювання ФРК є ефективним та безпечним методом інтракоронарної діагностики.

При неможливості виконати неінвазивні стрес-тести або у випадках їх сумнівних результатів вимірювання ФРК у хворих з багатосудинним ураженням коронарних артерій є «золотим стандартом» для верифікації ішемії.

Цільова реваскуляризація дозволяє знизити кількість стентованих сегментів коронарних артерій, тим самим зменшити ризик виникнення великих кардіальних подій у пацієнтів під час та після проведення процедури ендопротезування вінцевих судин.

УДК 616.13+616.147:612.014.462.9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самойленко Г.Е., Пилипенко Р.В., Жариков С.О.

Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман)

Варикозная болезнь вен нижних конечностей является распространенной социально-медицинской проблемой и поражает до 15% населения.

ЦЕЛЬ: сравнить эффективность эндовазальной лазерной коагуляции и флебэктомии при ВБВ нижних конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализирован результат лечения 94 больных ВБВ нижних конечностей. Распределение больных по СЕАР: С2 – 24%, С3 – 37%, С4 (а, b) – 17%, С5 – 14%, С6 – 8%. ЭВЛК выполняли с применением аппарата «Фотоника-Лика-Хирург» (Украина). Результат лечения оценивали через 1,3 и 6 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эффективность оперативного лечения в группе больных, которым была выполнена ЭВЛК превышала таковую в группе больных, которым выполнена флебэктомия на всех этапах наблюдения. ЭВЛК сопровождалась меньшим процентом осложнений в сравнении с флебэктомией. ЭВЛК позволила сократить послеоперационный койко-день и достичь ранней реабилитации пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭВЛК является эффективным, малотравматичным методом лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикозная болезнь, вены, лечение, лазерная коагуляция, флебэктомия.

Варикозная болезнь вен (ВБВ) нижних конечностей является распространенной социально-медицинской проблемой. ВБВ страдает до 15% населения [2, 3]. На сегодняшний день в хирургической практике применяются как «традиционная» флебэктомия, так и малоинвазивные эндовазальные методы лечения (лазерная коагуляция, радиочастотная абляция, склеротерапия) [1, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: сравнить эффективность эндовазальной лазерной коагуляции и флебэктомии при ВБВ нижних конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Проанализирован результат лечения 94 больных ВБВ нижних конечностей за период с 2014 по 2017 гг. Средний возраст составил в основной группе $46 \pm 0,8$ лет, в контрольной группе – $50 \pm 1,2$ лет. По СЕАР (Clinical Etiology Anatomy Pathophysiology) классификации клинический класс заболевания был установлен в следующем соотношении: С2 – 24%, С3 – 37%, С4 (а, b) – 17%, С5 – 14%, С6 – 8%. Нами все больные были разделены на 2 группы – основную и контрольную. Основную группу составили пациенты, которым была выполнена ЭВЛК подкожных вен ($n=43$). В контрольную группу вошли пациенты после «традиционной» флебэктомии по Бебкокку ($n=28$). Всем больным на дооперационном этапе выполнялось сонографическое исследование сосудов нижних

конечностей (сонографические системы «Aplio-XG-Toshiba», Япония и «Ultima Pro-30 - Радмир», Украина). Для выполнения ЭВЛК мы использовали аппарат «Фотоніка-Ліка-Хірург» (Украина). В обеих группах в послеоперационном периоде назначались препараты диосмина; так же рекомендовалась компрессионная терапия в течение 1 месяца после оперативного лечения. Результаты лечения оценивали по данным физикальных и инструментального (сонографическое ангиосканирование) методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Результаты лечения в обеих группах пациентов оценивали через 4 недели, 3 месяца, и 6 месяцев после операции. Оценивали сонографические критерии (наличие рефлюкса, изменение диаметра сосуда после ЭВЛК), наличие отека мягких тканей на уровне голени и лодыжки (класс С3 и выше), динамику трофических изменений мягких тканей голени (класс С4 и выше). Через 1 месяц после оперативного лечения незначительное улучшение, умеренное улучшение и значительное улучшение было отмечено в основной группе у 18%, 74% и 8% больных соответственно, а в контрольной группе – в 31%, 51% и 12% случаев (у 6% больных контрольной группы не было зафиксировано положительной динамики). Через 3 месяца после проведенного оперативного лечения оцененная эффективность составила: 2%, 12%, 86% для основной группы и 24%, 13%, 63% соответственно для контрольной группы пациентов. Через 6 месяцев с момента операции эффективность лечения распределилась в основной группе следующим образом: 2% - минимальное улучшение, 6% - улучшение, 92% - значительное улучшение. В контрольной группе результаты составили 14%, 12%, 74% соответственно. В 2 (4,6%) случаях у пациентов основной группы был диагностирован флебит большой подкожной вены. В 3 (10,7%) случаях у пациентов контрольной группы была диагностирована подкожная гематома. Все осложнения в послеоперационном периоде купированы консервативно. Так же, следует отметить, что средняя длительность пребывания в стационаре пациентов в первой группе была $2,4 \pm 0,4$ суток, тогда, как в контрольной группе этот показатель составил $5,2 \pm 1,2$ суток.

ВЫВОДЫ:

ЭВЛК подкожных вен является современным, эффективным методом лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. ЭВЛК в сравнении с «традиционной» флебэктомией сопровождается меньшим процентом осложнений и способствует ранней реабилитации больных в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jacquet R. Treatment of lower limb varicose veins in 2015: The present and the future // Ann. Dermatol. Venereol.-2015.-Vol.142, N8-9.-P.483-492. doi: 10.1016/j.jander.2015.06.012.
2. Meissner MH. What is effective care for varicose veins? // Phlebology 2016;31(1):80-7. doi: 10.1177/0268355516632999.

3. Tezuka M, Kanaoka Y, Ohki T. Endovenous laser treatment for varicose veins. *Nihon Geka Gakkai Zasshi* 2015;116(3):155-60.
4. Venermo M., Saarinen J., Eskelinen E., Vähäaho S., Saarinen E., Railo M., Uurto I., Salenius J., Alböck A. Finnish venous study collaborators. Randomized clinical trial comparing surgery, endovenous laser ablation and ultrasound-guided foam sclerotherapy for the treatment of great saphenous varicose veins // *Br. J. Surg.*- 2016.-Vol.103, N11.-P.1438-1444. doi: 10.1002/bjs.10260.

ХАРАКТЕР МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Селиванов С.С., Селиванова О.В., Жебеленко Я.Г.

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

Перитонит является одним из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, летальность которого при тяжелых формах составляет 25-30%, а при развитии поли органной недостаточности – 80-90%.

Несмотря на большой коллективный опыт хирургов, начиная с 80-х годов XX века, по применению открытых методов лечения разлитого гнойного перитонита, остаются недостаточно изученными морфологические изменения брюшины под воздействием плановых санаций, в общих чертах описаны особенности клинического течения абдоминальной инфекции, что послужило поводом для выполнения данного исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – провести морфометрическое исследование биоптатов париетальной брюшины у больных при разной степени тяжести течения разлитого гнойного перитонита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены морфологические исследования париетальной брюшины с использованием общегистологических, гистохимических, иммуногистохимических и морфометрических методик исследования у 50 больных с разлитым гнойным перитонитом. Возраст больных варьировал от 27 до 72 лет.

В день операции у больных была проведена оценка тяжести физического состояния по шкале SAPS. В результате проведенной оценки наблюдаемые больные были разделены на 3 группы. По шкале SAPS с 0-9 баллами составили больные с легкой степенью тяжести, с 10-19 баллами – средней тяжести, >20 баллов – тяжелой степенью тяжести.

Источниками перитонита у больных с легкой степенью тяжести явились: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) – 28,0%, острый деструктивный холецистит (ОДХ) – 2,0%; при средней степени тяжести: ПЯ ДПК – 22,0%, острая кишечная непроходимость (ОКН) – 12,0 %, ОДХ – 6,0%, травма органов брюшной полости – 4,0%,

острый аппендицит – 8,0%; при тяжелой степени: ОКН – 10,0%, ПЯ ДПК – 2,0%, ОДХ – 6,0%.

Во время операции производили забор биоптатов париетальной брюшины с различных отделов брюшной полости объемом 4-5 шт. Фиксировали в 10 % растворе холодного нейтрального формалина, заливали в парафин по стандартной методике. На ротационном микротоме МПС – 2 изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 ± 1 МКМ, которые затем окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, по Вергоффу, на фибрин по Шуенинову, толуидиновым синим при pH 2,6 и 5,3, ставили ШИК- реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой.

Часть серийных гистологических срезов, депарафинированных по стандартной методике, обрабатывали моноклональными антителами (МКАТ), мечеными пероксидазой хрена, к поверхностным антигенам общей популяции нейтрофильных полиморфноядерных лейкоцитов (НПЯЛ) (Ki 67), Т-лимфоцитов (UCHL1), общей популяции В-лимфоцитов (L26), субпопуляции фагоцитирующих макрофагов (MAC387), к фибронектину, виментину и актину фирмы PharMingen (США).

В основу морфометрического исследования положен точечный метод полей Глаголева. Для исследования использовали поле общей площадью 100 точек. В каждом микропрепарате просчитывали 10 полей суммарной площадью 1000 точек. Исследование проводили при ок. 7 и об. 40. С помощью окулярной сетки на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, определяли удельный объем сосудов МГЦР, очагов некроза; на препаратах, окрашенных по соответствующей методике, аналогичным образом определяли удельный объем фибрина, ПМЯЛ, макрофагов, лимфоцитов.

При выполнении морфометрических исследований руководствовались основными принципами, изложенными в руководствах Г.Г. Автандилова (1984) [1]. Анализ изображения осуществлялся на универсальном микроскопе Hund H 500 (Германия) с телевизионной системой, соединенной с персональным компьютером 486 DX4 120.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Во время операции в брюшной полости у всех больных по шкале SAPS при легкой степени тяжести обнаруживался серозно-фибринозный, желчный, геморрагический экссудат в объеме 500-700 мл. На висцеральной брюшине отмечались рыхло фиксированные пленки фибрина. Петли кишок несколько инфильтрированы, местами покрытые налетом фибрина, в просвете обнаруживалось незначительное количество жидкости. Морфометрические параметры биоптатов париетальной брюшины, взятых во время операции, выявили следующее: лимфоциты - $0,0145 \pm 0,0038$, макрофаги – $0,0046 \pm 0,0013$, фибробласты – $0,1238 \pm 0,0203$, НПЯЛ - $0,1314 \pm 0,0546$, очаги некроза - $0,0053 \pm 0,016$.

У больных средней степени тяжести течения перитонита во время операции в брюшной полости обнаруживалось в большинстве случаев (73,1 %) большое количество мутного, зловонного гноя. Брюшина имела тусклый вид с множественными пе-

техиальними кровоизлияниями и фибринозными наслоениями. Петли кишечника отечны, утолщены, гиперемированы, спаяны между собой плотными наслоениями фибрина, при разделении легко кровоточили, и были паралитически растянуты. Обращал на себя внимание тот факт, что свободное пространство брюшной полости было уменьшено в связи с рыхлым инфильтративным спаянием париетальной брюшины с прилежащими органами.

В биоптатах брюшины, взятых во время операции, были выявлены следующие показатели: НПЯЛ – $0,2614 \pm 0,0431$, лимфоциты – $0,0126 \pm 0,0023$, макрофаги – $0,0039 \pm 0,0010$, фибробласты – $0,1203 \pm 0,0092$, очаги некроза – $0,0153 \pm 0,0016$. И, у больных по шкале SAPS с тяжелой степенью течения перитонита во время операции в брюшной полости обнаружено большое количество (в среднем 900 мл) гноя. Брюшина покрыта множественными патехиальными кровоизлияниями. Петли кишечника спаяны между собой плотными наслоениями фибрина, паралитически растянуты. В просвете петель кишечника обнаруживалось большое количество свободной жидкости. Морфологические параметры взятых биоптатов брюшины были следующими: удельный объем макрофагов составил $0,0049 \pm 0,0016$, фибрина - $0,1503 \pm 0,0369$, НПЯЛ- $0,3128 \pm 0,0334$, очагов некроза - $0,0173 \pm 0,0046$, лимфоцитов - $0,0202 \pm 0,0053$.

Таким образом, проведенные морфологические исследования париетальной брюшины у больных с разлитым гнойным перитонитом показали, что исходные морфологические параметры париетальной брюшины свидетельствуют о прогрессировании деструктивно-воспалительного процесса в брюшной полости в зависимости от степени тяжести течения разлитого гнойного перитонита.

ВЫВОДЫ

Проведенные морфологические исследования париетальной брюшины у больных с разлитым гнойным перитонитом показали о прогрессировании деструктивно-воспалительного процесса в брюшной полости в зависимости от степени тяжести течения разлитого гнойного перитонита. Представленные данные морфологических исследований могут быть использованы в дальнейшем для определения тактики ведения больных в послеоперационном периоде, решении вопроса о возможном проведении этапной санации брюшной полости.

УДК:613.2.032.33:616.34+616.37]-089.87

МУЛЬТИМОДАЛЬНА ПРОГРАМА ПРИСКОРЕНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Скумс А.В., Мазур А.П., Ганжа В.О., Цубера Б.І., Симонов О.М., Галочка І.П.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова

В останнє десятиріччя визначається зменшення летальності після панкреатодуоденальної резекції з 25% до 1-3% [1,2,3]. Проте, кількість ранніх післяопераційних ускладнень залишаються на стабільно високому рівні та досягає 29,5% - 70% [4,5,6,7,8]. Тому очевидна необхідність пошуку нових шляхів і технологій периопераційного ведення пацієнтів при панкреатодуоденальній резекції з метою поліпшення найближчих результатів.

Для оцінки ефективності схем периопераційного лікування проаналізовані результати стандартної панкреатодуоденальної резекції 59 хворих із патологією білопанкреатодуоденальної зони за період з 2005 по 2017рр. Всі операції виконані однією хірургічною бригадою. З метою порівняльного аналізу хворих розділили на II групи: I група - 31 пацієнт, периопераційне ведення яких проводили за програмою прискореного відновлення, II група - 28 пацієнтів – за традиційною методикою. Вивчали термін відновлення перорального харчування, післяопераційні ускладнення, термін стаціонарного лікування і летальність.

Випадків летальності в обох групах хворих зафіксовано не було. Загальна кількість ускладнень в I групі була нижча в порівнянні з II - 12 (38,70%) проти 16 (57,14%) ($p > 0,05$). Частота панкреатичної фістули у хворих I групи була менша, ніж в II групі (6 (19,35%) проти 9 (32,14%), ($p > 0,05$). Частота гастростазу була нижча у хворих I групи 19,35% (6/31) проти 39,28% (11/28) в II, ($p > 0,05$). Тривалість стаціонарного перебування хворих I групи була достовірно менша в порівнянні з хворими II групи - $17,06 \pm 6,41$ проти $22,6 \pm 12,83$ ліжко-дня ($p < 0,05$).

Результати застосування програми прискореного відновлення при панкреатодуоденальній резекції демонструють зниження кількості післяопераційних ускладнень, достовірне зменшення часу перебування пацієнтів у стаціонарі, що підтверджує доцільність її використання у клінічній практиці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мультимодальна програма прискореного відновлення, периопераційне ведення, панкреатодуоденальна резекція, гастростаз, панкреатична фістула.

В останнє десятиріччя визначається різке зменшення летальності після панкреатодуоденальної резекції з 25% до 1-3% [1,2,3]. Проте, кількість ранніх післяопераційних ускладнень, які включають гастростаз, панкреатичну фістулу та інфекційні ускладнення, залишається на стабільно високому рівні та досягає 29,5%-70% [4,5,6,7,8]. До теперішнього часу при панкреатодуоденальній резекції запропоновано багато технічних модифікацій формування панкреатодигестивного і гастроентероанастомозів, сучасну медикаментозну профілактику гострого післяопераційного панкреатиту (як основної причини утворення панкреатичної фістули), способів нутритивної підтримки, компонентів інфузійної терапії. Проте, це істотно не вплинуло на частоту як загальнохірургічних, так і специфічних післяопераційних ускладнень. Тому очевидна необхідність пошуку нових шляхів і технологій периопераційного лікування пацієнтів при панкреатодуоденальній резекції з метою поліпшення як найближчих так і віддалених резуль-

татів.

Одним з напрямків сучасної хірургії є програма раннього відновлення після операції (ERAS) або fast-track хірургія, яку започаткував в 1997 року Н. Keylet на основі системного аналізу патофізіологічних механізмів виникнення післяопераційних ускладнень. У 2013 році організацією ERAS було створено керівництво по периопераційному веденню хворих при панкреатодуоденальній резекції.

Не зважаючи на те, що більшість положень керівництва по прискореному відновленню при панкреатодуоденальній резекції відповідають високому рівню доказовості, багато питань програми залишаються дискусійними і вимагають подальшого вивчення.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Поліпшення найближчих результатів панкреатодуоденальної резекції шляхом використання концепції мультимодальної програми прискореного відновлення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Був проведений порівняльний аналіз найближчих післяопераційних результатів 59 хворих із патологією біліопанкреатодуоденальної зони, яким виконали стандартну панкреатодуоденальну резекцію однією хірургічною бригадою за період із 2005 по 2017 рр. Хворих розділили на II групи: I група -31 пацієнт- у яких периопераційне ведення проводили за програмою прискореного відновлення, II група - 28 пацієнтів – за традиційною методикою.

Традиційне периопераційне ведення хворих після панкреатодуоденальної резекції включало наступні компоненти: передопераційне очищення кишківника та голодування, ліберальний режим інтраопераційної інфузійної терапії та гемотрансфузії, рутинна установка 3-4 дренажів черевної порожнини, декомпресія шлунку за допомогою назогастрального зонда (3-4 доби), переважно парентеральне харчування, ентеральне харчування через назоєюнальний зонд, антибіотикотерапія (7-10 діб), відновлення перорального харчування (4-5 доба), тривале перебування пацієнта у ВРІТ (3 доби) та пізня активізація.

З 2015р. в НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України розроблена та впроваджена в клінічну практику програма прискореного відновлення, що включає: відмову від передопераційного голодування та очищення кишківника, застосування загального знеболення з епідуральною анестезією, рестриктивний тип периопераційної інфузійної терапії, гемотрансфузію при показнику гемоглобіну нижче 80 г/л, диференційований підхід до установки дренажів черевної порожнини та раннє їх видалення, антибіотико-профілактику, переведення з ВРІТ та активізація, видалення назогастрального зонда та пероральне харчування у першу добу, ненаркотична аналгезія. Вивчали частоту та характер післяопераційних ускладнень, терміни відновлення перорального харчування та середню тривалість стаціонарного лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Випадків летальності в обох групах хворих зафіксовано не було. Загальна кількість ускладнень в I групі була менша в порівнянні з II - 12 (38,70%) проти 16 (57,14%) ($p > 0,05$). З них ускладнення ступеня I за класифікацією Clavien-Dindo у 3 (9,67%) проти 5 (17,85%) хворих, ступеня II-III у 9 (29,03%) хворих I групи проти 11 (39,28%) хворих II групи. Частота формування панкреатичної фістули у хворих I групи була нижча, ніж в II групі (6 (19,35%) проти 9 (32,14%), ($p > 0,05$).

Всі хвори I групи переведені з ВПІТ та активізовані на першу добу. Більшість хворих II групи - 18 (65%) переведені з ВПІТ тільки на третю добу. У 23 хворих I групи назогастральний зонд був видалений на першу післяопераційну добу після підтвердження рентгенологічним і ультразвуковим дослідженнями наявності вільної евакуації з шлунку та перистальтики кишківника. З них у 19 (61,29%) хворих відновлення перорального харчування проходило у відповідності з програмою прискореного відновлення, у 6 хворих (19,35%) - з затримкою в термін від другої до четвертої доби. У 6 хворих (19,35%) зареєстрували явища гастростазу (grade B - у 5 (16,12%) та grade C - у 1 (3,22%)), в зв'язку з чим використовували ентеральне харчування через мікроеюностому. У всіх хворих II групи рутинно використовували парентеральне харчування, починаючи з першої післяопераційної доби. У 71,42% (20/28) хворих II групи використовували зондове ентеральне харчування з другої післяопераційної доби, а пероральний прийом їжі починали не раніше п'ятої доби. Частота гастростазу була менша у хворих I групи 19,35% (6/31) проти 39,28% (11/28) в II. ($p > 0,05$). Середня тривалість стаціонарного перебування у хворих I групи була достовірно нижча в порівнянні з хворими II групи $17,06 \pm 6,41$ проти $22,6 \pm 12,83$ ліжко-дня ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ.

Результати застосування програми прискореного відновлення при панкреатодуоденальній резекції демонструють зниження кількості післяопераційних ускладнень, достовірне зменшення часу перебування пацієнтів в стаціонарі, що підтверджує доцільність її використання у клінічній практиці.

ДЖЕРЕЛА ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. He J., Makary M. A., Cameron J. L., Eckhauser F. E., Choti M., Hruban R., Pawlik T., Wolfgang C. L. 2564 resected periampullary adenocarcinomas at a single institution: trends over three decades HPB 2014, 16, 83–90.
2. Cameron JL, Riall TS, Coleman J, Belcher K. One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies. Ann Surg. 2008; 244:10–15.
3. Coolsen M.M, van Dam R.M, van der Wilt A.A, Slim K, Lassen K, Dejong C.H. Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery after pancreatic surgery with particular emphasis on pancreaticoduodenectomies. World J Surg. 2013;37:1909–1918.
4. Orr R.K. Outcomes in pancreatic cancer surgery. Surg Clin North 2010 Am 90:219–234.

5. Kengo A., Zaydfudim V., Truty M., Lombardo K.M., Kendrick M., Que F., Nagorney D., Andrews J., Farnell M. Management of a delayed post-pancreatoduodenectomy haemorrhage using endovascular techniques HPB 2015, 17, 902–908.
6. Robertson N., Gallacher P. J., Peel N., Garden O. J., Duxbury M., Lassen K., Parks W. Implementation of an enhanced recovery programme following pancreaticoduodenectomy HPB 2012, 14, 700–708.
7. Hallet J., Zih F. S., Deobald R.G., Scheer A.S., Law C.H., Coburn N.G., Karanicolas P. J. The impact of pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy reconstruction on pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy: meta-analysis of randomized controlled trials HPB 2015, 17, 113–122.
8. Callery M.P., Pratt W.B., Kent T. S., Chaikof E.I., Vollmer C.M. A prospectively validated clinical risk score accurately predicts pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy. 2013 J. Am. Coll. Surg. 216:1–14.
9. Knight B.c., Kausar A., Manu M. et al., Evaluation of surgical outcome scores according to ISGPS definitions in patients undergoing pancreatic resection. Dig Surg. 2010, 27, 367–374.
10. Walters D. M., McGarey P., Lapar D. J., Strong A., Good E., Adams R. B., Bauer T. A 6-day clinical pathway after a pancreaticoduodenectomy is feasible, safe and efficient HPB 2013, 15, 668–673.

MULTIMODAL PROGRAM OF ENHANCED RECOVERY FOLLOWING PANCREATICODUODENECTOMY

Skums A.V., Mazur A.P., Ganzha V.A., Galochka I.P., Tsubera B.I., Simonov O.M.

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology,

BACKGROUND: Pancreaticoduodenectomy (PD) is the method of choice of surgical treatment for malignant tumors of the pancreas and periampullary zone. Despite the decrease in mortality after PD to 1-3%, the number of early postoperative complications remains at a consistently high level, reaching 29.5 - 70%. Therefore, there is a need in new methods of perioperative management of patients after PD to improve the immediate and long-term results. The most promising area is the multimodal program of enhanced recovery (ERAS).

AIM: To evaluate the effectiveness of ERAS program in the early postoperative period in patients after the PD.

MATERIALS AND METHODS: The results of standard pancreaticoduodenectomy of 59 patients with tumors of the pancreatic head and periampullary zone during the period from 2005 to 2017 were analyzed for the evaluation of the efficacy of the perioperative treatment. All operations were performed by one surgical team. For the comparative analysis, the patients were divided into II groups: the I group - 31 patients, who underwent perioperative management according to the enhanced recovery program, the second group - 28 patients - according to the traditional method. We studied the period of oral nutrition, postoperative complications, length of hospital stay and mortality.

RESULTS: There was no mortality in both groups of patients. The total number of complications in group I was lower compared with II - 12 (38.70%) versus 16 (57.14%). The incidence of pancreatic fistula in patients of group I was lower than in II group (6 (19.35%) versus 9 (32.14%). The frequency of gastrostasis was lower in patients in group I 19.35 % (6/31) versus 39.28% (11/28) in second group. The median length of stay in group I was significantly lower in comparison with patients of the II group (17.06 ± 6.41 versus 22.6 ± 12.83 days).

CONCLUSIONS: The results of ERAS program for patients after PD demonstrates its effectiveness and significantly reduces the number of postoperative complications, length of hospital stay, which proves the feasibility of its use in clinical practice.

KEYWORDS: multimodal program of enhanced recovery, ERAS, perioperative management, pancreatoduodenectomy, gastrostasis, pancreatic fistula.

ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФЛОТУЮЧИХ ТРОМБОЗАХ ПІДКОЛІННО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ

Смовженко В.І.¹, Піотрович С.М.², Андрієць В.С.², Хмеляр І.В.¹,
Симоненко С.О.¹, Лук'янчук І.П.¹, Унгурян І.С.¹, Ігнатюк В.В.¹

¹ Клінічна лікарня № 15, місто Київ

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Венозний тромбоз (ВТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини і небезпечний в першу чергу своїми венозними тромбоемболічними ускладненнями (ВТЕУ), що можуть варіювати від посттромботичної хвороби (ПТХ), яка знижує якість життя та інвалідизує хворого до фатальної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

МЕТОЮ РОБОТИ було визначення оптимального методу хірургічної профілактики ВТЕУ при флотуючих ВТ підколінно-стегнового сегменту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

У дослідження було включено 44 хворих, що знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні № 2 Київської міської клінічної лікарні № 15 з 2011 по 2017 рік з ВТ підколінно-стегнового сегменту та флотацією верхівки тромбу. Чоловіків було 14 (31,8%), жінок 30 (68,2%). Вік хворих: 50 – 85 років (середній вік пацієнтів – 62,5).

Методи обстеження включали: клінічне обстеження, ультразвукове дуплексне ангиосканування (УЗДС) з кольоровим картуванням кровоплину, рентгенографія органів грудної клітини. Згідно результатів УЗДС, критерієм флотації, що потребує оперативного втручання, вважали співвідношення довжини тромбу, що омивається з трьох сторін до діаметру вени як 4:1 та більше. Флотуюча верхівка тромбу мала гіпо- чи анехогенну структуру, а глибока вена стегна була інтактною.

Всі хворі були оперовані до 5-7 доби від моменту захворювання під спинно-мозковою анестезією. Під час оперативного втручання через флеботомний отвір в поверхневій стегновій вені (ПСВ), що виконувався на 2-3 см дистальніше місця впадіння глибокої стегнової вени (ГСВ), видалялася флотуюча верхівка тромбу та проводилася відкрита тромбектомія з проксимальних відділів ПСВ. Флеботомний отвір зашивався і виконувалася хірургічна профілактика ВТЕУ. В залежності від методики проведення хірургічної профілактики ВТЕУ, хворі були розподілені на дві групи. 1-шу групу склали 22 хворих, яким після тромбектомії була виконана перев'язка ПСВ вікрилом 2/0. До 2-ї групи ввійшли 22 пацієнта, яким була виконана модифікована операція Лінтона-Харді (плікація ПСВ проленом 5/0). Перев'язка чи плікація ПСВ виконувалася дистальніше міс-

ця впадіння ГСВ. В післяопераційному періоді проводилася стандартна антикоагулянтна терапія НОАК (новий оральний антикоагулянт-ривароксабан) згідно протоколу.

Ефективності проведеного лікування оцінювали на підставі результатів УЗДС (на-явність реканалізації чи оклюзії оперованого венозного сегменту) на 3, 6 та 12 місяці від моменту хірургічного втручання і клінічних проявів ПТХ на оперованій кінцівці, що розвинулись через 1 рік за шкалою Villalta .

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

В ранньому післяопераційному періоді та протягом спостереження до 12 місяців ні в одній з груп не було явищ ТЕЛА. В 1-й групі реканалізація оперованого венозного сегменту не була відмічена ні через 3, ні через 6 місяців, а через 12 місяців була виявлена лише у 6 (27,3 %) хворих. В 2-й групі реканалізація поверхневої стегнової вени в ділянці плікації спостерігалася вже на 3-6 місяці, а через 12 місяців була виявлена у 16 (72,7 %) пацієнтів.

Через 1 рік за результатами оцінки розвитку клінічних проявів ПТХ у хворих 1-ї групи була виявлена наступна ступінь важкості за шкалою Villalta: легка у 6 (27,3 %), середня у 6 (27,3 %), важка у 10 (45,5 %). В 2-й групі у 16 (72,7 %) пацієнтів переважала легка ступінь, середня у 4 (18,2 %), важка у 2 (9,1 %).

ВИСНОВКИ.

Оптимальним методом хірургічної профілактики ВТЕУ при флотуючих ВТ підколінно-стегнового сегменту є виконання модифікованої операції Лінтона–Харді, що дає можливість оптимізувати процеси реканалізації оперованого сегменту та досягти розвитку мінімальних клінічних проявів ПТХ у переважної більшості хворих.

ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ОБЛАСНОГО ВІДДІЛЕННЯ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Спірін Ю.С.

Херсонська обласна клінічна лікарня

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сучасні технології, судинна хірургія, оборот ліжка.

МЕТА РОБОТИ – шляхом впровадження сучасних технологій покращити показники роботи обласного відділення судинної хірургії.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

За період з 2006 по 2016 р. в роботу відділення судинної хірургії Херсонської обласної клінічної лікарні були впроваджені наступні сучасні медичні технології. Інтервенційні втручання – діагностична ангіографія (563), баллонна ангіопластики (153) та стентування периферичних артерій (214), імплантація кава-фільтрів (91), рентгенемболізація маточних артерій (191). Також впроваджені оригінальна методика лазерної венектомії (300 операцій). Торакоскопічної грудної симпатектомії (35), поперекова мініінвазивна симпатектомія (32), мініінвазивне шунтування аорто-здухвинного сегменту (22) та гібридні процедури (22). На завершальному етапі впроваджені операції зі штучним кровообігом – аорто-коронарне шунтування, протезування мітрального та аортального клапанів серця, операції при вроджених вадах серця (218). Кількість ліжок (15) в відділенні за період дослідження була незмінна. Також штатний розклад відділення лишився без змін. Усіма впровадженими методиками навчилися судинні хірурги відділення, після проходження відповідних курсів первинної спеціалізації, тематичного удосконалення, проведення численних майстер-класів на базі лікарні та стажування на робочому місці у провідних клініках України.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Впровадження зазначених технологій дозволило значно розширити спектр операцій та трансформувати відділення обласної судинної хірургії в відділення серцево-судинної хірургії з центром інтервенційної радіології. При вивченні головних показників ефективності роботи відділення отримані наступні результати в динаміці 2006, 2010 та 2015 р.р. Оперативна активність 82, 92, 95 % відповідно. Кількість операцій суттєво збільшилась: 464, 859, 1040. Робота ліжка при плановому завданні 340 склала – 344, 348, 362 відповідно. Обороти ліжка 33.13, 44.27, 50.44.

ВИСНОВОК.

Впровадження сучасних медичних технологій дозволило не змінюючи кількості стаціонарних ліжок відділення судинної хірургії значно підвищити потужність його роботи та досягти показника обороту ліжка 50.44.

УДК 616.55–007.43–089

РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ставицкий В.В.*Знаменская центральная районная больница, Кировоградской области*

Проанализированы результаты хирургического лечения 702 больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки, из которых аллогерниопластика выполнена у 690. У 448 (64,9%) больных аллопластика выполнена методом onlay, у 188 (26,8%) – методом sublay и у 12 – комбинированным методом в модификации Белоконова (1,7%). У 44 (6,3%) больных с гигантскими вентральными грыжами использовались различные модификации операции Ramirez. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 90 (12,8%) больных. Умерли 5 больных (0,7%), в том числе 4 оперированных в ургентном порядке. Таким образом, летальность при плановом лечении составила 0,2% и при ургентных операциях – 3,1%. У 4 больных причиной смерти стала тромбоземболия легочной артерии и у пятой больной – острая сердечная недостаточность. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет у 656 (95,1%) больных. Рецидивы после проведения аллогерниопластики отмечены у 15 (2,3%) больных, в том числе у 6 (1,3%) больных после аллопластики методом onlay и у 9 (4,8%) больных, оперированных методом sublay. При оптимальном ведении больных с послеоперационными вентральными грыжами с индивидуальным подходом к выбору способа аллогерниопластики с учетом характера, размеров и локализации грыжевого дефекта можно достигнуть хороших ближайших и отдаленных результатов, в том числе в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: послеоперационные вентральные грыжи, хирургическое лечение, аллогерниопластика, результаты лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на широкое использование в последние десятилетия различных методов аллопластики передней брюшной стенки и совершенствование современных аллопластических материалов хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) остается актуальной проблемой абдоминальной, реконструктивной и пластической хирургии, требующей дальнейшего изучения и анализа. Использование сетчатых аллотрансплантатов в хирургии ПВГ позволило достигнуть значительного улучшения результатов лечения больных с данной патологией, однако индивидуальный подход и оценка критериев при выборе метода аллогерниопластики (АГП) передней брюшной стенки еще остаются не решенными.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ПВГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В хирургическом отделении Знаменской центральной районной больницы в 2002-2016 гг. по поводу ПВГ прооперированы 702 больных в возрасте от 20 до 92 лет. Средний возраст составил 42, 9 года. Женщин было 522 (74,4%), мужчин – 180. Длительность заболевания менее 6 месяцев наблюдалась у 78 (11,15) больных, от 6 месяцев до

1 года – у 142 (20,2%), от 1 года до 5 лет – у 488 (69,5%) и свыше 5 лет – у 104 (14,8%). В плановом порядке прооперированы 573 (81,6%) больных, в ургентном при ущемлении грыжи – 129. Согласно международной классификации Chevrel–Rath (SWR classification) грыжи малых и средних размеров (W1-2) наблюдали у 476 (67,8%) больных, больших (W3) – у 172 (24,5%) и гигантских (W4) – у 54 (7,7%). Рецидивные грыжи наблюдались у 96 (16,8%). Сопутствующая соматическая патология (диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, сахарный диабет, ожирение и др.) наблюдалась у 362 (51,5%) больных.

Оперативные вмешательства выполнялись после проведения специальной пре-операционной подготовки, включающей мероприятия направленные на оптимальное очищение кишечника и повышение функциональных резервов организма больного. Способ герниопластики выбирали строго индивидуально с учетом размеров и локализации грыжевого дефекта, объема грыжевого мешка и распространенности патологических изменений тканей брюшной стенки, общего состояния больного, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии.

У 448 (64,9%) больных АГП выполнена методом onlay, у 188 (26,8%) – методом sublay и у 12 – комбинированным методом в модификации Белоконева (1,7%). У 44 (6,3%) больных с гигантскими вентральными грыжами использовались различные модификации операции Ramirez. В связи с выраженными гнойно-некротическими изменениями брюшной стенки или тяжелым состоянием у 12 (1,7%) больных с ущемленными грыжами выполнена аутопластика грыжевого дефекта. Операционные раны (ОР) дренировали с помощью одной-двух полимерных трубок подсоединенных к низковакуумному устройству. Контроль за эффективностью вакуумного дренирования ОР осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась стандартная корригирующая терапия, стимуляция легочно-сердечной системы и функции кишечника и системная профилактика тромбоэмболических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 90 (12,8%) больных. У 6 больных, на фоне проведения системной тромбопрофилактики, развилась тромбоэмболия легочной артерии, у 5 больных отмечена застойная нижнедолевая пневмония, у 1 – острый инфаркт миокарда, у 1 – острая сердечная недостаточность и у 1 – острое нарушение мозгового кровообращения. Умерли 5 больных (0,7%), в том числе 4 оперированных в ургентном порядке. Таким образом, летальность при плановом лечении составила 0,2% и при ургентных операциях – 3,1%. У 4 больных причиной смерти стала тромбоэмболия легочной артерии и у пятой больной – острая сердечная недостаточность. В остальных случаях осложнения купированы медикаментозно.

Серозная экссудация из ОР на протяжении 4-7 дней наблюдалась у 588 (85,2%) больных. У 52 (7,5%) больных, в том числе у 34 (7,6%) – после проведения аллопластики

методом onlay, у 6 (3,2%) – после аллопластики методом sublay и у 12 (27,3%) – после аллопластики в модификации Ramirez, длительная экссудация в ране на протяжении 14-16 дней потребовала задержки нахождения дренажей и проведения неоднократных пункций. Дренажи удалялись после снижения объема экссудации менее 20 мл/сутки. Инфильтрат ОР наблюдали у 8 (1,1%) больных. У всех больных осложнение ликвидировано консервативными мерами. Нагноение ОР отмечено у 14 (2,0%) больных, в том числе у 12, перенесших АГП методом onlay, и у 2 – после операции Ramirez, необходимости в удалении проленовой сетки при данном осложнении не возникло. Причиной нагноения стал асептический некроз кожи и подкожно-жировой основы в области ОР, вызванный ишемией тканей после пересечения и лигирования перфорантных артерий брюшной стенки.

У 1 больного, перенесшего аппаратную У-образную десцендоректостомию и АГП (симультанный этап) по поводу одноствольной сигмостомы после операции Гартмана и ПВГ, возникла частичная несостоятельность швов анастомоза, что потребовало проведения релапаротомии с удалением аллотрансплантата и наложением проксимальной двуствольной трансверзостомы с проведением в дальнейшем программированных релапаротомий. У 1 больной, оперированной по поводу рецидивной ПВГ, возник наружный толстокишечный свищ. Причиной развития свища стал неудаленный первичный аллотрансплантат, расположенный предбрюшинно и спровоцировавший пролежень и краевой некроз передней стенки поперечно-ободочной кишки. Лечение данного осложнения потребовало проведения санации ОР и иссечения участка сетки в области прилежащей кишки. В последующем, после заживления ОР, больной потребовалось проведение реконструктивно-восстановительной операции с резекцией поперечно-ободочной кишки, иссечением толстокишечного свища и повторной АГП брюшной стенки.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет у 656 (95,1%) больных. У 2 больных выявлены лигатурные свищи передней брюшной стенки, возникшие в сроки 6 и 8 месяцев после проведения операции.

Рецидивы после проведения АГП отмечены у 15 (2,3%) больных с ПВГ W3, в том числе у 6 (1,3%) больных после АГП методом onlay и у 9 (4,8%) больных, оперированных методом sublay. У 5 больных (onlay), рецидив грыжи спровоцирован техническими погрешностями в период освоения аллопластических методов, в частности, у 3 пациентов неполным иссечением воспалительных лигатурных гранулем и оставлением старых лигатур, а, также, фиксацией аллотрансплантата капроновыми лигатурами, что при возникновении гнойно-воспалительных осложнений потребовало иссечения участков сетки с образованием в дальнейшем грыжевых дефектов. У 4 больных, оперированных в более поздний период методом sublay, рецидив грыжи был вызван техническими погрешностями при проведении герниопластики, в частности, фиксация аллотрансплантата непрерывным проленовым швом, от применения которого в последующем мы отказались. Недостаточно прочная и надежная фиксация сетчатого протеза приве-

ла к его миграции и образованию рецидивного грыжевого дефекта. Еще у 2 больных (sublay) причиной рецидива грыжи стал недостаточный размер сетчатого протеза. У 1 больной (sublay) рецидив ПВГ вызван дорожной травмой через 3 месяца после проведения операции: падением с велосипеда и ударом животом об руль с разрывом протеза. У 3 больных (1 – onlay и 2 – sublay) причиной возникновения рецидива ПВГ стало значительное прибавление в весе в отдаленном послеоперационном периоде с увеличением и птозом передней брюшной стенки.

ВЫВОДЫ.

При оптимальном ведении больных с ПВГ с индивидуальным подходом к выбору способа АГП с учетом характера, размеров и локализации грыжевого дефекта можно достигнуть хороших ближайших и отдаленных результатов, в том числе в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы.

УДК 616.3–007.253–089+616.55–007.43–089

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ В СОЧЕТАНИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ставицкий В.В.*Знаменская центральная районная больница, Кировоградской области.*

Проанализированы результаты хирургического лечения 62 пациентов с наружными толстокишечными свищами в сочетании с послеоперационными грыжами брюшной стенки, которым выполнены различные восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке в сочетании с аллогерниопластикой передней брюшной стенки. После проведения восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций по поводу наружных толстокишечных свищей в сочетании с хирургической коррекцией послеоперационных вентральных грыж летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 11 (17,7%) больных. в том числе внутрибрюшные – у 1 (1,6%). Отдаленные результаты лечения прослежены у 60 (96,8%) больных в сроки от 10 месяцев до 14 лет: рецидивы ПВГ не выявлены. Проведение симультанных операций у больных с наружными толстокишечными свищами в сочетании с послеоперационными грыжами брюшной стенки оправдано и существенно улучшает качество жизни больных, не увеличивает летальность и число послеоперационных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: патология толстой кишки, колостома, реконструктивно-восстановительные операции, послеоперационные вентральные грыжи, хирургическое лечение, симультанные операции.

ВСТУПЛЕНИЕ. Хирургическая реабилитация больных с наружными толстокишечными свищами (НТКС) остается одной из самых актуальных и сложных проблем колопроктологии и абдоминальной хирургии. Решение данной проблемы не редко осложняется, также, наличием у большинства больных с НТКС сочетанной абдоминальной патологии, требующей хирургической коррекции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургической реабилитации больных с НТКС в сочетании с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В хирургическом отделении Знаменской центральной районной больницы в 1998-2016 гг. по поводу НТКС выполнены различные восстановительные (ВО) и реконструктивно-восстановительные операции (РВО) у 117 больных. У 62 больных наряду с вмешательством на толстой кишке, в связи с наличием ПВГ, проведена аллогерниопластика (АГП) передней брюшной стенки. Все больные оперированы в плановом порядке. Всего выполнено 63 ВО и РВО на толстой кишке и 74 АГП. У 42 (67,7%) больных наблюдались грыжи в области лапаротомной раны и у 8 (12,9%) – в области стомы. У 12 (19,4%) больных отмечено сочетание лапаротомной и параколостомической грыж. Возраст больных колебался от 28 до 82 лет. Средний возраст составил 52,5 лет. Женщин было 43 (69,35%), мужчин – 19. Грыжи малых и средних размеров наблюдали у 55 (74,3%) больных, больших – у 15 (20,3%) и гигантских – у 4 (5,4%).

Лигатурные свищи брюшной стенки наблюдались у 14 (22,6%) больных. Сопутствующая соматическая патология (диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, сахарный диабет, ожирение и др.) наблюдалась у 28 (45,2%) больных.

У 17 больных по поводу сочетанной хирургической патологии дополнительно выполнено 18 симультанных операций, в том числе 5 холецистэктомий, 3 фенестрации кист печени, 2 аппендэктомии, 2 надвлагалищные ампутации матки с придатками, 2 сегментарные резекции печени с метастазами, 1 резекция тонкой кишки по поводу рака. 1 резекция культи сигмовидной кишки с аденоматозным полипом, 1 резекция культи прямой кишки с аденоматозным полипом и 1 удаление рецидивной забрюшинной липосаркомы.

У 36 (58,1%) больных причиной наложения колостомы явился осложненный колоректальный рак, у 12 (19,35%) – травма ободочной и прямой кишок, в том числе у 8 – закрытая, у 2 – ножевая, у 1 – огнестрельная и у 1 – травма кишки инородным телом, у 5 (8,1%) – мегадолихосигма, осложненная заворотом и некрозом сигмовидной ободочной кишки, у 2 (3,2%) – некротическая флегмона ободочной кишки, у 2 (3,2%) – дивертикулез ободочной кишки, осложненный перфорацией, у 1 (1,6%) – воспалительный псевдотумор поперечно-ободочной кишки, у 1 (1,6%) – болезнь Крона ободочной кишки, осложненная перфорацией. Также, у 3 (4,8%) больных двустольная трансверзостомы наложена при возникновении осложнений РВО (2) и брюшно-анальной резекции прямой кишки, выполненной по поводу рака (1). Послеоперационные грыжи у всех больных возникли в течение года с момента первичной операции.

Алгоритм предоперационной подготовки, кроме стандартного общеклинического обследования, включал эндоскопические и ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и, по показаниям компьютерную томографию. Оперативные вмешательства выполнялись после проведения специальной дооперационной подготовки, которая состояла из мероприятий направленных на оптимальную подготовку кишечника и повышение резервов сердечно-легочной системы, по показаниям коррекцию сопутствующей соматической патологии и санацию воспалительных процессов в области стомы.

При проведении хирургического вмешательства в максимальном режиме соблюдались основные принципы асептики и антисептики, оптимальное иссечение рубцовых тканей брюшной стенки и остаточных лигатур, как потенциальных очагов «дремлющей» инфекции, с регулярной текущей санацией операционных ран во время и после каждого этапа операции. Этапы оперативного вмешательства проводились в следующем порядке: иссечение и закрытие колостомы, санация операционной раны в области стомы, лапаротомия с грыжесечением, внутрибрюшной висцеролиз, реконструктивно-восстановительный этап операции, санация и дренирование брюшной полости, закрытие брюшной полости с аллогернипластикой.

Реконструктивно-восстановительный этап операции включал закрытие конце-

вой сигмостомы с сигморектостомией – у 28 больных, закрытие концевой трансверзостомы с трансверзосигмостомией – у 11, резекцию поперечно-ободочной кишки с трансверзостомой и наложением толстокишечного соустья – 9, закрытие концевой десцендостомы с десцендосигмостомией – у 1, правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзостомией и иссечением несформированного наружного трубчатого свища слепой кишки – у 1, аппаратную У-образную десцендоректостомию – у 1, внутрибрюшное закрытие концевой сигмостомы – у 1, внебрюшинное закрытие цекостомы – у 6, внебрюшинное закрытие трансверзостомы – у 4 и внебрюшинное закрытие сигмостомы – у 1.

При выполнении аллогерниопластики использовались полипропиленовые сетки Эспера (37) «Эспера», Alpha vita (11) и Omega (4) «УКРМЕДТЕХ» и PPM (6) «Opusmed» (Украина), Esfil (8) «Линтекс» (Россия), PROLENE (4) и ULTRAPRO (1) «Ethicon» (США, Германия), Parietene (1) «Covidien» (США, Франция), Premilen® Mesh (1) и Surgipro® Mesh (1) «V.Braun» (Германия), Promesh® (2) «Peters Surgical IOC» (Франция). Пластика лапаротомных ПВГ у 32 (59,3%) больных выполнена методом onlay, у 16 (29,6%) – методом sublay и у 2 (3,7%) – комбинированным методом Белоконова. У 4 (5,7%) больных с гигантскими вентральными грыжами использовались различные модификации операции Ramirez. Пластика параколостомических грыж во всех случаях (20) проводилась методом onlay. У 48 больных, вследствие массивного спаечного процесса в брюшной полости, потребовалось проведение обширного висцеролиза. Операционные раны дренировали с помощью одной-двух полимерных трубок подсоединенных к низковакуумному устройству. Контроль за эффективностью вакуумного дренирования операционных ран осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась необходимая корригирующая терапия, стимуляция легочно-сердечной системы и функции кишечника, полноценная антибактериальная терапия, коррекция иммунных нарушений и профилактика тромбоэмболических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

После проведения ВО и РВО по поводу НТКС в сочетании с хирургической коррекцией ПВГ летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 11 (17,7%) больных. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде отмечена застойная нижнедолевая пневмония. Серозная экссудация из лапаротомной раны на протяжении 4-7 дней наблюдалась у 38 (70,4%) больных. Дренажи удалялись на 5-9 сутки. У 5 (9,3%) больных после АГП методом onlay возникли серомы с длительной экссудацией из раны на протяжении 14-16 дней, что потребовало задержки дренажей и проведения неоднократных пункций. После удаления дренажей по показаниям проводились дополнительные пункции с удалением серозного экссудата. Инфильтрат послеоперационной раны наблюдали у 1 (1,9%) больного. Осложнение ликвидировано консервативными мерами. Нагноение операционной раны отмечено у 2 (3,7%) больных. Необходимости в удалении проленовой сетки при данном осложнении не возник-

ло. Операционная рана зажила вторичным натяжением.

Внутрибрюшное осложнение – частичная несостоятельность швов анастомоза – возникло у 1 (1,6%) больного после аппаратной У-образной десцендоректостомии. Данное осложнение потребовало проведения релапаротомии, удаления аллотрансплантата, наложения двухствольной трансверзостомы и проведения санационных программированных релапаротомий. В дальнейшем у больного возникла рецидивная ПВГ. При проведении повторной симультанной операции у больного была выполнена резекция поперечно-ободочной кишки с трансверзостомой и инвагинационной трансверзотрансверзостомией, внутрибрюшинное закрытием концевой сигмостомы и АГП в модификации операции Ramirez.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 60 (96,8%) больных в сроки от 10 месяцев до 14 лет: рецидивы ПВГ не выявлены.

ВЫВОДЫ.

Проведение симультанных операций у больных с наружными толстокишечными свищами в сочетании с послеоперационными грыжами брюшной стенки оправдано и существенно улучшает качество жизни больных, не увеличивает летальность и число послеоперационных осложнений.

ЮКСТАПАПІЛЯРНІ ВИРАЗКИ ЯК ОДНЕ ІЗ РІДКИХ УСКЛАДНЕНЬ ХОЛАНГІТУ НА ФОНІ ОБСТРУКЦІЇ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Стець М.М., Молнар І.М., Насташенко І.Л., Шинкарик Т.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

АКТУАЛЬНІСТЬ. Механічна жовтяниця на фоні обструкції жовчних шляхів різного генезу, що супроводжується гнійним холангітом, по сьогоднішній час залишається основною причиною летальності пацієнтів похилого віку з даною патологією. Різноманітність причин обструкції жовчовивідних шляхів обумовлює актуальність їх ранньої діагностики і своєчасної біліарної декомпресії. Одною з причин летальності у даної групи пацієнтів є поліорганна дисфункція. Нами зафіксовані окремі випадки наявності гострих юкстапапілярних виразок у пацієнтів з гострим гнійним холангітом на фоні обструкції жовчних шляхів.

МЕТА. Покращити результати лікування пацієнтів з ускладненими формами біліарної обструкції, а саме з наявністю гострих юкстапапілярних виразок на фоні гострого гнійного холангіту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

За період з 2011р. по 2017р. на базі кафедри загальної хірургії №2 НМУ імені О.О. Богомольця – Київської міської клінічної лікарні №3 було обстежено і проліковано 116 пацієнтів з механічною жовтяницею різного генезу. За статтю розподіл був наступним: чоловіків 37 (31,8%), жінок 79 (68,2%). Вік пацієнтів коливався від 37 до 75 років (в середньому – 52,4 роки). В умовах клініки всі пацієнти обстежені згідно затверджених локальних протоколів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

У 85 (70%) пацієнтів механічна жовтяниця була обумовлена доброякісною патологією жовчовивідних шляхів. У 31 (30%) пацієнтів причиною обтурації жовчних шляхів була бластоматозна патологія голівки підшлункової залози (21 пацієнт) та позапечінокових жовчних шляхів (10 пацієнтів). Із 116 пацієнтів нами у 8 (6,9%) осіб зафіксовані під час ендоскопічного обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що проводилось на діагностичному етапі, гострі виразки з парапапілярною локалізацією (так звані юкстапапілярні виразки). Слід зазначити, що у всіх 8 пацієнтів обструкція

жовчних шляхів супроводжувалась наявністю гострого гнійного холангіту, який був підтверджений під час проведених ендоскопічних папілосфінктеротомій. Розміри виразок коливались від 0,6см до 1,5см в діаметрі, всі вони були покриті фібрином без жодних стигм кровотечі. Наявність описаних виразок значно утруднювало проведення ендоскопічних маніпуляцій в даній анатомічній зоні через ризик травматизації виразки з наступними можливими ускладненнями (кровотеча з дна виразки, перфорація стінки дванадцятипалої кишки). У всіх 8 пацієнтів з юкстапапілярними виразками проведена за стандартною методикою ендоскопічна папілосфінктеротомія, санувалось біліарне дерево з обов'язковим забором гною для посіву на флору та чутливість до антибіотиків, а також встановлювався тимчасовий тefлоновий стент діаметром 8,5Fr. У 1 випадку спостерігалась інтраопераційна кровотеча з дна виразки, що зупинена методом електрокоагуляції, у 1 випадку – кровотеча з дна виразки у ранньому післяопераційному періоді (через 6 годин після ЕПСТ), яка також зупинена ендоскопічно. Інших ускладнень нами не спостерігалось. Всім пацієнтам з юкстапапілярними виразками в післяопераційному періоді призначались інгібітори протонної помпи не в профілактичних дозах, а у лікувальних, саме по 80мг пантопрозолу на добу в інфузійній формі протягом 10 діб, а також гемостатична терапія у вигляді транексамової кислоти парентерально протягом 5-7 діб. Всім 8 пацієнтам на 10 добу післяопераційного періоду проведені контрольні ендоскопічні обстеження ДПК, під час яких діагностоване повне заживання виразок.

ВИСНОВКИ.

У пацієнтів з гострим гнійним холангітом є вірогідність наявності юкстапапілярних гострих виразок. Дана патологія потребує більш делікатного проведення ендоскопічних транспапілярних втручачь для запобігання інтра- та післяопераційних ускладнень з боку виразок. Ведення пацієнтів у післяопераційному періоді передбачає тривалого призначення парентеральних форм інгібіторів протонної помпи у високих дозах у супроводі інфузійних форм транексамової кислоти.

УДК 616.342-002.44-089

МІСЦЕ ЛАПАРОСКОПІЇ У ВИБОРІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ В ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Тутченко М.І.¹, Слонєцький Б.І.², Роцин Г.Г.², Рудик Д.В.¹, Вербицький І.В.², Атаєва М.М.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

МЕТА РОБОТИ: оцінити ефективність та доцільність застосування лапароскопії у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

У роботі проаналізовані результати діагностики та лікування 436 пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, яких розділили на дві групи. Першу групу склали 209 хворих. На відміну від першої групи, у пацієнтів другої групи (227 хворих) комплекс діагностичного алгоритму розширили за рахунок лапароскопії. Усі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку та знаходились на лікуванні у хірургічних клініках Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Клініко-діагностичний алгоритм включав лабораторні, інструментальні та біохімічні методи дослідження, а також застосовували статистичні методи дослідження.

Впровадження в діагностичний комплекс у пацієнтів другої групи з гострими захворюваннями органів черевної порожнини лапароскопії дозволило суттєво змінити наслідки діагностико-лікувальної тактики. В 72 (96%) пацієнтів з гострим апендицитом хірургічне втручання було виконано лапароскопічно, а в 5 (6,25%) випадках було застосовано лише лапароскопію. При перфоративній виразці дванадцятипалої кишки чи шлуночка у 37 (82,22%) хворих другої групи хірургічне втручання було виконано лапароскопічно. В 5 (25%) пацієнтів з гострою злуковою тонкокишковою непрохідністю було виконано ліпароскопічний адгезіолізис, а ще в 3 (13,04%) хворих було застосовано лише лапароскопію. В 6 (12,24%) пацієнтів з гострими судинними захворюваннями кишечника у зв'язку з тотальним ушкодженням тонкої кишки та переходом патологічного процесу на праву половину ободової кишки було виконано лише лапароскопію. В 24 (80%) пацієнтів з гострою гінекологічною патологією оперативне втручання було виконано лапароскопічно.

Розширення показань до застосування лапароскопічної верифікації першопричини гострих захворювань органів черевної порожнини дозволяє збільшити кількість малоінвазивних втручань чим покращує економічну та соціальну реабілітацію пацієнтів.

1. Розширення показників до застосування лапароскопії в діагностичному комплексі у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини дозволило зменшити кількість експлоративних лапаротомій на 5,7%.

2. Впровадження діагностичної лапароскопії, як одного з обов'язкових обґрунтованих компонентів комплексного алгоритму у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, дозволило виконати малоінвазивне втручання в 138 (60,79%) хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострі хірургічні захворювання, шлунково-кишковий тракт, лапароскопія, черевна порожнина.

Проблема діагностико-лікувальної тактики у пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, на превеликий смуток і в наш час, ще далека від остаточного вирішення. Зустрічається ще чимала кількість пацієнтів клініки гострого захворювання органів черевної порожнини в яких носить стертий характер, а нерідко навіть атипова [1, 3, 6]. Це пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями та лікувальними міроприємствами (в анамнезі операції на органах черевної порожнини; па-

цієнти похилого і старечого віку; застосування знеболюючих, алкоголю, наркотичних засобів; післяінсультна інвалідизація; ожиріння III-IV ступеня та ін.) [2, 4, 5].

Саме тому розширення показань до застосування малоінвазивних технологій в ургентну абдомінальну хірургії сприятиме вдосконаленню діагностично-лікувальної тактики.

МЕТА РОБОТИ. Оцінити ефективність та доцільність застосування лапароскопії у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

У роботі проаналізовані результати діагностики та лікування 436 пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, яких розділили на дві групи. Першу групу склали 209 хворих. На відміну від першої групи, у пацієнтів другої групи (227 хворих) комплекс діагностичного алгоритму розширили за рахунок лапароскопії. Усі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку та знаходились на лікуванні у хірургічних клініках Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Клініко-діагностичний алгоритм включав лабораторні, інструментальні та біохімічні методи дослідження, а також застосовували статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Вибір діагностико-лікувальної тактики безпосередньо пов'язаний зі своєчасним та повноцінним використанням усього комплексу міроприємств, які притаманні медичному закладу з урахуванням його протоколів та досвіду медичного персоналу. Однак, чимала низка суб'єктивних та об'єктивних факторів суттєво впливає на діагностичний процес, що призводить до не завжди контрольованих ускладнень та летальності.

Перебіг гострих захворювань органів черевної порожнини у пацієнтів зі значною поліморбідністю створює передумови та ускладнює діагностику щодо своєчасної верифікації першоджерела патологічного процесу як органічного, так і функціонального характеру.

Безумовно, що термін госпіталізації з моменту захворювання до медичного стаціонару залишається одним з основних факторів які суттєво впливають на своєчасну верифікацію першопричини патологічного процесу. Аналіз терміну госпіталізації хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини (рис.1) виявив, що переважна більшість хворих як першої (136 (65,07 %) так і другої (174 (76,65%) груп були доставлені в медичний стаціонар пізніше другої доби з моменту захворювання. І лише 25 (11,96%) пацієнтів першої групи та 16 (7,05%) хворих другої групи були госпіталі-

зовані протягом першої доби з моменту захворювання. На відміну від першої групи, в другій групі мало місце збільшення числа пацієнтів з госпіталізацією пізніше трьох діб з моменту захворювання. Це було пов'язано з більшою кількістю пацієнтів похилого та старечого віку.

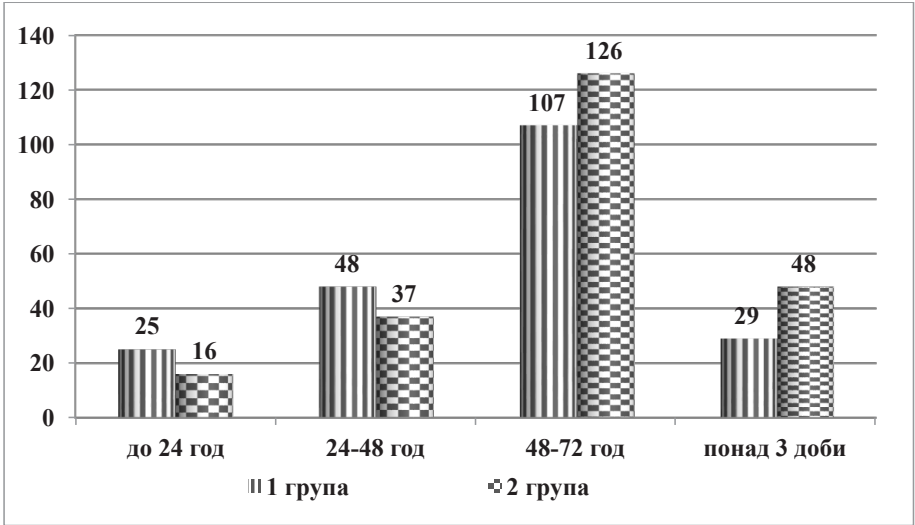


Рис. 1. Особливості розподілу хворих за терміном захворювання до госпіталізації

Ще одним фактором, який може ускладнювати оцінку особливостей перебігу гострих захворювань органів черевної порожнини є коморбідність. Результати оцінки кількості екстраабдомінальних системних захворювань у пацієнтів з гострою абдомінальною патологією (рис.2) не виявив суттєвих міжгрупових розбіжностей. Було встановлено, що лише у 82 (39,23%) хворих першої групи під час госпіталізації не спостерігали вираженої супутньої патології. В 65 (31,11%) пацієнтів мало місце загострення одного екстраабдомінального захворювання, в 28 (13,39%) – двох, а у 34 (16,27%) хворих – трьох та більше захворювань. Подібна тенденція спостерігалася і у пацієнтів другої групи.

Таким чином, невідкладна хірургічна допомога з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини надається значній кількості пацієнтів з пізньою госпіталізацією та кожному третьому в умовах загострення щонайменше двох екстраабдомінальних захворювань.

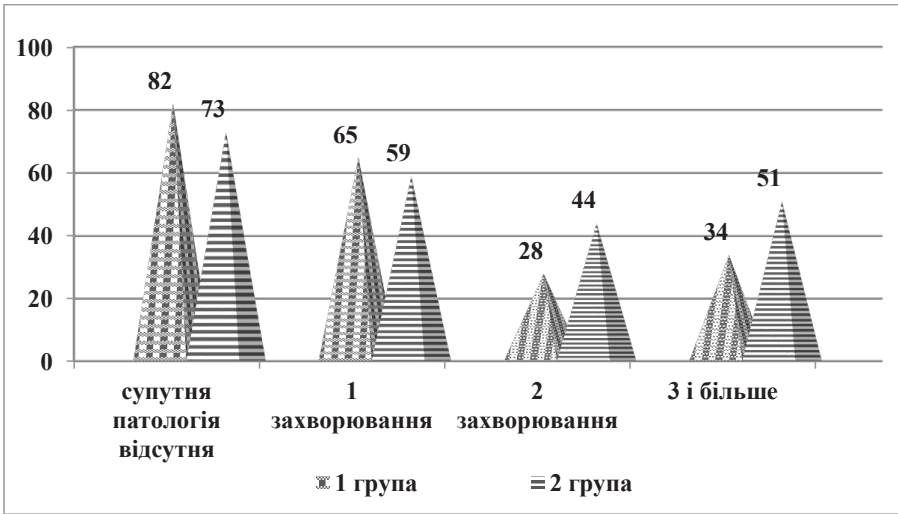


Рис. 2. Кількість екстраабдомінальних системних захворювань у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини

Однак, не дивлячись на чималу кількість негативних передумовлюючих фактів виникає необхідність індивідуального підходу до кожного з хворих з урахуванням сучасних можливостей лапароскопічних технологій. Серед показань до їх застосування в ургентній абдомінальній хірургії виділяємо наступні: 1) відсутність, або не більше декількох оперативних втручань на органах черевної порожнини без ускладненого (перитоніт, нориця, абсцес, ін.) перебігу післяопераційного періоду; 2) за наявності злого процесу в черевній порожнині лише першого ступеня; 3) при протіканні перитоніту за МПІ ≤ 21 бал; 4) при ВЧТ менше 12 мм рт. ст.; 5) гастроінтестинальна недостатність за Лозанською шкалою ≤ 6 балів; 6) при можливості за необхідності застосувати декількох моніторів та декількох відеокамер; 7) достатній досвід лапароскопічних втручань на органах черевної порожнини в усіх членів операційної бригади.

Безумовно, що діагностико-лікувальна тактика може відрізнятись в залежності, від нозології захворювання, але з урахуванням структури гострих захворювань органів черевної порожнини (таблиця 1) широке впровадження лапароскопії в діагностичний комплекс дозволило виявити окремі розбіжності лікувальної тактики при її співставленні між першою та другою групами.

Таблиця 1

СТРУКТУРА ГОСТРИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Структура гострих хірургічних захворювань	Групи хворих	
	перша (209)	друга (227)
Гострий апендицит	86	80
Перфоративна виразка ДПК чи шлунка	36	45
Гостра судина недостатність тонкої кишки	40	49
Гостра злукова тонкокишкова непрохідність	15	23
Гостра гінекологічна патологія	32	30
Лапароскопічні втручання	-	138 (60,79%)
Діагностичне втручання		
Експлоративна лапаротомія	12 (5,7%)	-
Діагностична лапароскопія	-	14 (6,17%)

Серед 86 пацієнтів першої групи з підозрою на гострий апендицит в 6 випадках деструктивних змін з боку апендикса не було встановлено. На відміну від хворих першої групи, котрим було виконано традиційну апендектомію, в 72 пацієнтів другої групи хірургічних втручань було завершено лапароскопічно. В 3 випадках виникла підстава до переходу на конверсію, і ще в 5 пацієнтів органічної патології в черевній порожнині не було виявлено.

Усім хворим (36 пацієнтів) першої групи з діагнозом перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки хірургічні втручання було виконано через лапаротомний доступ із застосуванням різноманітних видів гастро- та дуоденорегуючих втручань. Тоді як у хворих другої групи застосування лапароскопічних технологій дозволили в 37 випадках завершити операцію лапароскопічно із застосуванням різноманітних видів гастро- та дуоденорегуючих втручань, і лише в 8 пацієнтів виникла підстава до конверсії.

Лікувальна тактика в 40 хворих першої групи з гострими судинними захворюваннями кишечника полягала у виконанні в 34 пацієнтів сегментарної резекції тонкої кишки з відновленням її безперервності, а у 6 випадках мала місце експлоративна лапаротомія

у зв'язку з тотальним ушкодженням тонкої кишки з переходом патологічного процесу на праву половину ободової кишки. Діагностична лапароскопія у 49 пацієнтів другої групи запобігла виконанню експлоративної лапаротомії в 6 пацієнтів, що було обумовлено деструктивним ураженням не лише усієї тонкої кишки, але і правої половини ободової кишки. В 43 хворих цієї групи наявність сегментарного ураження тонкої кишки призвело до її резекції з відновленням безперервності шлунково-кишкового тракту.

Особливо привертає увагу оцінка ефективності лапароскопії у пацієнтів з гострою злуковою кишковою непрохідністю, адже сам злуковий процес є здебільшого протипоказом до її застосування. Серед 15 хворих першої групи з гострою злуковою кишковою непрохідністю через лапаротомний доступ в 13 пацієнтів було виконано адгезіолізис та 2 випадках було проведено сегментарну резекцію тонкої кишки. Розширення показань до комбінованого інтраопераційного застосування сонографії та лапароскопії для оцінки вираженості злукового процесу в черевній порожнині дозволило в 5 хворих другої групи здійснити лапароскопічний адгезіолізис. В 11 пацієнтів цієї групи було проведено адгезіолізис через лапаротомний доступ і ще в 5 хворих було виконано сегментарну резекцію тонкої кишки. Крім того, в 2 хворих застосували лапароскопії не виявило підстав до проведення хірургічного втручання на фоні злукової хвороби органів черевної порожнини без ознак порушення прохідності по травному каналі.

В усіх хворих (32 пацієнти) першої групи, що були оперовані з приводу гострої гінекологічної патології різного генезу, хірургічні втручання виконувалися через лапаротомний доступ. Тоді як, в 24 пацієнтів другої групи хірургічне втручання було завершено через лапароскопічний доступ і лише в 6 хворих мала місце обґрунтована не ятрогенна конверсія.

ВИСНОВКИ.

1. Розширення показників до застосування лапароскопії в діагностичного комплексу у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини дозволило зменшити кількість експлоративних лапаротомій на 5,7%.

2. Впровадження діагностичної лапароскопії як одного з обов'язкових обґрунтованих компонентів комплексного алгоритму у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, дозволило виконати малоінвазивне втручання в 138 (60,79%) випадках.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Behman R., Nathens A.B., Byrne J.P. et al. Laparoscopic Surgery for Adhesive Small Bowel Obstruction Is Associated With a Higher Risk of Bowel Injury: A Population-based Analysis of 8584 Patients // Ann. Surg.- 2017.-№3.-P.489-498.
2. Camilleri-Brennan J., Drake T., Spence R. et al. Management and outcomes from appendectomy: an international, prospective, multicentre study.//S. Afr. J. Surg.- 2017.-№3.-P.86-91.

3. Hori T., Machimoto T., Kadokawa Y. et al. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: How to discourage surgeons using inadequate therapy // World. J. Gastroenterol.-2017.-№23.-P.5849-5859.
4. Laforgia R., Balducci G., Carbotta G. et al. Laparoscopic and Open Surgical Treatment in Gastroduodenal Perforations: Our Experience. Surg Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2017.-№2.-P.113-115.
5. Tan S., Wu G., Zhuang Q., et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials// Int. J. Surg.-2016.-№33.-P.124-132.
6. Vally M., Koto M.Z. The histopathological findings of macroscopically normal appendixes removed at laparoscopy at dr. george mukhari academic hospital.//S. Afr. J. Surg.- 2017.-№2.-P.59-67.

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ В БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Н.И. Тутченко¹, Б.И. Слонцкий², Г.Г. Роцин², Д.В. Рудик¹, И.В. Вербицкий², М.М. Атаева¹

¹Национальный медицинский университет имени О. О. Богомольца,

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность и целесообразность применения лапароскопии у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В работе проанализированы результаты диагностики и лечения 436 пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости, которых разделили на две группы. Первую группу составили 209 больных. В отличие от первой группы, у пациентов второй группы (227 больных) комплекс диагностического алгоритма расширили за счет лапароскопии. Все больные были госпитализированы в ургентном порядке и находились на лечении в хирургических клиниках Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Клинико-диагностический алгоритм включал лабораторные, инструментальные и биохимические методы исследования, а также применяли статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Внедрение в диагностический комплекс у пациентов второй группы с острыми заболеваниями органов брюшной полости лапароскопии позволило существенно изменить последствия диагностико-лечебной тактики. В 72 (96%) пациентов с острым аппендицитом хирургическое вмешательство было выполнено лапароскопически, а в 5 (6,25%) случаях были применены только лапароскопию. При перфоративной язве двенадцатиперстной кишки или желудка у 37 (82,22%) больных второй группы хирургическое вмешательство было выполнено лапароскопически. В 5 (25%) пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью было выполнено лапароскопический адгезиолизис, а еще у 3 (13,04%) больных была применена только лапароскопия. В 6 (12,24%) пациентов с острыми сосудистыми заболеваниями кишечника в связи с тотальным повреждением тонкой кишки и переходом патологического процесса на правую половину ободочной кишки была выполнена только лапароскопия. В 24 (80%) пациентов с острой гинекологической патологией оперативное вмешательство было выполнено лапароскопически. Расширение показаний к применению лапароскопической верификации первопричины острых заболеваний органов брюшной полости позволяет увеличить количество малоинвазивных вмешательств чем улучшает экономическую и социальную реабилитацию пациентов.

ВЫВОДЫ. 1. Расширение показателей к применению лапароскопии в диагностическом комплексе у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости позволило уменьшить количество эксплоративных лапаротомий на 5,7%.

2. Внедрение диагностической лапароскопии, как одного из обязательных обоснованных компонентов комплексного алгоритма у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, позволило выполнить малоинвазивные вмешательства в 138 (60,79%) больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острые хирургические заболевания, желудочно-кишечный тракт, лапароскопия, брюшная полость.

THE PLACE OF LAPAROSCOPY IN THE CHOICE OF CURATIVE TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS

N. I. Tutchenko¹, B.I. Slonetsky², G.G. Roschin², D.V. Ruduk¹, I.V. Verbytskyi², M.M. Atayewa¹

¹*O. O. Bogomolets National Medical University,*

²*National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupik*

OBJECTIVE. To assess the effectiveness and usefulness of laparoscopy in patients with acute diseases of the abdominal cavity.

MATERIALS AND METHODS. The results of diagnostics and treatment of 436 patients with acute diseases of the abdominal cavity were analyzed in the work and divided into two groups. The first group consisted of 209 patients. In contrast to the first group, in the patients of the second group (227 patients) the complex of the diagnostic algorithm was enlarged due to laparoscopy. All patients were hospitalized in urgent order and were treated in surgical clinics of the Kyiv City Emergency Hospital. Clinical diagnostic algorithm included laboratory, instrumental and biochemical methods of research, and also used statistical methods of investigation.

RESULTS AND DISCUSSION. The introduction of a second group of patients with acute diseases of the abdominal cavity of the laparoscopy in the diagnostic complex made it possible to significantly change the consequences of diagnostic and therapeutic tactics. In 72 (96%) patients with acute appendicitis, surgical intervention was performed laparoscopically, and in 5 (6.25%) cases only laparoscopy was used. In a perforated ulcer of the duodenum or stomach in 37 (82.22%) patients of the second group, surgical intervention was performed laparoscopically. Laparoscopic adhesion was performed in 5 (25%) patients with acute adhesive intestinal obstruction, and only laparoscopy was used in 3 (13.04%) patients. In 6 (12,24%) patients with acute vascular diseases of the intestine due to total damage to the small intestine and the transition of the pathological process to the right half of the colon, only laparoscopy was performed. In 24 (80%) patients with acute gynecological pathology, operative intervention was performed laparoscopically. Expanding the indications for laparoscopic verification of the root cause of acute diseases of the abdominal cavity allows to increase the number of minimally invasive interventions than improves the economic and social rehabilitation of patients.

CONCLUSIONS. 1. Expanding the indices to the use of laparoscopy in a diagnostic complex in patients with acute diseases of the abdominal cavity allowed to reduce the number of extemporaneous laparotomies by 5.7%.

2. The introduction of diagnostic laparoscopy, as one of the mandatory substantiated components of the complex algorithm in patients with acute diseases of the abdominal cavity, allowed performing minimally invasive interventions in 138 (60.79%) patients.

KEY WORDS: acute surgical diseases, gastrointestinal tract, laparoscopy, abdominal cavity.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТРАНСВАГІНАЛЬНИХ ГІБРИДНИХ NOTES ОПЕРАЦІЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Уманець О.І.¹, Цема Є.В.^{1,2}, Оссовський О.В.¹, Давидчук Д.С.¹,
Нечай В.С.¹, Палієнко Р.К.¹, Біба О.П.

¹Національний військово-медичний клінічний центр МО України

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вперше лапароскопічна резекція ободової кишки була виконана М. Jacobs в 1990 році. На сьогоднішній день в світі накопичений значний досвід лапароскопічних операцій на товстій кишці з приводу пухлинних та запальних захворювань. Постійно проводиться розробка та вдосконалення спеціальних інструментів для маніпуляцій в черевній порожнині, удосконалюються засоби оптичного контролю під час операцій, впроваджуються нові енергетичні платформи для надійного гемостазу. Продовжують оцінюватись віддалені результати лікування та організація науково-дослідницьких та учбових центрів лапароскопічної колоректальної хірургії. Не зважаючи на очевидний успіх даної методики, хірурги всього світу намагаються ще більше мінімізувати наслідки оперативного втручання для пацієнта, при цьому дотримуючись основного принципу – безпечності операції. Поєднання технологій мінілапароскопічної хірургії призвело до появи в теперішній час відносно нового напрямку - хірургії через природні отвори (NOTES), та зокрема, лапароскопічно-асистованих чи гібридних NOTES операцій, сутність яких полягає у використанні традиційної лапароскопічної техніки при виконанні основних етапів операції, проте екстракція видаленого органа та часткова інтраопераційна асистенція відбувається через природні отвори (рот, піхва, пряма кишка). Дана техніка дозволяє значно скоротити час операції, уникнути затрати на дороговартісний інструментарій, має відмінний косметичний результат.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити результати виконаних перших 18 транслюмінальних (гібридних NOTES) мінілапароскопічно-асистованих операцій на органах малого тазу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дане дослідження включає 18 пацієнток, котрим були виконані транслюмінальні (гібридні NOTES) мінілапароскопічно-асистовані операції на органах малого тазу.

Всі операції були виконані в період з 2014 р. по 2016 рік на базі Національного військово-медичного клінічного центру МО України (м. Київ). Середній вік пацієнток склав 36 років. Усі пацієнтки мали в анамнезі одні або більше положів. У 14 з них було діагно-

стовано аденокарциному середньоампулярного та верхньоампулярного відділів прямої кишки в II стадії (pT1-T3N0M0). У інших 4 – ендометріоз IV ст. з ураженням верхньоампулярного відділу прямої кишки.

Критеріями включення були: відсутність вираженого місцевопоширеного росту пухлини або численних, перенесених раніше пацієнтками операцій, як наслідок, злукового процесу в малому тазі; вік від 18 років, обов'язкові пологи в анамнезі при необхідності – досягнення максимального косметичного ефекту.

Критеріями виключення були: анестезіологічний ризик 3 та 4, індекс маси тіла більше 40 кг/м², запальні захворювання статевих органів. В якості критеріїв оцінки ефективності операцій ми обрали наступні: загальна тривалість операції, кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, інтенсивність болю оцінювали за допомогою цифрової рейтингової шкали болю, косметичний ефект.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У всіх пацієнток післяопераційний період протікав без ускладнень, виписані на $5 \pm 1,8$ добу. Отримані результати свідчать, що сучасні малоінвазивні методи лікування (гібридні NOTES), виконані за суворими показами, мають значні переваги в порівнянні з традиційною лапароскопією.

Існуюче негативне відношення деяких хірургів пояснюється консервативністю мислення; відсутністю необхідного обладнання або непоінформованістю про нього та його можливості; стійкістю стереотипів, поганим знанням суміжних спеціальностей.

Перевагою методу є відсутність розрізів на черевній стінці, як наслідок менш виражений больовий абдомінальний синдром в ранньому післяопераційному періоді та менша потреба в парентеральному знеболенні пацієнток, більш рання активізація та реабілітація хворих. Достовірне зменшення кількості ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема: нагноєння післяопераційної рани та можливостей для розвитку вентральних кил у віддаленому періоді (ускладнень «доступу»). Можливість безпечного розширення розмірів черезпіхвового доступу, що забезпечує видалення макропрепарату повністю, разом з пухлинами великих розмірів. «Надійність» герметизації черевної порожнини при ушиванні кольпотомічних розрізів. Для багатьох не менш важливим є відсутність косметических дефектів на передній черевній стінці внаслідок мінімізації операційної травми.

ВИСНОВКИ

Застосування трансвагінальних гібридних NOTES операцій визначає подальший розвиток відеоендохірургії, зокрема в плані зменшення травматичності операційного доступу. Для визначення місця трансвагінальних втручань в колоректальній хірургії необхідними є подальші напрацювання та накопичення досвіду.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПОЄДНАНИХ ПОРАНЕННЯХ ТАЗУ

Уманець О.І.¹, Цема Є.В.^{1,2}, Оссовський О.В.¹, Давидчук Д.С.¹,
Нечай В.С.¹, Палієнко Р.К.¹, Біба О.П.

¹ Національний військово-медичний клінічний центр МО України

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

За досвідом війн і локальних конфліктів останніх десятиліть, кількість поранень таза складає в середньому 5 % усіх поранень, вогнепальні пошкодження таза в загальній структурі санітарних втрат – 3-4%. Під час проведення антитерористичної операції на сході України – 2,7%. Пошкодження тазових органів (пряма/товста кишка, сечовий міхур) мають місце у 15 –21% поранених. Летальність при даній травмі коливається від 13 до 75%. Ізольовані поранення прямої кишки зустрічаються рідко. Найчастіше вони супроводжуються переломами кісток, пораненням сечовивідних органів, передміхурової залози, судин. Заочеревинні поранення прямої кишки розділяються на ампулярні, які мають більш тяжкий перебіг, і промежинні. Для інтраперитонеальних пошкоджень прямої кишки характерна клінічна картина калового перитоніту. Поряд з іммобілізацією, боротьбою з шоком, зупинкою кровотечі, профілактикою інфекційних ускладнень (перитоніту), якими супроводжуються травми таза, основною життєвонеобхідною умовою сприятливого перебігу лікувального процесу при пошкодженнях прямої кишки є накладення превентивної (профілактичної) стоми вище рівня пошкодження.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити особливості реконструктивно-відновних операцій виконаних пацієнтам при пошкодженнях товстої та прямої кишок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дане дослідження включає 28 пацієнтів, котрим були виконані колоректальні реконструктивно-відновні операції в період з 2014 по 2016 рік на базі проктологічного відділення НВМКЦ: в 2 з них була петлева сигмостома, в 4 – кінцева десцендостома (операція по типу Гартмана), в 10 – петлева трансверзостома, в 5 – кінцева трансверзостома, в 7 – петлева ілеостома. Середній вік 34 роки (від 18 до 46 років). Тривалість перебування в стаціонарі коливалася в широкому діапазоні – від 9 до 34 днів.

Результати дослідження та їх обговорення. Всім пацієнтам пропонувалося відновне хірургічне лікування не менше як через 6 місяців після поранення: це пов'язано перш за все із завершенням формування злукового процесу в черевній порожнині, оскільки, в більшості з них (18 із 24) вже було по декілька етапних операцій на черевній

порожнині внаслідок поранень та ускладнень в післяопераційному періоді (розлитий каловий/біліарний перитоніт, гемоперитонеум). Крім того, обов'язковими умовами відновлення безперервності ШКТ є відсутність таких станів як диверсійний коліт (коліт «вимкненої» кишки), кишкові нориці (часто супроводжують поранення ампули прямої кишки внаслідок переломів сідничних та лобкових кісток або як ускладнення в результаті неспроможності кишкових анастомозів), недостатність сфінктера заднього проходу (при тривалому його «не функціонуванні»), відсутність стриктур/стенозів (на рівні накладених раніше анастомозів, що «прикривалися» стомою).

З нашими спостереженнями диверсійний коліт був виявлений у 21 пацієнта, кишкова нориця – у 3 пацієнтів (у 2 – неповна, у 1 – повна), недостатність анального сфінктера – 16 пацієнтів, стриктура на рівні анастомозу у 1 пацієнта. Всі пацієнти проходили обов'язковий алгоритм обстеження перед операцією, що включає крім загальнолікарського (лабораторний моніторинг, ЕКГ, ФГОГК, УЗД ОЧП, ФЕГДС, огляд терапевта) наступні: ректороманоскопію, іригоскопію (в тому числі з водорозчинним рентгенконтрастом при наявності слизових обструктивних стом), фістулографію (при наявності кишкових нориць), колоноскопію, при необхідності – КТ, МРТ, сфінктерометрію. Це дозволяє окрім виключення перерахованих вище небажаних станів, співставити привідний/відвідний кінці кишки, визначити їхнє положення в черевній порожнині, дефіцит відстані між ними і спланувати найбільш оптимальне оперативне втручання. Особливо несприятливими та незручними в хірургічному плані є відновні операції після обструктивних резекцій при значному дефіциті між привідним та відвідним кінцями кишки, тобто між власне стомою та заглушеним кінцем (9 пацієнтів). Це вимагає трудомного вісцеролізу, зокрема гострим шляхом, який в свою чергу супроводжується масивною крововтратою (необхідність гемотранфузії), значною тривалістю втручання (в середньому на 90 хв триваліше), високою частотою післяопераційних ускладнень (гострі стресові виразки кишки, рання злукова непрохідність, внутрішня кровотеча) та, як наслідок, повторних операцій.

З ускладнень в ранньому післяопераційному періоді трапляється інфікування післяопераційної рани (частіше всього внаслідок контакту слизової оболонки кишки і м'яких тканин рани при накладанні анастомозу) – 2 пацієнта, кровотеча з м'яких тканин в ділянці доступу (джерелом її є судини підшкірно-жирової клітковини та м'язів передньої черевної стінки) – 1 пацієнт. Для профілактики цих ускладнень післяопераційна рана не ушивається наглухо, а превентивно накладається кисетний шкірний шов, що забезпечує адекватне дренивання, можливість ревізії та санації при виявленні ускладнень, своєчасну ліквідацію гематом і сером в рані, а під час операції – мінімальна травматизація кишки при накладанні анастомозу (перевага надається використанню степлерних методик) та ретельний гемостаз. Рідше трапляються післяопераційні абсцеси, флегмони м'яких тканин передньої черевної стінки, неспроможність кишкового анастомозу, що при екстраперитонеальних ушиваннях стоми проявляється появою відходження газів та рідкого калу через післяопераційну рану паралельно з віднов-

ленням пасажу по відключеній частині кишки через задній прохід. Тактика включає щоденні перев'язки з метою контролю за перебігом ранового процесу (на рану встановлюється калоприймач, краще двокомпонентний, для можливості ревізії та дренивання виділень), післяопераційна рана загоюється вторинним натягом з поступовим закриттям («задавленням») зони неспроможності грануляціями, або, рідше, з формуванням повноцінної кишкової нориці, яка має тенденцію до самозакриття, а в деяких випадках – потребує повторної операції. Серед ускладнень в пізньому післяопераційному періоді виникають післяопераційні вентральні грижі (при неспроможності швів апоневрозу) – 1 пацієнт, післяопераційні зміни шкіри в ділянці операції (келоїдні рубці, пігментації, гіперкератоз), стриктури на рівні накладеного відновного анастомозу.

ВИСНОВКИ

Реконструктивно-відновні операції є важливою ключовою частиною медико-соціальної реабілітації пацієнтів з пошкодженням товстої та прямої кишок, які вимагають індивідуального міждисциплінарного підходу до кожного випадку з ретельним вибором терміну, методики оперативного втручання та кропіткої підготовки до нього. Для вдосконалення результатів хірургічного лікування стомованих пацієнтів необхідні подальші напрацювання та накопичення досвіду в цьому напрямку.

ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЕМБОЛІЗМ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ. ПОГЛЯД СУДИННОГО ХІРУРГА

Усенко О.Ю., Смержевський В.Й., Лазоренко В.В.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова

Венозний тромбоемболізм (ВТЕ), що клінічно маніфестує явищами тромбоемболії легеневої артерії чи тромбозом глибоких вен є потенційно загрозливим станом для породіллі. Частота виникнення явищ ВТЕ у вагітних жінок більша в 5-10 разів в порівнянні з невагітними, а у післяпологовому періоді — в 15-35 разів (в залежності від віку, раси, соматичного стану, акушерського статусу та наявності супутньої патології). Ціль роботи — розробка скринінгових методів обстеження для виявлення ризиків, алгоритмів профілактики та лікування явищ венозного тромбоемболізму з урахуванням акушерської тактики та супутньої патології для мінімізації ризику акушерських кровотеч та сприятливого перебігу післяпологового періоду. Алгоритми діагностики та лікування явищ венозного тромбоемболізму (ВТЕ) в акушерсько-гінекологічній практиці не є стандартизованими як у вітчизняній практиці, так і за кордоном. Пропонуються медикаментозні засоби та немедикаментозні (компресійний трикотаж, лікувальна фізкультура), включно з хірургічними втручаннями — постановка тимчасового қава-фільтру, плікація, тромбектомія, симультанна кросектомія. Запропоновані міроприємства базуються на диференційованому підході, залежать від акушерської ситуації та направлені на мінімізацію обмежень в спектрі методів родорозрішення та ведення післяпологового періоду.

МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ С СУПУТНИМИ МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОДИФІКОВАНОЇ МЕТОДИКИ БІЛІОПАНКРЕАТИЧНОГО ШУНТУВАННЯ

Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Манойло М.В., Згонник А.Ю., Лаврик О.А.

*Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова
НАМН України*

Морбідне ожиріння – один з провідних факторів передчасної смерті через асоційовані з ним патології, бариатрична хірургія в теперішній час є єдиним способом лікування ожиріння – зі зниженням маси тіла, зменшенням супутньої патології та зниженням смертності в цілому. Частина рестриктивних та мальабсорбтивних втручань практично не використовується, через низку притаманих їм ускладнень, а кошторис інших не дозволяє широко використати їх у загальній когорті вітчизняних пацієнтів. Комбіновані мальабсорбтивні бариатричні процедури можуть досягати ідеальних результатів при певних умовах. За класичною методикою запропонованою Scoringa біліопанкреатичне шунтування (БПШ) складається з дистальної субтотальної резекції шлунка, пересіченні тонкої кишки на відстані 250см від ілеоцекального кута та анастомозування дистальної частини кишки з культею шлунка та створенні загальної петлі довжиною 50см. Таким чином, БПШ забезпечує втрату ваги внаслідок комбінації рестрикції (зменшення об'єму шлунка на 30-40%) та обмеження можливості всмоктування нутрієнтів (мальабсорбція). Незважаючи на бажану втрату маси тіла та елімінацію супутньої патології, післяопераційна недостатність в білках, мінералах та вітамінах притаманна мальабсорбтивним втручанням та потребує пожиттєвого додаткового прийому нутрієнтів для підтримання їх нормального рівня.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. 76 пацієнтам БПШ виконано з 2007 по 2015 роки в ДУ «НІХТ ім.О.О.Шалімова» НАМНУ. Ми модифікували класичну методику – виконували резекцію шлунку або пересікали шлунок на межі антрального відділу та збільшили загальну петлю до 80 - 85 см. Всі пацієнти після операції отримували збагачену білками дієту, вітамінну та мінеральну підтримку, блокатори протонної помпи. Середній вік пацієнтів склав 42 роки. Розподіл на чоловіків/жінок – 26/50. Середній індекс маси тіла (ІМТ) у хворих складав 47 кг/м² (38 - 63), супутня патологія : діабет II типу був доопераційно діагностований у 19 (25%) хворих, артеріальна гіпертензія (АГ) - у 16 (21%), гіперліпідемія (ГЛЕ) у 17 (22,4%) хворих. Середній строк спостереження склав 24 місяці. Обстеження пацієнтів проводилось через 1,3,6 місяців до 2 років.

РЕЗУЛЬТАТИ. Зниження маси тіла спостерігалось в перший рік швидше, на протязі 2 року уповільнилось, та через 24 місяці ІМТ у хворих склав в середньому 32 кг/м² (28 - 36) . 2 випадки білкової недостатності (2,6%) у хворих при недотриманні рекомендованої дієти, обох пацієнтів було проліковано парентеральним харчуванням. Повторні операції з приводу подовження загальної петлі жоден пацієнт не потребував. Залізодефіцитна анемія була виявлена у 18 (23,6%) пацієнтів, не дивлячись на адекватний пероральний прийом препаратів заліза, в більшості випадків у молодих та фертильних жінок. Ожиріння-асоційовані захворювання: у 17 з 19 пацієнтів (89%) з діабетом та у 11 з 16 (68%) з АГ нівелювались, та хворі припинили прийом препаратів. Рівень холестерину та тригліцеридів нормалізувалися у 100% пацієнтів через 1 рік після операції. Найбільш частими ускладненнями після операції були явища гастростазу - 18 випадків (23%) та розвиток пептичної виразки гастроентероанастомозу - 9 (11,8%), летальних випадків не було.

ВИСНОВКИ. БПШ - найбільш ефективне комбіноване баріатричне втручання, як з огляду на довготривале зниження надлишкової маси тіла, так і у сенсі позбавлення пацієнтів від супутньої ожирінню патології. Модифіковане втручання технічно нескладне за виконанням, при його виконанні успішно нівелюються метаболічні ускладнення, за рівнем післяопераційних ускладнень та летальності воно співставиме з іншими баріатричними процедурами.

УДК 616-008.9-07:611.018.2

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Усенко О.Ю., Войтів Я.Ю., Щербина С.І.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова*

Проблема патології сполучної тканини набуває з кожним роком все більшої актуальності як в Україні, так і у світових масштабах. Про це свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених даній патології, які в першу чергу акцентують увагу на значній поширеності захворювання, появи нових клінічних особливостей перебігу та різноманітності проявів, що трактує необхідність розробки сучасних методів діагностики та лікування [1]. Часто патологія сполучної тканини стає причиною післяопераційних ускладнень, таких як: неспроможність швів та анастомозів, евентерації, післяопераційні вентральні грижі, пострезекційні синдроми, нориці тощо, котрі вимагають хірургічної корекції [2].

Ми задалися метою покращити результатів лікування хворих з абдомінальною хірургічною патологією шляхом напрацювання способу діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Об'єктом дослідження були 90 хворих з хірургічною патологією які лікувались у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова» за 2016-2017 рр. та 20 практично здорових людей (група контролю). Із 96 хворих дослідної групи чоловіків було 42, жінок - 48. Вік хворих - від 28 до 74 років, середній вік - $56,5 \pm 7,7$ років.

Оцінивши отримані дані ми напрацювали спосіб діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини (заявка на патент u2017 03889 від 20.04.2017) який оцінює найбільш інформаційні фенотипічні та вісцеральні ознаки патології сполучної тканини та за допомогою ультрасонографії аналізує ширину білої лінії живота та оцінює стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору визначаючи наявність діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу.

Спосіб виконують наступним чином. При об'єктивному обстеженні пацієнта, одразу при поступленні хворого в стаціонар, оцінюється наявність фенотипічних та вісцеральних ознак патології сполучної тканини, які розділяють на малі (1 бал), середні (2 бали) та великі (3 бали). Отримані цифрові показники підставляються в оцінювальну скринінг-шкалу діагностики НДСТ. Додатково за допомогою ультрасонографії високо-

частотним лінійним датчиком (8МГц/42 мм) аналізують ширину білої лінії живота (середня ширина білої лінії 7мм \pm 5 в епігастральній ділянці, 13мм \pm 7,3 над пупком і 8 мм \pm 6,2 під пупком за Coldron et al., 2007) та оцінюють стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору конвексним датчиком (3,5 МГц/60°/60 мм). При наявності діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу діагностують дисплазію сполучної тканини.

Розроблений нами спосіб діагностики НДСТ апробований умовах відділення хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова». Дослідження ефективності використання запропонованого способу діагностики НДСТ засвідчили, що спосіб може використовуватись для діагностики НДСТ у хворих з хірургічною патологією, що необхідно для вибору адекватної та ефективної тактики лікування таких хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Manifestations unclassified connective tissue dysplasia, depending on age. Forecast / Dotsenko N.Y., Gerasimenko L.V., Boev S.S., Shekhunova I.A., Dedova V.O. // Ukrainian Journal of Rheumatology. - 2012. - №1. (47). - с. 19 - 23.
2. Phenotypic characteristics of connective tissue dysplasia in patients with diseases of temporomandibular joint / O.S. Volovar // Ukrainian Medical Journal. - 2013. (III - IV). - № 2. (94). - p. 188 - 192.

СИНДРОМ КОРОТКОЇ КИШКИ

Усенко О. Ю., Кучерук В. В., Пустовіт А. А., Савенко Г. Ю.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова

Синдром короткої кишки (СКК) – симптомокомплекс, що розвивається в хворих після об'ємної резекції тонкої кишки або як вроджена патологія кишечника. Інтерес до цієї патології в тому, що вона показала обмеженість використання відомих методів органо- і функціозаміщення. При СКК виникає необхідність нових біологічних, медичних, технологічних рішень.

Клінічно СКК проявляється діареєю, статореєю, поліфекалією та признаками недостатності всмоктування: втратою маси тіла, гіповолемією, гіпопротеїнемією, гіпоелектролітемією, гіповітамінозом.

Лікування пацієнтів з СКК включає консервативне та оперативне. Об'єм консервативного лікування визначається періодом процесу, його основні задачі – корекція метаболічних розладів та оптимізація процесу адаптації. Мета оперативного лікування – збільшити шанси пацієнта на вивільнення від парентерального живлення.

З 2006 по 2017 р. у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України прооперовано 11 хворих з СКК. Чоловіків було 4, жінок – 7. Вік пацієнтів від 13 до 64 років. Мінімальна довжина залишеної тонкої кишки в хворого – 10 см, максимальна – 190 см.

У 8 пацієнтів причиною об'ємної резекції тонкої кишки була гостра спайкова непрохідність тонкої кишки з некрозом останньої, у 3 пацієнтів причиною об'ємної резекції тонкої та правої половини ободової кишки була патологія верхньої мезентеріальної артерії з некрозом вказаних ділянок кишківника.

У всіх зазначених пацієнтів була кишкова недостатність, яка вимагала проведення парентеральної нутритивної чи водно-електролітної підтримки.

Проведено хірургічне лікування: реконструкція єюноасцендоанастомозу, комплексне консервативне лікування з застосуванням гормону росту – в 1 пацієнтки; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно-ободової кишки, єюноілеостомія – у 4 пацієнтів; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно-ободової кишки, єюноцекастомія – в 1 пацієнта; деєюностомія, послідовна поперечна ентеро-

пластика, єюнотрансверзостомія – у 2 пацієнтів; деєюнотрансверзостомія, зашивання дефекту поперечно-ободової кишки, послідовна поперечна ентероластика, єюноце-костомія – в 1 пацієнтки; закриття двохствольної ілеостоми – в 1 пацієнта; лапаротомія, вісцероліз, ревізія – в 1 пацієнта.

У 5 пацієнтів після оперативного лікування залишилась кишкова недостатність. У 4 з них рівень залежності від парентеральної нутритивної підтримки знизився.

Максимальний строк спостереження за пацієнтом після оперативного лікування з приводу СКК (послідовної поперечної ентероластики) – 11 років.

Сучасний рівень медичної галузі дає можливість ефективно допомагати хворим з СКК.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОАКАРНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Фелештинський Я.П., Дадаян В.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Для профілактики виникнення троакарних гриж параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії у хворих з діастазом прямих м'язів проводиться шляхом ліквідації діастазу прямих м'язів живота преперитонеальним розміщенням поліпропіленової сітки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Троакарна грижа, діастаз прямих м'язів живота, преперитонеальна алопластика.

Частота виникнення троакарних гриж параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії складає 4,6-14,1%. Це обумовлене тим, що у більшості випадків (25-30%) на параумбілікальній ділянці є діастаз прямих м'язів живота, який не ліквідується при зшиванні троакарної рани і стає причиною виникнення троакарної грижи.

Основною патогенетичною ланкою виникнення троакарних гриж на параумбілікальній ділянці після лапароскопічної холецистектомії є діастаз прямих м'язів живота, який спостерігається у 70% хворих та супроводжується стоншенням апоневрозу цієї ділянки, помірно вираженою атрофією апоневрозу, прямих м'язів живота, посилюється після постановки 10мм троакару.

МЕТА РОБОТИ. Оптимізувати профілактику троакарних гриж параумбілікальної ділянки при лапароскопічної холецистектомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Проаналізовані результати профілактики троакарних гриж параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії у 56 пацієнтів віком від 30 до 75 років. У всіх пацієнтів спостерігався діастаз прямих м'язів живота на ширину 2-3см. Жінок було 38 (67,9%), чоловіків 18 (32,1%). Залежно від методики зшивання троакарної рани після лапароскопічної холецистектомії хворі були розділені на 2 групи. Групи були порівняні за розміром троакарної грижі, шириною діастазу прямих м'язів, віком та статтю. У першій групі у 29 пацієнтів виконували зашивання троакарної рани після лапароскопічної холецистектомії без усунення та ліквідації діастазу прямих м'язів. В другій групі у 27 хворих виконувалась модифікована нами операція (Патент України №110588) [6]. Операція виконувалась наступним чином. Виконувалась мобілізація преперитонеального простору вище і нижче троакарної рани на ширину діастазу прямих м'язів живота, преперитоне-

ально розміщення поліпропіленової сітки відповідних розмірів та фіксація її до м'язово-апоневротичних тканин та над сіткою зшивання краї троакарної рани. Ведення післяопераційного періоду у хворих I та II групи було традиційним і не відрізнялось.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Безпосередні результати профілактики троакарних гриж в ранньому післяопераційному періоді в обох групах були порівнянні. Віддалені результати терміном від 6 до 48 місяців показали, що серед 20 пацієнтів першої групи троакарні грижі параумбілікальної ділянки спостерігались у 3 (15%). Серед 20 пацієнтів другої групи троакарні грижі не спостерігалися.

ВИСНОВОК.

Профілактика виникнення троакарних гриж параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії досягається шляхом ліквідації діастазу прямих м'язів живота преперитонеальним розміщенням поліпропіленової сітки.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛАГЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ

Фелештинський Я.П., Борн Є.Є., Сміщук В.В., Ватаманюк В.Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Класичні методи хірургічного лікування складних екстрасфінктерних нориць часто призводять до рецидиву захворювання та появи стійкої анальної інконтиненції. У таких хворих операціями вибору є методика висічення нориці та її розгалужень з подальшим закриттям дефекту в ділянці внутрішнього отвору колагеновим імплантатом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Екстрасфінктерна нориця, Fistulotomy, Fistulectomy, Seton Placemen, колагеновий імплантат

Незважаючи на значну кількість різних способів хірургічного лікування хронічного парапроктиту, до теперішнього часу немає «універсального» який гарантує повну ліквідацію норицевого ходу та виключає виникнення рецидиву захворювання при використанні радикальних методик хірургічного лікування. Рецидиви екстрасфінктерних нориць прямої кишки досягають 40,2% , у 13-20% відмічаються гнійно-запальні ускладнення в рані, анальна інконтиненція виникає у 8,3-21,4% хворих, 17-36% хворих відмічають дискомфорт в ділянці заднього проходу.

МЕТА: Покращення результатів лікування екстрасфінктерних нориць прямої кишки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ:

В клініці кафедри хірургії та проктології за період з 2012 по 2017 рр. було прооперовано 53 хворих з екстрасфінктерними норицями. Вік хворих складав від 25 до 60 років. Середній вік $52,3 \pm 2,1$ років. Чоловіки 31 (58,4%), жінки-22 (41,5%). У 25 (47,1%) хворих було діагностовано екстрасфінктерні нориці 1-го ступеня складності, у 15 (28,3%) 2-го, у 7 (13,2%) 3-го та у 6 (11,3%) 4-го ступеня складності. В залежності від методики хірургічного лікування хворі були розділені на 2 групи. Першу групу склали 24 хворих, яким виконувалась розроблена нами методика хірургічного лікування з використанням біологічного алогенного колагенового імплантату (Патент України № А61В 17/32 (2006.01) від 10.08.2016р.). Сутність операції полягає в тому, що після інтраопераційної діагностики параректального норицевого ходу зондом та введення метиленового синього двома дугоподібними розрізами до 5,0 см навколо зовнішнього отвору нориці, розсікається шкіра та підшкірна клітковина, висікається зовнішній отвір нориці та рубцево змінені тканини та розгалуження нориці в параректальній клітковині, внутрішній отвір розсікали так, щоб не пошкодити волокна сфінктера. На ділянку висіченого та розсіченого внутрішнього отвору накладали алогенний ліофілізований колаге-

новий імплантат розміром 2,0x1,5 см., та фіксували його ниткою Vicril 2,0 по периметру. Другу групу склали 24 хворих яким виконувались класичні методики висічення нориць прямої кишки. Fistulotomy (розсічення нориці в просвіт кишки) виконано у 8 (33,3%) хворих, Fistulectomy (висічення нориці в просвіт кишки) у 7(29,1%) та Seton Placement (накладання лігатури) у 8 (33,3%) хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В першій групі хворих яким проводили хірургічне лікування за розробленим способом з використанням біологічного колагенового імплантату, нагноєння рани виникло у 1 (4,1%) хворих, у 7 (13,2%) серозне запалення післяопераційної рани, яке було ліквідоване шляхом дренивання та призначенням протизапальної терапії (диклофенак 3,0 1 раз в\м), анальна інконтиненція у хворих не відмічалась. Рана загоїлась на 10 ± 3.12 добу. В другій групі хворих яким виконувались класичні методики хірургічного лікування в ранньому післяопераційному періоді спостерігались місцеві ускладнення у вигляді нагноєння рани у 6 (26,0 %) хворих, часткове нетримання газів з`явилося у 5 (21,7%) хворих, анальна інконтиненція 1-го ступеня відмічалась у 3 (13,0%), рана загоїлась на $24 \pm 2,3$ дні. Віддалені результати лікування, які вивчені від 1 до 24 місяців, шляхом оглядів та анкетування 21 хворих першої групи та 22 хворого другої групи: поява стійкої анальної інконтиненції виникло у 3 (13,6%), часткове нетримання газів у 4 (18,1%) хворих другої групи, у хворих першої групи нетримання газів та порушення континенції не спостерігалось, рецидив захворювання в другій групі виник у 4 (21,0%) хворих, тоді як в першій групі рецидив мав місце у 1 (4,1%) хворих.

ВИСНОВКИ:

Хірургічне лікування складних екстрасфінктерних нориць з висіченням внутрішнього отвору нориці та закриття дефекту колагеновим імплантатом забезпечує надійне закриття дефекту та сприяє зниженню рецидиву нориць до 4,1%, проти 21,0% при виконанні класичних методик.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ

Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Парацій З.З., Нагловська Т.П.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий панкреатит, вагітність, діагностика, лікування.

АКТУАЛЬНІСТЬ. Поширеність гострого панкреатиту (ГП) під час вагітності варіюється в межах від 1 : 1000 до 1:12 000. Близько 50 % випадків гострого панкреатиту діагностується у третьому триместрі вагітності. Материнська смертність складає 39%, а загальна перинатальна становить 37,9%. Це потребує детального вивчення клінічної картини гострого панкреатиту у вагітних та визначення діагностичного алгоритму з урахуванням терміну вагітності, наявності показань та протипоказань до різних методів інструментальної діагностики.

МЕТА. Вивчити особливості клініки, діагностики та лікування ГП у вагітних.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Проведено аналіз історій захворювання 65 вагітних, віком від 24 до 37 років, терміном вагітності 3-38 тижнів з діагнозом гострий панкреатит за період з 2006-2016рр. Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри хірургії та проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика у КЗ КОР «Київської обласної клінічної лікарні» та Київського обласного центру охорони здоров'я матері та дитини. Важкість захворювання визначалась за клінічною картиною та ступенем тяжкості згідно міжнародної класифікації Атланта-92 третього перегляду, 2012. Алгоритм діагностики включав загальноклінічні методи, біохімічне дослідження крові, в тому числі ліпази та амілази сироватки крові, сечі, обов'язкову УЗ діагностику, МРТ дослідження та ЕФГДС. Лікування складалось з консервативної терапії з доповненням сучасних малоінвазивних методик, таких як, ендоскопічна папілотомія, пункція, аспірація та дренивання рідинних утворень під контролем УЗ, лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха, а також відкриті хірургічні втручання з виконанням кесарського розтину, екстирпацією матки та подальшою некрсеквестректомією.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Клінічно перебіг гострого панкреатиту під час вагітності не завжди проявлявся специфічними симптомами. У 32 (49,2%) жінок був відсутній типовий «оперізуючий»

біль, а прояви запалення нагадували симптоми токсикозу. Тривалість захворювання до надходження у хірургічний стаціонар в термін до 24 год. – 14 (21,5%), від 24 до 48 год. – 35 (53,9%), та понад 48 год. 16 (24,6%) вагітних. Дослідження показало, що 36 (50,4%) вагітним не була виконана специфічна діагностика (визначення активності амілази крові та сечі, визначення ліпази крові, УЗ діагностика органів черевної порожнини) та не проведено лікування ГП на ранніх етапах по причині первинної госпіталізації до акушерського стаціонару з попереднім діагнозом гестоз вагітних. ЖКХ в анамнезі було виявлено у 7 (10,8%) вагітних. За даними УЗ діагностики зміни в підшлунковій залозі, такі як збільшення розмірів, нечіткість контурів, збільшення відстані між задньою стінкою шлунку та передньою поверхнею, зміна ехогенності за рахунок її підвищення або зниження було підтверджено у всіх вагітних. Результати дослідження показують, що за допомогою УЗ діагностики можливий постійний контроль розвитку захворювання, виникнення ускладнень, та ефекту від лікувальних заходів. Зниження ефективності даного методу відбувається у другій половині вагітності (28 тижнів і більше) за рахунок збільшення розмірів вагітної матки, що впливає на діагностичну точність, чутливість і специфічність даного методу. МРТ діагностика була виконана 7 (10,8%) вагітним на II та III триместрах, дозволило визначити ступінь інтенсивності запального процесу, наявність ускладнень та біліарний генез захворювання. Вагітність є абсолютним або відносним протипоказанням для виконання КТ та ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії, у зв'язку з чим ці методи не використовувались для діагностики гострого панкреатиту у вагітних. Лікування вагітних з гострим панкреатитом проводилось в умовах відділень інтенсивної терапії та загальної хірургії. При використанні медикаментозних препаратів враховували їх тератогенну та ембріогенну дію. Ефект від комплексного консервативного лікування був досягнутий у 53 (76,9%) вагітних. Лапароскопічна холецистектомія з дренажуванням холедоха мала місце у 2 (3,1%) вагітних на II триместрі. У 8 (12,3%) вагітних була виконана пункція та аспірація рідини, дренажування під контролем УЗД. Ендоскопічна папілосфінктеротомія та літоекстракція у 2 (3,1%) хворих. Завдяки лікуванню з застосуванням малоінвазивних методик у 6 (9,2%) вагітних родорозрішення завершилось фізіологічними пологами та у 4 (6,2%) кесарським розтином.

ВИСНОВКИ.

1. Діагностика ГП у вагітних ускладнена скаргами схожими з гестозом вагітних, первинним потраплянням (більше 50%) до акушерського стаціонару та обмеженням використання інструментальних методів, таких як, МРТ та КТ.

2. Вчасна, протягом перших 24 год. діагностика та комплексна консервативна терапія значно покращують результати лікування, зменшують прогресування ускладнень панкреатиту.

3. Використання малоінвазивних методик суттєво зменшують потребу проведення відкритих оперативних втручань, що, в свою чергу сприяють зниженню кількості післяопераційних ускладнень а також не викликають негативного впливу на перебіг вагітності.

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ РОЗ'ЄДНАННЯ АНАТОМІЧНИХ КОМПОНЕНТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ (COMPONENT SEPARATION) У ПОЄДНАННІ З АЛОПЛАСТИКОЮ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ

Фелештинський Я.П., Сміщук В.В., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Український центр хірургічного лікування гриж живота*

Класичні методики алогерніопластики при гігантських післяопераційних вентральних грижах часто призводять до виникнення абдомінального компартмент синдрому в післяопераційному періоді. У таких хворих операціями вибору є методики розділення анатомічних компонентів черевної стінки в комбінації з алопластикою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Післяопераційна вентральна грижа, component separation technique, ACST, PCST, TAR.

Класичні методики алогерніопластики при гігантських післяопераційних вентральних грижах (ПВГ) часто викликають зменшення об'єму черевної порожнини та підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що призводить до абдомінального компартмент синдрому (АКС) (2,4-6,4%) та летальності (0,9-1,2%). Це вимагає спеціальної методики закриття гігантського дефекту черевної стінки без підвищення ВЧТ.

МЕТА РОБОТИ. Покращити результати хірургічного лікування гігантських ПВГ шляхом використання component separation technique (CST) в поєднанні з алопластикою.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.

В клініці за період з 2009 по 2017 рр. з приводу гігантських ПВГ було прооперовано 164 хворих віком від 30 до 75 років (середній вік $54,7 \pm 3,3$). Жінок було 106 (64,6%), чоловіків – 58 (35,4%). Відповідно до класифікації Європейської асоціації хірургів-герніологів (EHS classification, Гент, Бельгія, 2008 р.) ПВГ великого та гігантського розмірів розподілялись наступним чином: M1-4W3R0 діагностовано у 52 (31,7%), M1-4W3R1 – у 10 (6,1%), M1-5W3R0 – у 63 (38,4%), M1-5W3R1 – у 13 (7,9%), M4-5W3R0 – у 20 (12,2%), M4-5W3R1 – у 6 (3,7%). Вправимі ПВГ – у 60 (36,6%), невправимі – у 104 (63,4%). Рецидивні ПВГ – у 29 (17,7%) хворих. Контрактура прямих м'язів живота спостерігалась у 72 (43,9%) хворих. Для хірургічного лікування хворих з такими грижами використовували anterior component separation technique (ACST) та posterior component separation technique (PCST) в комбінації з різними видами алопластики: ACST+onlay у 23 (14,0%) хворих, ACST+sublay+onlay у 32 (19,5%) хворих, ACST+inlay+onlay у 18 (11,0%) хворих, ACST+IPOM у 48 (29,3%) хворих, PCST+sublay у 22 (13,4%) хворих, TAR (transversus abdominis muscle release)+sublay у 21 (12,8%) хворих.

Сутність операції ACST полягала в тому, що розрізали апоневроз зовнішнього ко-

шого м'язу на 1 см латеральніше краю піхви прямого м'язу живота, та мобілізували зовнішній косий м'яз живота від внутрішнього косоного та поперечного м'язу з обох боків, що давало змогу ліквідувати контрактуру прямих м'язів живота (методика Ramirez) та змістити прямі м'язи до білої лінії на ширину 8-10 см.

Методика PCST передбачала розрізання піхов прямих м'язів, мобілізацію прямих м'язів від задніх апоневротичних стінок, розрізання апоневрозу внутрішнього косоного м'язу та його мобілізація від поперечного м'язу. Операція TAR доповнює PCST розрізанням поперечного м'язу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

ВЧТ під час операції при моделюванні герніопластики після CST – $5,4 \pm 2,1$ мм рт. ст., безпосередньо після операції – $6,8 \pm 1,2$ мм рт. ст., через 6-8 годин після операції склав да в середньому $7,6 \pm 1,3$ мм рт. ст., через 24 години – $6,3 \pm 1,2$ мм рт. ст., через 48 годин – $4,5 \pm 1,1$ мм рт. ст. Серед хворих, яким виконувалась CST+onlay у 2 (8,7%) через 24 години після операції спостерігалась стійка інтраабдомінальна гіпертензія (ІАГ) $12,1 \pm 1,2$ мм рт. ст. ($1,6 \pm 0,2$ кПа) впродовж першої доби, що призвело до виникнення АКС І ступеня. Цим пацієнтам проводилась пролонгована штучна вентиляція легень, перидуральна анестезія, назогастральна декомпресія шлунка, стимуляція функції кишечника (метоклопрамід, прозерин, гіпертонічні клізьми), інфузійна терапія розчинами кристалоїдів та ін. Завдяки цим заходам відновився пасаж по кишечнику, ВЧТ знизився до $6,1 \pm 1,3$ мм рт. ст., явища АКС були ліквідовані.

Частота ускладнень з боку післяопераційної рани: серома на ділянці післяопераційної рани спостерігалась у 12 (7,3%), інфікування післяопераційної рани – у 4 (2,4%), некроз шкірних країв рани – у 6 (3,7%), інфільтрат післяопераційної рани – у 4 (2,4%).

Віддалені результати вивчені у 134 хворих в строки від 1 до 5 років шляхом повторних оглядів та анкетування. Хронічний біль на ділянці черевної стінки впродовж 6-8 місяців після операції спостерігався у 11 (8,2%) хворих і був ліквідований шляхом призначення фізіотерапевтичних процедур та нестероїдних протизапальних препаратів. Рецидиви грижі виявлені у 5 (3,7%) хворих через 8-12 місяців після операції.

ВИСНОВОК.

Методики component separation technique в поєднанні з алопластикою при гігантських ПВГ є операцією вибору, сприяє значному зниженню частоти виникнення абдомінального компартмент-синдрому шляхом створення оптимального об'єму черевної порожнини.

ВИКОРИСТАННЯ КЛЕЙОВОЇ ФІКСАЦІЇ СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ АЛОПЛАСТИЦІ У ХВОРИХ НА ПАХВИННУ ГРИЖУ

Фелештинський Я. П., Коханевич А. В. Сміщук В.В., Ватаманюк В.Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Частота рецидивів пахвинних гриж після TAPP на рівні 5,3-10%. На наш погляд, удосконалення TAPP шляхом використання сітчастого імплантату більшого розміру та його комбінованої фіксації підвищить ефективність цієї операції та сприятиме зниженню частоти рецидивів.

МЕТА: покращити результати трансабдомінальної преперитонеальної алопластики при пахвинних грижах.

У I групі (81 хворий) виконувалась класична методика TAPP. В II - (81 хворий) операція виконувалась за розробленим нами способом TAPP з комбінованою фіксацією сітчастого імплантату герніостеплером «SECURESTRAP» по верхньомедіальному краю, а по нижньолатеральному краю на рівні здухвинних судин та іліопубічного тракту за допомогою клею на основі етил-а-ціанокрилата.

У 5 (8,33 %) хворих I групи із 72 обстежених через 1–3 міс. після операції було виявлено рецидив пахвинної грижі. Серед 73 обстеженого хворого II групи після виконання удосконаленої нами TAPP рецидив пахвинної грижі виявлено у 1 (1,36%) хворого.

Використання клейової фіксації при трансабдомінальній преперитонеальній алопластиці у хворих на пахвинну грижу забезпечує надійність герніопластики та ліквідує підґрунтя рецидивування пахвинної грижі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Пахвинна грижа, трансабдомінальна преперитонеальна алопластика, удосконалена трансабдомінальна преперитонеальна алопластика, клейова фіксація, сітчастий імплантат, рецидив.

Трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (TAPP) все ширше впроваджується в хірургічну практику при пахвинних грижах. Однак частота рецидивів пахвинних гриж після TAPP залишається на рівні 5,3-10%. Основними причинами рецидиву пахвинних гриж після TAPP вважають недостатнє перекриття сітчастим імплантатом медіальної та латеральної пахвинних ямок в зв'язку з малим розміром сітчастого імплантату та відсутність фіксації його на рівні здухвинних судин. Використання при TAPP спеціальних каркасних поліпропіленових сіток, які не потребують фіксації (3DMax POLYSOFT ONFLEX), а також самофіксуючих сіток (Progrip) не набуло широкого впровадження в клінічну практику, оскільки частота рецидивів пахвинної грижі після таких операцій залишається на рівні класичної методики TAPP. Це переважно пов'язано з міграцією сітчастого імплантату, а також з його зморщуванням. На наш погляд, удосконалення TAPP шляхом використання сітчастого імплантату більшого розміру та його комбінованої фіксації підвищить ефективність цієї операції та сприятиме зниженню частоти рецидивів.

МЕТА: Покращити результати трансабдомінальної преперитонеальної алопластики при пахвинних грижах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В клініці кафедри хірургії та проктології НМАПО імені П.Л. Шупика за період від 2010 по 2017рр. було прооперовано 162 хворих на пахвинні грижі з використанням TAPP. Вік хворих від 25 до 75 років, середній вік $50 \pm 2,5$ років. Всі хворі були чоловічої статі.

В залежності від методики TAPP хворі були розділені на дві групи. У I групі (81 хворий) виконувалась класична методика TAPP. В II - (81 хворий) операція виконувалась за розробленим нами способом TAPP з комбінованою фіксацією сітчастого імплантату (патент на корисну модель №113997 від 27.02.2017р.). Групи хворих були порівняними за віком, локалізацією та розмірами пахвинної грижі. Традиційна TAPP передбачала виділення грижового мішка та мобілізацію преперитонеального простору на рівні зв'язки Купера та здухвинних судин, а також розміщення сітчастого поліпропіленового імплантату розмірами 8×12 см на рівні цих анатомічних структур. Фіксація сітки виконувалась лише по її верхньомедіальному краю з використанням герніостеплера «SECURESTRAP». Розроблений нами спосіб TAPP, який виконувався у хворих II групи, відрізнявся від класичного тим, що мобілізація парієтальної очеревини виконувалась на 3-4 см нижче зв'язки Купера та на 3-4 см нижче латеральної та медіальної пахвинних ямок. Поліпропіленовий сітчастий імплантат розмірами 12×15 см розміщували на 3-4 см нижче зв'язки Купера та пахвинних ямок. Фіксація сітки була комбінованою, а саме, механічна фіксація герніостеплером «SECURESTRAP» виконувалась до м'язів, апоневрозу та зв'язки Купера по верхньомедіальному краю, а по нижньолатеральному краю на рівні здухвинних судин та іліопубічного тракту сітчастий імплантат фіксували за допомогою клею на основі етил- α -ціанокрилата. Операцію завершували закриттям дефекту парієтальної очеревини та дрениванням черевної порожнини поліхлорвініловим дренажем. У післяопераційному періоді з метою знеболення призначали кетарол $1,0$ г 2 рази на добу, дренаж видаляли на другу добу після операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ранньому післяопераційному періоді у 6 (7,31%) хворих I групи спостерігався виражений післяопераційний біль, що на наш погляд було зумовлено фіксацією сітчастого імплантату герніостеплером на ділянці іліопубічного тракту та мало місце пошкодження гілок статево-стегнового нерву. Серед хворих II групи виражений післяопераційний біль спостерігався лише у 1 (1,21%) хворого. У хворих I групи серома передочеревинного простору пахвинної ділянки була діагностована під час ультразвукового дослідження у 5 (6,17%), у II групі — у 4 (4,93%) хворих. Гематома калитки у I групі спостерігалася у 2 (2,46%), а у II групі — у 3 (3,70%) хворих. Серома передочеревинного простору у хворих I та II груп із середнім об'ємом рідини $20,0 \pm 4,5$ мл була ліквідована шляхом призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, німесил) протягом $7,0 \pm 1,1$ днів. Для лікування гематоми калитки, яка спостерігалася лише у хворих із пахвинно-калитковими грижами, використовували місцеві препарати (ліотон-гель, долобене-гель), що сприяло її ліквідації впродовж $10,0 \pm 2,3$ днів. Термін перебування

хворих у стаціонарі після операції склав $1,8 \pm 0,7$ днів серед хворих I групи, а II групи — $1,8 \pm 0,5$ днів.

Віддалені результати лікування були вивчені у термін від 1 до 5 років у 72 хворих I групи, яким виконувалася класична TAPP, та у 73 хворих II групи після виконання модифікованої TAPP з комбінованою фіксацією. Віддалені результати вивчали шляхом анкетування (за спеціально розробленою анкетою), повторних оглядів і виконання ультразвукового дослідження передньої черевної стінки та черевної порожнини. Із 72 обстежених хворих I групи хронічний післяопераційний пахвинний біль спостерігався у 5 (6,94%), із 73 обстеженого хворого II групи — у 2 (2,73 %). Ці ускладнення були ліквідовані шляхом виконання блокад з гідрокортизоном у ділянках больових точок і призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, німесил). У 5 (8,33 %) хворих I групи із 72 обстежених через 1–3 міс. після операції було виявлено рецидив пахвинної грижі, що підтверджувалось ультразвуковим дослідженням. Серед 73 обстеженого хворого II групи після виконання удосконаленої нами TAPP рецидив пахвинної грижі виявлено у 1 (1,36%) хворого.

Як видно, у хворих II групи досягнуто значного покращення результатів лікування у порівнянні з I групою. Такий результат досягнуто завдяки більш надійному укріпленню дефекту пахвинної ділянки шляхом широкої мобілізації преперитонеального простору та більш широкого перекриття сітчастим імплантатом медіальної та латеральної пахвинної ямок. Використання ширшого на 4 см та довшого на 3 см сітчастого імплантату дозволило оптимально перекрити нижній край пахвинного дефекту на рівні клубових судин, що є слабким місцем щодо виникнення повторного грижового дефекту. Крім цього, фіксація нижнього краю сітчастого імплантату клеєм на основі етил- α -ціанокрилата на рівні клубових судин запобігає його зморщуванню та міграцію. Усе це забезпечує оптимізацію закриття дефекту пахвинної ділянки та ліквідує потенційно слабе місце для рецидивування пахвинної грижі.

ВИСНОВКИ

Частота рецидивів пахвинної грижі при використанні удосконаленої TAPP знижена до 1,36% проти 8,33% - після класичної методики. Дані результати показують, що шляхом більш широкої мобілізації преперитонеального простору, використання сітчастого імплантату більшого розміру (12x15см) з широким перекриттям латеральної та медіальної пахвинних ямок та комбінованої фіксації сітчастого імплантату герніостеплером по верхньомедіальному краю та по нижньолатеральному краю на рівні здухвинних судин клеєм забезпечується надійність герніопластики та ліквідує підґрунтя рецидивування пахвинної грижі.

УДК 616.381-002-085:612.017

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНДОЛІМФАТИЧНОЇ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

Філіп С.С., Скрипинець Ю.П.

ДВНЗ «УжНУ»

У дослідження включені 17 пацієнтів з гострим перитонітом. Пацієнти були розділені на 2 групи: основну та контрольну. В основну групу ввійшло 10 пацієнтів, яким у комплексному лікуванні перитоніту застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію. До контрольної групи ввійшло 7 хворих, яким проводилось комплексне лікування перитоніту без застосування ендолімфатичної терапії. Результати дослідження свідчать, що застосування ендолімфатичної комбінованої терапії, в комплексному лікуванні хворих на перитоніт, сприяє більш швидкій ліквідації явищ ендогенної інтоксикації і більш швидшому відновленню захисних функцій організму у порівнянні із контрольною групою хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: перитоніт, ендолімфатична комбінована терапія, ендогенна інтоксикація, неспецифічна резистентність.

Шляхи введення фармакологічних препаратів при гнійно-септичних захворюваннях різноманітні, але найбільш ефективним на даний час визнано ендолімфатичний, який дає можливість впливати на збудника та його токсини безпосередньо в лімфатичній системі до того, як вони потраплять у загальний кровообіг. Ендолімфатичний метод введення лікарських чинників дозволяє створити та тривалий час підтримувати в лімфатичній системі терапевтичні концентрації антибіотиків, що дає можливість використовувати даний метод в комплексному лікуванні перитонітів [3, 5, 6]. Застосування ендолімфатичної комбінованої терапії в комплексному лікуванні перитонітів дає можливість безпосередньо впливати на збудника та його токсини в лімфатичному руслі, оскільки транспорт мікробних токсинів та метаболітів із гнійно-септичного вогнища здійснюється в регіонарні та колекторні лімфовузли, які є біологічним фільтром і здатні механічно затримувати мікро- та макроагрегати лімфи, бактерії, відламки формених елементів, великі корпускулярні токсичні сполуки, виробляти біологічно активні речовини [1, 2, 4].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Покращити результати лікування хворих на гострий перитоніт за рахунок включення в комплекс лікування ендолімфатичної комбінованої терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Обстежено 17 пацієнтів з гострим перитонітом (ГП), віком 25 - 77 років, які лікувалися в хірургічному відділенні КЗ «Ужгородська РЛ», упродовж 2015-2017 рр., з них чоловіків було - 12 (70,5%), жінок - 5(29,5%).

Пацієнти були розділені на дві групи: основну та контрольну. В основну групу ввій-

шло 10 пацієнтів з ГП, яким у комплексному лікуванні ГП застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію (ЕКТ). До контрольної групи ввійшло 7 хворих на ГП, яким проводилось комплексне лікування перитоніту без застосування ендолімфатичної комбінованої терапії (КЛП). Для оцінки рівня ендогенної інтоксикації, проводили визначення рівня пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) сироватки крові, та розрахунок лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ). З метою оцінки активності неспецифічного захисту організму визначали індекс резистентності організму (ІРО).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Через 24 години після проведення оперативного втручання та ліквідації причини гострого перитоніту у пацієнтів основної клінічної групи (ЕКТ) загальна кількість лейкоцитів у основній та контрольній клінічній групі (КЛП) була вище рівня групи здорових людей в 1,7 рази. В процесі лікування у пацієнтів обох груп відмічена позитивна динаміка рівня загального лейкоцитозу в напрямку до його зменшення, що краще відбувалося у групи хворих, яким в комплексному лікуванні перитоніту застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію. На п'яту добу від початку лікування загальна кількість лейкоцитів у крові пацієнтів основної клінічної групи (ЕКТ) була в 1,2 рази нижчою за кількість лейкоцитів у пацієнтів контрольної групи (КЛП) та продовжувала зменшуватися. На дев'яту добу загальна кількість лейкоцитів у крові пацієнтів основної клінічної групи (РЕКТ) зменшилась в 2 рази в порівнянні з першою добою післяопераційного періоду, а в контрольній - на 20%, що вказує на більш швидше зменшення лейкоцитозу у пацієнтів основної клінічної групи у порівнянні із контрольною, де ендолімфатична комбінована терапія в комплексному лікуванні перитоніту не застосовувалась. Оцінюючи динаміку змін лейкоцитів крові у пацієнтів обох груп, відмічено, що відновні процеси краще проходять у тих пацієнтів, яким в комплексному лікуванні перитоніту застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію. Рівень еозинофілів у пацієнтів обох груп впродовж всього періоду лікування залишався відносно сталим.

Явища інтоксикації, зумовлені перитонітом, спричинили появу незрілих форм нейтрофілів - мієлоцитів у пацієнтів контрольної клінічної групи (КЛП), які утримувалися впродовж всього періоду лікування перитоніту у пацієнтів цієї групи і не приходили до норми навіть на сьому добу. Кількість паличкоядерних нейтрофілів на першу добу після оперативного лікування була вище рівня групи здорових людей у 10 разів в основній (ЕКТ), та у 8 разів у контрольній (КЛП) групі.

У процесі лікування кількість паличкоядерних нейтрофілів зменшувалася в обох групах пацієнтів впродовж всього періоду клінічного спостереження за хворими. Через дев'ять діб від початку лікування у основній групі (ЕКТ) кількість паличкоядерних нейтрофілів зменшилась в 2 рази у порівнянні з пацієнтами контрольної клінічної (КЛП) групи.

Перебіг перитоніту супроводжується явищами імунодепресії. Загальна кількість лімфоцитів периферичної крові у пацієнтів обох груп на першу добу після оператив-

ного лікування була низькою: у хворих основної клінічної групи у 2,7 рази нижче рівня групи здорових людей, та у контрольній - в 2,6 рази нижче рівня норми або на 62% нижче рівня групи здорових людей. У процесі лікування по мірі ліквідації явищ інтоксикації в обох групах хворих відмічено зростання загальної кількості лімфоцитів.

На п'яту добу лікування загальна кількість лімфоцитів у контрольній групі від третьої до п'ятої доби зросла на 20%, тоді як у основній клінічній групі, де в комплексному лікуванні перитоніту застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію, аналогічний показник був що на 23% вище рівня контрольної групи (КЛП). На дев'яту добу загальна кількість лімфоцитів в основній групі на 20% перевищувала аналогічну в контролі.

Перебіг перитоніту супроводжується явищами ендогенної інтоксикації, які зумовлені мікробною флорою та її токсинами, що всмоктуються із очеревинної порожнини та циркулюють в кров'яному руслі. Через 24 години від початку лікувальних заходів лейкоцитарний індекс інтоксикації у обох клінічних групах пацієнтів був високим, що в 7,5 разів вище рівня норми у контролі, та в 9 разів вище рівня групи здорових осіб в основній клінічній групі. В процесі лікування прояви інтоксикації зменшувалися. Краща динаміка процесу зменшення інтоксикації відмічена у пацієнтів основної клінічної групи, яким в комплексному лікуванні перитоніту застосовували ендолімфатичну комбіновану терапію. На п'яту добу від початку лікування лейкоцитарний індекс інтоксикації в основній клінічній групі зменшився на 44% у порівнянні із третьою добою від початку лікування, у контрольній групі (КЛП) ЛІІ зменшився на 31% у порівнянні із третьою добою від початку лікування, що на 54% вище за показник ЛІІ в основній клінічній групі (ЕКТ). У порівнянні із групою здорових осіб, ЛІІ у контрольній клінічній групі був вище на 67%, та в основній - на 26%, що свідчить про більш швидку ліквідацію інтоксикації у пацієнтів основної клінічної групи. На дев'яту добу після операції ЛІІ в основній клінічній групі на був на 25% нижче рівня контрольної клінічної групи.

Збільшення рівня молекул середньої маси у пацієнтів обох клінічних груп є проявом зростання ендогенної інтоксикації. У обох клінічних групах рівень ПСММ був вище рівня групи здорових осіб на 72%. Відповідно і коефіцієнт Кс у обох клінічних групах був на 33% нижче рівня групи здорових осіб, що свідчить про розвиток в організмі септичного процесу.

Рівень пептидів середньої молекулярної маси на третю добу від початку лікування зменшувався в обох групах і становив на 23% нижче рівня контролю. Аналогічно зростає коефіцієнт Кс, що на 9% вище рівня контрольної клінічної групи (КЛП), та на 8% нижче рівня групи здорових людей. На дев'яту добу рівень ПСММ в основній клінічній групі (ЕКТ) на 24% був нижчим за рівень контролю, а коефіцієнт Кс збільшився на 9% вище рівня контрольної клінічної групи.

Оцінюючи стан неспецифічного захисту організму, встановлено, що індекс резистентності організму на першу добу після операції у пацієнтів обох клінічних груп був низьким у порівнянні із здоровими за рахунок лейкоцитозу та високого лейкоцитарного

індексу інтоксикації та був однаковим в обох групах. В процесі лікування спостерігалась позитивна динаміка до нормалізації індексу резистентності організму. На третю добу після операції індекс резистентності організму в контрольній групі зріс незначно у порівнянні із першою добою, тоді як в основній групі він зріс на 45%. Від третьої до п'ятої доби індекс резистентності організму в обох групах зріс і в основній групі був в 1,9 рази вище рівня контролю. В процесі лікування зменшувались явища інтоксикації, стан хворих покращувався, що зумовило зростання індексу резистентності організму на дев'яту добу після операції, і в основній клінічній групі він був вище контролю на 25%.

ВИСНОВОК

Застосування ендолімфатичної комбінованої терапії в комплексному лікуванні хворих на перитоніт сприяє більш швидкій ліквідації явищ ендогенної інтоксикації, а саме: - зменшується загальна кількість лейкоцитів на 25%, кількість паличкоядерних нейтрофілів - на 35%, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) - на 25%, рівень пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) на 20%, зростає індекс резистентності організму на 25%, що сприяє більш швидшому відновленню захисних функцій організму у порівнянні із контрольною групою хворих.

СПИСОК ЦИТОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Войтів Я. Ю. Зміни деяких показників ендогенної інтоксикації при різних ступенях порушень функції кишок при перитоніті / Я. Ю. Войтів, В. С. Улянівський, І. В. Молокус // Молодий вчений. - 2015. - № 1(2). - С. 146-148.
2. Диагностические маркеры синдрома эндогенной интоксикации при распространенном перитоните / В. В. Бойко, А. Н. Шевченко, В. Н. Лыхман, [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2014. — № 2(65). — С. 92-95.
3. Кондратенко П.Г. Рациональная стартовая антибактериальная терапия в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом / П.Г. Кондратенко, Л.В. Натрус, Е.А. Койчев // Украинский журнал хирургии. — 2014. — № 1(24). — С. 50-55.
4. Роль глобулинов и пептидов крови в гемореологических нарушениях у больных аппендикулярным перитонитом / П.И. Чупров, В.А. Зурнаджянц, А.А. Жидовинов [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2009. — № 1(25). — С. 733.
5. An introduction of tertiary peritonitis / S.P. Mishra, S.K. Tiwary, M. Mishra [et al.] // Journal of Emergencies, Trauma, and Shock. — 2014. — Vol. 7, № 2. — P. 121-123.
6. Michael A. West Intraabdominal Infections / Michael A. West, Michael B. Shapiro // Surgery. Basic Science and Clinical Evidence. — 2ed. — Springer Science, 2008. — P. 259-272.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Филип С.С., Скрипинец Ю.П.

В исследование включены 17 пациентов с острым перитонитом. Пациенты были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошло 10 пациентов, которым в комплексном лечении перитонита применяли эндолимфатическую комбинированную терапию. В контрольную группу вошло 7 больных, которым проводилось комплексное лечение перитонита без использования эндолимфатической терапии. Результаты исследования свидетельствуют, что применение эндолимфатической комбинированной терапии, в комплексном лечении больных перитонитом, способствует более быстрой ликвидации явлений эндогенной интоксикации и более быстрому восстановлению защитных функций организма по сравнению с контрольной группой больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перитонит, эндолимфатическая комбинированная терапия, эндогенная интоксикация, неспецифическая резистентность.

DYNAMICS OF INDICATORS OF ENDOGENOUS INTOXICATION AND NON-SPECIFIC RESISTANCE AT COMPLEX TREATMENT OF PERITONITIS WITH APPLICATION OF ENDOLYMPHATIC COMBINED THERAPY

Filip S.S., Skripinets Y.P.

Uzhgorod National University, Department of Medicine,

The study included 17 patients with acute peritonitis. Patients were divided into 2 groups: primary and control. The main group included 10 patients who used endolymphatic combination therapy in the complex treatment of peritonitis. The control group included 7 patients, who underwent complex treatment of peritonitis without endolymphatic therapy. The results of the study indicate that the use of endolymphatic combination therapy in the complex treatment of patients with peritonitis promotes more rapid elimination of endogenous intoxication phenomena and more rapid restoration of protective functions of the body compared with the control group of patients.

KEY WORDS: peritonitis, endolymphatic combined therapy, endogenous intoxication, nonspecific resistance.

УДК [616.14-007.64-089.819+616.14-005.1-084]:116.149-008-341.1

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОВАКУЛЯРНЫХ ВИДОВ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОГО ТИПА

П.Д. Фомин, С.Н. Козлов, В.М. Сидоренко, А.Л. Никишин, В.В. Шаповалюк

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Проведено открытое сравнительное нерандомизированное исследование результатов применения эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА- 83 пациента) и эндоскопических методов (ЭГДС-153 пациента) в качестве метода вторичной профилактики (ВП) повторных кровотечений из флેбэктазий пищевода. Предложен перечень показателей и система оценки эффективности методов вторичной профилактики. Согласно разработанной системы удовлетворительные результаты (отсутствие эпизодов либо 1 эпизод в течение 12 мес) получены у 66,3% пациентов в группе ЭСА и 34,6% – в группе ЭГДС, умерли от рецидивного кровотечения – 12 (14,5%) и 35 (25,5%), а послеоперационная (30 сут) летальность составила 2,4% и 9,9% соответственно. Сделан вывод о высокой эффективности и безопасности ЭСА по сравнению с эндоскопическими методами ВП.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: портальная гипертензия, вторичная профилактика кровотечения из флેбэктазий пищевода, эмболизация селезеночной артерии(ЭСА), ЭГДС склеротерапия, ЭГДС-лигирование, рентгенэндоваскулярное хирургическое вмешательство (РЭХВ).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эмболизация селезеночной артерии (ЭСА), рентгенэндоваскулярное хирургическое вмешательство (РЭХВ),

KEYWORDS: splenic artery embolization (SAE), left gastric artery embolization, secondary prophylaxis of variceal hemorrhage, radiology intervention (RI), recurrent hemorrhage from varicose veins

Пациенту, перенесшему первый эпизод варикозного пищеводно-желудочного кровотечения, необходимо предусмотреть лечебно-профилактические мероприятия (меры вторичной профилактики (ВП)) по предупреждению в дальнейшем повторных эпизодов. (2).

Разработка и клиническая адаптация эффективных и безопасных методов ВП гастродуоденальных кровотечений при портальной гипертензии представляется как высоко актуальная научная проблема современной гепатологии и хирургии (1)

В доступной литературе нам не удалось обнаружить критериев или системы оценки результатов применения различных видов вторичной профилактики (ВП) варикозных кровотечений (ВК) у пациентов с портальной гипертензией (ПГ) печеночного типа

Отсутствие методов объективизации сравнительного анализа затрудняет оценку клинической эффективности разнообразных существующих и перспективных методов для решения проблемы ВП (эндоскопические, медикаментозные, хирургические, малоинвазивные на основе эндоваскулярных технологий, трансплантационные и т.д.). Концентрация пациентов и результаты 10–летнего опыта клинической апробации новых методов профилактики в условиях специализированного центра позволили дать практическую оценку традиционным и инновационным методам ВП при портальной

гіпертензії (3-5)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Разработать систему объективного сравнительного анализа (перечень критериев) различных видов ВП у пациентов с осложненной ПГ в виде пищеводно-желудочно-го кровотечения. На основе разработанной системы провести сравнительный анализ и эноскопических () и эндоваскулярных методов вторичной профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В параллельном, нерандомизированное. исследовании эффективности и безопасности эндоваскулярных (группа ЭСА) и эндоскопических (группа ЭГДС) методов ВП приняли участие 236 пациентов находившихся на лечении и под наблюдением в условиях специализированного центра в 2007-2016 гг. Демографические показатели и интегральная оценка функции печени пациентов исследуемых групп приведены в Табл.1. В группу ЭГДС вошли все выполняемые в клинике методы эндоскопического воздействия (склеротерапия, клипирование и лигирование, n=153), в группу ЭСА –83 пациента, которым после эпизода(ов) ВК была выполнена рентгенэндоваскулярная парциальная редукция артериального селезеночного кровотока. Группы были сопоставимы по половому составу, возрасту, степени нарушения функции печени (оценивались при помощи систем Child-Pugh-Turcott и MELD). Ни у одного пациента исследуемых групп значение MELD не превышало 14 – порогового по критериям UNOS для включения в программу трансплантации. В группе ЭСА количество предшествующих эпизодов ВК на 1 пациентов было почти в 2 раза выше, чем в группе ЭГДС (3 и 1,69 соответственно)

Таблица 1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП

	Группа 1 (с применением ЭСА) (n=83)	Группа 2 (с применением ЭГДС-методов) (n=153)	Достоверность различия / p
Возраст, лет (M±SD)	48,66±11,88	50,0±15,44	NS / 0,46
Пациенты женского пола, n (%)	34 (40,96)	59 (38,56)	NS / 0,36
Интегральная оценка функции печени по Child-Pugh-Turcott (в баллах)	7,20	7,66	NA
Интегральная оценка функции печени по шкале MELD (M±SD)	6,86±3.37 (n=70)	8,9±4.13 (n=78)	NS / 0,0621
Общее количество эпизодов ВК до скрининга/на 1 пациента	249/3,0	259/1,69	NA

Примечание. NS-различие статистически не достоверно, NA – статистический анализ не применялся.

В качестве критериев эффективности ВП были определены следующие следующие клинически значимые события (Табл.2): возникновение/отсутствие эпизодов варикозного кровотечения, их количество, наступление летального исхода вследствие ВК в течение 12 мес с момента начала проведения профилактики. Также рассчитывались показатели общей и послеоперационной летальности (30 сут). Результат ВП оценивали согласно разработанной комплексной системы оценки (6) приведенной в Таблице 2.

Таблица 2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТА ПРИМЕНЕНИЯ ВП.

Результат/оценка	Критерий
«Позитивный»	Отсутствие эпизодов ВК (12 мес)
«Стабильный» или «Удовлетворительный»	Не более 1 эпизода в течение 12 мес
«Нестабильный»	Более 1 эпизода ВК или необходимость выполнения повторной процедуры ВП/ смены метода профилактики в течение 12 мес
«Неудовлетворительный»/общая летальность	Наступление летального исхода в течение 12 мес
- связанных с эпизодом кровотечения	- связанных с эпизодом кровотечения
- не связанных с эпизодом кровотечения	- не связанных с эпизодом кровотечения
Количество эпизодов ВК после скрининга (выполнения ВП) / на 1 пациента	
Всего умерших после скрининга/послеоперационная/ постпроцедурная летальность	

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Согласно полученным данным приведенным в Таблице 3., суммарное количество удовлетворительных результатов (суммарно с оценкой результатов «позитивный» и «стабильный») в группе РЭХВ составило 66,3 %, в группе ЭГДС –34,6% (разница статистически достоверна, Fisher-test $p=0,00016$). Наоборот, количество «нестабильных» и «неудовлетворительных» результатов ВП (как в абсолютных значениях, так и в относительных) была достоверно выше в группе эндоскопических вмешательств (РЭХВ–19 (22,9%), ЭГДС–84 (52,9%), Fisher-test, $p=0,00019$). Послеоперационная летальность (30 сут) в группе ЭГДС– умерли 15 (9,9%) значительно превышала таковую в группе РЭХВ– 2,4% (2 летальных исхода), $p=0,0168$). Доля пациентов с неопределенным результатом (пациенты потеряны для наблюдения) в обеих группах была практически одинакова – по 10%. В целом летальность (12 мес) по причине развившегося эпизода кровотечения в исследуемых группах составила 14,5% и 25,5% (Fisher-test, $p=0,0331$). Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о более высокой эффективности и безопасности рентгенинтервенционных вмешательств (ЭСА) по сравнению с ЭГДС-методами (склеротерапия, клипирование, лигирование) для решения задачи вторичной профилактики. На наш взгляд, это объясняется симптоматическим характером эндоскопических методов, в то время как ос-

новой механизм профилактики, реализуемый при помощи РЭХВ вмешательств – это снижение портального давления (а, следовательно и в гастро-дуоденальных вариксах) за счет снижения артериального объемного кровотока по селезеночной артерии.

Таблица 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЭХВ И ФГДС–МЕТОДОВ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.

Результат/оценка	Группа вторичной профилактики		p
	РЭХВ	ЭГДС	
Потерян для наблюдения или не достиг 12 мес п (%)	9 (10,8)	16 (10,5)	NS / 0,908
«Позитивный» п (%)	36 (43,4)	32 (20,9)	0,00156
«Стабильный» п (%)	19 (22,9)	21 (13,7)	NS / 0,0584
«Нестабильный» п (%)	5 (6)	39 (25,5)	0,00052
«Неудовлетворительный» п (%) – общая летальность	14 (16,9)	45 (29,4)	0,0242
- связанных с эпизодом кровотечения	12 (14,5)	39 (25,5)	0,0331
- не связанных с эпизодом кровотечения	2 (2,4)	6 (3,9)	NS / 0,436
Количество эпизодов ВК после скрининга (выполнения ВП) / на 1 пациента	32/0,39	99/0,68	0.00085
Всего умерших после скрининга/послеоперационная/постпроцедурная летальность (в течение 30 сут)	2 (2,4)	15 (9,9)	0,0168

В процессе клинического применения выявилась и еще один существенный недостаток «тотальной эрадикации» вен пищевода при ФГДС вмешательствах появление атипичных вариксов в малодоступных зонах свода желудка, с развитием неконтролируемых кровотечений, зачастую – с летальным исходом. В результате перекрытия всех сформировавшихся компенсаторных пищеводных коллатералей возникает препятствие венозному возврату и сопровождается повышением давления в портальной системе до формирования новых путей оттока. Это, на наш взгляд, и есть основное объяснение полученных результатов и обосновывает неприменимость ЭГДС-методов для вторичной профилактики в изолированном виде, без комплексной, снижающей портальное давление, терапии.

ВЫВОДЫ. Предложенная система оценки позволяет объективизировать и дать сравнительную оценку применяемого метода профилактики ВК. В случае малой эффективности (оценка «нестабильный результат» в течение 12 мес) рекомендовано сменить стратегию профилактики. Малоинвазивные эндоваскулярные редуцирующие селезеночный кровоток вмешательства в качестве ВП обладают высокой эффективностью и сопровождаются меньшей послеоперационной и общей летальностью по сравнению с эндоскопическими.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Эндovasкулярный гемостаз в комплексном лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии / Ю.В. Авдосьев, В.В. Бойко // Диагностическая и интервенционная радиология.– 2007.– №1.– С.39–56
2. Бойко В.В. Портальна гіпертензія та її ускладнення: Моногр./, В.В.Бойко В.І.Нікішаєв, В.І.Русин [та ін.]; За заг. ред.. В.В.Бойка. – Х.: ФОП Мартиняк, 2008. – 335 с.: іл.. – Текст: рос.
3. Алгоритм лечебной тактики при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Часть 1. / П.Д.Фомин, В.И.Никишаев, А.Л. Никишин, С.Н.Козлов и др. // «Здоров'я України», 2015–№1 (19). – С.26–29.
4. Алгоритм лечебной тактики при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Часть 2. / П.Д.Фомин, В.И. Никишаев, Д.В. Щеглов, С.Н.Козлов и др. // «Здоров'я України», 2015–№4 (22). – С.21–23.
5. Козлов С.М. Спосіб аналізу віддалених результатів рентгеноваскулярної корекції портальної гіпертензії / С.М.Козлов // Галицький лікарський вісник. –2012. – Т.19. –№3.– С.57–58.

УДК 616.33-006.6-089-06

РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, П.В. Іванчов, О.Б. Пруднікова,
В.М. Сидоренко, Д.О. Гармаш

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Проведено ретроспективний аналіз ургентного оперативного лікування 101 хворого із пухлинним ураженням різних відділів шлунка, яке ускладнилося шлунково-кишковою кровотечею, перфорацією чи стенозом. У групі хворих із вперше виявленим раком шлунку оперативна активність склала 50,5%. Радикальні операції виконані 70,3% пацієнтів, паліативні та симптоматичні у 29,7%. Загальна післяопераційна летальність склала 5,9%. Порівнюючи частоту ускладнень, що спричинили летальний наслідок, в залежності від їх виду встановлено, що питома вага ранніх ускладнень хірургічного характеру склала 72,7% та нехірургічних ускладнень – 27,3%.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак шлунку, ранні післяопераційні ускладнення, післяопераційна летальність.

Шлунково-кишкові кровотечі є серйозною проблемою невідкладної хірургії органів черевної порожнини і з кожним роком їх кількість та важкість прогресивно зростає. У 10,8% пацієнтів джерелом таких кровотеч є ракове ураження шлунку, який у 4,6 – 15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [2,3,4,6,7].

Думка, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності процесу, зазнало в останні часи кардинального перегляду [6,7,8]. Прогрес у цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному мініінвазивному ендолумінальному ендоскопічному гемостазі, уточненні стадії пухлинного процесу, виконанні у значної кількості хворих як радикальних, так і паліативних оперативних втручань після комплексної повноцінної підготовки та обстеження [1,5,6,7,8].

Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, лише за життєвими показаннями, бо супроводжуються високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю [1,5]. У хірургії раку шлунка, ускладненого кровотечею увага хірургів зосереджена не тільки на можливості радикального видалення пухлини, а і на застосуванні нових способів гастректомії та субтотальної резекції шлунка, реконструктивних езофагоєнопластик з формуванням тонкокишкових резервуарів, що відновлюють функцію втраченого шлунка, значно покращують функціональні результати оперативних втручань та якість життя таких хворих [5].

МЕТА РОБОТИ

Встановити частоту виникнення ранніх післяопераційних ускладнень в хірургії ускладненого раку шлунка та їх основні причини.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження включено 101 хворий з раком (78) та саркомами (23) шлунка, ускладнених кровотечею (84), перфорацією (6) чи стенозом (19), які перебували на стаціонарному лікуванні у Київському міському Центрі шлунково-кишкових кровотеч та у Київській міській клінічній лікарні Швидкої медичної допомоги за період з 2011 по 2015 роки.

Найчастішим ускладненням раку шлунку була шлунково-кишкова кровотеча - 61 хворий, серед яких у 8 хворих кровотеча поєднувалася зі стенозам виходу із шлунка. У всіх 23 хворих із саркомою шлунка пухлина ускладнилася шлунково-кишковою кровотечею. У 40 (47,6%) пацієнтів шлунково-кишкова кровотеча була помірного ступеню важкості, у 18 (21,4%) - середнього ступеню важкості та 26 (31%) хворих мали важку кровотечу, з них 7 (27%) пацієнтів були доставлені у стані важкого геморагічного шоку.

Навьяність шлунково-кишкової кровотечі встановлювали не тільки на підставі клінічних симптомів а і за даними ендоскопічного дослідження з верифікацією відповідних стигмат Forrest'a активності кровотечі. Так, 10 хворих госпіталізовані з ендоскопічними ознаками кровотечі, що продовжується (FIA, FIB), 47 хворим із нестабільним гемостазом (13 хворих із FIB та 34 пацієнти із FIC) і 27 хворих госпіталізовані з ендоскопічними ознаками стабільного гемостазу (FIII, дефект під фібрином).

З приводу стенозуючої злякисної пухлин шлунку в ургентному порядку госпіталізовані 19 (18,8%) хворих, серед них 9 (47,4%) осіб мали субкомпенсований та 10 (52,6%) – декомпенсований стеноз виходу зі шлунку, а у 8 (42,1%) хворих стеноз поєднувався із ознаками шлунково-кишкової кровотечі різних ступенів важкості.

Усі хворі госпіталізовані на різних стадіях онкологічного захворювання, серед них найбільшу групу склали хворі із III (34 пацієнта) та IV (32) стадіями, хворих із II стадією було 25, а найменшу групу склали пацієнти із початковою I та Cr in situ стадіями онкологічного процесу (по 5 хворих відповідно). Серед хворих із вперше виявленим раком шлунку (51) оперативна активність складала 50,5% (51 із 101 хворого).

Радикальні операції виконані у 71 (70,3%) пацієнтів, паліативні та симптоматичні – у 30 (29,7%). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія та Cr in situ – 10 (14,1%), II – 20 (28,2%), III – 23 (32,4%), IV – 18 (25,3%).

У ранньому відтермінованому періоді у хворих з пухлиною шлунка, ускладненою кровотечею, оперативне лікування проведено у 79 хворих, при цьому радикально оперовано 58 та нерадикально оперований 21 пацієнт. Померло 5 (6,3%) хворих: після радикальних операцій – 2(2,5%), нерадикальних операцій – 3 (3,8%).

Загальна післяопераційна летальність складала 5,9% (6 хворих), при цьому питома вага летальності після нерадикальних оперативних втручань у 2 рази вища у порівнянні з показником летальності після радикальних операцій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У екстремному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовано 5 (6%) пацієнтів, серед яких радикально – 2 (40%), нерадикально – 3(60%). Із них померла одна пацієнтка (на 4-ту добу післяопераційного періоду) з тотальним раковим ураженням шлунка, канцероматозом, якій на висоті кровотечі за життєвими показаннями виконано нерадикальне хірургічне втручання – прошивання судин шлунка.

З приводу гострокровоточивої пухлини шлунка у ранньому відтермінованому періоді, після проведення адекватної передопераційної підготовки та комплексного дообстеження, оперовано 58 (57,4%) пацієнтів, яким вдалося виконати радикальні оперативні втручання. Серед них 9 (15,5%) хворим виконані радикальні гастректомії, 5 (8,6%) – розширені радикальні гастректомії із спленектомією та резекцією хвоста підшлункової залози (як наслідок проростання пухлини у сусідні органи та тканини) та 12 (20,7%) пацієнтам виконане оперативне втручання, спрямоване на покращення якості життя хворих у післяопераційному періоді – гастректомія у поєднанні з гастроєюнопластиком. Після виконаних 26 радикальних гастректомій (включно з єюногастропластиком) у ранньому післяопераційному періоді ускладнення розвинулися у 4(15,4%) хворих. Серед ускладнень, розвиток яких пов'язаний з оперативним лікуванням (4) мали місце: гострий післяопераційний панкреатит (2), післяопераційний панкреонекроз (1) та у одного хворого мав місце лівобічний ексудативний плеврит.

Після 32 стандартних радикальних резекцій шлунка у відтермінованому періоді ранні післяопераційні ускладнення виникли у 9 (28,1%) пацієнтів.

Ускладнення, що пов'язані з виконанням операції були у 5 хворих: гострий післяопераційний панкреатит (2), гострий панкреатит у поєднанні із гастростазом, атонією культі шлунка (1), рання злукова кишкова непрохідність (1), механічна жовтяниця у поєднанні із правобічним ексудативним плевритом (1).

Ускладнення, що не пов'язані з операцією відмічено у 4 пацієнтів: гіпостатична пневмонія (1), ексудативний плеврит (2), тромбоемболія легеневої артерії, СПОН (1).

Загалом, у 13 хворих відмічено 16 ускладнень, із яких 8(50%) були поєднаними, що в середньому становило 1,2 ускладнення на 1 хворого. Відмічено, що при виконанні стандартних радикальних резекцій шлунка як і при виконанні радикальних гастректомій у хворих виникала однакова кількість ускладнень, які залежали від стадії онкологічного захворювання, терміну та об'єму виконаного оперативного втручання.

Після виконання радикальних оперативних втручань у ранньому відтермінованому періоді 3 (2,9%) пацієнтам у зв'язку із розвитком ранніх післяопераційних ускладнень за життєвими показаннями було виконане повторне оперативне втручання: з приводу ранньої злукової кишкової непрохідності – релапаротомія, розсічення злук, назогастральна інтубація кишківника, лапаростомія (9-та доба післяопераційного періоду після стандартної радикальної резекції шлунка); релапаротомія, секвестректомія з приводу післяопераційного панкреонекрозу (10-та доба після гастректомії) та

1 хворий був оперований на 8-му добу після гастректомії з приводу гострого панкреатиту, гострого холециститу – секвестректомія, холецистектомія, зовнішнє дренивання холедоха за Піковським.

Причиною 1 (3%) летального випадку було ускладнення, що пов'язане з операцією: гострий післяопераційний панкреонекроз (1), та у 1 (3%) випадку смерть настала у зв'язку з розвитком тромбоемболії легеневої артерії, синдрому поліорганної недостатності.

Після виконання нерадикальних оперативних втручань (30) внаслідок четвертої стадії онкологічного захворювання летальний наслідок мав місце у трьох випадках: 1 пацієнтка померла через 5 годин після лапаротомії, прошивання судин шлунка (на висоті важкої профузної кровотечі з пухлини шлунка), 1 пацієнтка померла на 5-ту добу після діагностичної лапаротомії з четвертою стадією раку шлунка, канцероматозом внаслідок прогресування захворювання. В одному випадку мав місце летальний наслідок після перенесеного повторного оперативного втручання у хворої з паліативною субтотальною резекцією шлунка (на 5-ту добу післяопераційного періоду виникла перфорація гострої виразки культі шлунка і післяопераційний панкреатит).

З приводу перфорації пухлини та ознаками дифузного перитоніту в ургентному порядку було госпіталізовано та екстренно оперовано 6 (5,9%) пацієнтів. Усім хворим вдалося виконати екстренні нерадикальні хірургічні втручання, які не мали ранніх післяопераційних ускладнень, летальних випадків та необхідності проведення релапаротомій.

Після адекватної передопераційної підготовки 11 (57,9%) хворим зі стенозуючою пухлиною шлунка виконано стандартні радикальні резекції шлунка, а 8 (42,1%) пацієнтам вдалося виконати нерадикальні резекції шлунка у різних модифікаціях. Післяопераційних ускладнень та випадків летальності у цій групі хворих не було.

ВИСНОВКИ

1. У 50,0% випадків ускладнення, які розвинулися у ранньому післяопераційному періоді, були пов'язані з особливостями виконання оперативного втручання а у 50,0% пацієнтів ускладнення не були пов'язані з операцією.
2. Порівнюючи частоту ускладнень, що спричинили летальний наслідок, в залежності від їх виду встановлено, що питома вага ускладнень хірургічного характеру склала 72,7% та нехірургічних ускладнень – 27,3%.
3. Розвиток ранніх післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності залежить від стадії захворювання, терміну та об'єму оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лапароскопическая гастрэктомия в хирургии рака желудка / Байдо С. В., Фомин П. Д., Жигулин А. В., Винницкая А. Б., Голуб Д. А., Сильвестров М. А., Придюк С. И., Бернштейн Г. Б. // Хирургия Украины. – 2012 – №4. – С. 8 – 15.
2. Застосування транексамової кислоти при ШКК / Павлов О. О. // Український журнал хірургії – 2012. – № 4 (19). – С. 52 – 56.
3. Гострі ускладнення раку шлунка / Кашіковський О.Е., Одарченко С.П., Павлик С. П. // Український журнал хірургії. – 2012. – №12 (17). – С.44 – 48.
4. Неязвенные пищеводно–желудочные кровотечения в неотложной хирургии / Бутырский А. Г., Старосек В. Н., Гринческу А. Е., Синицын Д. А., Решитов А. Н., Ульянов А. А., Романов В. В., Голомидов А. Н., Кирсанов Г. И. // Украинский журнал хирургии. – 2012. – № 1 (16). – С. 25 – 35.
5. Оценка эффективности создаваемого тонкокишечного резервуара после гастрэктомии / Алексеенко В. В. // Хірургія України. – 2012. – №2. – С. 41 – 49.
6. Результаты оперативного лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка / Бойко В.В., Савви С.А., Лазирский В.А., Лыхман В.Н. – Хірургія України. – №2 – 2012. – С. 50 – 54.
7. Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи / Кондратенко П. Г., Смирнов М. Л. // Український журнал хірургії. – 2012. – № 1 (10). – С. 144 – 149.
8. Влияние объема лимфодиссекции на результаты лечения рака желудка / Скоропад В. Ю., Бердов Б. А. // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. –2013. – № 1. – С. 25 – 35.

УДК 616.33-005.1-089:005.591.6

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Фомін П.Д., Шепетько Є. М., Бельский О.Б., Повч О. А., Козлов С.М., Переш Є. Є.,
Курбанов А.К., Боярська М.Г., Шаповалюк В.В., Гармаш Д.О., Козак Ю.С., Кошман І.С.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

ЦІЛЬ – підвищити технологічність надання допомоги та поліпшити результати хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч (ГШКК).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Аналізу піддані результати лікування 34764 хворих в Київському Центрі ШКК за період 1982-2015рр. з різними причинами ГШКК:1)гастродуоденальні виразки – 53,1%; 2) ерозивний гастродуоденіт, гострі виразки – 13,6%; 3) пухлинні кровотечі – 10,0%; 4) синдром Меллори-Вейсса – 7,8 %; 5) цироз печінки – 7,8%; 6) інші причини – 7,6%.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Розроблені й впроваджені нові методи хірургічного лікування та хірургічна тактика при ГШКК, нові мініінвазивні ендоскопічні методи комбінованого гемостазу з використанням аргоноплазмової коагуляції та препарату капрофер з ефективністю 90-92%. Розроблені новітні технології трансплантації гемопоетичних стовбурних клітин з метою компенсації післягеморагічної анемії при ГВШКК. Запропоновані інноваційні технології ендovasкулярної емболізації селезінкової та лівої шлункової артерій при синдромі портальної гіпертензії та масивних кровотечах зі стравохідних флєбектазій, розроблені нові хірургічні технології: операції субтотальної РШ та гастректомії, єюногастропластики після ГЕ за допомогою зварювального апарата «Патонмед», ультразвукового скальпеля, циркулярних і лінійних степлерів при гострокровоточивому раку шлунка.

ВИСНОВКИ.

1. Сучасні інноваційні технології дозволяють знизити оперативну активність при ГВШКК до 3,0%, зменшити загальну летальність до 2,5%.
2. Впроваджені технології функціонально-вигідних операцій при ГШКК різної етіології.

ХАРАКТЕРИСТИКА АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК В РЕЗУЛЬТАТІ МІННО-ВИБУХОВИХ ПОРАНЕНЬ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Є.В. Цема^{1,2}, А.А. Беспаленко^{1,3}, А.В. Дінець¹, В.Г. Мішалов¹

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

² Національний військово-медичний клінічний центр Міністерства оборони України, м. Київ

³ Військово-медичний клінічний центр професійної патології військовослужбовців Міністерства оборони України, м. Ірпінь

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: встановити причини виникнення мінно-вибухових поранень, що призводять до втрати сегменту кінцівки в умовах сучасної гібридної війни.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проаналізовано причини виконання ампутацій кінцівок у 119 поранених, які отримали мінно-вибухові поранення у зоні проведення гібридного бойового конфлікту в окремих районах Донецької та Луганської областей України в період з 01 червня 2014 по 30 червня 2016 року. Середній вік досліджуваних пацієнтів на момент отримання поранення склав $33,7 \pm 0,9$ років (від 18,9 до 60,3 років). Так як у зоні бойового зіткнення знаходяться військовослужбовці чоловічої статі (за винятком медичних працівників та журналістів), то практично всі ампутації кінцівок проводилися особам чоловічої статі (118, або 99,2%) і лише один випадок – жінці (0,8%). Середній термін військової служби постраждалого на момент отримання поранення склав $2,02 \pm 0,48$ років (від 11 днів до 25,2 років). Більшість постраждалих (44,7%) відносилися до рядового складу; 24 (15,1%) – до сержантсько-старшинського складу; 17 (10,7%) – до молодшого офіцерського складу; 3 (1,9%) постраждалих були прапорщиками та 4 (2,5%) – старшими офіцерами. Кваліфікована та спеціалізована хірургічна допомога постраждалим надавалася у військових госпіталях МО України, цивільних лікувальних заклади та лікувальні установах країн Західної Європи та Північної Америки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Серед 119 постраждалих з мінно-вибуховими пораненнями у 83 (69,7%) випадків отримання мінно-вибухового поранення було пов'язано безпосередньо з веденням бойових дій при яких використовувалися боеприпаси вибухової дії. Так, 69 (58,0%) постраждалих отримали поранення в результаті артилерійських обстрілів з мінометів, самохідних артилерійських установок та систем реактивної артилерії (артилерійські комплекси «Град» та «Смерч»). В 1 (0,8%) постраждалого мінно-вибухове поранення отримано в результаті танкового обстрілу. У 13 (10,9%) випадках, поранення відбувалися під час бойового зіткнення з підрозділами бойовиків, проте конкретну причину виникнення мінно-вибухового поранення до-

стовірно не вдалося задокументувати. Причиною цього були наступні обставини: поранений втратив свідомість під час поранення, мали прояви ретроградної амнезії, після отримання травми поранений потрапив до полону, при масовому поступленні поранених втрачена медична документація з попереднього етапу надання медичною допомогою. У випадках відсутності документального підтвердження щодо причини поранення рішення щодо наявності мінно-вибухового характеру поранення приймався виходячи з місцевих проявів вражаючих факторів: наявності травматичного відчленування сегменту кінцівки або її травматичного розтrocення.

У 36 (30,3%) мінно-вибухових поранень безпосередня причина поранення не була пов'язана з безпосереднім веденням бойових дій. Так, у 18 (15,1%) постраждалих причиною мінно-вибухового поранення був підриив на мінній розтяжці. В зазначених випадках поранення були отримані під час виконання бойових завдань на територіях, які раніше тимчасово знаходилися під контролем бойовиків і не були безпосередньо пов'язані з бойовими зіткненнями. У 4 (3,4%) випадках травма отримана в результаті необережного поводження із запалами до гранати (розрив запалу в руці). У 14 (11,8%) постраждалих мінно-вибухові поранення отримані внаслідок детонування різних вибухових пристроїв. В більшості випадків (8 пацієнтів) поранення отримано від вибуху гранати в наслідок необережного поводження зі зброєю. У 3-х випадках причиною мінно-вибухового поранення було детонування боєприпасів в місцях їх зберігання. Ще 2 постраждалих отримали поранення від вибуху невідомого вибухового пристрою під час розмінування. В 1 випадку поранення отримано при детонуванні боєприпасу у створі міномету.

ВИСНОВКИ.

1. Більшість мінно-вибухових поранень (69,7%), що призвели до втрати сегменту кінцівки були пов'язані з активною фазою ведення бойових дій: артилерійський обстріл (58,0%), танковий обстріл (0,8%) та у 10,9% поранених достовірно встановити причину мінно-вибухового поранення не вдалося.
2. Особливістю гібридної війни на Сході України є те, що значна частина мінно-вибухових поранень (30,3%), які призвели до ампутації сегменту кінцівки безпосередньо не пов'язані з активною фазою ведення бойових дій: підриив на мінній розтяжці (15,1%), розрив запалу в руці (3,4%) в наслідок необережного поводження зі зброєю; несанкціонованого детонування боєприпасів в місцях їх зберігання (11,8%).

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІЛОНІДАЛЬНИХ КІСТ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДИСЕКЦІЇ

Є.В. Цема¹, Ю.О. Кисельов²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

¹ Центральний госпіталь СБ України, м. Київ

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити результати хірургічного лікування хворих на пілонідальну кісту (ПК) крижово-куприкової ділянки з використанням ультразвукової дисекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Оцінено результати хірургічного лікування 50 пацієнтів з ПК крижово-куприкової ділянки, ускладненої формуванням вторинних норицевих ходів. В залежності від методу лікування досліджувані хворі були розділені на дві групи. Контрольну групу склали 36 (72,0%) пацієнтів, які лікувалися за традиційним методом (висічення пілонідальної кісти в межах здорових тканин з ушиванням операційної рани вертикальними адаптуючими П-подібними швами. Основну групу склали 14 (28,0%) хворих, яким проводили ультразвукову дисекцію ПК з тунелюванням крижово-куприкової ділянки (патент України на корисну модель № 69889). Контрольна та основна групи хворих суттєво не відрізнялися за статтю ($\chi^2 = 0,09$, $p=0,76$) та віком ($t=0,12$, $p=0,90$) пацієнтів.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Середні строки тимчасової непрацездатності (стаціонарне лікування та амбулаторне долікування) були достовірно більшими ($P = 0,003$) у хворих контрольної групи ($19,4 \pm 2,2$ доби), порівняно з пацієнтами основної групи ($11,3 \pm 1,4$ доби). У хворих контрольної групи тривалість антибактеріальної терапії була достовірно більшою ($12,1 \pm 1,1$ доби), порівняно з пацієнтами основної групи ($7,4 \pm 0,9$) із рівнем значущості $P = 0,002$. У пацієнтів основної групи була достовірно менша ($P = 0,045$) необхідність у знеболенні, порівняно з контрольною групою хворих, що підтверджуються показниками середньої курсової дози спожитого ненаркотичного анальгетику ($9,2 \pm 1,1$ дози та $6,4 \pm 0,8$ дози, відповідно).

У хворих контрольної групи відмічені наступні післяопераційні ускладнення: нагноєння післяопераційної рани (5, або 13,9% хворих), розходження країв рани (3, або 8,3% пацієнтів — внаслідок прорізання швів; 4, або 11,1% хворих — після зняття швів). В строки спостереження від 6 місяців до 2-х років у пацієнтів контрольної групи було

виявлено 2 (5,6%) рецидиви ПК у вигляді нориці в місці післяопераційного рубця.

В основній групі хворих у строки спостереження від 6 місяців до 2-х років виявлено 1 (7,1%) рецидив ПК. Післяопераційна рана після проведення ультразвукової дисекції ПК загоювалася вторинним натягом за рахунок крайової епітелізації з формуванням невеликого післяопераційного рубця. Гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани у пацієнтів основної групи не спостерігалось. Загальна частота післяопераційних ускладнень у пацієнтів основної групи була достовірно меншою ($P = 0,03$), порівняно з контрольною групою хворих.

ВИСНОВКИ.

Ультразвукова дисекція ПК дозволяє достовірно ($P < 0,05$) скоротити строки тимчасової непрацездатності пацієнтів та зменшити загальну кількість післяопераційних ускладнень. Застосування ультразвукових технологій в хірургії ПК є перспективним напрямком лікування цієї патології та потребує подальшого наукового вивчення.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ МИРОТВОРЧЕСКОЙ МИССИИ В АФГАНИСТАНЕ

Е.В. Цема^{1,2}, В.В. Негодуйко³

¹ *Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца*

² *Национальный военно-медицинский клинический центр МО Украины, г. Киев*

³ *Военно-медицинский клинический центр Северного региона МО Украины, г. Харьков*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценить результаты хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени больших размеров с применением предложенного минидоступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены результаты лечения 81 пациент с эхинококковыми кистами печени, которым проводили лечение в хирургическом отделении на базе провинциального госпиталя города Чакчаран и на базе медицинской секции передовой оперативной базы «Щит» Исламской Республике Афганистан в период с 2006 по 2012 год. В основную группу вошло 40 больных, которым проводили эхинококкэктомия с минидоступа. В контрольную группу включен 41 пациент, которым проводилась открытая эхинококкэктомия с использованием традиционных доступов. Группы были сравнимы по полу, возрасту, фазам развития и локализациям кист. Фазу развития эхинококковой кисты оценивали согласно классификации И.Г. Ахмедова (2002), при определении размера кист пользовались классификацией рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения. Всем исследуемым пациентам проводили дооперационную ультразвуковую диагностику, которая позволяла установить фазу развития эхинококковой кисты и локализацию кист в сегментах печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех исследуемых больных имелись клинические проявления заболевания. Длительность симптоматического периода заболевания составляла от 3 месяцев до 12 лет. Причиной обращения за медицинской помощью были симптомы нагноения кисты или ее размеры. Большие кисты диагностированы у 61 (76,3 %) больного, гигантские — у 14 (17,5%) и только у 5 (6,3%) пациентов имели кисты среднего размера. Наиболее частым сочетанием клинических признаков являлось увеличение в размерах и деформация живота. Наличие чувства тяжести и постоянных или периодических болей в правом

подреберье отмечали 62 (76,5%) больных. У 18 (22,2%) пациентов пальпировалось новообразование без наличия видимой деформации живота и только у 1 больной (1,2%) не было ни увеличения живота, ни пальпируемого новообразования (у этой пациентки имел место разрыв эхинококковой кисты с явлениями перитонита; в статистику результатов лечения эта больная не включалась, так как она умерла в первые часы после оперативного лечения).

Оперативный доступ у больных контрольной группы осуществляли одним из трех способов: верхнесрединная лапаротомия, доступ по Кохеру, переднебоковая лапаротомия. У 5 пациентов контрольной группы эхинококковые кисты выявлены в сегментах левой доли печени: у 2 больных эхинококковая киста локализовалась в I сегменте (выполняли доступ по Кохеру), у 3 пациентов — во II сегменте (проводилась верхнесрединная лапаротомия) и у 1 больного — во II-III сегменте (проводилась верхнесрединная лапаротомия). Согласно алгоритма выбора оперативного доступа при локализации кисты в «передних» сегментах правой доли печени (V, VI) выполняли доступ по Кохеру, при локализации в «задних» сегментах (VII, VIII) — переднебоковую лапаротомию либо доступ по Кохеру. При кистах VIII сегмента, в основном, использовался доступ по Кохеру — разрез выполнялся в зоне проекции кисты на переднюю брюшную стенку. С целью уменьшения сроков стационарного лечения и улучшения качества жизни больных в послеоперационном периоде лечение пациентов основной группы проводили с использованием минидоступа (5-6 см).

Анализ времени, затраченного на оперативное вмешательство, показал, что с накоплением опыта выполнения эхинококкэктомии из минидоступа уменьшалась средняя продолжительность выполнения операции, что свидетельствует об накоплении опыта оперирующей бригадой и отработки методики оперативного пособия. Ультразвуковое исследование печени в послеоперационном периоде показывало, что в обеих группах пациентов происходило постепенное уменьшение размеров полости эхинококковой кисты. Эти данные коррелируют со средними сроками стояния дренажей, длительностью дискомфорта в зоне операции и сроками возврата к привычной физической активности в исследуемых группах больных. Полученные результаты свидетельствуют, что выполнение оперативного вмешательства из минидоступа не приводит к ухудшению отдаленных результатов дренирования остаточной полости и задержке стояния дренажей. К тому же применение минидоступа позволяет существенно сократить сроки возврата к привычной физической активности и уменьшить длительность сохранения дискомфорта в зоне операции.

ВЫВОДЫ

1. Применение минидоступа при одиночных эхинококковых кистах печени является надежным и безопасным методом, позволяющем выполнить эхинококкэктомия у 95% больных с большими и гигантскими кистами, в том числе осложненных нагноением.

2. Предложенная методика оперативного лечения эхинококкоза печени с использованием минидоступа позволила уменьшить длительность оперативного вмешательства за счет уменьшения времени выполнения и ушивания оперативного доступа.
3. Выполнение эхинококкэктомии из минидоступа позволяет существенно уменьшить длительность стационарного лечения, время нахождения больного в палате интенсивной терапии, а также улучшить качество жизни больного в раннем послеоперационном периоде.
4. Применение минидоступа при выполнении эхинококкэктомии позволяет обеспечить более ранний возврат к привычной физической активности и уменьшить дискомфорт в зоне операции.

УДК 621.7+521.1+532.51

ІНОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ СУДИН

**Черняк В.А.¹, Дибкалюк С.В.^{1,2}, Музиченко П.Ф.¹, Голінко В.¹,
Дубенко Д.Є.¹, Удовиченко В.В.³**

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

²Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,

³Універсальна клініка «Оберіг»

В статті проаналізовано можливості сучасних інноваційних технологій в межах експериментальних і клінічних досліджень, а саме: використання електрозварювальної техніки та корекції екстравазальної компресії судин з точки зору природи і патогенетичних механізмів, сучасних підходів стосовно консервативної терапії з приводу ішемії органів і тканин. Ця мета була втілена з використанням експериментальної та клінічної хірургії, виявлення патологічних генів та програм 3D реконструкції зображень MRT Invasalins. В результаті були отримані результати гістологічних досліджень та фізичних параметрів електрозварки і повна 3D реконструкція артерій шийного відділу, що об'єктивно відображає стан хребтової артерії у місці її звуження. Реконструкція просторової форми артерії дала можливість створити макет твердотільної моделі артерії за допомогою лазерного 3D принтера, що наочно демонструє патофізіологію екстравазальної компресії, а гістологічні дослідження електрозварювального шва – патофізіологію електрозварювання.

Порівняно новим напрямком в хірургії є «електрозварювання» біологічних тканин, що базується на принципі дозованої подачі модульованого струму, автоматично генерованого залежно від конкретного тканинного імпедансу.

Для морфологічного дослідження відбирали препарати, отримані в результаті електрозварні впливу на живі тканини в експерименті. Матеріал досліджувався макроскопічно, а потім вирізалися фрагменти тканини з зони електрозварювального впливу і перифокально. Матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні. Надалі препарати проводилися по спиртах зростаючої концентрації і заливалися в парафінові блоки, з яких готувалися зрізи товщиною 4-5 мкм. Отримані гістологічні препарати фарбували за допомогою гістологічних методик - гематоксиліном і еозином і за ван-Гізон. Застосовували також гістохімічні методики: компоненти сполучної тканини виявляли методикою трихром-Масон; кислі глікозаміноглікани - толуїдиновим синім. Гістологічні препарати вивчали з використанням мікроскопа «Olympus BX 51», цифрової камери «Olympus C 5050 Z» і програмного забезпечення «Olympus DP-Soft».

В результаті цих досліджень було виявлено, що від лінії накладання електродів до периферичних відділів смугастого м'яза формується три зони морфологічних змін:

- зона коагуляційного некрозу з втратою клітинної і тканинної структурної організації і формуванням щільного електрозварювального шва. Ця зона знаходиться між по-

верхніми електродів;

- зона коагуляційного некрозу зі збереженням характерною клітинної і тканинної структурної організації. Ця зона безпосередньо прилягає до електродів і поширюється на 1-2 мм до периферії;

- зона парціального коагуляційного некрозу і дистрофічних змін зі збереженням ознак життєдіяльності окремих клітинних і тканинних структур. Ця зона поширюється дистально попередньої зони на глибину до 0,5 см.

У першій зоні в результаті комбінованої дії високочастотного змінного струму, гіпертермії і механічного здавлювання відбувається утворення зварного шва. Шов складається з гомогенізованої речовини, утвореної коагульованими і з'єднаними між собою тканинними і клітинними білками. Спостерігається дегідратація субстрату електрозварювального шва.

Друга зона, яка розташовується безпосередньо поруч з електродами, також зазнає впливу як електричного поля, так і термічного фактора. У цих ділянках розвивається коагуляційний некроз міозитів зі збереженням характерної тканинної будови. Спостерігається значний інтерстиціальний набряк.

У третій зоні спостерігаються дистрофічні зміни міоцитів і інтерстиціальний набряк. Кровоносні судини розширюються, стають повнокровними. Перифокально виявляються дрібні вогнища коагуляційного некрозу міозитів, що пов'язано, очевидно, з тим, що судини і периваскулярний простір є провідниками струму і ділянками, де проходять пара і гаряча рідина від місця зварювання.

При електрозварювальній дії на стінки артерії між електродами утворювався шов, який складався із щільної напівпрозорої тканини світло-коричневого кольору з чіткою межею по краю розташування електродів. Мікроскопічно субстанція електрозварювального шва була представлена гомогенною щільною речовиною, що утворювалась із коагульованих і міцно з'єднаних одна з одною білкових структур, основою яких були колагенові волокна стінки судини.

По напрямку від поверхні електродів вглиб прослідковувалась зона гомогенізації адвентиції і зона коагуляції гладеньком'язових волокон. Основним компонентом електрозварювального шва є колагенові волокна, значна частина яких і розташована як раз в адвентиції. Тому в цих зонах спостерігається утворення міцної гомогенної субстанції зварювального шва зі щільною консистенцією. Структурні зміни гладеньком'язових волокон, що розташовуються переважно в медії, характеризуються розвитком коагуляційного некрозу. Ядра і контури клітин зберігаються, що свідчить про меншу міцність електрозварювального шва в цих зонах. Між жмутками коагуляційно змінених гладеньком'язових волокон виявляються також дрібні щілини, що зумовлено пароутворенням, і які також зменшують міцність шва.

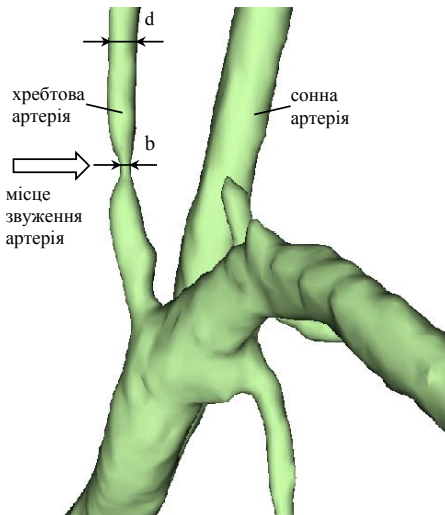
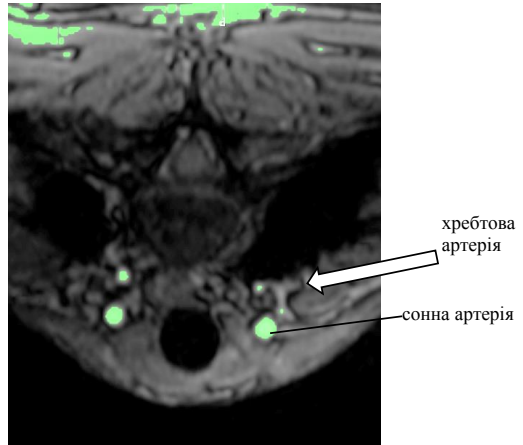
При записі вимірювання температури при нагріванні живої тканини зварювачем-джерелом, вимірювана температура коливалась від 4 до 146 градусів. Середня ро-

боча температура під час процесу зварювання склала 88,4 градуса за Цельсієм.

За тих же умов, але при розташуванні термопари точно між електродами і при подачі термопари безпосередньо на вхід модуля E14-440, термін досягнення температури кипіння фізіологічного розчину зменшилась до 0,28 сек. Фільтрація перешкод здійснювалась за допомогою функцій шумового фільтру і фільтру LowPass FIR з частотою зрізу 20 Гц.

Стосовно вивчення механізмів екстравазальної компресії судин. На зображенні МРТ перетини артерій мають вигляд плям з нечітко визначеними краями (рис. 1).

Рис. 1. Зображення МРТ форми сонних і хребтових артерій в перетині, де має місце стиснення хребтової артерії

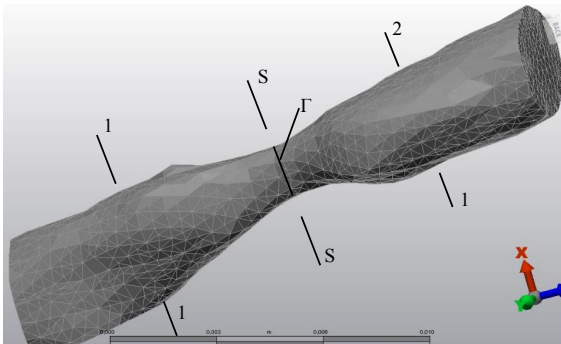


Тому було запропоновано використати інформацію, отриману в результаті проведення МРТ для визначення фактичної форми судин та побудови їх твердотільної моделі. Ця мета була втілена з використанням програми 3D реконструкції зображень МРТ Invesalins. В результаті була отримана повна 3D реконструкція артерій шийного відділу. В результаті фрагмент 3D реконструкції об'єктивно відображає стан хребтової артерії у місці її звуження (рис. 2).

Рис. 2. 3D реконструкція форми артерій шийного відділу одержана по результатам МРТ

Реконструкція просторової форми артерії дала нам можливість створити макет твердотільної моделі артерії за допомогою лазерного 3D принтера. Методом макетування відтворювали точну копію (фізична модель) артерій відповідно до їх графічного визначення в результаті проведення МРТ. Одержаний макет допускає об'єктивні виміри форми артерій, зокрема виміри їх перетинів у звуженій частині (рис.3).

Рис. 3. Виміри геометричних параметрів артерій шийного відділу згідно отриманого макету артерій шиї

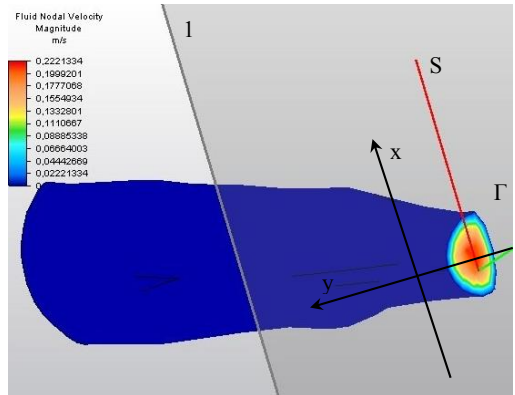


В результаті 3D реконструкції була отримана точна 3D модель артерій. Окремі параметри уточнені по макету. Модель побудована за допомогою триангуляції фактичної просторової поверхні, що відповідає стінці артерії (рис. 4).

Рис. 4. 3D модель просторової поверхні артерії одержана шляхом її триангуляції

Стиснення хребтової артерії відбувається на обмеженій ділянці між перетинами 1 та 2 по довжині артерії. В стисненому перетині S форма перетину змінюється від опуклої до серповидної (рис. 5).

Рис. 5. Визначена за результатами 3D реконструкції МРТ-дослідження форма перетину хребтової артерії у місці її звуження



Для опису форми стисненого перетину артерії використано графо-аналітичні методи. Їх основою є графік фактичної форми перетину артерії при стисненні на ділянці S. Форма контуру Г визначається по 3D реконструкції. Для опису форми перетину артерії вводиться декартова прямокутна система координат x і y. Центр системи координат (точка O) вибирається в точці максимальної кривизни контура.

Іновації медикаментозної підтримки оперативних втручань на артеріях. Комплекс передопераційного обстеження на теперішній час повинен включати окрім загальноклінічних методів з обов'язковим ультразвуковим моніторингом функції міокарду, екстракраніальних судин, кровопостачання нирок, кишківника, нижніх кінцівок вивченням показників коагулограми і гемограми: вмісту гемоглобіну, еритроцитів гематокриту, біохімічних показників та ін., а і визначення якості генів, що відповідають за ендотеліальну функцію та мітохондріальну дисфункцію в організмі людини. Саме поломки у цих генах мають бути основою у виборі тактики лікування. Ми визначали насамперед ген, що відповідає за синтез білка «ендотеліальна синтаза оксиду азоту» - rs1799983SNP та ген, що відповідає за функцію мітохондрій - rs1801252SNP. Поломки цих генів свідчили про вроджену схильність до ендотеліальної та мітохондріальної дисфункції в судинах, розвитку атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, серцевої недостатності.

З метою профілактики інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді використовували ЛЕФЛОЦИН (левофлоксацин) - антибактеріальний препарат широкого спектру дії, фторхинолонового ряду з вираженим бактерицидним ефектом. В особливо важких випадках основної групи використовували український препарат Грандазол — комбінований антибактеріальний препарат, до складу якого входить левофлоксацина гемігідрат і орнідазол у флаконах для внутрішньовенного введення по 100 і 200 мл. За результатами вивчення транскрипції генів було виділено групу хворих, де застосовували препарат ТВОРЕЛЬ (4,2 г аргініну гідрохлорид + 2,0 г L-карнітину). Препарат вводили внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 10 крапель за хвилину протягом перших 10-15 хв, потім швидкість введення можна збільшити до 30 крапель за хвилину. Добова доза препарату - 100 мл розчину. Ендотеліальну функцію у цієї групи хворих оцінювали натщесерце по величині ПОВД, яка відображає здатність плечової артерії розширюватися у відповідь на індуковану ішемію гіперемію, а також дозволяє оцінити локальну біологічну активність.

У комплекс засобів детоксикації залучали препарати вітчизняного виробництва ксилат, реосорбілакт, сорбілакт. Реосорбілакт – комплексний інфузійний розчин, на основі багатоатомного спирту та натрію лактату.

ВИСНОВКИ

1. Основою у виборі тактики консервативної терапії у хворих з ішемічними ураженнями тканин має бути визначення стану генів, що відповідають, наприклад, за синтез білка «ендотеліальна синтаза оксиду азоту» - rs1799983SNP та

rs1801252SNP - гена, що відповідає за функцію мітохондрій. Полемки цих генів свідчили про вроджену схилість до ендотеліальної та мітохондріальної дисфункції в судинах, розвитку атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, серцевої недостатності. Діагностика стану артерій при їх екстравазальній компресії є досить складною проблемою у зв'язку із особливостями патологічного процесу.

2. Графічне 3D моделювання патологічно звужених артерій та комп'ютерна обробка даних MPT судин дозволяє на основі масиву діагностичних критеріїв точно визначити місце, характер і просторову характеристику екстравазальної компресії.
3. Графо-аналітичні методи опису форми артерій за перетинами твердотільної моделі є теоретичним підґрунтям для створення принципово нового методу дослідження судин при їх екстравазальній компресії.
4. Міцність з'єднання тканин в зоні утворення електрозварювального шва залежить від ступеня гомогенізації тканин, що утворюють його субстанцію. Основним компонентом субстанції електрозварювального шва, який надає йому міцності, є колагенові волокна тканин.
5. При біполярному зварюванні біологічних тканин нагрів здійснюється внаслідок виділення тепла в електропровідній біологічній рідині, що є електролітом, при проходженні через неї електричного струму.
6. Тверді речовини біологічних тканин, що оточують біологічні рідини або що знаходяться в них, не електропровідні, електричним струмом не нагріваються і, отже, завжди більш холодні за рідини.
7. Застосування L-аргініну призводило до статистично значущого збільшення потікопосередкованої вазодилатації (ПОВД) при низьких (<7%), що вказує на відновлення порушеної функції ендотелію. Застосування Тіворелю показана хворим, у яких виявлено мікросудинну (ендотеліальну) дисфункцію, а також зміни, що відбуваються на клітинному рівні.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Каро К. Механика кровообращения / К. Каро, Т. Педли, Р. Шротер, У. Сид. — М.: МИР, 1981. — 623 с.
2. Педли Т. Гидродинамика крупных кровеносных сосудов / Т. Педли. — М.: МИР, 1983. — 400 с.
3. Лойцянский Л.Г. Механика жидкости и газа / Л.Г. Лойцянский. — М.: Наука, 1973. — 847 с.
4. Шлихтинг Г. Теория пограничного слоя / Г. Шлихтинг. — М.: Наука, 1974. — 712с.
5. Скобцов Ю. А. Моделирование и визуализация поведения потоков крови при патологических процессах / Ю. А. Скобцов, Ю. В. Родин, В. С. Оверко. — Донецк: Издатель А.Ю. Заславский, 2008. — 212 с.
6. Черняк В. А. Современные аспекты хирургической профилактики ишемического инсульта / В. А. Черняк // Практична ангіологія. — 2012. Т.1, — № 2. — С. 21—29.

7. Аналіз клінічних варіантів та форм синдрому хребтової артерії у хворих з екстравазальною компресією в сегментах V1—V2 залежно від віку / В. Г. Мішалов, Л. В. Яковенко, В. А. Черняк [та ін.] // Серце і судини. — 2011. — Т. 34, № 2. — С. 57—64.
8. Клініко-доплерографічні кореляції та результати інструментальних методів діагностики синдрому хребтової артерії у хворих з екстравазальною компресією в сегменті V1—V2 / В. Г. Мішалов, В. А. Черняк, В.В. Сулік [та ін.] // Серце і судини. — Т. 36. — № 4 — 2011. — С. 9—16.
9. Конради Г.П. Механизмы патологических реакций / Под ред. В.С. Галкина. — Л.: Медицина, 1944. — Ч. 1. — С. 56-57.
10. Comparison of 7.2% hypertonic saline — 6% hydroxyethyl starch solution and 6% hydroxyethyl starch solution after the induction of anesthesia in patients undergoing elective neurosurgical procedures/ L. Shao, V.Wang, S. Wang [et al.] // Clinics (Sao Paulo). — 2013. —Vol. 68, № 3. — P. 323-328.

ЕНДОВЕНОЗНЕ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Черняк В.А., Хворостяна Т.Т., Пархоменко М.В., Левон М.М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Варикозна хвороба нижніх кінцівок є розповсюдженим захворюванням. Щорічний ріст цієї хвороби на 2017 рік складає більше, ніж 3 %. Найчастішим методом лікування хвороби й досі є класична венектомія за Бебкоком. Операція досить травматична, має значну кількість ускладнень. Тривалість перебування хворих в стаціонарі досить довга, період післяопераційної реабілітації зтяжкий.

МЕТА РОБОТИ. Розробка методу електрозварювання, тобто ендовенозної абляції вен як способу лікування варикозної хвороби для зменшення травматичності втручання, скорочення часу операції, терміну післяопераційного періоду та значного зниження кількості ускладнень, пов'язаних з операційним втручанням на венах нижніх кінцівок.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

Спосіб був розроблений на окремих видалених ділянках великих підшкірних вен. Були проаналізовані оптимальні параметри впливу високочастотного току на венозну стінку. Дослідження проводились з використанням апарату «ЕК-300М» у режимі «ручне зварювання». Використано зонди з оливою 3 мм, які вводились як в анте-, так і в ретроградному напрямку. Під впливом ендовенозного електрозварювання відбувалася денатурація та дезорганізація колагену венозної стінки без утворення коагуляційного струпу. Відбувався спазм вени з потовщенням її стінки та різким звуженням її просвіту, заповненим щільним гомогенним тромбом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Застосування методу ендовенозної абляції методом електрозварювання в усіх випадках призводить до повної оклюзії оперованої судини. За часом виконання в залежності від довжини судини експеримент займав від 4 до 20 хвилин.

ВИСНОВОК.

Ендовенозне електрозварювання призводить до повної обтурації венозної судини, є надійним, безпечним з точки зору механічної чи електричної травми венозної стінки. Введення зонду як в антеградному, так і в ретроградному напрямку дає можливість використання методу при різних типах будови вен, в тому ряді розсипному типі, при III стадії перебігу хвороби, що розширює коло показань цієї операції.

УДК 611.93:611.821.2:611.13

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДЖЕРЕЛА КРОВОПОСТАЧАННЯ СПИННОГО МОЗКУ

Черняк В.А., Зоренко О.В., Шевченко О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

До недавнього часу вважалося, що кровопостачання спинного мозку вже відоме і здійснюється передньою та задніми спиномозковими артеріями. Однак сучасні дослідження судин спинного мозку спростували традиційні погляди на кровопостачання різних відділів спинного мозку.

Особливо актуальним є кровопостачання шийного відділу спинного мозку, тому що порушення гемодинаміки цієї ділянки призводить до розвитку спинальних інсультів, які спираються на серйозну неврологічну симптоматику: від м'язової слабкості до парасплетії чи тетраплетії, залежно від рівня та глибини ураження, а у випадках переходу вогнища ішемії на стовбур мозку – швидку смерть.

Згідно сучасних даних, внутрішньочерепні джерела, а саме передня та задня спиномозкові артерії, кровопостачають тільки верхні шийні сегменти спинного мозку, а решта сегментів – нижні шийні, грудні, поперекові, крижові та куприкові, кровопостачаються із позачерепних джерел, а саме від гілок підключичної артерії та сегментарних гілок низхідної аорти.

Таким чином в наш час позачерепні джерела вважаються основними в кровопостачанні спинного мозку.

Встановлено, що основним джерелом кровопостачання спинного мозку є корінцеві артерії і їхнє число набагато менше, ніж кількість сегментів спинного мозку. Корінцеві артерії у верхніх відділах спинного мозку є відгалуженням спиномозкових гілок, що відходять від хребтової артерії (правої та лівої). В нижніх відділах спинного мозку корінцеві гілки є відгалуженням спиномозкових гілок, що йдуть від задніх міжребрових артерій, які є гілками грудної частини аорти, поперекових артерій від черевної аорти, а також бічної крижової та клубо-поперекових артерій від внутрішньої клубової артерії.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Шаповалов Д.Ю., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Наболотний О.І.,
Шамрай-Сас А.В., Шапринський В.В.

*Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами*

Проведено аналіз 88 операцій у 83 хворих на цукровий діабет з оклюзивно-стенотичними ураженнями гомілково-стопного сегменту нижніх кінцівок. Ефективність реваскуляризації оцінювали по термінам загоєння трофічних виразок, ран після малих ампутацій та по зменшенню больового синдрому.

В основну групу увійшли 25 пацієнтів, яким було виконано 30 втручань: ендovasкулярних – 23 (76,7%) та гібридних – 7 (23,3%). Гнійно-некротичні ураження були у 17 (68%) пацієнтів, з них некрози одного або двох пальців – у 9 (36%), гнійна рана після ампутації пальців, що не загоюється у 4 (16%), некроз підошовної поверхні стопи у 4 (16%), Показанням для оперативного втручання у 8 (32%) пацієнтів був виражений больовий синдром. В основній групі кровопостачання в ураженому сегменті відновлено в 28 (93,3%) спостереженнях. Відновлення кровотоку по одній із трьох гомілкових артерій виконано у 18 (60%) спостереженнях, по двох артеріях гомілки - у 11 (36,7%), по трьох гомілкових артеріях - в 1 (3,3%). Спроба реваскуляризації була невдала в 2 (6,7%) спостереженнях. Ампутація кінцівки в післяопераційному періоді виконана у 3 хворих (12%).

В контрольну групу увійшли 58 пацієнтів, що були оперовані відкритим методом. У всіх пацієнтів було гнійно-некротичне ураження стопи, переміжна кульгавість менше 20 метрів - у 6 (10,3%) спостереженнях, біль в стані спокою – у 5 (8,6%), трофічна виразка стопи – у 7 (12,1%), гангрена одного або двох пальців – у 33 (56,9%), гангрена переднього відділу стопи – у 5 (8,6%), некроз п'яти – у 2 (3,4%). В якості артерій відтоку вибрана передня великогомілкова артерія (ПВГА) в 31 спостереженні, задня великогомілкова артерія (ЗВГА) в 17, Ампутація кінцівки в післяопераційному періоді виконана у 9 (15,5%).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: цукровий діабет, діабетична стопа, трофічна виразка, рентгенендоваскулярні втручання, гібридні втручання.

Згідно даних ВООЗ за 2016р. [4] кількість хворих із діагностованим цукровим діабетом (ЦД) в Україні 9,1%, що складає більш як 4 мільйони осіб. У 15-25% хворих на цукровий діабет [1,7] перебіг хвороби ускладнюється синдромом діабетичної стопи (СДС) з трофічними виразками. Загалом гемодинамічно значущі ураження судин мають біля 50% хворих з СДС. Ураження гомілково-стопного артеріального сегменту, найбільш характерне для діабету, згідно рекомендацій TASC-II (TransAtlantic InterSociety Consensus, 2007р.) [5], належать до групи D і підлягають відкритому хірургічному лікуванню. Однак, розвиток рентгенендоваскулярної хірургії на сучасному етапі дозволяє ефективно відновлювати кровотік в гомілково-стопному артеріальному сегменті як суто ендovasкулярними методами [1,2,3,7], так і в комбінації з відкритою судинною хірургією [1,2,5,6,8]. Використання прийомів відкритої та ендovasкулярної хірургії в межах однієї операції носить назву гібридних оперативних втручань [4].

МЕТА РОБОТИ. Провести аналіз результатів реваскуляризації гомілково-стопного артеріального сегменту у хворих на цукровий діабет шляхом виконання відкритих та рентгенендоваскулярних втручань.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

Проведений аналіз реваскуляризації стопи у 83 хворих на цукровий діабет з ішемічною формою діабетичної стопи.

Всього виконано 88 оперативних втручань у 83 хворих на цукровий діабет з оклюзивно-стенотичними ураженнями гомілково-стопного сегменту нижніх кінцівок. При попередньому виборі процедури керувались даними ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) за допомогою якого визначали локалізацію гемодинамічно значущих уражень, їх поширеність, рівні ураження за артеріальними сегментами, характер ураження (стенози, атеросклеротичні оклюзії, тромбоклюзії). Для перед-, інтра-, та післяопераційного обстеження використовували УЗ-сканери Mindray M5 та Samsug Medison R3, ангиограф Philips Alura F920.

Наступним діагностико-лікувальним етапом була ангиографія, підчас якої визначали оптимальний спосіб оперативного втручання.

В подальшому ефективність втручань оцінювали по термінам загоєння трофічних виразок, ран після малих ампутацій та по зменшенню больового синдрому через 2 міс, 6 міс та 1 рік після операції.

В основну групу увійшли 25 пацієнтів, яким було виконано 30 втручань: ендоскулярних – 23 та гібридних - 7. Показаннями для реваскуляризації були гнійно-некротичні зміни на кінцівці - у 17 (68%) пацієнтів та інтенсивні ішемічні болі в спокої та при ходьбі – у 8 (32%) пацієнтів.

Важка супутня патологія мала місце у 5 (20%) пацієнтів. Важкою патологією ми вважали: наслідки інфаркту міокарда або гострого порушення мозкового кровообігу, явища хронічної ниркової недостатності (в тому числі у 1 пацієнта після трансплантації нирки), хронічні захворювання легень з явищами дихальної недостатності.

В контрольну групу ми відібрали 58 пацієнтів з оклюзивними ураженнями гомілкових сегментів на фоні ішемічної форми діабетичної стопи, що були оперовані відкритим методом в період з 2001 по 2006рр. Некротичні зміни на ураженій кінцівці були у всіх 58 пацієнтів (100%).

Реваскуляризація стопи в основній групі була виконана за допомогою втручань на гомілкових артеріях - в 9 (30%) спостереженнях, одночасних втручань на гомілково-стопному та проксимальних сегментах - в 13 (43,3%), мали місце попередні хірургічні втручання на проксимальних сегментах – в 5 (16,7%). Повторні втручання в зв'язку з прогресуванням оклюзивних явищ в проксимальних сегментах з подальшим хірургічним втручанням – 3 спостереження (10%).

Серед одночасних втручань на декількох сегментах гібридні втручання виконані

- в 7 (23,3%) спостереженнях. Одночасна ендоваскулярна ангіопластика гомілково-го-стопного та стегнового-підколінного сегментів – в 6 (20%) спостереженнях.

Кровотік лише по одній із гомілкових артерій відновляли в 13 (56,5%) спостереженнях: із них по ЗВГА – в 4 (17,4%), по ПВГА - в 4 (17,4%) і по малоомілковій артерії (МГА) - в 5 (21,7%).

Кровотік по 2 гомілкових артеріях відновили в 8 (34,8%) спостереженнях: в 6 (26,1%) із них по ПВГА та МГА, в 1 (4,3%) – по ЗВГА та ПВГА, в 1 (4,3%) – по ЗВГА та МГА.

В 1 (4,3%) спостереженні виконана ангіопластика всіх 3 гомілкових артерій.

Рентгеноендоваскулярне або гібридне втручання у раніше оперованих хворих було виконано в 9 (39,1%) спостереженнях. Із них після відкритих операцій – в 3 спостереженнях, повторне (після рентгеноендоваскулярного втручання) – в 2 спостереженнях.

Гібридні втручання в більшості спостережень використовували при оклюзіях гомілково-стопного сегменту, ускладненого тромбокклюзією вище розташованих сегментів. Операції склались з двох етапів:

1. Відкрита тромбектомія або ендартеректомія
2. Подальшою балонною ангіопластикою дистальних сегментів.

Гібридні втручання у раніше оперованих хворих виконано в 4 (57%) із 7 спостережень: із них 2 – після відкритих втручань, 1 – повторне гібридне втручання, 1 – після рентгеноендоваскулярного втручання.

В одному спостереженні замість відкритої тромбектомії була виконана ротаційна тромбектомія апаратом Rotarex з подальшою балонною ангіопластикою.

Безпосередній інтраопераційний контроль проводили за допомогою ангіографії, інколи в якості допоміжного метода залучали інтраопераційне УЗДС.

В контрольній групі виконували підколінно-гомілкове або підколінно-стопове шунтування.

Дистальний анастомоз накладено з передньою великогомілковою артерією або тильною артерією стопи - в 41 спостереженні, із задньою великогомілковою артерією – в 17.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

В основній групі кровопостачання в ураженому сегменті відновлено в 28 (93,3%) спостереженнях. Відновлювали кровоток по одній із трьох гомілкових артерій в 18 (60%) спостереженнях, по двом - в 11 (36,7%), по всіх трьох гомілкових артеріях - в 1 (3,3%). В 2 (6,7%) спостереженнях спроба рентгеноендоваскулярного втручання була невдала. Ампутація кінцівки в післяопераційному періоді виконана у 3 хворих (12%). В ранньому післяопераційному періоді – 2 (8%) (на наступний день після операції), в пізньому – 1 (3%).

В 1 спостереженні пацієнт переніс 4 послідовних втручання на лівій нижній кінців-

ці – 1 відкрите, 2 РЕВ, 1 гібридне. Висока ампутація кінцівки виконана через 2 роки після 1-ї операції. На час 1-ї втручання вже мали місце некротичні зміни II пальця стопи. Крім того, пацієнт переніс 1 відкрите втручання на правій нижній кінцівці.

Показаннями для ампутації на рівні стегна після артеріальної реконструкції стало прогресування ішемії кінцівки після ревазуляризації (третьої) при тромбозі поверхневої стегнової, підколінної та всіх гомілкових артерій та ретромбоз артерії (ЗВГА) через 2 міс після гібридної операції. Виконана ампутація на рівні гомілки.

У всіх 58 пацієнтів контрольної групи було гнійно-некротичне ураження стопи, переміжна кульгавість менше 20 метрів - у 6 (10,3%) спостереженнях, біль в стані спокою – у 5 (8,6%), трофічна виразка стопи – у 7 (12,1%), гангрена одного або двох пальців – у 33 (56,9%), гангрена переднього відділу стопи – у 5 (8,6%), некроз п'яти – у 2 (3,4%). В якості артерій відтоку вибрана передня великогомілкова артерія (ПВГА) в 31 спостереженні, задня великогомілкова артерія (ЗВГА) в 17 спостереженнях, Ампутація кінцівки в післяопераційному періоді виконана у 9 (15,5%).

ВИСНОВКИ.

Рентгенендоваскулярні та гібридні втручання мають переваги у зниженні травматичності втручання, можливості відновлення кровотоку по будь-якій із гомілкових артерій, або на декількох одночасно в межах одного втручання, а також здійсненні інтраопераційного об'єктивного контролю ефективності ревазуляризації.

ЛІТЕРАТУРА:

1. J.R.W. Brownrigg, J. Apelqvist b, K. Bakker c, N.C. Schaper d, R.J. Hinchliffe, St George's Vascular Institute, St George's Healthcare NHS Trust, London, UK, Department of Endocrinology, University Hospital of Malmö, Sweden IWGDF, Heemstede, The Netherlands, Division of Endocrinology, MUMCp, CARIM and CAPHRI Institute, Maastricht, The Netherlands. Evidence-based Management of PAD & the Diabetic Foot, European journal of Vascular and Endovascular surgery. 2013;(45):673-81.
2. Aiello A1, Anichini R2, Brocco E3, Caravaggi C4, Chiavetta A5, Cioni R6, Da Ros R7, De Feo ME8, Ferraresi R9, Florio F10, Gargiulo M11, Galzerano G12, Gandini R13, Giurato L14, Graziani L15, Mancini L16, Manzi M17, Modugno P18, Setacci C12, Uccioli L19; Italian Society of Diabetes; Italian Society of Radiology; Italian Society of Vascular Endovascular Surgery Treatment of peripheral arterial disease in diabetes: a consensus of the Italian Societies of Diabetes (SID, AMD), Radiology (SIRM) and Vascular Endovascular Surgery (SICVE). Nutrition, Metabolism and Cardiovascular diseases. 2014;24(4):355-69. doi: 10.1016/j.numecd.2013.12.007. Epub 2013 Dec 25.
3. A.I. Pytik, Institute of General and Emergency Surgery of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkov Modern methods of treatment of acute thrombosis and embolism of peripheral arteries own experienc.. The journal «Medicine of Non-Estimated Staunts» 2008 (19) [Internet] <http://www.mif-ua.com/archive/article/7717>
4. WHO. Global report on diabetes. World Health Organization. Geneva, 2016
5. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Intersociety Consensus for the Management of Peripheral

Arterial Disease (TASC II). 2007;(33):5-75.

6. G.A. Antoniou a , G.S. Sfyroeras a , C. Karathanos a , H. Achouhan a , S. Koutsias, G. Vretzakias a , A.D. Giannoukas a. Hybrid Endovascular and Open Treatment of Severe Multilevel Lower Extremity Arterial Disease. *European Journal Vascular and Endovascular Surgery*. 2009;(38):616-22.
7. V.S. Osadets, VI Bocurco. National Medical Modern surgical tactics in patients with diabetic foot syndrome. University. m.Ivano-Frankivsk Journal «Clinical Medical Archive». 2013;1(19):21-24.
8. Stanek F1, Ouhrabkova R, Prochazka D. Mechanical thrombectomy using the Rotarex catheter--safe and effective method in the treatment of peripheral arterial thromboembolic occlusions. *Vasa*. 2010;39(4):334-40. doi: 10.1024/0301-1526/a000058.

REVASCULARIZATION OF THE ARTERIES OF LEG AND FOOT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS.

D.Shapovalov, Y.Gupalo, O.Shved, O.Nabolotny, A.Shamray-Sas, V.Shaprynskyi.

Researche and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department, Kiev

We conducted an analysis 88 interventions in 83 patients with diabetes mellitus and peripheral arterial occlusive diseases of legs and feet. The effectiveness of revascularization was evaluated according to the terms of healing of trophic ulcers, wounds after small amputations and reduction of pain syndrome. The main group included 25 patients who performed 30 interventions: endovascular – 23(76,7%) and hybrid – 7 (23,3%). Purulent-necrotic lesions were in 17 (68%) patients, of which one or two toes necrosis was found in 9 (36%), purulent wound after fungal amputation, which did not heal in 4 (16%), necrosis of the plantar surface of the foot in 4 (16%), an indication for operative intervention in 8 (32%) patients was severe pain syndrome. In the main group, the revascularisation in the affected segment was restored in 28 (93.3%) observations. Restoration of blood flow to one of the three tibial arteries was performed in 18 (60%) observations, in two tibial arteries - in 11 (36.7%), in three tibial arteries - in 1 (3.3%). Attempts for revascularization were unsuccessful in 2 (6.7%) observations. Revascularisation was successful in 28 (93.3%) observations in the main group. The attempt of endovascular interventions was unsuccessful in 2 (6,7%) observations. Amputation of the limb in the postoperative period was performed in 3 patients (12%). The control group included 58 patients who were operated by open method. All patients had purulent necrotic lesions of the foot, intermittent lameness less than 20 meters - in 6 (10.3%) observations, pain in rest - in 5 (8.6%), trophic ulcer of the foot - in 7 (12.1 %), Gangrene of one or two fingers - in 33 (56.9%), gangrene of the anterior foot department - in 5 (8.6%), necrosis of five - in 2 (3.4%). As an artery of the outflow, the anterolarynectal artery was selected in 31 observations, the posterior tibial artery at 17, The amputation of the limb in the postoperative period was performed at 9 (15.5%).

KEY WORDS: Diabetes mellitus, diabetic foot, foot ulcer, endovascular interventions, hybrid interventions.

УДК:616.345-007.64-089:001.895

РОЛЬ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

В.Ю. Шаповалов^{1,2}, К.Л. Масунов¹; Д.Ю. Артемчук²

*Військово медичний клінічний центр Південного регіону'
Одеський національний медичний університет²*

У статті наведені результати обстеження і лікування 178 пацієнтів, які було прооперовано з приводу ускладнених форм дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК). З використанням відеолапароскопічних техніки було прооперовано 92 хворих, з них 59 в ургентному порядку. У дослідженні встановлено що оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК краще проводити з використанням відеоендоскопічної апаратури, про що свідчить менша тривалість операції 73,4 + 6,2 хв у порівнянні з відкритими операціями - 118,4 + 7,3 хв і менший ліжко-день - 6,1 + 0,7 дн (відкриті операції - 10,3 + 1,2 дн). Повторні планові радикальні операції з приводу ДТК краще виконувати лапароскопічески, про що свідчить менша кількість ускладнень (6,7% в порівнянні з відкритими операціями - 10,1%).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: товста кишка, гострий дивертикуліт, дивертикулярна хвороба.

Серед захворювань товстої кишки одне з провідних місць займає дивертикулярна хвороба, частота якої в осіб похилого та старечого віку досягає 75% [2].

У зв'язку з неухильним зростанням захворюваності дивертикулярною хворобою товстої кишки (ДХТК) в індустріально розвинених країнах (з 0,58 до 1,20 на 1000 населення за останні п'ять років) питання про тактику лікування даної патології набуває значної актуальності [1]. Ускладнення при ДХТК розвиваються у 5% хворих і становлять 3-5% від усіх гострих захворювань органів черевної порожнини. Перфорація дивертикула є четвертою за частотою причиною екстреного хірургічного втручання після гострого апендициту, перфоративної гастро-дуоденальної виразки і кишкової непрохідності і третім за частотою показанням для формування колостоми [3,5]. При цьому післяопераційна летальність в цілому коливається від 1,0% до 3,0% [2].

Кишкові кровотечі як ускладнення ДХТК складають 5,2-13,0% всіх кровотеч з нижніх відділів шлунково-кишкового тракту [4].

Матеріали і методи дослідження.

За період 2004-2017 рр. проведено аналіз лікування 178 пацієнтів, госпіталізованих у відділення абдомінальної, невідкладної хірургії та відділення колопроктології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса, яким було виконано 191 оперативне втручання з приводу дивертикулярної хвороби та її ускладнень. Чоловіків було 99 (55,8%), жінок 79 (44,2%). Ускладнені форми ДХТК діагностовано у 153 (86,0%) пацієнтів. Гострий дивертикуліт із запальними змінами в стінці товстої кишки діагностований у 57 (37,3%) осіб, перфорація дивертикулу – у 79 (51,6%) пацієнтів, киш-

кова кровотеча як причина госпіталізації відзначено у 5 (3,2%) пацієнтів, кишкові нориці - у 8 (5,2%) хворих, кишкова непрохідність по причині стенозу сигмовидної кишки, як ускладнення ДХТК – 4 (2,7%).

В екстреному порядку виконано 142 (74,4%) операцій, з них 59 (41,4%) виконано з використанням відеоендоскопічного обладнання, традиційним відкритим способом виконано 83 (58,6%) операції. У 17 (28,8%) пацієнтів з Hinchey I лапароскопія обмежилася діагностичним етапом, у 15(25,4%) пацієнтів з Hinchey II-III виконаний лапароскопічний перитонеальний лаваж (без стоми). Перитонеальний лаваж з лапароскопічною сігмостомією з приводу перфорації дивертикулу виконаний 21 (35,6%) пацієнтам з Hinchey III-IV. В подальшому пацієнтам виконано планове оперативне втручання. Лапароскопічно-асистована лівобічна геміколектомія з приводу ДХТК, ускладненої профузною кровотечею виконана 2 (3,4%) пацієнтам, ускладненої перфорацією дивертикула - 4 (6,8%) пацієнтам.

З відкритих операцій виконаних за невідкладними показаннями: операція типу Гартмана виконана 53 (63,8%) пацієнтам, лівобічна геміколектомія 11 (13,2%), резекція сигмовидної кишки 6 (7,2%), екстраперитонізація сигмовидної кишки 5 (6,2%), сігмоїдектомія 3 (3,6%), сігмостоми на рівні перфорації кишки 3 (3,6%), правобічна геміколектомія 2 (2,4%).

При обстеженні хворих застосовували стандартні методи обстеження, включаючи іригоскопію та колоноскопію. КТ або МРТ черевної порожнини і малого таза виконували в діагностично складних випадках. При клінічній картині відокремленого перитоніту в лівій клубовій ділянці 10 пацієнтам виконано діагностичну лапароскопію. При формуванні міжкишкових анастомозів використовували зшиваючі циркулярні апарати CEEA 31 фірми «Covidien», CDH 29 фірми «Ethicon».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

21 пацієнтам лікування проводилося в 2 етапи. На першому етапі під час поступлення пацієнтів за невідкладними показаннями з клінічною картиною гострого живота ми не виконували радикальну операцію. Метою цього етапу було порятунок життя і максимально швидке відновлення стану хворого. Перевагу віддавали мінімально інвазивним операціям (діагностична лапароскопія, сігмостомія). На другому етапі від 9 днів до 6 місяців після першої операції виконувалися радикальні втручання - лівосторонній геміколектомії або сігмоїдектомії. 19 пацієнтам радикальні операції другого етапу виконані без виписки хворого зі стаціонару після лікування на першому етапі.

Виконано 12 лапароскопічних і 16 відкритих резекцій товстої кишки з приводу ДХТК за плановими показами. Показами до планового оперативного лікування вважаємо часті загострення захворювання не менше 2 разів на рік, хронічний рецидивуючий перебіг, наявність хронічного паракишечного інфільтрату в черевній порожнині, зовнішні або внутрішні кишкові нориці чи стеноз товстої кишки зумовлений хронічним запаленням.

Обструктивна резекція за Гартманом виконана 53 пацієнтам. У 51 хворих втручання були завершені формуванням товстокишкових анастомозів. Дивертивна ілео- або трансервостомія виконана 6 (11,8%) пацієнтам.

У всіх спостереженнях джерело запалення локалізувалося в сигмовидній кишці. Запалення одного дивертикула мало місце в 56 (98,4%) спостереженнях, двох дивертикулів - в 1 (1,6%). Перфорація стінки дивертикула була виявлена у 79 (51,6%) пацієнтів. У 12 (12,7%) хворих при відсутності перфорації стінки дивертикулів були виявлені мікроскопічні гранульоми з чужорідними тілами в клітковині навколо запаленого дивертикула. Це свідчить про раніше перенесену мікроперфорацію або спонтанно прикриту перфорацію. Між характером ускладнення і поширеністю ураження ободової кишки дивертикулами зв'язку не виявлено ($p = 0.38$).

Профузні кровотечі з дивертикула ободової кишки спостерігалися у 5 пацієнтів.

Відзначена менша тривалість операції при використанні відеоендоскопічної апаратури з приводу гострих ускладнень ДХТК - 73,4 + 6,2 хв, у порівнянні з відкритими операціями - 118,4 + 7,3 хв і менший ліжко-день - 6,1 + 0,7 день у порівнянні з відкритими операціями 11,3 + 1, 2 день.

Після планових відеоендоскопічних операцій відмічене менше число ускладнень (4,8% в порівнянні з відкритими операціями - 10,4%) і менша тривалість перебування в стаціонарі (6,3 + 1,6 днів у порівнянні з відкритими операціями - 9,2 + 1, 3 днів).

Післяопераційні ускладнення в групі 99 відкритих операцій розвинулися у 10 (10,1%) пацієнтів: неспроможність товстокишкових анастомозів - у 2 (2,0%), анастомозит - у 6 (6,1%), 2 (2,0%) послеопераційна пневмонія.

Післяопераційні ускладнення в групі 92 лапароскопічних втручань відзначені у 6(6,7%) пацієнтів. Летальність склала 2,3% - померло двоє хворих, по одному в групі відкритих та лапароскопічних операцій. Причина смерті - важка супутня патологія

ВИСНОВКИ

1. Оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК краще проводити з використанням відеоендоскопічної апаратури, про що свідчить менша тривалість операції 73,4 + 6,2 хв у порівнянні з відкритими операціями - 118,4 + 7,3 хв і менший ліжко-день - 6,1 + 0,7 днів в порівнянні з відкритими операціями 11,3 + 1, 2 днів.
2. Повторні планові радикальні операції з приводу ДХТК краще виконувати лапароскопічно, про що свідчить менша кількість ускладнень (6,7% в порівнянні з відкритими операціями - 10,1%)
3. Двохетапне лікування ускладненої ДХТК, коли другий етап, лівобічна геміколектомія, виконується в плановому порядку в терміні від 10 днів до 6 місяців після операції за невідкладними показаннями вважаємо кращим.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ:

1. А.В. Воробей и В.В. Климович //Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения . - Минск: Полипринт, 2008. – с.33.
2. Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы.- Одесса, Видавничий центр Імідж України.- 2011.- с.437-438, 311, 433-434, 471-472, 410-411
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии (2-е издание, доп).- М:МИА – 2006 – 432 стр.
4. Laparoscopic Peritoneal Lavage: A Definitive Treatment for Diverticular Peritonitis or a “Bridge” to Elective Laparoscopic Sigmoidectomy?/ Roberto Cirocchi, MD, PhD, Stefano Trastulli, MD, Nereo Vettoreto, MD, PhD [et al.]// Medicine. —January 2015. —Vol. 94. —N.1. —P.1-14.
5. Peritoneal Lavage in Complicated Acute Diverticulitis Back to the Future / Ricardo Escalante G, Leonardo Bustamante-Lopez, Ana Lizcano [et al.]// J Clin Gastroenterol. — 2016. — Supp.1— P.1-4

**РОЛЬ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

В статье приведены результаты обследования и лечения 178 пациентов, которые были прооперированы по поводу различных форм дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). С использованием видеолапароскопической техники было прооперировано 92 больных, из них 59 в ургентном порядке. В исследовании установлено, что оперативное лечение больных с осложненной ДБТК лучше проводить с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, о чем свидетельствует меньшая длительность операции 73,4 + 6,2 мин по сравнению с открытыми операциями – 118,4 + 7,3 мин и меньший койко-день – 6,1 + 0,7 дн (открытые операции -11,3 + 1,2 дн). Повторные плановые радикальные операции по поводу ДБТК предпочтительнее выполнять лапароскопически, о чем свидетельствует меньшее число осложнений (6,7% по сравнению с открытыми операциями – 10,1%).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: толстая кишка, острый дивертикулит, дивертикулярная болезнь.

**ROLE OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES
IN THE TREATMENT OF COLONIC DIVERTICULAR DISEASE**

The results of examination and treatment of 178 patients who were operated for complicated forms of diverticular disease of the colon. Using technology videolaparoscopic 92 patients were operated, 28 of them in urgent procedure and 9 of planned surgical intervention. The study found that surgical treatment of patients with complicated colonic diverticular disease is best done using a video endoscope equipment, as evidenced by lower operative time of 73.4 + 6.2 min compared to open surgery - 118.4 + 7.3 minutes and less hospital stay - 6.1 + 0.7 days (open operations -10.3 + 1.2 days). Repeated planned radical surgery preferable to perform laparoscopically, as evidenced by fewer complications (6.7% as compared to open surgery - 10.1%).

TAGS: colon, acute diverticulitis, diverticular disease.

УДК: 617-001.45-08:001.76

ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН

В.Ю.Шаповалов^{1,2}, О.С.Герасименко^{1,2}

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону¹
Одеський національний медичний університет²*

Проведено аналіз результатів лікування тисяча 1532 поранених з вогнепальними пораненнями різної тяжкості і локалізації. Поранення найчастіше носили поєднаний характер з переважним ураженням кінцівок, нерідко ускладнювалися розвитком травматичної хвороби з тривалими термінами стаціонарного лікування.

Поряд з проведенням первинної, повторної і вторинної хірургічної обробки вогнепальних ран, 187 пораненим застосували V.A.C.-терапію; 211 - ультразвукову кавітацію ран; 32 - обробку ран повітряно-плазмовим апаратом «Плазон»; 43 - стовбурові клітини і плазму, збагачену тромбоцитами (у вигляді внутрішньовенного і внутрішньоартеріального введення, а також місцево - у вигляді аплікацій та обколювання ран), 14 - гемосорбцію, 27 - плазмаферез, 214 - гіпербаричну оксигенацію. Для стабілізації кісткових уламків довгих кісток кінцівок 276 пораненим застосовували позавогнищевий остеосинтез стрижневими апаратами зовнішньої фіксації з подальшою заміною методу фіксації на занурювальний остеосинтез. Для закриття великих дефектів м'яких тканин 47,2% поранених застосували невільні методи шкірної пластики, 45,4% - вільні методи і 7,4% - комбіновані методи пластичних операцій. При пораненнях органів черевної та грудної порожнин 27 пораненим застосували відеолапароскопію, 14 - відеоторакоскопію.

Ускладнення склали 3,2%, померло 2 пацієнта з тяжкими черепно-мозковими травмами, несумісними з життям.

ВИСНОВКИ.

1. При лікуванні вогнепальних поранень слід застосовувати всі наявні в арсеналі сучасні методи;
2. Застосування сучасних антибактеріальних препаратів, відносно короткі витрати часу на евакуацію по Україні, наближення елементів спеціалізованої хірургічної допомоги до поля бою, скорочення кількості етапів медичної евакуації, дозволяє віддавати перевагу органозберігаючій тактиці.

ГІБРИДНІ, ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ТА ВІДКРИТІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Шапринський В.В., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Шамрай-Сас А.В.,
Наболотний О.І., Шаповалов Д.Ю.

*Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини
Державного управління справами*

За результатами передопераційного ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) артерій 212 пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у 78 (36,8%) були багатоповерхові ураження артеріального русла (БПУАР). Пацієнти були розподілені на дві групи. Першу (дослідна група) склали 50 пацієнтів (64%), яким відновлено прохідність БПУАР відкритим та ендовасккулярним методом, або тільки ендовасккулярно. До другої (контрольної) групи увійшли 28 пацієнтів (36%), яким виконано відновлення прохідності проксимального сегменту без втручання на артеріях дистального русла. Протягом періоду 16 міс. післяопераційного спостереження 78 пацієнтів з БПУАР, первинна прохідність зони стегової реконструкції в дослідній групі становила 92%, збереження кінцівки – 96%. В контрольній групі прохідність зони реконструкції становила 75%, збереження кінцівки – 82%. Встановлено, що найбільш оптимальним методом відновлення шляхів притоку та відтоку є одномоментні гібридні оперативні втручання, проведені у 88% таких пацієнтів, що дозволяють ефективніше досягти регресу ішемії та зберегти кінцівку.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: критична ішемія нижніх кінцівок, гібридна операція, ендовасккулярна операція, цукровий діабет, багатоповерхове ураження артеріального русла.

У більш як 97% випадків причиною хронічної ішемії нижніх кінцівок є атеросклероз артерій нижніх кінцівок. За даними National Health and Nutritional Examination Survey, у виборці з 2174 людей у віці більше 40 років, розповсюдженість захворювань артерій нижніх кінцівок коливається від 2,5% у віковій групі 50 – 59 років, до 14,5% у віковій групі старше 70 років [1, 2]. За даними німецького дослідження, поширеність симптоматичних та асимптоматичних захворювань артерій нижніх кінцівок у чоловіків віком 45—49 років становила 3,0 %, у віці 70-75 років до 18,2 %. У жінок показники склали 2,7 % та 10,8 % відповідно [3]. Крайнім ступенем прояву атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок є КІНК. В основі її патогенезу є прогресуюче ураження артеріального русла такої вираженості, при якій компенсаторні механізми (гемодинамічні і метаболічні) не в змозі попередити, викликане падінням перфузійного тиску, пригнічення перфузії і циркуляторну гіпоксію тканин дистальних відділів кінцівки навіть у стані спокою. Кількість випадків КІНК складає від 50 до 100 на кожні 100 тис. населення популяції Європейських держав та США [4]. У найбільш ґрунтовному проспективному дослідженні епідеміології КІНК серед мешканців Північної Італії (Catalano) [5] кількість випадків складає 45-65 на 100 тис.

За результатами якісних мультицентрових рандомізованих плацебоконтрольованих досліджень, у частини пацієнтів, в яких з різних причин не вдається провести ре-

конструктивну операцію на артеріях, через 6 місяців спостерігається втрата кінцівки в 40 %, та смертність до 20 %. Кількість великих ампутацій коливається від 120 до 500 на 1 млн населення у загальній популяції щороку. Через 2 роки після ампутації нижче коліна помирають до 30% пацієнтів, в інших 15 % виконують реампутацію вище коліна, у 15 % — контралатеральну ампутацію [6, 7].

При ЦД атеросклеротичний процес має дифузний характер і схильність до полісегментарного ураження периферичних артерій [8]. Особливістю діабетичного ураження артеріального русла є багаторівневий стенотично-оклюзійний процес в артеріях середнього і дрібного калібру та наявність діабетичної мікроангіопатії [9]. При діабетичному атеросклерозі кровопостачання порушується, як правило, за рахунок погіршення колатерального кровообігу і зниження судинного резерву [10]. Патоморфологічними проявами уражень артерій у хворих на ЦД є медіакальциноз Менкеберга та дифузний фіброз інтими [11].

У таких пацієнтів із КІНК та БПУАР, для досягнення кращих результатів прохідності артеріального русла в найближчому та віддаленому періодах, необхідним є реваскуляризація артерій привідного (проксимального) та відвідного (дистального) кровотоку. Це може бути досягнуто у поєднанні ендоваскулярних багаторівневих реваскуляризацій, у використанні розширених відкритих артеріальних реконструкціях, або у гібридних (поєднанні ендоваскулярних та відкритих реваскуляризацій) в одну або декілька сесій [12, 13, 14].

МЕТА РОБОТИ. Оцінити можливості та ефективність ендоваскулярних, відкритих та гібридних артеріальних втручань на нижніх кінцівках, зокрема у пацієнтів із багатоповерховим ураженням артеріального русла, шляхом проведення ретроспективного аналізу лікування критичної ішемії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В хірургічному центрі стаціонарної хірургічної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з 2014 по 2017р. перебувало на лікуванні 212 хворих на атеросклероз артерій нижніх кінцівок, ускладнений критичною ішемією нижньої кінцівки III, IV ст. за Fontaine (або IV, V, VI за Rutherford). Кількість прооперованих кінцівок було 218. Середній вік хворих становив 64,3 роки, жінок було 69 (32,5%), чоловіків 143 (67,5%). Пацієнтів, що мали супутній ЦД було 83 (39%). Всім пацієнтам проводили УЗДС артерій нижніх кінцівок із вивченням гемодинамічних характеристик кровотоку (апарати УЗ-сканери Mindray M5 та Samsug Medison R3). Пацієнтам, що підлягали оперативному лікуванню, проводилась рентгенангіографія (ангіограф Philips Alura F920) для визначення анатомічних особливостей артеріальних уражень. Кісточково-плечовий індекс (КПІ) визначали із використанням сліпого доплеру (склав в середньому 0,35; у пацієнтів із супутнім ЦД в середньому склав 0,51).

За результатами передопераційного ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) артеріального русла нижніх кінцівок у 78 (36,8%) з усіх випадків констатовано

БПУАР, що стало предметом досліджень.

Усім 212 пацієнтам було проведено 218 оперативних втручань. Серед них 101 (46,3%) рентгенендоваскулярних втручань; 33 (15,2%) - гібридних та 84 (38,5%) - відкритих оперативних методи ревазуляризації нижніх кінцівок.

Усі 78 випадків з БПУАР були розподілені на дві групи. Першу (дослідна група) склали 50 пацієнтів (64%), яким з метою корекції явищ критичної ішемії виконано відновлення прохідності здухвинно-гомількового артеріального сегменту одним з хірургічних способів (шунтування або ендартеректомія) в поєднанні з балонною ангіопластикою стегнової, підколінної артерії, тібіоперонеального стовбуру та гомількових артерій в різних комбінаціях, або тільки ендоваскулярно. До другої (контрольна група) увійшли 28 пацієнтів (36%), яким виконано відновлення прохідності здухвинно-підколінного артеріального сегменту без втручання на артеріях дистального русла (за різними причинами).

Варіанти поєднання хірургічних втручань у пацієнтів дослідної групи наведено в таблиці 1.

Таблиця 1 ВИДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ (ДОСЛІДНА ГРУПА)

Варіант відкритої реконструкції стегнового сегменту	Кількість хворих	Сегмент ангіопластики і кількість процедур
	n = 50	
Здухвинно-стегнове або стегново-підколінне шунтування	34 (68%)	Тібіоперонеальний стовбур і передня великогомілкова артерія – 16 (47%)
		Підколінна артерія і задня великогомілкова артерія – 5 (14,7%)
		Тібіоперонеальний стовбур і задня великогомілкова артерія – 4 (11,8%)
		Передня великогомілкова і малогомілкова артерія – 9 (26,5%)
Ендартеректомія на стегновому сегменті з пластикою артерії заплатою	10 (20%)	Тібіоперонеальний стовбур і передня великогомілкова артерія – 4 (40%)
		Передня великогомілкова і задня великогомілкова артерія – 6 (60%)
Не проводилась	6 (12%)	Здухвинний і стегновий сегмент - 2 (33,3%)
		Стегновий сегмент і задньовеликогомілкова артерія- 4 (66,7%)

В контрольній групі, що складала 28 хворих, була виконана реконструкція стегнового артеріального сегменту шляхом шунтування у 18 (64%) випадках і шляхом ендартер-

тромбектомії з пластикою артерії заплатаю у 10 (36%) випадках.

Шунтуючі оперативні втручання були проведені із використанням штучних протезів у 59%, аутовенозного матеріалу великої підшкірної вени (ВПВ) у 18% та комбінації алоаутовенозного матеріалу – 23%. Тромендартеректомію проводили прямим та непрямим способом із використанням кілець Vollmar та катетера Fogarty. В якості заплати для артерії після ендартеректомії застосовувався сегмент ВПВ або його притоку.

При проведенні ендovasкулярного втручання застосовували інтродюсер 5-6 Fr пункційним доступом за Сельдінгером, або через сформований шунт, або через ендартеректомний доступ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

Протягом періоду післяопераційного спостереження який в середньому становив 16 місяців, отримано дані 212 пацієнтів які підлягали у 46,3% випадків – ендovasкулярному втручання, 15,2% випадків одномоментним гібридним процедурам, та у 38,5% відкритому втручання на артеріях. Показники технічного і гемодинамічного успіху склали 94%, 92% та 89% ретроспективно.

За результатами лікування найбільш складних 78 пацієнтів із БПУАР, в 50 пацієнтів дослідної групи у 4 (8%) хворих з ЦД виник тромбоз зони стегово-підколінної реконструкції. Пацієнтам була виконана тромбектомія з шунта та ангіографія на якій був верифікований рестеноз артерій підколінно-гомількового сегменту та виконана повторна ангіопластика. У 3 хворих з хорошим безпосереднім результатом. У 1 хворого регресу ішемії досягти не вдалося, виконана ампутація на рівні середньої третини стегна за місцем проживання. Ще у одного хворого виконана ампутація в нижній третині стегна, через 6 місяців після повторної реваскуляризації.

З 28 пацієнтів контрольної групи, яким було виконано ізольовану артеріальну реконструкцію стегового сегменту (без реваскуляризації дистального русла за різних причин), протягом періоду спостереження у 7 (25%) пацієнтів виник тромбоз зони стегово-підколінної реконструкції. Пацієнтам була виконана тромбектомія з шунта або ендартеректомного сегменту на якій було констатовано БПУАР стегово-гомількового сегменту. В 5 хворих була виконана ангіопластика – у 2 з позитивним результатом, у 3 хворих виконана ампутація кінцівки на рівні середньої третини стегна. У двох пацієнтів, які відмовились від операцій спостерігалось прогресування ішемії та симптоматичне лікування за місцем життя. (Один помер від інфаркту міокарду, другому виконано високу ампутацію кінцівки у верхній третині стегна за місцем проживання).

Таким чином, первинна прохідність зони стегової реконструкції у пацієнтів дослідної групи при застосуванням методів гібридної хірургії протягом періоду спостереження становила 92%, збереження кінцівки – 96%. У пацієнтів контрольної групи, яким була виконана ізольована реконструкція стегового артеріального сегменту без реваскуляризації дистального русла, прохідність зони реконструкції становила 75%, збереження кінцівки – 82%.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів з багатоповерховим стенотично-оклюзійним ураженням артерій нижніх кінцівок, тривалість прохідності зони реконструкції залежить від периферійного опору в артеріях, що виникає внаслідок погіршення перфузії периферичних тканин, які перебували тривалий час в стані важкої ішемії.
2. За умови поєднання оклюзії здухвинно – стегового сегменту із стенотично-оклюзійним ураженням артерій підколінно-гомількового сегменту, застосування одномоментної реваскуляризації двох поверхів стено-оклюзивного ураження артеріального русла дозволяє розширити покази до реваскуляризації артерій у даної категорії хворих та достовірно покращити результати лікування у вигляді регресії ішемії, збільшенні дистанції безбольової ходи та збереження кінцівки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Pityk O.I. Alternative approaches to endovascular revascularization of lower limbs of patients with critical ischemia. *Hart & Vessels*. 2015;(1):70-6. [In Ukrainian].
2. Mishalov V.G., Chernyak V.A. Treatment of critical lower limb ischemia in patients with combined high-rise lesions of the aorta and its branches. *Bulletin of Urgent and Recovery Medicine*. 2010;(3):377–9. [In Ukrainian].
3. Kroger K., Stang A., Kondratieva J. Prevalence of peripheral arterial disease results of the Heinz Nixdorf recall study. *Eur J Epidemiol*. 2006;(21):279—85.
4. Nikulnikov PI, Bytsai AN, Ratushnyuk AV, Liskunov AV. Features of surgical tactics in multilevel occlusive-stenotic lesions of the femoral-abortive arterial segments. *Kharkivska hirurgichna shkola*. 2013;(3):148-51. [In Ukrainian].
5. Catalano M. Epidemiology of critical limb ischaemia: North Italian data. *Eur J Med*. 1993;(2):11–14.
6. Sobel M., Verhaeghe R. Antithrombotic therapy for peripheral artery occlusive disease: American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;(133):815S-843S.
7. Litvinova N.Y., Mishalova A.V., Zavadovsky E.V. Recommendations of the European Society of Cardiologists for Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases. *Hart & Vessels*. 2011;(4):19-35.
8. Gandini R., Uccioli L., Spinelli A. Alternative techniques for treatment of complex below-the knee arterial occlusions in diabetic patients with critical limb ischemia. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013;(36):75–83.
9. Kanne WB. Risk factors for atherosclerotic cardiovascular outcomes in different arterial territories. *JCardiovasc Risk*. 1994;(1):333-9.
10. V. dos Santos, Alves C., Fidelis C. Arteriographic findings in diabetic and nondiabetic patients with critical limb ischemia. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2013;59;(6):557–62.
11. Ruiter M. S., van Golde J. M., Schaper N. C. Diabetes impairs arteriogenesis in the peripheral circulation: review of molecular mechanisms. *Clin. Sci. (Lond)*. 2010;(119):6:225-38.
12. Setacci C., Sirignano P., Galzerano G. Endovascular first as «preliminary approach» for critical limb ischemia and diabetic foot. *J. Cardiovasc Surg (Torino)*. 2013;(54):679–84.
13. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler M.R., Harris K.A., Fowkes F.G.R.. Intersociety consensus for the

management of peripheral arterial disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33:S5-S75.

14. Jens S, Conijn AP, Koelemay MJ, et al. Randomized trials for endovascular treatment of infrainguinal arterial disease: systematic review and meta-analysis (Part 2: Below the knee). Eur J Vasc Endovasc Surg 2014;47(5):536-44.

HYBRID, ENDOVASCULAR AND OPEN SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF CRITICAL ISCHEMIA OF THE LOWER EXTREMITIES

V. Shaprynskyi, Y. Gupalo, O. Shved, A. Shamray-Sas, O. Nabolotnyi, D. Shapovalov

Scientific-Practical Center for Preventive and Clinical Medicine State Administration of Affairs, Kyiv

The results of the preoperative ultrasound duplex scan (UDS) of the arteries of 212 patients with critical ischemia of the lower limbs (CILL) showed, that in 78 (36.8%) were multilevel arterial lesions (MLAL). Patients were divided into two groups. The first (main group) consisted of 50 patients (64%), who have been restored to the open-end and endovascular methods of MLAL, or only endovascular. The second (control) group included 28 patients (36%) - with restoration of permeability of the proximal segment without intervention on the arteries of the distal. During the period of 17 months, postoperative observation of 78 patients with MLAL, the primary frontal area of the femoral reconstruction in the main group was 92%, and limb preservation - 96%. In the control group, the permeability of the reconstruction zone was 75%, limb preservation - 82%.

It has been established that the most optimal method of recovery of inflow and outflow pathways is one-time hybrid surgical interventions performed in 88% of these patients, which allow to achieve more effectively the recurrence of ischemia and maintain limb.

KEY WORDS: critical ischemia of the lower extremities, hybrid surgery, endovascular surgery, diabetes mellitus, multilevel arterial lesion.

УДК 611.423.011013:611.2/611.6

ВТОРИННИЙ АНГІОГЕНЕЗ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ

Шевченко О.О., Назар П.С., Левон М.М., Зоренко О.В., Селіванов С.С.

За допомогою методу трансмісійної електронної мікроскопії вивчені структурні аспекти вторинного ангіогенезу функціонально різних органів в пренатальному онтогенезі людини. Бруньки росту виникають на базальній поверхні матричних ендотеліоцитів вже існуючих кровоносних мікросудин. Протягом новоутвореної мікросудини виявлені чотири зони, які відрізняються ультраструктурною будовою судинної стінки, що обумовлює різну ступень проникності та і різні бар'єрні властивості кожної ділянки. Новоутворенні мікросудини анастомозують між собою і формують судинні сітки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вторинний ангіогенез, бруньки росту, ендотеліоцити, новоутворенні мікросудини, пренатальний онтогенез.

Новоутворення кровоносних мікросудин, тобто ангіогенез відіграє значну роль у патогенезі ішемічних станів, у розвитку запальних процесів, регенерації та пухлинного росту [2,3,5,8]. В пренатальному періоді онтогенезу ангіогенез забезпечує нормальний розвиток органів та тканин [1]. Стимуляція вторинного ангіогенезу - це один із сучасних аспектів лікування та профілактики ішемічних станів та прискорення регенеративних процесів. Гальмування вторинного ангіогенезу сприяє уповільненню темпів розвитку злякисних новоутворень [7]. Існує два принципово різних механізми утворення мікросудин: первинний ангіогенез і вторинний ангіогенез. Первинний ангіогенез спостерігається тільки в ембріональному періоді розвитку [1]. У подальшому судини утворюються шляхом вторинного ангіогенезу або неоваскулогенезу [1,4,6]. Найбільш активно вторинний ангіогенез в нормальних умовах протікає в пренатальному періоді морфогенезу [1,3].

МЕТА РОБОТИ. На субмікроскопічному рівні дослідити структурні механізми вторинного ангіогенезу в пренатальному періоді розвитку людини.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. За допомогою традиційного метода електронної мікроскопії вивчені структурні закономірності вторинного ангіогенезу функціонально різних органів людини протягом пренатального періоду онтогенезу. Матеріал для дослідження (плоди людини віком 2-9 місяців внутрішньоутробного розвитку) був отриманий з акушерських та гінекологічних відділень клінічних лікарень м. Києва після спонтанних абортів і передчасних пологів від практично здорових матерів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Першою стадією вторинного ангігенезу є утворення бруньок росту, які на ранніх стадіях пренатального онтогенезу утворюються із матричних ендотеліоцитів протокапілярів. В подальшому процеси брунькоутворення найбільш часто спостерігається в стінці капілярів і посткапілярних венул. Бруньки росту формуються унаслідок високої рухливості люмінальної і базальної поверхні ендотеліальної вистілки. Вздовж однієї матричної мікросудини може виникати декілька бруньок росту. Одним із перших етапів формування бруньки росту є з'єднання між собою відростків ендотеліоцитів на люмінальній поверхні, які в просвіті судини утворюють невеликі компартменти, що на поперечних зрізах обумовлюють його багатоканальність. Бруньки росту вибухають назовні в ділянці руйнації базальної мембрани. Зовнішня поверхня бруньки росту нерівна і містить чисельні мікрровирости і відростки різної довжини. Брунькам росту притаманна висока електронна щільність цитоплазми, наявність великої кількості рибосом і мікропіноцитозних везикул. На ранніх стадіях новоутворення мікросудини брунька росту ще не має просвіту. Подовження бруньок росту здійснюється за рахунок мітотичного поділення ендотеліальних клітин. Початку реплікації ендотеліальних клітин передують посилення їх рухливості і активні зміни цитоскелету. Паралельно бруньці росту, яка росте у довжину, визначаються відростки фібробластів, які її супроводжують. Інколи зовні над верхівкою бруньки росту дугоподібно розташовані відростки фібробластів або сам фібробласт, відростки якого тягнуться вздовж бруньки росту. Волокнисті структури і відростки фібробластів створюють своєрідні "рейки" для росту судин у визначеному напрямку. Інтерстиційний матрикс також визначає процеси міграції і орієнтацію судин, що ростуть, в тканинному мікрорегіоні. В стінці новоутворених мікросудин і в матриксі, який їх оточує, визначається велика кількість фибронектину, який створює оптимальні умови для розпластування і міграції ендотеліоцитів. Клітини паравазальної сполучної тканини, переважно фібробласти, супроводжують бруньку росту. Верхівка бруньки росту оточена фібробластом, який, можливо, допомагає в процесі міграції долати опір оточуючих тканин. Поступово в бруньці росту формується просвіт, що приводить до утворення мікросудини. Визначається два механізми формування просвіту новоутворених судин: міжендотеліальний та внутрішньоендотеліальний. У разі формування просвіту новоутвореної судини міжендотеліальним засобом відбувається з'єднання ендотеліальних відростків з наступним розширенням щілин між ними. Злиття чисельних вакуолей різного діаметру в цитоплазмі ендотеліоцитів призводить до формування просвіту новоутвореної судини внутрішньоендотеліальним засобом. Просвіт новоутвореної мікросудини, як правило, має складну конфігурацію за рахунок чисельних тонких цитоплазматичних відростків, які анастомозують між собою. Досить часто цитоплазматичні відростки зливаються між собою, утворюючи щільні міжендотеліальні контакти досить значної протяжності. Унаслідок формування щільних міжендотеліальних контактів просвіт новоутвореної судини поділяється на декілька компартментів, що, можливо, в подальшому приводить до формування окремих мікросудин. За даними електронної мікроскопії на протязі новоутвореної судини можна виділити такі зони: зона відносно диференційованої суди-

ни поблизу відходження від матричної судини (I зона), перехідна зона (II зона), слабо розвинута зона поблизу верхівки новоутвореної судини (III зона), верхівка новоутвореної судини (IV зона). Новоутворені мікросудини широко анастомозують між собою і формується судинна сітка. Клітинне мікрооточення поліморфно і визначається зоною новоутвореної судини. В подальшому відбувається диференціювання фрагментів судинних сіток у ланки гемомікроциркуляторного русла. Визначальним фактором в диференціації артеріолярних і венулярних мікросудин є умови регіонарної гемодинаміки в тканинному мікрорегіоні. Метаболічний фактор визначає розвиток і щільність кровонесних капілярів.

ВИСНОВКИ

1. Першою стадією вторинного ангиогенезу є утворення бруньки росту із матричного ендотеліоцита вже існуючої судини унаслідок високої рухливості люмінальної і базальної поверхні ендотеліальної вистілки.
2. Виявлені чотири зони новоутвореної судини, які відрізняються ультраструктурною будовою судинної стінки, що обумовлює різну ступень проникності та і різні бар'єрні властивості кожної ділянки.
3. Клітинне мікрооточення новоутвореної судини поліморфно в кожній її зоні.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобрік І.І., Шевченко Е.А., Черкасов В.Г. Развитие кровеносных и лимфатических сосудов. Киев, Здоров'я, 1990.- 206 с.
2. Великанова Е.А. Влияние сосудисто-эндотелиального ростового фактора в свободной и липосомальной формах на ангиогенез в условиях экспериментального инфаркта миокарда / Е.А.Великанова, А.С.Головки, Р.А.Мухамадияров // Фундаментальные науки. - 2014, № 10-3. – С.482-486.
3. Гелашвили П.А., Морфологический и математический анализ развивающихся микрососудов скелетных мышц у плодов человека и при посттравматической регенерации и эксперименте/ Гелашвили О.А., Юхимец С.Н.//Морфология.-2008.-т.133,№2.-С.31.
4. Гурин Я.В. Морфологический анализ новообразованных сосудов и клеточного микроокружения // Ж. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.-2009.-Том147-№11.С.593-596.
5. Деев Р.В. Результаты применения генотерапевтического препарата «Неоваскулген» у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей: 1 год наблюдений / Р.В.Деев, Р.Е.Калинин, Ю.В.Червяков и др //Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2011. - № 4. – С.20-25.
6. Куприянов В.В., Миронов В.А., Миронов А.А. Гурина О.Ю. Ангиогенез. Москва, Квартет. 1993.- 188 с.
7. Парфенова Е.В. Терапевтический ангиогенез: достижения, проблемы, перспективы / Е.В.Парфенова, В.А.Ткачук // Кардиологический вестник.- 2007.-№ 2.- с.5-13.
8. Шурыгин М.А. Фактор роста фибробластов как стимулятор ангиогенеза при инфаркте миокарда / М.А. Шурыгин, И.А. Шурыгина // Бюллетень СО РАМН.- Т.30.- № 6.- 2010.- С.89-92.

УДК 611.423.011013:611.2/611.6

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОГО АЛГОРИТМУ ПРИ СИНДРОМІ ХИБНОГО «ГОСТРОГО» ЖИВОТА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Шевченко В.В., Братушка В.О.,
П'ятикоп Г.І., Кобилецький С.М., Дмитренко О.П.

*СумДУ, медичний інститут,
Сумська обласна клінічна лікарня.*

У постраждалих з поєднаною закритою травмою живота при наявності черепно-мозкової травми з порушенням вербальним спілкуванням фізикальне обстеження неінформативне. У хворих можуть спостерігатися хибні симптоми гострого живота, що можуть приводити до даремної лапаротомії, яка погіршує стан хворих. Пропонується розроблений діагностичний алгоритм, що включає УЗД, КТ черевної порожнини і мінілапаротомію, з метою уникнення нелікувальних лапаротомій у постраждалих з поєднаною краніоабдомінальною травмою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: краніоабдомінальна травма, синдром «хибного» гострого живота, діагностичний алгоритм

В Україні, як і в усьому світі, щорічно зростає число тяжких поєднаних травм з пошкодженням органів черевної порожнини, що супроводжуються високою до 36–50% летальністю. Більше ніж у 70% випадків компонентом політравми є краніальна травма, яка спотворює класичні симптоми гострого живота у постраждалих. Це може приводити або до несвочасної діагностики цих пошкоджень і втрати часу для проведення екстреної операції, або, навпаки, до невиправданої лапаротомії при відсутності внутрішньочеревних пошкоджень.

Мета: Розробити ефективний діагностичний алгоритм у постраждалих з поєднаною краніоабдомінальною травмою (ПКАТ) для оптимізації діагностики пошкоджень органів черевної порожнини.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз 186 історій хвороб хворих з ПКАТ, що лікувалися у реанімаційному, нейрохірургічному і хірургічному відділеннях СОКЛ за період з 2010 по 2016 років. Чоловіків було – 142 (76,3%), жінок – 46 (23,7%). Вік постраждалих – від 16 до 82 років. Переважали особи працездатного віку, питома вага яких склала – 72,7%. Механізм отримання травми відрізнявся, але провідною причиною тяжких пошкоджень була дорожньо-транспортна травма у 106 (57%) випадків, кататравма мала місце у 70 (37,6%) постраждалих, насильницькі дії у 16 (8,6%). Для характеристики тяжкості пошкоджень використовувалася AIS (Abbreviated Injury score), для оцінки тяжкості ЧМТ – CGS (коматозна шкала Глазго).

Результати та обговорення: У постраждалих із ПКАТ, що мали порушення свідомості (< 12 балів за CGS) з порушенням або повністю відсутнім вербальним контактом фізикальне обстеження живота – не інформативне, воно може бути об'єктивним лише

при достатньо збереженій свідомості (> 12 балів за CGS). Серед шпиталізованих хворих з ПКАТ з легкою черепно-мозковою травмою (> 12 балів за CGS) у 14 (7,5%) постраждалих при фізикальному обстеженні визначалися переконливі позитивні симптоми «гострого» живота. Хворі рандомізовані на 2 групи: першу – склали 6 осіб, у яких використано для діагностики інтраабдомінальних пошкоджень лапароцентез, що був розцінений як позитивний і це стало показанням для екстреної лапаротомії. У постраждалих другої групи в діагностичний алгоритм включали УЗД органів черевної порожнини, КТ черевної порожнини і мінілапаротомію. Субопераційно у постраждалих першої групи у 2 випадках виявленні пошкодження печінки 3 ступеню за AIS, в одному випадку пошкодження селезінки 4 ступеня за AIS. У цих хворих фізикальне обстеження, доповнене лапароцентезом було інформативним, показання для оперативного втручання були абсолютні. В інших трьох осіб субопераційно знайдено: в одному випадку незначне поверхнєве пошкодження великого чепця із зупиненою кровотечею на момент лапаротомії, у двох хворих – заочеревинна гематома з дифузією геморагічної рідини через очеревину. У цих постраждалих лапаротомія не мала лікувального характеру, а лиш сприяла погіршенню їх стану. У хворих другої групи використано розроблений діагностичний алгоритм. Діагноз інтраабдомінальних пошкоджень, які вимагали екстреного оперативного втручання визначено у 4 постраждалих, у інших 4 випадках, незважаючи на наявність яскравої клінічної картини «гострого живота» вдалося уникнути даремної лапаротомії.

Висновки: При поєднанні закритої травми живота із черепно-мозковою, у постраждалих можуть визначатися хибно позитивні симптоми «гострого» живота. Для уникнення даремних лапаротомій у цих постраждалих, доцільно використовувати розроблений алгоритм обстеження, що включає УЗД, КТ черевної порожнини і мінілапаротомію. Мінілапаротомія більш ефективна у діагностиці закритої абдомінальної травми порівняно із лапароцентезом.

MITTEL SCHMERZ SYNDROME ТА МОЖЛИВОСТІ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ НЕОБГРУНТОВАНИХ АПЕНДЕКТОМІЙ

Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Братушка В.О., Шевченко В.В., Копиця Т.В., Шимко В.В., Кобилецький С.М., Мисловський І.А., Попадинець В.М., Гресько І.Я.

*СумДУ, медичний інститут
Сумська обласна клінічна лікарня.*

Апендектомія - одне із найбільш розповсюджених оперативних втручань в хірургічній практиці. Гострий апендицит (ГА) на протязі життя виникає у 6-7 % населення. До невіршених проблем лікування ГА відносяться не тільки пізня діагностика з розвитком тяжких ускладнень але і «даремні» апендектомії з видаленням морфологічно незмінених червоподібних відростків, частота яких різних клініках досягає 20-40 % (в середньому 30%). «Даремні» апендектомії не є безпечними для хворих, вони можуть приводити до розвитку не бажаних наслідків як в ранньому, так і в віддаленому післяопераційному періоді. До останніх належать інфекційні ускладнення з боку рани, спайкова непрохідність, утворення гриж, вторинне безпліддя. Особливі труднощі у верифікації гострого апендициту виникають у жінок репродуктивного віку, у яких можливий перебіг генітальних захворювань під маскою апендициту. Так, у молодих жінок спостерігається больовий синдром в нижніх відділах живота, більше справа, пов'язаний з періодом овуляції (середина менструального циклу), так званий (Mittel Schmerz syndrom), що може давати підстави для проведення «даремної» апендектомії.

Більшість сучасних клініцистів і морфологів не визнають діагноз простий апендицит, вважаючи що морфологічного субстрату запалення у простого апендициту не існує. Таким чином, частота морфологічного заключення – простий апендицит у прооперованих хворих може свідчити про якість діагностики і кількість необгрунтованих апендектомій.

МЕТА: Вивчити частоту необгрунтованих апендектомій у жінок репродуктивного віку, в яких овуляторний синдром маскував клінічну картину гострого апендициту, та визначити можливості їх зменшення..

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб хворих, прооперованих з приводу гострого апендициту в хірургічному відділенні СОКЛ за 2016 рік. Всього виконано 127 апендектомій. Відношення прооперованих жінок і чоловіків було 2,3:1.. Чоловіків було 38 (29,9%), жінок – 89 (71,1%), серед них репродуктивного віку 55 (43,3%). Середній вік жінок із збереженою менструальною функцією склав 27,3 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. При аналізі отриманих результатів морфологічного дослідження у цій групі жінок простий апендицит був у 10(18,2%), катаральний у 21(38,2%), флегмонозний – 23(41,8%), гангренозний -1(1,8%). У переважної більшості обстежених хворих діагноз ґрунтувався на результатах фізикального обстеження, даних клінічного аналізу крові і сечі. Екстрена ультрасонографія виконувалася лише у 30% випадках, а комп'ютерна томографія і діагностична лапароскопія не проводилися. Таким чином, морфологічні дослідження видалених червоподібних відростків у 10 із 55 (18,2%) жінок репродуктивного віку показали відсутність морфологічних змін, що свідчить про можливість уникнути проведення екстреної апендектомії у них.

ВИСНОВКИ: Отримані результати повинні акцентувати увагу хірургів на необхідність більш детального передопераційного обстеження жінок репродуктивного віку з обов'язковим включенням огляду лікаря-гінеколога, проведення УЗД – дослідження органів черевної порожнини і геніталій, комп'ютерної томографії, а в неясних випадках використання діагностичної лапароскопії. Проведення лапароскопії буде сприяти верифікації діагнозу і зменшенню числа необґрунтованих апендектомій.

УДК 616.33-006.6-005.1-089.87-089.844:616.343

ОДНО- И ДВУХМОМЕНТНАЯ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА И ГАСТРОЕЮНОПЛАСТИКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Шепетько Е.Н., Бельский А.Б., Гармаш Д.А., Козак Ю.С., Кошман И.С.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

АКТУАЛЬНОСТЬ. Коррекция последствий тотальных гастрэктомий (ГЭ) при острокровоточащем раке желудка требует дальнейшего совершенствования в направлении улучшения качества жизни оперированных пациентов. Интерес представляют технические особенности формирования искусственного тонкокишечного резервуара или еюногастропластики (ЕГП) после ГЭ. Последствия субтотальной резекции желудка (РЖ) при острокровоточащем раке антрального отдела желудка при развитии патологических синдромов (демпинг-синдрома, малого желудочка, снижения массы тела, еюно-эзофагеального рефлюкса) обуславливают необходимость в разработке и внедрении новых оперативных вмешательств для улучшения результатов лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Анализу подвергнуты 30 пациентов после ГЭ в сочетании с ЕГП при острокровоточащем раке желудка. Мужчин было 22 (73%), женщин – 8 (27%). Разработан способ аппаратной (циркулярными и линейными степлерами) гастроюнопластики (ГЕП) с использованием петли тощей кишки для увеличения объема культи желудка после субтотальной РЖ (Пат. UA № 103895 U, 2015). Оперировано двое мужчин в возрасте 42 и 58 лет с кровоточащим раком антрального отдела желудка T2N0M0 и T1N0M0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. У 68% пациентов, которым выполнена ЕГП, верифицирована IIIст. и IVст. опухолевого процесса. При формировании искусственного желудочка (реконструктивной одномоментной ЕГП) применялись различные варианты и технологии: ЕГП ручным способом выполнена у 3 (10%), аппаратная – у 27 (90%), или в 9 раз чаще ($p < 0,0001$). ЕГП на выключенной петле по Ру применена у 6 (20%), Ω -loop ЕГП с брауновским соустьем - у 16 (53%), а у 8 (27%) выполнена реконструктивная аппаратная ЕГП в функционально выгодном варианте с включением ДПК. У 28 пациентов лимфодиссекция произведена в объёме D2, у двух – D1 с применением ультразвукового скальпеля и аппарата сварки биологических тканей. Летальных случаев не было. Разработана и внедрена концепция двухмоментной ЕГП после тотальной ГЭ при острокровоточащем раке желудка. На первом этапе выполняется ГЭ с

лимфодиссекцией. При развитии демпинг-синдрома, агастральной астении, снижения массы тела, нарушения дигестивной функции кишечного тракта в послеоперационном периоде и при отсутствии данных о прогрессировании опухолевого процесса на втором этапе через 4-6 месяцев (иногда 1-1,5 года) после тотальной ГЭ предпринимается реконструктивная ЕГП с созданием искусственного тонкокишечного резервуара. Разработаны шестнадцать вариантов аппаратной реконструктивной ЕГП без включения и с включением ДПК в пищеварительный транзит. Лучшие функциональные результаты получены после реконструктивной ЕГП с включением ДПК.

Разработан способ аппаратной ГЕП после субтотальной РЖ путем формирования тонкокишечного резервуара шиванием выкроенного сегмента тощей кишки линейным шивателем, наложением анастомоза между проксимальным концом сшитого сегмента тощей кишки и культей желудка циркулярным степлером, а дистальный конец сегмента тощей кишки шивают с двенадцатиперстной кишкой циркулярным степлером. Контрольное рентгенологическое исследование указало на увеличение общего объема культы-резервуар до 500-600 мл. Через 6 мес. и 1 год состояние больных хорошее, демпинг-синдрома, дефицита массы тела, анемии и прогрессирования опухолевого процесса не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Тотальную ГЭ у пациентов молодого и среднего возраста при острокровоточащем раке желудка целесообразно дополнять одномоментной ЕГП с включением ДПК.
2. Применение одно- или двухмоментной ЕГП после тотальной ГЭ улучшает качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.
3. У пациентов молодого и среднего возраста субтотальную дистальную РЖ при острокровоточащем раке антрального отдела желудка целесообразно дополнять реконструктивной ГЕП с включением ДПК.

МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАНЬОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Шудрак А.А., Колеснік О.О., Безносенко А.П., Звірич В.В.

Національний інститут раку

В останні роки разом із покращенням діагностичних технологій та впровадженням скринінгових досліджень збільшилась частота виявлення як передракових захворювань прямої кишки, так і раннього раку прямої кишки. Сучасні стратегії променевої терапії та хіміотерапії раку прямої кишки дають змогу суттєво впливати на патоморфоз. Все це створює підґрунтя для впровадження малоінвазивних хірургічних технологій в лікування раннього раку прямої кишки

МЕТА РОБОТИ. Проаналізувати ефективність застосування мініінвазивних ендоскопічних хірургічних технологій в хірургічному лікуванні раннього раку та передпухлинних захворювань прямої кишки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В період з 2016 по 2017рр у відділенні онкоколопроктології Національного інституту раку було виконано 37 мініінвазивних ендоскопічних оперативних втручань з приводу як раннього раку, так і передракових захворювань прямої кишки. Передопераційна діагностика здійснювалась за допомогою комбінації МРТ малого тазу за протоколом MERCURY та трансректального УЗД-дослідження. Показаннями до виконання трансанального ендоскопічного втручання була відсутність даних за ураження регіонарних лімфатичних вузлів та відсутність даних за наявність інвазивної карциноми (uT2, mT2). Для виконання оперативних втручань застосована платформа Karl Storz TEO.

РЕЗУЛЬТАТИ.

Чутливість та специфічність як МРТ, так і УЗД дослідження продемонстрували високі показники без статистично достовірної різниці – 95 та 93% для МРТ та 92 і 89% для трансректального УЗД. В структурі оперативних втручань виконано 33 ендоскопічні субмукозні дисекції та 4 повностінних резекції («full-thickness resection»). Інтраопераційних ускладнень не було. Перфорацій прямої кишки та конверсій не було. За результатами патоморфологічного дослідження 28 видалених пухлин (76%) мали будову папілярно-тубулярних аденом, 5 (14%) карцинома in situ, 3 (8%) – аденокарцинома T1 та 1 (3%) – аденокарцинома T2. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось.

ВИСНОВОК.

Застосування трансанальних мініінвазивних ендоскопічних оперативних втручань при ранньому раку прямої кишки та передракових захворюваннях є безпечним та онкологічно адекватним обсягом хірургічного втручання за умови високоспецифічної передопераційної діагностики.

ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Шудрак А.А., Колеснік О.О., Безносенко А.П., Звірнич В.В.

Національний інститут раку

Колоректальний рак, зокрема рак прямої кишки, продовжує займати провідні позиції в структурі онкологічної захворюваності дорослого населення в Україні. Хірургічне лікування із дотриманням сучасних принципів онкологічного радикалізму разом з неoad'ювантними та ад'ювантними методами дає можливість отримати задовільні віддалені результати. Малоінвазивні оперативні втручання, зокрема використання лапароскопічного оперативного доступу, є критично важливим на шляху до мінімізації периопераційної травми та покращення безпосередніх результатів та якості життя пацієнтів. В той самий час, існують обмеження застосування лапароскопічного оперативного доступу враховуючи ступінь поширеності та локалізацію пухлини, що потребують вивчення.

МЕТА РОБОТИ. Проаналізувати досвід відділення онкоколопроктології Національного інституту раку у виконанні лапароскопічних оперативних втручань та обґрунтувати диференційований підхід до вибору оперативного доступу при хірургічному лікуванні раку прямої кишки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

Оцінено безпосередні результати 76 лапароскопічних оперативних втручань з приводу раку прямої кишки.

РЕЗУЛЬТАТИ.

В структурі оперативних втручань в 64 випадках виконувались резекції прямої кишки із формуванням первинного анастомозу: низька передня резекція з тотальною мезоректумектомією (45 пацієнтів) та передня резекція із парціальною мезоректумектомією (19 пацієнтів). Основним видом післяопераційного ускладнення була неспроможність анастомозу: типу А – 1, типу В – 3, типу С – 2 випадки. Лапароскопічна черевно-промежинна екстирпація прямої кишки була виконана 7 пацієнтам, інтерсфінктерна резекція прямої кишки – 5 пацієнтам. Післяопераційних ускладнень типу III та вище не спостерігалось.

ВИСНОВОК.

Лапароскопічний оперативний доступ є безпечним та ефективним в хірургічному лікуванні пацієнтів із локалізованим раком прямої кишки.

СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРАВОБІЧНОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ З D3-ЛІМФАДЕНЕКТОМІЄЮ

Шудрак А.А., Колеснік О.О., Безносенко А.П., Звірнич В.В.

Національний інститут раку

Колоректальний рак, зокрема із локалізацією в правій половині ободової кишки, продовжує займати провідні позиції в структурі онкологічної захворюваності дорослого населення в Україні. Запорукою успішного хірургічного лікування раку даної локалізації є видалення якомога більшої кількості регіонарних лімфатичних вузлів та дотримання латерального краю резекції. Малоінвазивні оперативні втручання, зокрема використання лапароскопічного оперативного доступу, є критично важливим на шляху до мінімізації периопераційної травми та покращення безпосередніх результатів та якості життя пацієнтів. В той самий час, досягнення адекватного радикалізму із застосуванням лапароскопічного доступу потребує подальшого вдосконалення та стандартизованого підходу.

МЕТА РОБОТИ. Стандартизувати хірургічну тактику виконання правобічної геміколектомії з D3 лімфаденектомією лапароскопічним доступом та дослідити безпосередні результати зазначених оперативних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В період з 2016 по 2017рр у відділенні онкоколопроктології Національного інституту раку було виконано 17 оперативних втручань з приводу первинного раку правої половини ободової кишки із застосуванням лапароскопічного оперативного доступу. Всі пацієнти мали морфологічну верифікацію діагнозу та ознаки метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів за даними КТ та/або МРТ-досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ.

За результатами роботи авторами розроблено стандартизований алгоритм виконання правобічної геміколектомії з D3 лімфаденектомією лапароскопічним доступом, враховуючи основні анатомічні орієнтири, магістральні судини та площини дисекції на основі особливостей топографічної анатомії ембріональних міжфасціальних сполучнотканинних шарів. Інтраопераційних ускладнень або конверсій не було. Ілеотрансверзоанастомоз в усіх випадках сформовано екстракорпорально. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось.

ВИСНОВОК.

Розроблений авторами стандартизований підхід до виконання правобічної геміколектомії з D3 лімфаденектомією лапароскопічним доступом є онкологічно адекватним, безпечним та ефективним.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А.Х. Юлдашев¹, Є.В. Цема^{1,2}, Г.Г. Макаров¹

¹Национальный военно-медицинский клинический центр МО Украины, г. Киев

²Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17ти случаях из 996 (1,7%), по поводу острого холецистита в 17ти из 157 (10,8%). При возникновении ситуаций и осложнений, приводящих к конверсии, применяли следующие способы лапаротомии: косой доступ по Кохеру, верхне-срединный доступ и минилапаротомный доступ. Считаю целесообразным применять минилапаротомию в случаях, когда обработаны элементы треугольника Кало и нет тяжелых осложнений (профузное кровотечение, повреждение холедоха). Конверсия с помощью доступа по Кохеру выполнена в 18 (52,94 %) случаях, верхне-срединная лапаротомия – в 5 (14,7 %) случаях, минилапаротомный – в 11 (32,35 %) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Минилапаротомный доступ выполняли в правом подреберье с помощью вертикального разреза длиной 4–6 см по краю прямой мышцы живота, отступя от края реберной дуги 0,5–1,0 см. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и передней стенки влагалища прямой мышцы у ее латерального края, волокна прямой мышцы отводились 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. Так как этот доступ проекционно ориентирован больше на тело желчного пузыря, нежели на его шейку, то считали целесообразным применять его в ситуациях, когда были обработаны элементы треугольника Кало. В таких ситуациях ограниченное манипулирование из минилапаротомного доступа не препятствовало продолжению операции.

Во всех 3 (8,82 %) случаях кровотечения из ложа желчного пузыря выполнена кон-

версія с помощью минилапаротомного доступа. В этих случаях сама холецистэктомия была, фактически, выполнена лапароскопически, поэтому минимального лапаротомного доступа было достаточно для окончательного гемостаза и извлечения желчного пузыря. При тяжелом интенсивном кровотечении – повреждении воротной вены для экстренного доступа в брюшную полость, конверсия осуществлена срединным доступом в 1 (2,94 %) случае. При кровотечении из пузырной артерии в 2 (5,88 %) случаях конверсия была выполнена косым доступом. В 4 (11,76 %) случаях выраженных воспалительных изменений в области операции и в 2 (5,88 %) случаях рубцово-склеротических изменений этой зоны, когда после клипирования пузырного протока и артерии возникли технические трудности в выделении желчного пузыря, выполнена конверсия минилапаротомным доступом. В 7 (20,59 %) случаях, когда воспалительные или рубцовые изменения не позволили обработать элементы треугольника Кало, выполнена конверсия доступом Кохера. При повреждении холедоха в 3 (8,82 %) случаях осуществлен доступ Кохера для ушивания и его наружного дренирования, в одном (2,94 %) – срединный доступ для выполнения реконструктивной операции. При подозрении на холедохолитиаз во всех 5 (11,76 %) случаях и при необходимости дренирования холедоха при остром панкреатите в 1 (2,94 %) случае, выполнена конверсия косым доступом Кохера.

Такие причины конверсии, как повреждение тонкой кишки, разрыв контейнера с выпадением камней, новообразование ободочной кишки требовали выполнения срединного доступа так, как из косого доступа эти осложнения устранить не представлялось возможным. После коррекции кардио-респираторных нарушений как причины компартмент-синдрома, приведшего к конверсии в 2 (5,88 %) случаях, последнюю осуществляли минилапаротомным доступом (пузырный проток и артерия к моменту конверсии уже были обработаны). Среди развившихся после конверсии послеоперационных осложнений, напрямую связанным со способом конверсии было нагноение операционной раны. Нагноение операционной раны косого доступа в правом подреберье отмечено в 2 (5,88 %) случаях – после конверсий, связанных с необходимостью ревизии и дренирования холедоха на почве холедохолитиаза.

Нагноения срединной лапаротомной раны не было, однако существенным недостатком этого доступа является большая, чем при косом доступе, вероятность образования в послеоперационном периоде грыжевого дефекта. Так, в отдаленном послеоперационном периоде мы наблюдали образование послеоперационной вентральной грыжи у 1 (2,94 %) пациента после срединного доступа в течении ближайших двух лет после операции. После использования минилапаротомного доступа наблюдали 1 (2,94 %) осложнение – формирование абсцесса подпеченочного пространства вследствие неадекватного дренирования подпеченочного пространства в ходе холецистэктомии. Нижнедолевая пневмония развилась в 2 (5,88 %) случаях после разных видов традиционной лапаротомии. По поводу кровотечения из ложа желчного пузыря в раннем послеоперационном периоде в 1 (2,94 %) случае выполнена релапаротомия после конверсии в соответствии с имеющейся раной – доступом Кохера. Летальных ис-

ходов после конверсии в ближайшем послеоперационном периоде не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода после всех традиционных доступов составила $8,6 \pm 1,6$ койко-дня. При этом, сроки послеоперационного лечения пациентов после верхнее-срединной лапаротомии и после доступа по Кохеру были равнозначными: $8,7 \pm 0,5$ койко-дня и $8,3 \pm 1,4$ койко-дня ($p > 0,05$), соответственно. Средняя продолжительность послеоперационного периода при минилапаротомном доступе составила $4,7 \pm 0,4$ койко-дня (достоверно меньше, чем при традиционных доступах, $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ.

Сравнительный анализ результатов применения различных доступов при конверсии позволяет говорить о преимуществе перед традиционной лапаротомией минилапаротомного доступа (меньше частота послеоперационных осложнений – 26,09 % и 9,09 %, короче сроки послеоперационного лечения – $8,6 \pm 1,6$ и $4,7 \pm 0,4$ койко-дня соответственно), однако использование каждого из доступов было обусловлено объективной необходимостью. Выбор способа выполнения конверсии зависит от конкретной ситуации: вида патологического процесса, тяжести развившегося осложнения, планируемого объема продолжения операции, степени выполнения (завершенности) лапароскопической операции на момент принятия решения о конверсии.

Зміст

Автори	Назва	стор.
Аксьонов О.А.	ЗАЛЕЖНІСТЬ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ ВИДІЛЕННЯХ З ГРУДНОГО СОСКА ВІД РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МАМОДУКТОСКОПІЇ	2
Балик Д. В.	ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТА ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ	10
Безродний Б.Г.	ОДНОМОМЕНТНЕ СТЕНТУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИХ ПУХЛИН ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	13
Белянский Л.С.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	20
Бойко В.В.	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ЭТАПНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	29
Бондарев Р.В.	БАКТЕРИОФАГЕАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	33
Васильчук О.В.	ДОСВІД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ.	35
Василюк С.М.	ШКАЛА BISAP В ОЦІНЮВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ	39
Венгер І.К.	РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕПЕРФУЗІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ	42
Воровський О.О.	СИМУЛЬТАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ГРИЖОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ	47
Галич С. П.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛИЦА	54
Гоцинський В.Б.	МІСЦЕ РЕГІОНАЛЬНОГО КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛІЗису У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН	58
Гринчук А.Ф.	ПРОЛОНГОВАНА САНАЦІЯ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ЗА ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ	62
Грищук Я.І.	АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА ІЗ НАНЕСЕННЯМ АДАПТУЮЧОЇ КОМПОЗИЦІЄЇ НА ПОВЕРХНЮ ІМПЛАНТАТУ	66
Гром А.П.	АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	70
Грубнік В.В.	АЕНДОВАСКУЛЯРНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЦИРОЗУ ШЛУНКУ, УСКЛАДНЕНОГО ШКК	74
Грубник В.В.	ПОВТОРНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ	75
Гудз І.М.	ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЕМБОЛІЗМ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	78
Гуцуляк А.І.	ФОРМУВАННЯ БІЛЮДИГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ МЕТОДОМ ВЧ-ЕЛЕКТРОВЗВ'ЯРУВАННЯ М'ЯКИХ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	81

Автори	Назва	стор.
Гуч А.А.	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНАТОМО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ	83
Десятерик В.І.	КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ МІСЦЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ	87
Десятерик В.І.	ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОМАСТІЇ	96
Дибкалюк С.В.	ПРОТИРІЧЧЯ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ЕКСТРАВАЗАЛЬНИХ СТЕНОЗІВ ПРОКСИМАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ СЕГМЕНТУ V1 ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ	98
Діброва Ю.А.	ОБҐРУНТУВАННЯ ПІЛОРО - ТА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКА І ТИПУ	101
Дорошенко С.В.	МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ВИВІДНОГО ТРАКТУ ПРАВОГО ШЛУНЧКА СЕРЦЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	109
Дронов О.І.	ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	112
Дронов О.І.	ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	119
Дронов О.І.	П'ЯНАДЦЯТИРІЧНИЙ ОДНОЦЕНТРОВИЙ ДОСВІД ПАКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ. АНАЛІЗ ПІСЛЯОПРЕАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ	127
Дужий І.Д.	СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ НА ПРИКЛАДІ НЕЙТРОФІЛЬНОЇ ЕЛАСТАЗИ У ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТА ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ	129
Дужий І.Д.	ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТРОФІЧНІ ВИРАЗКИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ	135
Дужий І.Д.	ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ АПЕНДИЦИТІ	140
Дужий І.Д.	ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ ЯТРОГЕННИЙ СПЛЕНОЗ	142
Дутка І.І.	АКТИВНІСТЬ РЕДОКС-РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ	144
Дьордяй І. С.	ВПЛИВ ОБРОБКИ АДАПТУЮЧОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ (adc) ОКСИГЕНАТОРА ПРИ ВИКОНАННІ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ НА ЗМІНУ КЛІТИН КРОВІ	148
Енин Р.В.	ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА	154
Кавин В.О.	ЗСТАН ЛІПІДОГРАМИ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ	156
Кавин В.О.	ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ	158
Каніковський О.Є.	ЗДІЙСНИМІСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ОКЛЮЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК	161
Кисілевський Д.О.	ДОСВІД СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ КЛУБОВО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЇ ЛІКАРНІ імені МЕЧНИКОВА	164
Кобза І.І.	РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ НА АРТЕРІЯХ СТОПИ В ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	166

Автори	Назва	стор.
Кобза І.І.	СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИНИ КАРОТИДНОГО ВУЗЛА	171
Кобза І.І.	КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА КАРОТИДНОЇ ХЕМОДЕКТОМИ (ПУХЛИНИ КАРОТИДНОГО ВУЗЛА)	179
Кобза І.І.	ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТНИННИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ ІНВАЗІЄЮ В НИЖНЮ ПОРОЖНИСТУ ВЕНУ ТА ПРАВЕ ПЕРЕДСЕРДЯ	185
Кондратенко С.А.	СТРУКТУРА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	188
Копчак К.В.	ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	191
Корольова Х.О.	ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ КІЬКОСТІ РЕЦИДИВІВ РЕТИКУЛЯРНОГО ВАРИКОЗУ ТА ТЕЛАНГІЕКТАЗІЙ ПІСЛЯ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ПРИ ЗБЕРЕЖЕННІ КОСМЕТИЧНОСТІ ЛІКУВАННЯ	193
Костів С.Я.	МОДИФІКОВАНАСИСТЕМА ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЛАНОВОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	195
Криса Б.В.	ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНИХ КІНЦІВОК У ЖІНОК В РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ	198
Кузьменко Ю.Ю.	СТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ НЕФРОНІВ НИРКИ В УМОВАХ ЗАМІСНОЇ МОНОТЕРАПІЇ L-ТРОКСИНОМ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	203
Кутовой А.Б.	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	206
Лесной В.В.	ВЫБОР МЕТОДА ВЕДЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	209
Малиновська Л.Б.	МІСЦЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	217
Малиновська Л.Б.	ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛО/ИЛЕОСТОМ	219
Миргородський Д.С.	ТРОМБОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ ТРОМБОЗІВ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	221
Мишаківський О.А.	РОЛЬ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ЛІКУВАННІ ПЕРВИННОЇ МІТРАЛЬНОЇ НЕДОТАТНОСТІ	223
Мишалов В.Г.	СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОЗОА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	231
Мишалов В.Г.	БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЖОВЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ	242
Мишалов В.Г.	РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СІТЧАТИХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ	244
Мишалов В.Г.	ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕВЛК З РАДІАЛЬНИМ СВІТЛОВОДОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ДІАМЕТРА ВПВ	254
Мишалов В.Г.	РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ	256
Мишалов В.Г.	РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ МІСЦЯ ВИХОДУ ТУНЕЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ КАТЕТЕРА ТЕНСКНОФФ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНИМИ СТАДІЯМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК	259

Автори	Назва	стор.
Мішалов В.Г.	ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ЗАХВОРУВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ПТОЗОМ ЇЇ ПЕРЕДНЬОЇ СТІNKИ	260
Морозова Н.С.	ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	262
Морозова Н.С.	ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	266
Мотузок І.М.	ВАРІАНТ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ВЕРХНЬО-ВНУТРІШНЬОГО КВАДРАНТУ	272
Музиченко П.Ф.	ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРНИХ РЕЖИМІВ В ДІЛЯНЦІ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН	274
Мунтян С.О.	ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІЄВМІСНИХ МІНЕРАЛІВ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ	276
Наболотний О.І.	ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСАФЕНОВОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНИХ КІНЦІВОК У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ТАЗОВОГО ПОВНОКРІВ'Я	284
Назимок Є.В.	ОСОБЛИВОСТІ МІКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	291
Насташенко І.Л.	ТРАНСПАПІЛЯРНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК: ПОКАЗАННЯ, ТЕХНІКА, РЕЗУЛЬТАТИ	292
Никоненко А.С.	ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	297
Никоненко А.С.	ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ	299
Никоненко А.С.	ВТОРИЧНА ХІРУРГІЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА	301
Никольников П.И.	ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ	303
Ничитайло М.Ю.	ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ СТУПЕННЯМИ ОЖИРІННЯ З ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ	305
Огородник П.В.	МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	311
Огородник П.В.	СТРУКТУРА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИМУЛЬТАНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	318
Петренко О. М.	ПЛАСТИКА РАНЬОВИХ ДЕФЕКТІВ ПАЛЬЦІВ КІСТИ ТА СТУПНІ СКЛАДНИМИ ВАСКУЛЯРИЗОВАНИМИ "ОСТРІВЦЕВИМИ" КЛАПТЯМИ	320
Петров В.Ф.	ЯТРОГЕННІ ТРАВМИ АРТЕРІЙ У ДІТЕЙ	325
Петрушенко В.В.	ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА НАБРЯКОВИЙ ТА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	327
Пиптюк О. В.	ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (ОРГ), ЯК МАРКЕР ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	333

Автори	Назва	стор.
Пироговський В.Ю.	ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ THD В КОМБІНАЦІЇ З ВИСІЧЕННЯМ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ	339
Пироговський В.Ю.	РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВИДАЛЕНЬ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ	341
Подпряттов С.Є.	МІНІІНВАЗИВНЕ ТА ПОВНОЦІННЕ ЛІКУВАННЯ ПАХОВОЇ ГРИЖІ	344
Пойда О.І.	ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ КОЛЕКТОМІЇ ТА ЕКСТИРПАЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ	351
Проніна О.М.	СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ ТКАНИН ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РАННІ СТРОКИ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕСМОСІНУ	356
Проніна О.М.	СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТКАНИН ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА НА ПІЗНІХ СТРОКАХ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕСМОСІНУ	360
Роговський В.М.	ВОГНЕПАЛЬНА ТРАВМА МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ХОДІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД З 2014 ПО 2017 РОКИ	362
Родіонов О. С.	ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО АРТЕРІОВЕНОЗНОГО СКИДУ ВНАСЛІДОК ПОРАНЕНЬ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН	368
Руденко К.В.	ОПЕРАЦІЯ ФЕРРАЦЦІ – СУЧАСНИЙ СТАНДАРТ ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ	373
Кополовець І.І.	ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ ДО 48-72 ГОДИН ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ІЗ СИМПТОМАТИЧНИМ СТЕНОЗОМ ВСА БІЛЬШЕ 50%	376
Русин В.І.	ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ НИЖНИХ КІНЦІВОК	381
Русин В.І.	МІСЦЕ РАДІОІЗОТОПНОЇ ФЛЕБОСЦИНТИГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ТРОМБОЗІВ ГЛИБОКИХ ВЕН СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕН	390
Рязанов Д.Ю.	УНІФІКОВАНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕРІВСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ НИЖНИХ КІНЦІВОК	397
Саволюк С.І.	КОМПЛЕКСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНИХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	404
Саволюк С.І.	МОЖЛИВОСТІ ІМУНОКОРИГУЮЧОГО ВПЛИВУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	406
Сало С.В.	ІОНАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ МІОКАРДА ПРИ ЛІКУВАННІ СТАБІЛЬНОЇ ФОРМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	409
Самойленко Г.Е.	ЕФЕКТИВНОСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕННЯ ВАРИКОЗНОЇ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	411
Селиванов С.С.	ХАРАКТЕР МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА	414
Скумс А.В.	МУЛЬТИМОДАЛЬНА ПРОГРАМА ПРИСКОРЕНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ	417
Смовженко В.І.	ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФЛОТУЮЧИХ ТРОМБОЗАХ ПІДКОЛІННО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ	421
Спірін Ю.С.	ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ОБЛАСНОГО ВІДДІЛЕННЯ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	423

Автори	Назва	стор.
Ставицкий В.В.	РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ	424
Ставицкий В.В.	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ В СОЧЕТАНИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ	428
Стець М.М.	ЮКСТАПАПИЛЛЯРНІ ВИРАЗКИ ЯК ОДНЕ ІЗ РІДКИХ УСКЛАДНЕНЬ ХОЛАНГІТУ НА ФОНІ ОБСТРУКЦІЇ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	432
Тутченко М.І.	МІСЦЕ ЛАПАРОСКОПІЇ У ВИБОРІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ В ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	434
Уманець О.І.	ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТРАНСВАГІНАЛЬНИХ ПІБРИДНИХ NOTES ОПЕРАЦІЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	442
Уманець О.І.	ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПОЄДНАНИХ ПОРАНЕННЯХ ТАЗУ	444
Усенко О.Ю.	ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЕМБОЛІЗМ В ПІСЛЯПОЛОВОМУ ПЕРІОДІ. ПОГЛЯД СУДИННОГО ХІРУРГА	447
Усенко О.Ю.	МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ С СУПУТНИМИ МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОДИФІКОВАНОЇ МЕТОДИКИ БІЛІОПАНКРЕАТИЧНОГО ШУНТУВАННЯ	448
Усенко О.Ю.	НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ	450
Усенко О.Ю.	СИНДРОМ КОРОТКОЇ КИШКИ	452
Фелештинський Я.П.	ПРОФІЛАКТИКА ТРОАКАРНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	454
Фелештинський Я.П.	ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛАГЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ	456
Фелештинський Я.П.	ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ	458
Фелештинський Я.П.	СУЧАСНІ МЕТОДИКИ РОЗ'ЄДНАННЯ АНАТОМІЧНИХ КОМПОНЕНТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ (COMPONENT SEPARATION) У ПОЄДНАННІ З АЛОПЛАСТИКОЮ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ	460
Фелештинський Я.П.	ВИКОРИСТАННЯ КЛЕЙОВОЇ ФІКСАЦІЇ СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ АЛОПЛАСТИЦІ У ХВОРИХ НА ПАХВИННУ ГРИЖУ	462
Філіп С.С.	ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНДОЛІМФАТИЧНОЇ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ	465
Фомин П.Д.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОВАКУЛЯРНЫХ ВИДОВ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОГО ТИПА	470
Фомін П.Д.	РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ШЛУНКА	475

Автори	Назва	стор.
Фомін П.Д.	ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ	480
Цема Є.В.	ХАРАКТЕРИСТИКА АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК В РЕЗУЛЬТАТІ МІННО-ВИБУХОВИХ ПОРАНЕНЬ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ	481
Цема Є.В.	ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЛОНІДАЛЬНИХ КІСТ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДИСЕКЦІЇ	483
Цема Є.В.	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ МИРОТВОРЧЕСКОЙ МИССИИ В АФГАНИСТАНЕ	485
Черняк В.А.	ІНОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ СУДИН	488
Черняк В.А.	ЕНДОВЕНОЗНЕ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНИХ КІНЦІВОК	495
Черняк В.А.	СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДЖЕРЕЛА КРОВОПОСТАЧАННЯ СПИННОГО МОЗКУ	496
Шаповалов Д.Ю.	РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	497
Шаповалов Д.Ю.	РОЛЬ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ	502
Шаповалов Д.Ю.	ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН	506
Шапринський В.В.	ГІБРИДНІ, ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ТА ВІДКРИТІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНИХ КІНЦІВОК	507
Шевченко О.О.	ВТОРИННИЙ АНГІОГЕНЕЗ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ	513
Шевченко О.О.	ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОГО АЛГОРИТМУ ПРИ СИНДРОМІ ХИБНОГО «ГОСТРОГО» ЖИВОТА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	516
Шевченко В.П.	MITTEL SCHMERZ SYNDROME ТА МОЖЛИВОСТІ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ НЕОБГРУНТОВАНИХ АПЕНДЕКТОМІЙ	518
Шепетько Е.Н.	ОДНО- И ДВУХМОМЕНТНАЯ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА И ГАСТРОЕЮНОПЛАСТИКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА	520
Шудрак А.А.	МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАНЬОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ	522
Шудрак А.А.	ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ	524
Шудрак А.А.	СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРАВОВІЧНОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ З ДЗ-ЛІМФАДЕНЕКТОМІЄЮ	525
Юлдашев А.Х.	ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	526