

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік

Заснований у 1996 році

Адреса редакції

49044, м. Дніпропетровськ
вул. Дзержинського, 9
редакція журналу
"Медичні перспективи"
ДЗ «Дніпропетровська
медична академія Міністерства
охорони здоров'я України»

Телефон/факс

(056) 370-96-38

Телефон

(0562) 31-22-78

E-mail

medpers@dma.dp.ua

www.dsma.dp.ua

Засновник
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво
серія КВ №1721 від 24.10.1995р.
Періодичність 4 рази на рік

Видається згідно з постановою вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
(протокол № 9 від 29.03.2012р.)

Постановою президії
БАК України 1-05/1 від 10.02.2010р.
журнал "Медичні перспективи" включено до
переліку видань, в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Підписано до друку 11.04.2012р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний.
Папір офсетний.
Умовн. друк. арк 12,5
Зам. № 59 Тираж 200 примірників.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Г.В. ДЗЯК

Науковий редактор

О.В. ЛЮЛЬКО

Е.М. Білецька (відповідальний редактор),
О.О. Гудар'ян, К.Д. Дука, В.М. Лехан (куратор
розділу "Профілактична медицина"),
О.Є. Лоскутов, О.В. Люлько (заступник
головного редактора), **Т.О. Перцева,**
О.Г. Родинський (куратор розділу «Теоретична
медицина»), **Л.В. Усенко** (куратор розділу
"Клінічна медицина")

Склад редакційної ради

В.В. Абрамов (Дніпропетровськ), **К.М. Амосова**
(Київ), **В.О. Бобров** (Київ), **І.М. Бондаренко**
(Дніпропетровськ), **О.З. Бразалук**
(Дніпропетровськ), **Л.А. Дзяк**
(Дніпропетровськ), **В.М. Коваленко** (Київ),
Г.М. Кременчуцький (Дніпропетровськ),
В.Й. Мамчур (Дніпропетровськ), **Е.Л. Насонов**
(Москва), **Радд Полік** (Великобританія),
В.О. Потапов (Дніпропетровськ), **А.М. Сердюк**
(Київ), **Ю.М. Степанов** (Дніпропетровськ),
І.М. Трахтенберг (Київ), **Ю.І. Фещенко** (Київ),
Тоні Хью Меррі (Великобританія),
М.Г. Шандала (Москва),
Л.Р. Шостакович-Корецька (Дніпропетровськ),
Х.-В. Шпрингорум (Німеччина),
К. Штайнбрюк (Німеччина),
Л.М. Юр'єва (Дніпропетровськ)
Літературні редактори **М.Ю. Сидора,**
І.М. Клименко

Комп'ютерний дизайн та оригінал-макет

Л.М. Григорчук

Макетування та друкування

виконано ВТК "Редактор" та "Друкар" ДЗ ДМА

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

METHODS MINIINVASIVE DIAGNOSIS AND TREATMENT

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ THORACIC SURGERY

- Мимношвили О.И., Перепелица С.В., Шаповалов И.Н., Никонова О.А., Пилипенко Р.В.** Возможности видеоторакокопических операций на органах грудной клетки **7** **Miminoshvili O.I., Perepelitsa S.V., Shapovalov I.N., Nikonova O.A., Pilipenko R.V.** Capabilities of videothoracoscopic operations on thoracic organs
- Березницький Я.С., Белов А.В., Дука Н.В.** Минимально инвазивные вмешательства в лечении спонтанного пневмоторакса **10** **Berezniysky Ja.S., Belov A.V., Duka N.V.** Minimally invasive interventions in treatment of spontaneous pneumothorax
- Бойко В.В., Замятин П.Н., Лыхман В.Н., Гафт К.Л., Наконечный Е.В.** Хирургическая тактика у пострадавших с посттравматическим пневмотораксом с использованием видеоторакокопических методик **13** **Boyko V.V., Zamyatin P.N., Lyhman V.N., Gaft K.L., Nakonechniy E.V.** Surgical treatment of patients with posttraumatic pneumothorax using videothoracoscopic methods
- Кравчук Б. О., Сокур П.П.** Компресійний синдром та його особливості у дітей із доброякісними утворами межистиння **15** **Kravchuk B.O., Sokur P.P.** Crush Syndrome and its features in children with benign mediastinal tumors
- Десятерик В.І., Єжеменський М.О., Міхно С.П., Мірошниченко В.М.** Застосування видеоторакокопичних технологій в торакальній хірургії **18** **Desyatyeryk V.I., Yezhemensky M.O., Mihno S.P., Miroshnychenko V.M.** Usage of videothoracoscopic technologies in thoracic surgery
- Гетьман В. Г., Сокур П. П., Кравчук Б. О., Серденко Б.Б.** Діагностика та хірургічне лікування закритої торакальної травми у дітей **19** **Getman V.G., Sokur P.P., Kravchuk B.O., Serdenko B.B.** Diagnosis and surgical treatment of closed thoracic injury in children
- Кутовой А.Б., Сергеев О.А., Пимахов В.В.** Видеоторакокопическая симпатэктомия в лечении хронической ишемии верхних конечностей **20** **Kutovoy O.B., Sergeev O.O., Pimakhov V.V.** Videothoracoscopic sympathectomy in upper extremities chronic ischemia treatment

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ ABDOMINAL SURGERY

- Яльченко Н.А., Лысунец П.Б., Задорожный Г.В., Шевченко В.Ю., Нестеренко Н.Н.** Видеолaparoscopicкая тактика при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом **21** **Yalchenko N.A., Lysunets P.B., Zadorozhny G.V., Shevchenko V.G., Nesterenko N.N.** Videolaparoscopic tactics of cholelithiasis complicated with choledocholithiasis
- Яльченко Н.А., Маловик С.С.** Обоснование показаний к одно- и двухмоментным операциям при холедохолитиазе без и с обтурационной желтухой **24** **Yalchenko N.A., Malovik S.S.** Justification of indications to one-stage and double-stage surgeries in choledocholithiasis with or without obturation jaundice
- Каніковський О.Є., Воровський О.О., Боднарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., Воровський А.О.** Виконання лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу **28** **Kanikovskiy O.Ye., Vorovskiy O.O., Bodnarchuk O.I., Kariy Ya.V., Babiychuk Yu.V., Vorovskiy A.O.** Execution of laparoscopic in cholecystectomy in complicated course of acute and chronic calculous cholecystitis
- Каніковський О.Є., Харчук О.В., Павлик І.В.** Оптимізація холецистектомії шляхом застосування альтернативних джерел енергії **31** **O.E. Kanikovskiy, O.V. Kharchuk, I.V. Pavlyk** Optimization of cholecystectomy by using alternative energy sources
- Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Гузь А.Г., Петюнин А.Г., Менкус Б.В., Хабусев В.К., Доценко В.В.** Результаты применения малоинвазивных технологий при оперативном лечении больных острым калькулезным холециститом, ранее оперированных на органах брюшной полости **34** **Petrenko G.D., Syplyviy V.O., Petrenko D.G., Cuz A.G., Petiunin O.G., Menkus B.V., Khabusev V.K., Dotcenko V.V.** Results of use of miniinvasive techniques at surgical treatment of patients with acute calculous cholecystitis operated earlier on abdominal organs
- Грубник В.В., Ткаченко А.И., Кошель Ю.Н., Ильяшенко В.В., Прикупенко М.В.** Состояние проблемы наружного дренирования желчных протоков в эпоху эндоскопической хирургии **36** **Grubnik V.V., Tkachenko A.I., Koshel J.N., Ilyashenko V.V., Prikupenko M.V.** State of problem of the external bile ducts drainage in the period of endoscopic surgery
- Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Шаталов С.А., Коссе Д.М., Малишаускас И.Ю.** Возможности транспиллярных вмешательств у больных с осложнённым холедохолитиазом **40** **Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Shatalov A.D., Shatalov S.A., D.M. Kosse, Malishauskas I.Yu.** Possibilities of endoscopic papillosphincterotomy in patients with complicated cholangiolithiasis

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

-
-
- | | | |
|---|----|---|
| Смачило Р.М. Хирургическое лечение непроходимости дистального отдела общего желчного протока у больных с наружным желчеистечением после перенесенной холецистэктомии | 43 | Smachilo R.M. Surgical treatment of common bile duct distal obstruction in patients with external bile outflow after cholecystectomy |
| Смирнов Н.Л. Хирургическое лечение обтурационной желтухи | 46 | Smirnov N.L. Surgical treatment of obstructive jaundice |
| Березницький Я.С., Дука Р.В. Технические особенности выполнения видеоскопической продольной резекции желудка и билиопанкреатического шунтирования в лечении пациентов с ожирением | 49 | Berezniyskiy Ya.S., Duka R.V. Technical features of the implementation of longitudinal resection of the stomach and biliopancreatic diversion in the treatment of obese patients |
| Стукало А.А. Возможности эндоскопической хирургии у пациентов с парапапиллярными дивертикулами | 51 | Stukalo A.A. Possibilities of endoscopic surgery in patients with parapapillary diverticulum |
| Борисенко В.Б. Минималноинвазивные способы коррекции билиарной гипертензии в профилактике и лечении острого холангита и билиарного сепсиса | 54 | Borisenko V.B. Minimally invasive ways of correction of biliary hypertension in preventive maintenance and treatment of acute cholangitis and biliary sepsis |
| Ничитайло М.Ю., Годлевський А.І., Саволук С.І. Прогнозування ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями | 56 | Nychytaylo M.Yu, Godlevsky A.I, Savolyuk S.I. Prognosis of risk of postoperative complications in patients with non-neoplastic obstructive jaundices |
| Лупальцов В.И., Ягниук А.И. Методы и способы улучшения результатов лечения больных острым холециститом | 59 | Lupaltsov V.I., Yagniuik A.I. Methods and means of improving treatment results of patients with acute cholecystitis |
| Захараш Ю.М., Стельмах А.И., Мороз В.В., Бутенко Д.И. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском | 60 | Zakharash U.M., Stelmach A.I, Moroz V.V., Butenko D.I. Surgical tactics in acute cholecystitis in patients with increased operational-anesthetic risk |
| Десятерик В.І., Котов О.В. Сучасні технології в лікуванні абсцесів печінки | 62 | Desyaterik V.I., Kotov A.V. Contemporary technologies in the treatment of liver abscesses |
| Хацко В.В., Шаталов О.Д., Zubov O.D., Войтюк В.М., Піщанський Р.С., Карапиш В.А., Антипенко Л.Г. Малоінвазивне хірургічне лікування абсцесів печінки | 66 | Khatsko V.V., Shatalov A.D., Zubov O.D., Voiytuk V.N., Peschansky R.E., Karapich V.A., Antipenko L.G. Minimally invasive surgical treatment of liver abscess |
| Пеев С.Б. Оптимизация хирургической тактики при открытой изолированной травме ЖКТ | 68 | Peev S.B. Optimization of surgical tactics in the opened isolated trauma of gastrointestinal tract |
| Фомин П.Д., Никишаев В.И., Шеглов Д.В., Никишин Л.Ф., Козлов С.Н., Кондратюк В.А., Долот А.П., Переш Е.Е., Лиссов А.И. Рентгенэндоваскулярная коррекция портального кровотока для профилактики вторичных варикозных кровотечений | 71 | Fomin P. D, Nikishaev V. I, ShCheglov D.V., Nikishin L.F., Kozlov S.N., Kondratyuk V. A, Dolot A.P., Peresh E.E., Lissov A.I. X-endovascular correction of a portal bloodflow for preventive maintenance of secondary varicose bleedings |
| Сербул М.М., Ильченко Ф.Н., Матвейчук В.К., Лавринец В.З. Сравнительная оценка основных результатов многопортовой и однопортовой лапароскопической холецистэктомии в стационаре краткосрочного пребывания | 74 | Serbul M.M., Ilchenko F.N., Matveichuk V.K., Lavrinets V.Z. Comparison of the main results of multi-port and single-port laparoscopic cholecystectomy in the short term hospital stay |
| Гринцов А.Г., Совпель О.В., Мате В.В. Применение лапаролифта в безгазовой лапароскопии при выполнении холецистэктомии | 75 | Grintsov A.G., Sovpel O.V., Mathe V.V. Use of laparolift in gasless laparoscopy in cholecystectomy performance |
| Байдо С.В., Фомин П.Д., Жигулин А.В., Винницкая А.Б., Голуб Д.А., Сильвестров М.А., Приндык С.И. Лапароскопическая гастрэктомия при раке желудка: первые 10 гастрэктомий | 76 | Baido S.V., Fomin P.D., Zhigulin A.V., Vinnytskaya A.B., Golub D.A., Silvestrov M.A., Prindyuk S.I. Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: the first 10 gastrectomies |
| Дегтярь В.А., Сушко В.И., Барсук А.М., Инюшин С.В., Хомяков В.Г., Гладкий А.П., Коваль С.В., Савенко М.В., Лукьяненко Д.Н., Подолінська Е.Н. Роль лапароскопии в лечении инвагинации кишечника у детей | 77 | Degtyar V.A., Sushko V.I., Barsuk A.M., Inyushin S.V., Homiyakov V.G., Gladky A.P., Koval S.V., Savenko M.V., Lukyanenko D.N., Podolinsky E.N. Role of laparoscopy in the treatment of intestine invagination in children |
| Спиженко Н.Ю., Бобров О.Е., Лещенко Ю.Н., Лысак В.И. Первый опыт радиохирургического лечения больных с опухолью Клацкина | 78 | N. Spizhenko, O. Bobrov, Y. Leshchenko, V. Lysak Radiosurgical treatment of patients with Klatskinys tumor |

ГЕРНІОЛОГІЯ HERNIOLOGY

- | | | |
|--|----|--|
| Астахов Г. В., Березницький Я. С., Курьяк С.Н. Возможности хирургического лечения диафрагмальных грыж с применением малоинвазивных технологий | 80 | Astakhov G.V, Berezniyskiy Y.S, Kurylyak S.N. Capability of surgical treatment of diaphragmatic hernia with minimally invasive technologies |
|--|----|--|

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

- Грубник В.В., Малиновский А.В., Узун С.А.**
Лапароскопическая пластика больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы облегченным композитным сетчатым трансплантатом, дополненная передней круроррафией: проспективное рандомизированное исследование
- 82 Grubnik V.V., Malinowski A.V., Uzun S.A.** Laparoscopic plasty of large hiatal hernias with facilitated composite reticular transplant complemented with the anterior crurorhaphy: a prospective randomized research
- Яльченко Н.А., Лысунец П.Б., Шевченко В.Ю., Нестеренко Н.Н., Ткачук И.В.** Видеолапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы
- 88 Yalchenko N.A., Lysunets P.B., Shevchenko V.G., Nesterenko M.M., Tkachuk I.V.** Videolaparoscopic operations in treatment of esophageal hernia opening
- Бондарев Р.В., Бондарев В.И., Чибисов А.Л., Орехов А.А., Селиванов С.С.** Особенности фиксации сетчатого протеза при пластике грыж малых размеров передней брюшной стенки
- 92 Bondarev R.V., Bondarev V.I., Chibisov A.L., Orehov A.A., Selivanov S.S.** Features of fixing of the mesh artificial prothesis at plasty of small size hernias of the anterior abdominal wall
- Яльченко Н.А., Шевченко В.Ю., Лысунец П.Б., Черный В.И.** Первый опыт использования сеток с нитиноловым каркасом при лапароскопическом лечении паховых и вентральных грыж
- 96 Yalchenko N.A., Shevchenko V.Yu., Lisunets P.B., Cherniy V.I.** The first experience of nitinol frame nets use during laparoscopic treatment of inguinal and ventral hernias
- Фелештинський Я.П., Свиридовський С.А., Маленда О.Д.** Оптимізація вибору способу операцій при рецидивних пахвинних грижах після алопластики за Ліхтенштейном
- 98 Feleshtinsky Ya.P., Sviridovsky S.A., Malenda O.D.** Optimization of choice of operation methods in case of recurrent inguinal hernias after alloplasty according to Liechtenstein
- Вансович В.С., Котік Ю.М.** Трансінгвінальна преперитонеальна алопластика пахвинних гриж із використанням системи Rebound HRD
- 99 Vansovich V.E., Kotik Y.M.** Transinguinal preperitoneal inguinal hernia alloplasty with the use of Rebound HRD system

КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ COLORECTAL SURGERY

- Березницький Я. С., Астахов Г. В., Яроцкий Г. Г., Курьяк С.Н.** Опыт лапароскопических операций на толстой кишке
- 100 Berezniyskiy Y.S., Astakhov G.V., Yarotskiy G.G., Kurilyak S.N.** Experience of laparoscopic colon surgery
- Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А.** Возможности лапароскопических вмешательств в лечении больных раком ободочной кишки
- 102 Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomnyashiy V.V., Kramarenko K.A.** Possibilities of laparoscopic interventions in treatment of patients with colon cancer
- Милица Н.Н., Ангеловский И.Н., Постоленко Н.Д., Милица К.Н., Сольдусова В.В.** Возможности первично-восстановительных операций при осложненном колоректальном раке
- 105 Militsa N.N., Angelovskiy I.N., Postolenko N.D., Militsa K.N., Soldusova V.V.** Capabilities of primary reconstructive operations in complicated colorectal cancer
- Байдо С.В., Жигулин А.В., Винницкая А.Б., Бернштейн Г.Б., Сильвестров М.А., Приндык С.И., Голуб Д.А.** Лапароскопические операции в онкоколопроктологии
- 107 Baido S.V., Zhigulin A.V., Vinnytskaya A.B., Bernstein G.B., Silvestrov M.A., Prindyuk S.I., Holub D.A.** Laparoscopic surgery in oncological coloproctology
- Байдо С.В., Жигулин А.В., Винницкая А.Б., Бернштейн Г.Б., Приндык С.И., Сильвестров М.А., Голуб Д.А.** Трансвагинальное извлечение препарата при лапароскопической передней резекции
- 108 Baido S.V., Zhigulin A.V. Vinnytskaya A.B., Bernstein G.B., Prindyuk S.I., Silvestrov M.A., Holub D.A.** Transvaginal removal of preparation during laparoscopic anterior resection

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ GENERAL QUESTIONS

- Дегтярь В.А., Садовенко Е.Г., Щудро С.А., Барсук А.М., Валов В.Г., Каминская М.О.** Применение эндоскопических методов исследования при патологии желудочно-кишечного тракта у детей
- 109 Degtyar V.A., Sadovenko E.G., Schudro S.A., Barsuk A.M., Valov V.G., Kaminska M.O.** The use of endoscopic examination methods for pathology of the gastrointestinal tract in children
- Малоштан А.В., Скорый Д.И., Смачило Р.М., Малоштан А.А., Кудревич А.Н., Рябинская О.С., Османов Р.Р.** Лучевые методы в диагностике жидкостных образований печени
- 111 Maloshtan A.V., Skoriy D.I., Smachilo R.N., Maloshtan A.A., Kudrevich A.N., Ryabinskaya O.S., Osmanov R.R.** Radiation methods in diagnostics of liver liquid formations
- Мельник О.М.** Особливості спланхнічного кровотоку при обтураційній жовтяниці за даними ультразвукового доплерівського дослідження
- 114 O.M. Melnik** Peculiarities of splanchnic hemocirculation with mechanical jaundice according to Doppler ultrasound examination
- Годлевський А.І., Ярмач О.А., Саволюк С.І., Кацал В.А., Фуніков А.В.** Інтраопераційна ультразвукова діагностика у візуалізації та оперативній корекції холедохолітіазу
- 118 Godlevsky A.I., Yarmak O.A., Savolyuk S.I., Katsal V.A., Funikov A.V.** Intraoperational ultrasonography in visualization and surgical correction of choledocholithiasis
- Площенко Ю.О., Чупахіна Н.М.** Особливості передопераційної підготовки при малоінвазивних операціях у хворих похилого віку
- 121 Ploshchenko J.A., Chupahina N.M.** Features of preoperative care of elderly patients in minimally invasive surgery

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

УЧЕБНИЙ ПРОЦЕС EDUCATION PROCESS

- | | | |
|--|-----|---|
| Ивашенко В.В., Ивашенко А.В. Вопросы минимально инвазивной хирургии в изучении курса общей хирургии | 122 | Ivashchenko V.V., Ivashchenko A.V. Questions of minimally invasive surgery in the course of general surgery |
| Березницький Я.С., Дука Р.В. Методики освоения мануальных лапароскопических навыков в условиях тренажерного учебного класса | 123 | Bereznitskiy J.S., Duka R.V. Development of manual techniques of laparoscopic skills in a exercise classroom |

РІЗНЕ

VARIOUS ASPECTS

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ THORACIC SURGERY

- | | | |
|---|-----|--|
| Мунтян О.С. Зміни функції зовнішнього дихання та бактеріальний стан бронхо-альвеолярної системи – головні чинники ризику післяопераційних змін функції пневмонії | 124 | Muntyan O.S. Changes of function of external respiration and bacteriological condition of bronchoalveolar system as the main risk factors of postoperative pneumonias |
| Колкин Я.Г., Хацко В.В., Першин Е.С., Ступаченко О.Н., Филахтов Д.П. Бронхоокклюзия – как лечебное пособие в условиях свищевой формы острой гнойной деструкции лёгких | 129 | Kolkin Y.G., Hatsko V.V., Pershin E.S., Stupachenko O.N., Filahtov D.P. Bronchial occlusion as a medical assistance in the form of fistular form of acute purulent lung destruction |
| Гринцов А.Г., Высоцкий А.Г., Гринцов Г.А., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А. Мотивация выбора объема и характера хирургического вмешательства при рецидивном пневмотораксе | 130 | Grintsov A.G., Vysotsky A.G., Grintsov G.A., Sovpel O.V., Shapovalov Yu.A. Motivation of choice of extent and character of surgery in recurrent pneumothorax |

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ ABDOMINAL SURGERY

- | | | |
|--|-----|---|
| Мунтян С.О., Кришень В.П., Лященко П.В. Трансмембранный диализ у комплексному лікуванні хірургічних хворих на перитоніт | 131 | Muntyan S.O., Kryshen V.P., Lyashenko P.V. Transmembranous dialysis in complex treatment of surgery patients with peritonitis |
| Бондарев Р.В., Маслов Я.Я. Структурные изменения коллагеновых волокон в стенке межкишечного анастомоза как фактор, предопределяющий прогнозирование несостоятельности анастомоза, сформированного в условиях разлитого перитонита | 135 | Bondarev R.V., Maslov J.J. Structural changes of collagen fibers in the wall of intestinal anastomosis as a factor determining prediction of anastomosis failure, formed under conditions of diffuse peritonitis |
| Бондарев Р.В., Орехов А.А., Лесной В.В. Пути профилактики развития ранней спаечной кишечной непроходимости в условиях перитонита | 138 | Bondarev R.V., Orehov A.A., Lesnoy V.V. Ways of preventive maintenance of early adhesive intestinal impassability development in the conditions of peritonitis |
| Бойко В.В., Андреев Г.И., Логачев В.К., Белозеров И.В. Некоторые аспекты в лечении больных с наружными несформировавшимися свищами тонкой кишки | 141 | Boyko V.V., Andreev, G.I., Logachev V.K., Belozеров I.V. Some aspects of treatment of patients with external unformed fistula of small intestine |
| Діброва Ю.А., Тодуров І.М., Пустовіт А.А., Давиденко Н.Г. Органо- та пілорозберігаючі оперативні втручання в хірургічному лікуванні виразок шлунка І типу | 145 | Dibrova J.A., Todurov I.M., Pustovit A.A., Davydenko N.G. Organ-preserving and pylor-preserving operations in surgical treatment of type I gastric ulcers |
| Бойко В.В., Писецкая М.Э., Скорый Д.И. Методы сосудистой изоляции печени при ее резекциях | 148 | Boyko V.V., Pisetskaya M.E., Skory D.I. Methods of vascular isolation in hepar resection |
| Кутовой А.Б., Мелешко А.В., Перцева Е.М. Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта в раннем периоде после аппендэктомии | 152 | Kutovyy O.B., Meleshko A.V., Pertseva E.M. Motor-evacuation function of gastrointestinal system in early post-operative period after appendectomy |
| Преутесей В.В. Нові можливості діагностики післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії | 154 | Preutesey V.V. New ways of diagnostics of postoperative complications in abdominal surgery |
| Ярешко В.Г., Кипшидзе А.А. Новый малоинвазивный метод лечения холангиогенных абсцессов печени | 156 | Yareshko V.G., Kipshidze A.A. New minimally invasive method of cholangiogenic liver abscesses treatment |

ГЕРНІОЛОГІЯ HERNIOLOGY

- | | | |
|---|-----|---|
| Колкин Я.Г., Вегнер Д.В., Дудин А.М., Межаков С.В. Лечебно-диагностическое пособие при посттравматических диафрагмальных грыжах в стадии ущемления | 158 | Kolkin Y.G., Vegner D.V., Dudin A.M., Megakov S.V. Diagnostics and treatment of posttraumatic diaphragmatic hernia |
| Матвійчук Б.О., Гурасвський А.А., Стасишин А.Р., Москва А.В., Колодій В.В., Вихтюк Т.І., Чемес А.В., Гудзенко Т.Б. Грижі стравохідного отвору діафрагми, асоційовані з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою: ретроспективне дослідження | 160 | Matviychuk B.O., Gurayevsky A.A., Stasishin A.R., Moskva A.V., Kolodiy V.V., Vikhtyuk T.I., Chemes A.V., Gudzenko T.B. Hiatal hernias associated with gastroesophageal reflux disease: a retrospective study |

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

Десятерик В.І., Міхно С.П., Мірошніченко В.М., Сжеменський М.О. Хірургічне лікування гриж стравохідного отвору діафрагми
Воровський О.О. Хірургічна тактика при оперативному лікуванні значних дефектів передньої черевної стінки у хворих похилого та старечого віку з ожирінням
Фелештинський Я.П., Ватаманюк В.Ф., Сміщук В.В., Преподобний В.В. Операція Ramirez у поєднанні з інтраабдомінальною алопластиком при гігантських післяопераційних грижах живота

162 **Desyatyeryk V., Mihno S., Miroshnychenko V., Yezhemensky M.** Surgical treatment of hiatal hernia

164 **Vorovskyj O.O.** Surgical tactics in operative treatment of considerable anterior abdominal wall defects in patients of elderly and senile age with obesity

167 **Feleshtynskyy YA.P., Vatamanyuk V.F., Smischuk V.V., Prepodobniy V.V.** Operation Ramirez combined with intraabdominal alloplasty in giant postoperative abdominal hernias

КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ COLORECTAL SURGERY

Косован В.Н. Паракостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки

168 **Kosovan V.N.** Paracolostomic complications in patients operated for cancer, complicated with left half of the colon

Юдін Д.Ю., Руфанова А.А. Лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями у пацієнтів з внутрішнім гемороем

171 **Udin D.Y., Rufanova A.A.** Ligation of hemorrhoids latex rings in patients with internal hemorrhoids

Березницький Я.С., Гапонов В.В., Сулима В.Ф., Малиновський С.Л., Ющенко І.В. Опыт использования анального спонгостана для гемостаза при выполнении геморроидэктомии

173 **Berezniyskiy Y.S., Gaponov V.V., Sulyma V.P., Malinovskij S.L., Yushchenko I.V.** Experience of anal spongostan for hemostasis under hemorrhoidectomy

Гапонов А.В., Гапонов І.В. Якість життя після операцій на товстій кишці

174 **Gaponov A.V., Gaponov I.V.** Quality of life after operations on colon

Чобей С.М., Куценко А.Ю. Комбіноване лікування метастазів печінки при обструктивному раку товстої кишки

175 **Chobey S.M., Kutsenko A.Yu.** Combined treatment of obstructive colon cancer metastases in liver

Попова О.Н. Теоретическое обоснование изучения лимфоцитопении как предиктора первичного колоректального рака и его рецидивов

175 **Popova O.N.** Theoretical basis for learning of lymphocytopenia as a predictor factor of initial colorectal cancer and its relapses

ГНІЙНА ХІРУРГІЯ PURULENT SURGERY

Яльченко Н.А., Грек О.А., Нестеренко Н.Н., Сквирская А.Л. Выбор адекватной антибактериальной терапии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей

177 **Jalchenko N.A., Grek O.A., Nesterenko N.N., Skvirskaja A.L.** Choice of adequate antibacterial therapy in the treatment of pyoinflammatory diseases of soft tissues

Шаповал С.Д., Савон І.Л. Відмінності мікробного пейзажу первинного гнійного осередку у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи при різних клінічних формах

182 **Shapoval S.D., Savon I.L.** Microbial landscape features of primary purulent foci in patients with complicated diabetic foot in different clinical forms

Венгер І. К., Романюк Т. В., Чорненко М.В. Імунний статус хворих з трофічними виразками на ґрунті рецидиву варикозної хвороби вен нижніх кінцівок

188 **Venger I.K., Romanyk T.V., Chornenkuy M.V.** Immune status of patients with trophic ulcers caused by relapse of varicose veins disease of lower extremities

Шевчук А.Г., Василюк М.Д., Василюк С.М., Федорченко В.М., Беркій О.Л., Галюк В.М., Павлюк Н.М. Комплексне хірургічне лікування ускладнених форм врослого нігтя

190 **Shevchuk A.G., Vasylyuk S.M., Vasylyuk M.D., Fedorchenko V.M., Berkij O.L., Galyuk V.M., Pavlyuk N.M.** Complexes surgical treatment of the complicated forms of growing in nail

ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛОЗ ТА ХРЕБТА DISEASES OF GLANDS AND SKELETON

Сидоренко Ю. А., Высоцкий А.Г., Гюльмамедов С.И. Синдром компрессии при патологии щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации

193 **Sidorenko Yu.A., Vysotskiy A.G., Gyul'mamedov S.I.** Syndrome of compression in pathology of thyroid gland of cervical-mediastinal localization

Кутовой А.Б., Дейнеко І.В., Кутовой М.А., Меренкова С.П. Первый опыт хирургического лечения опухолей надпочечников в Днепропетровской области

196 **Kutovyy O.B., Deyneko I.V., Kutovyy M.O., Merenkova S.P.** First experience of adrenal tumor surgical treatment in Dnepropetrovsk region

Соколов В.В., Гетьман В.Г., Лінчевський О.В. Шийна медіастиноскопія в діагностиці внутрішньогрудної лімфаденопатії

197 **Sokolov V.V., Getman V.G., Linchevskiy O.V.** Neck mediastinoscopy in diagnostic intrasternal lymphadenopathy

Лінчевський О.В., Панфьоров С.О., Соколов В.В., Гетьман В.Г. Передній доступ до грудного та поперекового відділів хребта: розмір не має значення

197 **Linchevskiy O.V., Panfirov S.O., Sokolov V.V., Getman V.G.** Anterior access to cervical and thoracic parts of the skeleton: size is not important

Дитятковська Є.М. Ефективність різних методів та різної кількості курсів АСИТ у хворих на поліноз

199 **Ye.M. Dytiatkovska** Efficacy of various methods and various ASIT – course in patients with pollinosis

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.713-089.819

**О.И. Миминошвили,
С.В. Перепелица,
И.Н. Шаповалов,
О.А. Никонова,
Р.В. Пилипенко**

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» НАМН Украины
г. Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова:

видеоторакоскопия, грудная симпатэктомия, фенестрация перикарда

Key words: *thorax, videothoracoscopic operations, results*

Резюме. У 177 хворих виконані малоінвазивні відеоторакоскопічні операції на органах грудної клітки. Застосування малоінвазивних методик з торакальним доступом слід вважати перспективними для виконання різних втручань на органах грудної клітки. Це дозволить розширити показання до оперативного лікування, у тому числі патології, розташованої на межі хірургічних та терапевтичних дисциплін.

Summary. Under our supervision there were 177 patients who underwent minimally invasive VATS surgery on the chest organs. The use of minimally invasive procedures with thoracic access should be considered as promising for the implementation of various interventions on the chest organs; this will expand indications for surgical treatment, including pathology, located at the junction of surgical and medical disciplines.

Преимущество малоинвазивных оперативных вмешательств общеизвестно, особенно на органах грудной клетки, где характер оперативных доступов порой превышает объем самой операции.

Наиболее частой причиной видеоторакоскопических оперативных вмешательств в нашем наблюдении была ишемия верхних конечностей, вызванная посттромботическими и постэмболическими окклюзиями сосудов верхних конечностей, а также синдромом и болезнью Рейно. Последнее заболевание является наиболее частой и значимой причиной возникновения хронической дистальной ишемии верхних конечностей.

В соответствии с существующей концепцией, принципиальным направлением в лечении хронической дистальной ишемии верхних конечностей является устранение спазма сосудов. Помимо вазодилатации, в терапии большое значение имеет улучшение реологии крови, повышение устойчивости тканей к ишемии, ангиопротекция, десенсибилизация [1, 2, 3, 5].

Консервативное лечение традиционно базируется на препаратах различных групп, обладающих вазодилатирующим действием [4, 6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Под нашим наблюдением находились 177 больных, которым выполнены малоинвазивные, видеоторакоскопические операции на органах грудной клетки. Причинами оперативных вмешательств были:

Болезни и синдром Рейно - 63. Окклюзионные поражения сосудов верхних конечностей, неподлежащие реконструкции - 17. Гипергидроз - 34. Экссудативный перикардит - 22. Тромбоз ушка левого предсердия с фибрилляцией предсердия - 8. Иноперабельная опухоль поджелудочной железы - 19. Гемоторакс - 9. Гидроторакс - 5. Всего - 177.

Им был выполнен следующий характер оперативных вмешательств:

Торакоскопическая грудная симпатэктомия - у 114 больных, 167 операций. Торакоскопическая перикардэктомия - 22. Торакоскопическая перевязка ушка левого предсердия - 8. Симпатспланхэктомия - у 19 больных, 28 операций. Диагностическая и лечебная торакаоскопия - 14. Всего выполнено 239 операций.

Показаниями к операции грудной симпатэктомии были:

1. Стойкий болевой синдром. 2. Нарушение трофики пальцев кисти. 3. Неэффективность кон-

сервативной терапии. 4. Невозможность осуществить реконструктивную операцию.

Всем больным для объективной оценки состояния кровообращения использовали ультразвуковую доплерографию с дуплексным сканированием. В основе методики лежит физический эффект Доплера, суть которого заключается в изменении частоты звука при отражении ультразвуковых волн от форменных элементов крови.

В качестве основного метода топической диагностики облитерирующих поражений периферических артерий применяли рентгенконтрастную ангиографию, которая при посттромботических и постэмболических окклюзиях помогает верифицировать диагноз, однако при феномене Рейно она не оправдана, поскольку вне приступа сужения просвета артерий нет.

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов в положении больного на боку.

Контроль полноты десимпатизации во время операции осуществляли разработанной нами методикой определения полноты ваготомии, которая имеет принципиальное значение для выявления, в том числе так называемого нерва Kuntza.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственно после торакаскопической грудной симпатэктомии у всех больных отмечалось потепление верхней конечности, умеренно выраженная локальная гиперемия и гипертермия, значительное уменьшение болевого синдрома. При доплерографическом исследовании регистрировалось увеличение линейной скорости кровотока, снижение индекса периферического сопротивления. Течение послеоперационного периода не потребовало назначения наркотических анальгетиков и антибиотиков.

Положительные ближайшие результаты были отмечены у всех больных, однако по прошествии 3-5 лет и более пароксизмы вазоспазма вновь возникли у 74% больных. Однако при этом их тяжесть стала меньшей, и прогрессирование осложнений было менее выраженным.

Несмотря на некоторые критические отзывы об отдаленных результатах симпатэктомии в лечении хронической дистальной ишемии верхних конечностей, на сегодняшний день торакаскопическая грудная симпатэктомия является наиболее эффективным способом лечения этой категории больных.

С развитием эндоскопической техники и внедрением в клиническую практику малотравматичных торакаскопических операций на орга-

нах плевральной полости, стала возможной эндоскопическая перикардэктомия у больных с экссудативным перикардитом. Эндоскопическая перикардэктомия является более щадящим методом в отличие от обычной субтотальной перикардэктомии, которая выполняется через срединный стернотомический доступ.

В нашем институте, впервые в Украине, в 1999 г. была выполнена торакаскопическая перикардэктомия. С помощью данного метода были прооперированы 22 больных с диагнозом экссудативного перикардита. Из них – 13 мужчин и 9 женщин, средний возраст составлял $65 \pm 2,5$ года. Критериями для проведения urgentной эндоскопической перикардэктомии были: угроза тампонады сердца на фоне общего тяжелого состояния.

Эндоскопическая техника перикардэктомии включала однолегочный наркоз с целью выполнения эндоскопических манипуляций в левой плевральной полости. Операция состояла из выполнения трех проколов грудной стенки, при этом один 10-миллиметровый троакар для оптической системы вводится в V межреберье по среднеключичной линии, два 5-миллиметровых троакара для манипуляторов в VI и VII межреберье по переднеподмышечной линии. Мы пользовались аппаратурой фирмы «Олимпус» (Япония). Техника перикардэктомии достаточно проста. На передней поверхности перикарда ближе к верхушке сердца с помощью ножниц, после дифференцировки диафрагмального нерва, иссекается участок перикарда, в полости перикарда жидкость эвакуируется с помощью аспирационного устройства. После аспирации экссудата полость перикарда орошали растворами антисептиков и антибиотиков. Плевральную полость дренировали.

Послеоперационный период у больных протекал гладко. Миокардиальная слабость, обусловленная синдромом сдавления, во всех случаях была обратима. Осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после операции не было.

Использование эндоскопической оперативной техники при перикардитах позволило избежать травматичной торако- или стернотомии, снизить риск развития послеоперационных осложнений, избежать болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, обеспечило раннюю реабилитацию пациентов. Учитывая вышеизложенное, данная методика выполнения перикардэктомии является более предпочтительной.

Показаниями к торакаскопической фенестрации перикарда были:

1. Экссудативный или фибринозный экссудативный перикардит с тампонадой или угрозой тампонады сердца.

2. Как альтернатива многократных пункций или длительной катетеризации при инакурабельной патологии, когда традиционная субтотальная перикардэктомия невозможна или нецелесообразна.

Торакоскопическая фенестрация перикарда является операцией выбора в ситуациях:

1. Требующих urgentного деблокирования сердца.

2. Неизвестной этиологии экссудативного перикардита.

3. Перикардиты опухолевого генеза.

4. Больные с ССН 3 ст.

Восьми больным выполнена торакоскопическая перевязка ушка левого предсердия. Среди этих больных 4 женщины и 4 мужчин. Операция предпринята по поводу фибрилляции предсердий, и у 3-х больных с наличием тромба в ушке левого предсердия с целью профилактики тромбоэмболических осложнений. Один больной был оперирован после предварительно проведенной трансвенозной деструкции АВ-соединения и установки кардиостимулятора. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом с одноплеменной интубацией и постоянным интраоперационным кардиомониторингом. В послеоперационном периоде осложнений не было.

Торакоскопическая перикардэктомия давала возможность:

1. Визуально осмотреть перикард.

2. Взять биопсию подозрительного участка.

3. Ревизовать миокард.

4. Выполнить перевязку ушка левого предсердия.

19 больным выполнена симпатэктомию по поводу иноперабельной опухоли поджелудочной железы с выраженным болевым синдромом. Операция выполнялась в два этапа с интер-

валом 1-2 недели на обеих плевральных полостях. У всех больных этой группы отмечалось разной степени уменьшение болевого синдрома, у 7 из них вообще были отменены наркотические препараты. Осложнений во время операции не было.

Среди оперированных больных летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде у двух больных после грудной симпатэктомии была выраженная подкожная эмфизема, которая у одного больного потребовала дополнительного дренирования грудной полости. У одного больного с экссудативным перикардитом во время перикардэктомии, в связи с резкой декомпрессией сердца, наступила асистолия, которая устранена реанимационными мероприятиями с применением электрической дефибрилляции.

Применение малоинвазивных методик с торакальным доступом следует считать перспективными для выполнения разнообразных вмешательств на органах грудной клетки, что позволит расширить показания к оперативному лечению, в том числе и патологии, находящейся на стыке хирургических и терапевтических дисциплин.

ВЫВОДЫ

1. Видеоторакоскопическую грудную симпатэктомию с определением полноты десимпатизации следует считать наиболее эффективным на сегодняшний день в лечении ишемии верхней конечности у больных с синдромом Рейно и окклюзионными поражениями сосудов, не поддающихся реконструктивным операциям.

2. Торакоскопическая фенестрация перикарда является операцией выбора в ситуациях, требующих urgentного деблокирования сердца, при неизвестной этиологии экссудативного перикардита, перикардитах опухолевого генеза и у больных ССН 2б – 3 ст.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алуханян О.А. Роль десимпатизации при критической ишемии верхних конечностей, обусловленной дистальным поражением артерий / О.А. Алуханян, Х.Г. Мартиросян, О.В. Курганский // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2006. – Т.12, №3. – С. 85-89.

2. Андриевских И.А. Многолетний опыт применения эндоскопической грудной симпатэктомии / И.А. Андриевских, А.А. Фокин // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2004. – Т.10, №2. – С. 99-104.

3. Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомию при болезни и синдроме Рейно / О.И. Миминошвили, О.А. Никонова, И.Н. Шаповалов [и др.] //

Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – Т.4, № 3. – С. 473-475.

4. Хроническая критическая ишемия верхних конечностей / Д.Ф. Султанов, А.Д. Гаибов, У.А. Курбанов [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2001. – Т.7, № 2. – С. 15-20.

5. Gossot D. Sympathectomic selective endoscopic pour hyperhidrose palmare / D. Gossot // *La Presse Medicale*. - 1995. – Vol. 24, N 37. – P. 1739-1742.

6. Reilly D.T. Thoracoscope sympathectomy / D.T. Reilly // *Eur. J. Endovascular Surgery*. – 1995. – Vol. 10, N 3. – P. 384-385.

УДК 616.25-003.219-089.819

**Я.С. Березницький,
А.В. Белов,
Н.В. Дука**

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В
ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО
ПНЕВМОТОРАКСА**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра хирургии №1
(зав. – д. мед. н., проф. Я.С. Березницький)
16 городская клиническая больница
г. Днепропетровск

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, буллёзная эмфизема, миниинвазивные вмешательства
Key words: spontaneous pneumothorax, bullous emphysema, minimally invasive interventions

Резюме. Проаналізовано результати оперативного лікування 36 хворих на спонтанний пневмоторакс, причиною якого була бульозна емфізема. Всім хворим були виконані мініінвазивні оперативні втручання. Проведена порівняльна оцінка різних методів оперативного лікування спонтанного пневмотораксу. Поєднання малої травматичності з економічною доцільністю дозволяє вважати мініторакотомію оптимальним доступом для лікування спонтанного пневмотораксу.

Summary. Results of operative treatment of 36 patients with spontaneous pneumothorax caused by a bullous emphysema. Minimally invasive operative interventions were performed to all patients. The comparative estimation of various methods of operative treatment of a spontaneous pneumothorax was done. The combination of small trauma, tism with economic expediency allows to consider minithoracotomy as an optimum access for treatment of spontaneous pneumothorax.

В настоящее время повсеместно отмечается увеличение количества больных спонтанным пневмотораксом. Больные спонтанным пневмотораксом составляют до 10% всех пациентов торакальных отделений [1]. По данным областного торакального отделения Днепропетровска количество больных спонтанным пневмотораксом в 2007 году составило 89 случаев, в 2008 – 105, в 2009 – 115, в 2010 – 92, в 2011 – 118, из них от 12,2% до 22,9% – больные с рецидивами данного заболевания.

Причиной спонтанного пневмоторакса в 92,6% стала буллезная эмфизема (по данным гистологических и торакоскопических исследований).

Развитие хирургии и хирургических технологий ведет к новым требованиям хирургического лечения спонтанного пневмоторакса, к сожалению, не всегда применимых из-за стоимости расходных материалов [2, 3].

Цель работы: сравнить эффективность применения малоинвазивных методов хирургического лечения спонтанного пневмоторакса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В торакальном отделении 16 городской клинической больницы города Днепропетровска прошло хирургическое лечение с использованием малоинвазивных технологий 36 больных, распределение их в зависимости от метода оперативного лечения представлено в таблице 1.

Возраст больных был от 21 до 54 лет, что в среднем составило 32±1,5 года. Мужчины составили 80,6% (29 случаев), женщины – 19,4% (7 случаев).

Причиной спонтанного пневмоторакса у всех больных была локализованная форма буллёзной эмфиземы, что было установлено при торакоскопии. Все больные поступили в отделение в ургентном порядке с клиникой спонтанного пневмоторакса, что подтверждалось рентгенологическим исследованием, диагностической пункцией и торакоскопическим исследованием без использования видеокамеры. Завершающим этапом было дренирование плевральной полости в точке проведения торакоскопии (IV-е межреберье по среднеподмышечной линии).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида оперативного лечения

Вид оперативного лечения	Количество больных
Коагуляция булл	7(19,4%)
Торакоскопическая резекция легкого	5(13,9%)
Видеоассистированная резекция легкого	5(13,9%)
Миниторакотомия	19(52,8%)
Всего	36(100%)

При обнаружении локальной формы буллезной эмфиземы больным предлагалось оперативное лечение с использованием одного из миниинвазивных методов. Из 36 больных 10-ти (27,8%) пациентам лечение проводилось в плановом порядке при расправленном легком, соответственно 26 больных оперировали по отсроченным показаниям в связи с нерасправлением легкого в течении 72 часов с момента дренирования плевральной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

6 пациентам (19,4%) была выполнена эндоскопическая коагуляция булл с использованием только биполярной коагуляции. Для доступа использовались точки в VI-VII-м межреберье по среднеподмышечной линии, в V-м межреберье по заднеподмышечной линии и в IV-м межреберье по срединноключичной линии. Проводилась коагуляция поверхностно расположенных булл диаметром до 2 см, буллы диаметром 2 и более см перевязывались у основания, а затем коагулировались. Операция заканчивалась индукцией плевродеза путем коагуляции парietальной плевры по ходу I-IV-го межреберий и дренированием плевральной полости через доступы в VII-м и IV-м межреберьях. При расправлении легкого дренаж удалялся на следующие сутки.

При выполнении данного вида вмешательства в 2-х случаях (28,6%) были получены осложнения. В первом случае – рецидив пневмоторакса на 4-е сутки, который удалось ликвидировать при повторном дренировании и индукции плевродеза введением 5% спиртового раствора иода. Во втором случае расправления легкого не наступило из-за неадекватной коагуляции экстрапаренхиматозной буллы на широком основании (буллы II-го типа L. Reid).

Вследствие возникшего стойкого бронхоплеврального сообщения, не купирувавшегося активной аспирацией на опережение, пришлось выполнить стандартную торакотомию с атипичной резекцией легкого.

5-ти больным (13,9%) была выполнена видеоторакоскопическая резекция легкого. Доступ осуществлялся в тех же точках, что и при выполнении коагуляции булл. В ходе оперативного лечения использовался эндостеплер АТВ-45 фирмы «Этикон». Множественное скопление булл резецировалось при помощи эндостеплера с использованием, как правило, двух кассет. Единичные буллы перевязывались или клипировались у основания. Оперативное лечение завершалось аналогично приведенному выше описанию оперативного вмешательства. В данной группе осложнений не было, дренажи из плев-

ральной полости удалялись через сутки после операции.

19-ти больным (52,8%) была выполнена резекция легкого из аксиллярного миниторакотомного доступа, а в 5-ти случаях (13,9%) с видеоподдержкой. Сразу надо отметить, что использование видеоподдержки позволило отказаться от использования ранорасширителя, для введения сшивающего аппарата (УО-60, ТХ-60 Этикон), и визуального контроля для его наложения. Однако достоверных преимуществ (сокращения времени оперативного вмешательства, длительности болевого синдрома, восстановления функции внешнего дыхания) достигнуто не было.

При видеоассистированном вмешательстве торакопорты располагались в VI-VII-м межреберье по среднеподмышечной линии для видеокамеры, и в IV-м межреберье по срединноключичной линии для манипулятора. Сшивающий аппарат вводился в III-м межреберье между средне- и переднеподмышечной линиями, для чего выполнялась миниторакотомия разрезом до 8 см, без последующего использования ранорасширителя. Оперативное лечение завершалось коагуляционным плевродезом и дренированием полости в местах введения торакопортов.

Миниторакотомия без видеоподдержки осуществлялась через III-IV-е межреберье в границах среднеподмышечной – переднеподмышечной линий, разрезом до 10 см. Выбор доступа основывался на данных торакоскопии, выполненной при поступлении и дренировании больного.

Для визуального контроля и выведения легкого в рану или введения сшивающего аппарата в полость использовался ранорасширитель с разведением до 3-4 см, без повреждения не расщеченных межреберных мышц. При использовании общехирургического набора инструментов в рану выводился участок буллезно измененного легкого, после чего выполнялась атипичная резекция, либо через торакотомный разрез вводился сшивающий аппарат для наложения механического шва. Операция завершалась индукцией плевродеза путем обработки плевры 5% спиртовым раствором иода и дренированием полости во II-м и VIII-м межреберьях. Дренажи удалялись через сутки после расправления легкого.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики произведенных вмешательств по критериям, на наш взгляд, отражающим степень травматичности оперативного вмешательства.

Сравнительные характеристики миниинвазивных вмешательств

Виды миниинвазивных вмешательств	Продолжительность операции, мин	Длительность п/о периода, дни	ФЖЕЛ %	ОФВ1 %	Длительность болевого синдрома в днях
Коагуляция булл	38	5,6	73,5±1,9	76,8±4,9	2,1
Торакоскопическая резекция легкого	60,3	6,2	72,3±4,5	74,5±3,2	3,2
Видеоассистированная резекция легкого	59	7,4	63,9±1,9	67,8±5,7	4,6
Миниторакотомия	65	7,8	62,6±1,6	68,8±1,9	4,8
Торакотомия	85	13,6	48,8±2,9	52,1±4,2	9,8

Таким образом, наблюдается существенное различие между эндоскопическими вмешательствами и миниторакотомией в отношении выраженности болевого синдрома, а также непосредственно с этим связанными изменениями функции внешнего дыхания. Время оперативного лечения при использовании различных миниинвазивных методов в значительной степени не изменяется, но существенно различается со стандартной торакотомией. При использовании миниинвазивных вмешательств в значительной степени сокращается длительность послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

1. Основным методом лечения спонтанного пневмоторакса, отвечающим современным тре-

бованиям, являются миниинвазивные вмешательства.

2. Выбор того или иного метода лечения должен быть индивидуальным и основываться на данных всестороннего обследования больного.

3. Таким образом, наиболее эффективным методом лечения является эндоскопическая резекция, основным и существенным недостатком которой является экономическая составляющая.

4. Сочетание малой травматичности с экономической целесообразностью позволяет считать миниторакотомию оптимальным доступом для лечения спонтанного пневмоторакса вследствие локализованной буллезной эмфиземы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Высоцкий А.Г. Буллезная эмфизема легких / А.В. Высоцкий. – Донецк : Східний видавничий дім, 2007. — 277 с.

2. Гиллер Д. Б.. Малоинвазивные доступы с использованием видеоэндоскопической техники в торакальной хирургии / Д.Б. Гиллер // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хі-

рургії», 21-22 жовтня, 2010 р. – Кіровоград, 2010. – Вип. 1, ч. 1. – С. 28-29.

3. Фастаковский В.В. Опыт использования миниторакотомии – 853 случая / В.В. Фастаковский // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хірургії», 21-22 жовтня, 2010 р. – Кіровоград, 2010. – Вип. 1, ч. 1. – С. 125-126.



**В.В. Бойко,
П.Н. Замятин,
В.Н. Лыхман,
К.Л. Гафт,
Е.В. Наконечный**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПНЕВМОТОРАКСОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»
г. Харьков

Ключевые слова: закрытая
травма грудной клетки,
пневмоторакс

Key words: *posttraumatic
pneumothorax, surgical treatment,
videothoracoscopy*

Резюме. У роботі вивчені результати хірургічного лікування 325 постраждалих з посттравматичним пневмотораксом, у 38 з метою аеростази використовували відеоторакокопічні способи.

Summary. *In the work results of surgical treatment of 325 patients with posttraumatic pneumothorax are presented, in 38 of them with the purpose of aerostasis videothoracoscopy interventions were used.*

При закрытых травмах грудной клетки с повреждением легкого дренирование плевральной полости на сегодняшний момент остается основным методом оперативного лечения. Наряду с этим неэффективность данного метода составляет от 3% до 25%, что в дальнейшем требует повторных хирургических вмешательств [3, 5, 8, 9]. В этой ситуации значительный прогресс в лечении данной категории лиц может быть достигнут с использованием видеоторакокопических технологий.

При изолированной травме грудной клетки, за исключением терминального состояния больного и при отсутствии показаний для неотложной торакотомии, после рентгенологической верификации пневмоторакса, диагностическая видеоторакокопия может быть выполнена практически всегда. При этом для ее выполнения может быть достаточно местного обезболивания с премедикацией [1, 3, 7, 8].

Данные различных авторов о показаниях к торакокопии при травмах груди имеют разноречивый, а нередко и противоречивый характер. Этот вопрос у пациентов с травмой груди, сопровождающейся шоком, изучен недостаточно полно и является особенно важным.

Цель работы: изучение результатов применения видеоторакокопических методов лечения при травматическом пневмотораксе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Повреждение легкого с соответствующими внутриплевральными осложнениями мы наблюдали у 305 пострадавших, которые составили 64,9% всех больных с закрытой травмой грудной клетки. В структуре внутриплевральных осложнений доминировал пневмоторакс – 88 (28,9%) больных, у 53 (17,4%) больных наблюдали изолированный пневмоторакс, у 35 (11,5%) паци-

ентов – гемопневмоторакс. Исходя из этого, наиболее патогномичным для закрытой травмы грудной клетки признаком разрыва легкого являлся пневмоторакс. В своем исследовании мы пользовались классификацией пневмоторакса в зависимости от степени коллапса легкого: ограниченный, когда легкое было коллабировано не более чем на 1/3 объема, средний - не более чем на 1/2 объема, большой - более чем на половину объема, и тотальный, когда легкое было полностью коллабировано.

Тотальный или большой пневмоторакс был выявлен у 6 (7,1%) больных. Средний пневмоторакс диагностирован у 38 (44,7%) пострадавших. При этом в зависимости от локализации травмы различные доли легкого могли быть коллабированы в различной степени. Такие изменения первоначально определялись при первичной рентгенографии органов грудной клетки.

Ограниченный пневмоторакс у 43 (50,1%) пострадавших характеризовался разнообразием рентгенологической картины, которая зависела от локализации повреждения, количества воздуха, попавшего в плевральную полость, наличия и расположения сращений между плевральными листками. У 3 (3,5%) пострадавших был выявлен двусторонний травматический пневмоторакс.

Рентгенография органов грудной клетки оказалась достаточным методом первичной диагностики пневмоторакса. Более того, полипозиционная рентгеноскопия позволяла выбрать место на грудной стенке для инвазивного воздействия с целью эвакуации воздуха из плевральной полости даже при малых его количествах. Другие методы диагностики, в том числе и ультразвуковые, не имели существенных преимуществ в диагностике пневмоторакса.

Взаимоотношения, возникающие в процессе травмы между бронхиальным деревом, легочной тканью и полостью плевры, определяли характер пневмоторакса. У большинства пострадавших пневмоторакс был закрытым – 81 случай (95,3% наблюдений). Наличие клапанного механизма у 4 больных (4,7% наблюдений) привело к развитию напряженного пневмоторакса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургические мероприятия у больных с закрытой травмой грудной клетки были направлены на устранение повреждений реберного каркаса (8,4% наблюдений), восстановление адекватной проходимости дыхательных путей (12,6% наблюдений), эвакуацию воздуха из плевральной полости и расправление легкого. Варианты хирургической коррекции пневмоторакса были различными.

У 8 пациентов с незначительным количеством воздуха в плевральной полости ограничили динамическим наблюдением с рентгенографическим контролем, который осуществлялся ежедневно в течение 2-3-х суток. У 4 из них подобная тактика успеха не имела. Динамическое рентгенологическое исследование свидетельствовало либо о сохранении ограниченного пневмоторакса, либо о нарастании количества воздуха в плевральной полости. При этом у 3 больных за время динамического наблюдения нарастание пневмоторакса было столь значительно, что привело к острой дыхательной недостаточности. Сохранение в течение нескольких суток или увеличение объема пневмоторакса являлось критерием отказа от выжидательной тактики с переходом к другим методам лечения - пункции или дренированию плевральной полости.

У 24 больных с ограниченным пневмотораксом были выполнены плевральные пункции. У 15 пострадавших плевральная пункция была однократной, в остальных наблюдениях было выполнено от двух до пяти последовательных пункций, при этом у 2 из них вышеуказанный метод не позволял расправить легкое полностью. Это явилось причиной отказа от пункционного лечения с переходом к другим методам хирургической коррекции пневмоторакса.

Среди пострадавших с закрытой травмой груди, которым было осуществлено дренирование плевральной полости, удалось добиться полного расправления легкого без применения дополнительных методов лечения у 70,5% больных. Осложнения, связанные с дренированием плевральной полости, были в 4,8% наблюдений.

У 26 (29,5%) больных с обильным поступлением воздуха по плевральным дренажам была

произведена прямая торакоскопия (8 наблюдений) или видеоторакоскопия (18 наблюдений). При этом были выявлены следующие повреждения: раны легкого вследствие травмы отломками ребер (18 наблюдений), разрывы легкого в области спаек (4 наблюдения), разрывы буллезно измененных участков легкого (4 наблюдения).

У этих пациентов были выполнены видеоторакоскопические вмешательства: коагуляция поврежденных участков легкого - 8 наблюдений, клипирование ран легкого – 2 наблюдения, атипичная резекция легкого – 16 наблюдений. Все вмешательства завершали постановкой плевральных дренажей под видеоконтролем.

ИВЛ во время видеоторакоскопии у этих больных выполняли отдельной интубацией правого или левого главного бронхов. Для этих целей использовали двухпросветные интубационные трубки типа Карленса, Уайта и Гордона-Грина, позволяющие поддерживать коллапс легочной ткани на стороне операции, сохраняя при этом полноценную вентиляцию здорового легкого.

Применение видеоторакоскопических операций при травматическом пневмотораксе оказалось эффективным. Выздоровление было достигнуто у всех больных без применения дополнительных методов лечения. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, при закрытых травмах грудной клетки пневмоторакс являлся наиболее частым клинико-рентгенологическим проявлением разрыва легкого. Хирургическая тактика была направлена на своевременное удаление воздуха из плевральной полости. Высокую эффективность адекватного дренирования при травматическом пневмотораксе подтверждают наши наблюдения. Так, у 70,5% наблюдаемых больных основным методом лечения пневмоторакса было дренирование плевральной полости, которое являлось альтернативой повторным пункциям в случаях незначительного поступления воздуха через дефекты в легком.

2. К видеоторакоскопическим методам лечения прибегали с лечебно-диагностической целью при обильном поступлении воздуха по дренажным трубкам без тенденции к расправлению легкого. Выбранная тактика при травматическом пневмотораксе оказалась оправданной - у 81 (95,2%) больного достигнуто выздоровление. Осложнения в процессе лечения возникли у 3,9% пострадавших, большинство из которых были переведены в клинику Института из различных учреждений города и области. Общая леталь-

ность среди пострадавших с травматическим пневмотораксом составила 1,2% (1 наблюдение). Причиной смерти явились тяжелые сочетанные

травмы груди и живота, ЧМТ, а не осложнения, возникшие вследствие лечения травматического пневмоторакса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авилова О.М. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман, А.В. Макаров. – К., 1986. – 128 с.

2. Вагнер Е.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди в раннем периоде травматической болезни (диагностика, лечение, исходы) / Е.А. Вагнер, В.А. Брунс // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1998. – №2. – С. 3-7.

3. Неотложная хирургия груди и живота / под ред. Л.Н. Бисенкова. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 168 с.

4. Николаев Н.Е. Лечебно-диагностические приемы в неотложной хирургии: метод. рекомендации / Н.Е. Николаев. – Минск, 2001. – 21 с.

5. Флорикян А.К. Ошибки, опасности и осложнения трансторакального дренирования плевральной полости при травме / А.К. Флорикян, Г.О. Григорьян,

Р.А. Флорикян // Харків. хірургічна школа. – 2002. – №1 (02). – С. 63-68.

6. Brongel L. One-day surgery in multiple trauma patients / L. Brongel // Przegląd lekarski. – 2000. – Т.57, N5. – P. 133-135.

7. Brooks J.S.J. Diagnostic Surgical Pathology / Ed. S. S. Sternberg. – 3-rd Ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. – Vol.1. – P. 131-221.

8. Gobiet W. Influence of polytrauma on rehabilitation and outcome in patients with severe head-injury / W. Gobiet // Zentr. Chir. – 1995. – Bd.120, N7. – P. 544-550.

9. Lonner J.H. Polytrauma in the elderly / J.H. Lonner, K.J. Koval // Clin. Orthopaed. Relat. Research. – 1995. – Vol.318. – P. 136-143.



УДК 616.713-006.03-07-089.886

**Б.О. Кравчук,
П.П. Сокур**

КОМПРЕСІЙНИЙ СИНДРОМ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРАМИ МЕЖИСТІННЯ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України
м. Київ*

Ключові слова: доброякісні
утвори межистіння, хірургічне
лікування

Key words: mediastinal tumors,
children, crush syndrome, surgical
treatment, results

Резюме. Оптимизированы способы и методы ранней диагностики и улучшения результатов хирургического лечения доброкачественных образований средостения. При подозрении на медиастинальный компрессионный синдром необходимо выполнить раннее рентгенологическое обследование органов грудной клетки. Использование методов электросваривания живых тканей и пластики ложа образования позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения.

Summary. The aim of our work was to optimize the means and methods of early diagnosis and improve the results of surgical treatment of BMT. Mandatory early X-ray examination of the chest is necessary in case of suspicion of mediastinal compression syndrome. Application of electric welding of living tissues and plastics of formation basics allows to greatly improve the results of surgical treatment.

Доброякісні утвори межистіння (ДУМ) у структурі онкологічних захворювань становлять 3–6 % усіх утворів органів грудної клітки. На ранніх стадіях розвитку ДУМ мають безсимптомний перебіг і 20–30% із них виявляються випадково, 70–80% діагностуються на стадії ком-

пресійних ускладнень, тому питання ранньої діагностики та лікування залишаються актуальними і тепер.

Мета роботи: оптимізація засобів і методів ранньої діагностики та поліпшення результатів хірургічного лікування ДУМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У клініці дитячої торакальної хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика за період із 1985 до 2012 року обстежено та проліковано понад 670 дітей віком від 3 міс. до 18 років із новоутворами межистіння. Удослідження включено 294 хворих із ДУМ. Нозологічна структура та частота ДУМ була такою: утвори підгруднинної залози (УПЗ) – 173 (58,8%) випадки; нейрогенні пухлини (НП) – 68 (23,1%); тератодермоїдні пухлини (ТДП) – 17 (5,8%); мезенхімальні утвори (МХУ) – 7 (2,4%); кісти межистіння – 29 (9,9%).

Діагноз ДУМ базувався на скаргах, даних анамнезу життя та захворювання, особливостях клінічного перебігу, результатах рентгенологічних, інструментальних та ультразвукового методів обстеження, а також лабораторного та імунологічного досліджень. Провідними об'єктивізуючими та уточнювальними методами діагностики ДУМ були променеві. Частоту використання основних променевих методів у дітей із ДУМ наведено у таблиці 1.

Ендоскопічні методи застосовувались із метою виявлення та визначення ступеня компресії, інвазії, інфікування відповідного органа або структури, а також із метою взяття біопсійного матеріалу. Трахеобронхоскопія виконана у 68,3% випадків, езофагоскопія – у 24,6%, торакоскопія у 6,1%.

Таблиця 1

Характеристика променевої програми у дітей із ДУМ

Вид променевого дослідження	%
Оглядова рентгенографія ОГК у двох проєкціях	100
Контрастна езофагографія	45,7
Лінійна томографія	23,3
Комп'ютерна томографія	76,5
Комп'ютерна ПМТГ	15,4
МРТ	16,6
УЗД під час до- та післяопераційного періодів, відповідно	86,7/100
Термографія	3,4

Взяття матеріалу для морфологічної верифікації виконувалося шляхом трансторакальної або торакоскопічної пункційної або ексцизійної біопсії у випадках із підозрою на злоякісну трансформацію утвору.

Комплексно обстежено всіх хворих.

Лікування ДУМ – оперативне. Прооперовано 154 (52,4%) хворих, із них 13 (8,6%) – повторно.

Зі 154 хворих із гіперплазією підгруднинної залози – 14 (9,1%) прооперовані, 140 (90,9%) – проліковані консервативно й перебувають під динамічним спостереженням.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Особливістю клінічного перебігу ДУМ у дітей є тривалий латентний період. Безсимптомний перебіг (БСП) зареєстровано у 13,3%, типовий – у 86,7% хворих. Типовий перебіг клінічно проявлявся синдромом медіастинальної компресії різного ступеня виразності. Лише поява симптомів, зумовлених тиском утвору на навколишні органи та структури межистіння, дозволяла запідозрити наявність патології та розпочати цілеспрямоване обстеження хворого. ДУМ у цієї групи хворих діагностовано на стадії компресійних ускладнень.

Аналіз клінічних даних за умов типового перебігу захворювання дозволив виокремити два періоди – обмеженої та маніфестної органоспецифічної симптоматики.

За умов переважного компресування органа або структури відповідної системи та з метою систематизації скарг і клінічних симптомів нами виділено такі органоспецифічні симптомокомплекси (ОССК), притаманні ДУМ: аерогенний (АГ) (респіраторний), нейрогенний (НГ), остеогенний (ОГ), дисфагічний (ДФ), гемодинамічний (ГД). Утворам, що трансформувалися у злоякісні форми або ускладнилися нагноєнням, крім компресійних, були притаманні загальнотоксичний (ЗТ) симптомокомплекс та больовий симптом (БС). Частоту ОССК, залежно від морфологічної форми ДУМ, представлено у таблиці 2. Виходячи з даних аналізу, провідним ОССК у дітей із ДУМ був аерогенний 79,6 %.

Отримані та висвітлені вище дані дозволили нам у патогенезі ДУМ, у період обмежених проявів, уперше означити ланку «місцевої іммобілізації» (тобто обмеження перистальтичних рухів або знерухомлення ділянки трахеї та/або крупних бронхів, відповідно до локалізації утвору) як перший ступінь компресії повітропровідних шляхів та як пусковий механізм аерогенного симптомокомплексу в цієї групи хворих.

На відміну від типового розвитку респіраторних запальних процесів, де первинною ланкою патогенезу править вірусно-бактеріальне інфікування дихальних шляхів, патогенетичним підґрунтям синдрому «місцевої іммобілізації» при ДУМ фігурували первинні порушення біомоторики, аеродинаміки, самоочищення дихальних шляхів, що сприяло вторинному їх інфікуванню та клінічно проявлялося частими респіраторними захворюваннями (бронхіт, пневмонія).

Виходячи з патогенетичних механізмів, опрацьовано та запропоновано для практичного використання клініко-рентгенологічну та ендоскопічну класифікації стенозу повітропровідних шляхів.

Нейрогенний симптомокомплекс (НГСК) виявлено лише у хворих із НП межистіння (n=68), його частота становила 27,9%. НГСК зумов-

лювали подразнення та компресія нервових структур – симпатичного стовбура, міжреберних нервів та спинного мозку. Клінічними проявами подразнення нервових структур були явища вегетативних дисфункцій (синдром Горнера, міццево (сегментарне) порушення потовиділення, кольору та температури шкіри (синдром Арлекіна), трофічні порушення).

Таблиця 2

Частота ОССК у дітей із ДУМ (абс/%)

Вид утвору	БСП	Відсоток органоспецифічних симптомокомплексів						
		АГ	НГ	ДФ	ГД	ОГ	БС	ЗТ
УПЗ n - 173	6/3,5	167/96,5	-	1/0,6	8/4,6	-	5/2,9	4/2,3
НП n - 68	17/25,0	32/47,1	19/27,9	4/5,9	6/8,8	17/25,0	9/13,2	3/4,4
Кісти n - 29	12/41,4	17/58,6	-	1/3,5	-	1/3,5	2/6,9	2/6,9
ТДП n - 17	3/17,7	12/70,6	-	1/5,9	-	-	3/17,7	7/41,2
МХУ n - 7	1/14,3	6/85,7	-	-	1/14,3	-	1/14,3	-
Разом: n - 294	39/13,3	234/79,6	19/6,5	7/2,4	15/5,1	18/6,1	20/6,8	16/5,4

Остеогенний симптомокомплекс (ОГСК) зафіксовано у 17 (25,0%) хворих із НП та у 1 (3,5%) хворого з кісткою межистіння. ОГСК характеризувався дистрофічними чи деструктивними змінами кісток скелета грудної клітки, зумовлювався компресією відповідних структур і проявлявся больовим симптомом, змінами структури та функції переважно ребер і хребців. ОГСК – супутник НГСК.

Гемодинамічний симптомокомплекс (ГДСК) зареєстровано у 15 (5,1%) випадках: УПЗ – 8 (4,6%) хворих, НП – 6 (8,8%), МХУ – 1 (14,3%). ГДСК характеризувався порушеннями локальної та/або центральної гемодинаміки та був зумовлений компресією, ротацією, перегином судин великого та/або середнього діаметра (верхня порожниста, непарна, підключична вени, гілки дуги аорти). Проявами ГДСК були локальне розширення підшкірної венозної судинної сітки тулуба, набухання шийних вен, набряки обличчя, шиї.

Дисфагічний симптомокомплекс (ДФСК) зареєстровано у 7 (2,4%) випадках. При НП – у 4 (5,9%) хворих і по 1 хворому при УПЗ – 0,6%, кістах – 3,5% і ТДП – 5,9%. ДФСК характери-

зувався порушеннями функції транспорту їжі стравоходом та зумовлювався його зміщенням, рідше компресією. Проявами ДФСК були загруднинний біль, схуднення, одинофагія.

Загальнотоксичний симптомокомплекс (ЗТСК) спостерігався у 16 (5,4%) випадках. При УПЗ – 4 (2,3%) хворих, НП – 3 (4,4%), кістах – 2 (6,9%), ТДП – 7 (41,2%). ЗТСК мав подвійну природу – інфекційну (нагноєння) та специфічну пухлинну, переважно катехоламінову інтоксикацію при нейрогенних пухлинах похідних симпатичного стовбура (нейробластоми, гангліонейробластоми). Гнійні ускладнення значно ускладнювали діагностику ДУМ, маскуючи клінічні прояви та нівелюючи рентгенологічні та морфологічні ознаки.

Больовий симптом зафіксовано у 20 (6,8%) випадках. При УПЗ – 5 (2,9%), НП – 9 (13,2%), кістах – 2 (6,9%), ТДП – 3 (17,7%), МХУ – 1 (14,3%). Біль зумовлювали подразнення, компресія, інвазія нервових і кісткових структур та запальні процеси (нагноєння) утворів.

Розмежовані прояви ОССК зустрічаються зрідка, на ранніх стадіях зростання утворів.

Більшості ДУМ притаманне поєднання ОССК у різних комбінаціях.

Провідні методи діагностики – променеві. Перспективним скринінговим методом діагностики, особливо нейрогенних пухлин похідних симпатичного стовбура, є термографія. Рання діагностика – запорука успішного хірургічного лікування.

Оперативне видалення ДУМ – єдиний радикальний метод лікування. У 38 хворих застосовано метод електрозварювання живих тканин, що дозволило: скоротити час оперативного втручання на 20–30 хв.; зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати на 45–75%; зменшити кількість післяопераційних ускладнень на 25%; підвищити рівень радикальності оперативного втручання. У 52 хворих виконано пластику ложа утвору, що дозволило зменшити кількість

ексудативних ускладнень у післяопераційному періоді з 25% до 5%.

ВИСНОВКИ

1. Медіастинальний компресійний синдром має гетерогенний характер. Провідний ОССК – аерогенний. Первинною ланкою патогенезу респіраторних захворювань на ранніх етапах розвитку ДУМ є синдром «місцевої іммобілізації».

2. Діти з рецидивним перебігом респіраторних захворювань, вродженими вадами розвитку, дизонтогенетичними стигмами, вегетативними неврологічними дисфункціями підлягають обов'язковому ранньому рентгенологічному обстеженню органів грудної клітки.

3. Застосування методів електрозварювання живих тканин та пластики ложа утвору дозволило значно покращити результати хірургічного лікування.



УДК 616.713-089.819

**В.І. Десятерик,
М.О. Єжменський,
С.П. Міхно,
В.М. Мірошніченко**

ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Десятерик)*

Створення відеоторакоскопічної технології відкрило нові діагностичні і лікувальні можливості в торакальній хірургії.

Проведено аналіз відеоторакоскопічних втручань (ВТС) у 772 пацієнтів. Всі діагностичні та оперативні відеоторакоскопії, проведені в нашій клініці, виконані на відеоустановках RICHARD WOLF (Germany), OLUMPUS (Japan), MGB-429 (НДР), ендоскопічними резекційно-зшиваючими апаратами фірми Ethicon (USA).

ВТС застосовували за двома напрямками: діагностика – 318 (41,2%) і хірургічна корекція патології органів грудної клітки – 454 (58,8%). Діагностична ВТС у 79 випадках застосована для ревізії органів грудної порожнини, у 157 – для

виконання діагностичної біопсії плеври з метою верифікації патології. Найбільший досвід ендоскопічних втручань ми маємо при спонтанному пневмотораксі (СП) – 343 (75,6%). У 111 (24,4%) ВТС застосовано для малоінвазивної корекції іншої патології грудної порожнини.

Отже, наш досвід свідчить про те, що відеоторакоскопічні операції не поступаються за своєю ефективністю відкритим методикам, але значно вирають за рахунок своєї малої травматичності, відсутності тяжких ускладнень, які супроводжують відкриті операції, зниження середнього ліжка-дня до $5,5 \pm 0,1$ дня (при класичній відкритій методиці – $9,5 \pm 0,1$).



**В.Г. Гетьман,
П.П. Сокур,
Б.О. Кравчук,
Б.Б. Серденко**

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України
кафедра торакальної хірургії та пульмонології
(зав. – проф. В.Г. Гетьман)
м. Київ*

Серед загальної кількості дитячого травматизму uszkodження грудної клітки у дітей в середньому становлять 4-5%. За літературними даними, у 70-82% дітей спостерігаються поєднані або множинні uszkodження різних органів і систем. Діагностика та лікування дітей із закритою травмою грудної клітки залишаються складними та далеко не вирішеними завданнями сучасної невідкладної хірургії дитячого віку.

Авторами було проаналізовано результати лікування 178 дітей, які перенесли закриту травму грудної клітки. Характер, ступінь тяжкості та особливості клінічного перебігу перенесеної травми встановлювали на основі існуючої медичної документації. У роботі були використані лабораторні (загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, морфологічні), функціональні та інструментальні (рентгенологічні, ендоскопічні, оперативні) методи обстеження та лікування, а також статистична обробка даних.

Головна роль у діагностиці закритої торакальної травми у дітей належить інструментальним методам обстеження: оглядовій рентгенографії грудної клітки у двох проекціях, комп'ютерній томографії, ендоскопічним методам діагностики, в т. ч. бронхоскопії, торакоскопії та/або відеоторакоскопії, ультразвуковим методам дослідження. У випадках віддалених ускладнень можливе застосування бронхографії. Важливою є адекватна оцінка крововтрати, як у порожнини, так і внутрішньотканинно.

Аналіз історій хвороб показав, що в гострий період було госпіталізовано 153 (86,0%) хворі та в період пізніх ускладнень 25 (14,0%) пацієнтів. Найчастіше спостерігали домінуючі ураження трахеобронхіального дерева (20,7%), легень

(23,0%) та діафрагми (8,1%). Запізніла діагностика ускладнень найчастіше спостерігається при ураженнях бронхів (32,0%) та легень (28,0%), що пов'язано із недостатнім та неповноцінним використанням ендоскопічних і променевих методів обстеження. Ізольовані uszkodження ОГК зафіксовано у 97 (54,5%) випадках, а поєднані у 81 (45,5%) хворого. При цьому у 64,6% дітей основні травматичні uszkodження поєднувались з контузією легень.

Радикальні оперативні втручання виконані у 89 (50,0 %) дітей. З них: 55 (61,8%) дітей із домінуючою торакальною травмою та 34 (38,2%) дитини із домінуючими екстраторакальними ураженнями. При цьому органозберігаючі реконструктивно-відновні операції становлять більшість. Лише у 22,5% випадків були застосовані резекційні методи хірургічного лікування.

Безпосередні результати досліджені у всіх 178 пацієнтів. Серед них добрими були визнані результати лікування 158 (88,8%) пацієнтів, задовільними – 18 (10,1%), незадовільними – 2 (1,1%). Віддалені результати (терміном від 1 до 8 років) простежені у 120 (67,4%) хворих: добрі у 108 дітей (90,0%), задовільні у 12 (10,0%).

Вчасне використання ендоскопічних методів діагностики дозволяє чітко встановити характер, обсяг, локалізацію ураження, об'єм крововтрати, визначити тактику та характер необхідної допомоги. У хірургічному лікуванні uszkodжень органів грудної клітки необхідно застосовувати реконструктивно-відновні органозберігаючі операції. Показаннями до резекційних втручань правили незворотні морфологічні зміни, підтверджені спеціальними методами.



УДК 616.717-005.4-036.1-089.819

**А.Б. Кутовой,
О.А. Сергеев,
В.В. Пимахов**

**ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ
СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Областная клиническая больница им. И.И.Мечникова*

Целью нашей работы была оценка результатов видеоторакоскопических симпатэктомий (ВТСС) в лечении пациентов с хронической ишемией верхних конечностей (ХИВК), обусловленной патологией периферических сосудов.

ВТСС выполнена 8 больным с различной степенью ХИВК, обусловленной в 7 случаях болезнью Рейно, в 1 - болезнью Такаюсу. У 3 (37,5%) больных была поражена одна конечность, у 5 (62,5%) — процесс был двусторонним. Все оперативные вмешательства были проведены по методике Adson под тотальной внутривенной анестезией с раздельной вентиляцией легких.

Во всех случаях легкое было расправлено интраоперационно. Длительность операций составила $29,8 \pm 3,4$ мин. У всех пациентов в течение первых суток восстановился периферичес-

кий кровоток в конечности на стороне операции. На 4-е сутки реографический индекс (РИ) кисти и предплечий увеличились вне зависимости от исходной степени ишемии до 2,7-2,95. В 1 случае при выделении симпатического узла была повреждена межреберная артерия – кровотечение остановлено электрокоагуляцией. У 1 пациента развилась клиника межреберной невралгии, которая была купирована спирт-лидокаиновой блокадой. В периоде после операции от 0,5 до 1,5 лет у всех больных отмечен стойкий положительный клинический эффект, РИ кистей и предплечий составляет 2,9-2,95. 1 пациент умер через 8 месяцев после операции от острого инфаркта миокарда.

Таким образом, выполнение ВТСС позволило улучшить показатели периферического кровотока у пациентов с различной степенью ХИВК.



УДК 616.366-003.7-089.819

**Н.А. Яльченко,
П.Б. Лысунец,
Г.В. Задорожний,
В.Ю. Шевченко,
Н.Н. Нестеренко**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Городской центр эндоскопической хирургии
г. Днепропетровск

Ключевые слова:

желчнокаменная болезнь,
холедохолитиаз,
лапароскопическая
холедохолитотомия

Key words: gallstones,
choledocholithiasis, laparoscopic
choledocholithotomy

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Резюме. Мініінвазивні технології лікування холедохолітиазу різноманітні, але показання до них до кінця не визначені. Метою роботи була оцінка можливостей одночасного й двоетапного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітиазом. У роботі проаналізовані результати лікування 471 пацієнта з холедохолітиазом. При ЖКХ, ускладненій холедохолітиазом, більшості хворих виконувалася ЕПСТ із або без холедохолітоекстракції, як у плані передопераційного розвантаження жовчних шляхів (148), так і в післяопераційному періоді при літіазі, виявленому під час ЛХЕ. Ускладнення (кровотеча й гострий панкреатит) виникли в 12 (11,5%) хворих, а в 43 хворих ЕПСТ виявилася неефективною. ЛХЕ після ЕПСТ виконували через 5-7 днів після зниження рівня білірубіна до 100 мкмоль/л. Одночасна ЛХЕ й холедохолітотомія при рівні білірубіна не вище 100 мкмоль/л і тривалості жовтяниці до 2 тижнів виконана в 54,9% і тільки в 1,7% доповнювалася ЕПСТ. Ускладнення виявлені в 7 (2,7%) хворих, що майже втричі менше ніж при ЕПСТ. Таким чином, одночасна ЛХЕ й холедохолітотомія показана при рівні білірубіна не вище 100 мкмоль/л і тривалості жовтяниці до 2 тижнів, в інших випадках методом вибору є ЕПСТ, як перший або остаточний етап лікування холедохолітиазу.

Summary. Miniinvasive technologies of choledocholithiasis treatment are various, however indications to them are not defined up to the end. This work estimates possibilities of one-stage and two-stage gallstones treatment complicated choledocholithiasis. Results of treatment of 471 patients with choledocholithiasis were analysed. In the majority of patients with gallstones, complicated with choledocholithiasis, endoscopic papillotomy with or without choledocholithotomy was carried out, as in respect of preoperative unloading of bilious ways (148), as well as in the postoperative period of lithiasis, revealed during laparoscopic cholecystectomy. Complications (bleeding and acute pancreatitis) developed at 17 (11,5 %) of patients, and endoscopic papillotomy was inefficient in 43 patients. Laparoscopic cholecystectomy was done after endoscopic papillotomy in 5-7 days after decrease of bilirubin level to 100 mkmol/l. One-stage laparoscopic cholecystectomy and choledocholithotomy at bilirubin level not more than 100 mkmol/l and duration of jaundice up to 2 weeks was done in 54,9 % and only in 1,7 % it was supplemented with endoscopic papillotomy. Complications are revealed in 7 (2,7 %) patients, that is three times less, than in endoscopic papillotomy. One-stage laparoscopic cholecystectomy and choledocholithotomy is indicated at bilirubin level not more that 100 mkmol/l and duration of jaundice up to 2 weeks, in other cases endoscopic papillotomy is the first or final stage of choledocholithiasis treatment.

В настоящее время около 20% взрослого населения страдает ЖКБ и у 25% из них заболе-

вание осложняется холедохолитиазом. И если, после внедрения лапароскопических вмеша-

тельств, проблема лечения калькулезного холецистита решена, то к выбору тактики по лечению холедохолитиаза существуют различные подходы и мнения. Ситуация осложняется еще и тем, что у 64-77% больных холедохолитиаз сопровождается механической желтухой [4] и приходится решать проблемы, связанные не только с устранением литиаза, но и с декомпрессией желчных путей. На выбор оперативной тактики в данном случае оказывает влияние как длительность желтухи и уровень билирубина, так и оснащенность медучреждений и владение персоналом миниинвазивными технологиями. Считается, что при длительности желтухи до 7 дней с уровнем билирубина до 100-150 мкмоль/л предпочтительными являются одномоментные операции, устраняющие холедохолитиаз и обтурацию желчных путей, а при более длительной и высокой желтухе – двухэтапные [3]. В подавляющем большинстве случаев для этих целей используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), реже - холецистостомия и чрезкожное чрезпеченочное дренирование [1,2]. Однако ЭПСТ кроме известных достоинств имеет и ряд существенных недостатков, один из которых – развитие рефлюкс-холангита при полном разрушении сфинктерного аппарата БДС [5].

Цель работы – оценить возможности одномоментного и двухэтапного лечения желчно-каменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В областном центре эндоскопической хирургии г. Днепропетровска с 1995 по 2011 г. операции на желчном пузыре и протоках выполнены у 4574 пациентов, из них у 1109 (24,2%) при

холедохолитиазе. Из них пациенты с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом – 471 (42,5%).

В работе использовали лапароскопическую хирургическую установку “Карл Шторц” с передвижной рентген-телевизионной установкой DV-29 фирмы Fillips.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выбор метода оперативного лечения при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, зависит от нескольких факторов: формы и размера конкрементов, возраста и компенсации систем гомеостаза пациента; длительности и интенсивности механической желтухи, наличия воспалительного процесса и его распространенности, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки. Основопологающим исследованием, которое позволяет выработать тактику оперативного вмешательства, является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). До 2000 года в клинике ЭРХПГ выполнялась всем больным с подозрением на холедохолитиаз до проведения холецистэктомии. В настоящее время используется дифференцированный подход к исследованию и ЭРХПГ выполняется в случае наличия признаков резидуального холедохолитиаза, при холестаза неясного генеза или при подозрении на опухолевый и ятрогенный холестаз, а также при механической желтухе у больных с высоким операционно-наркотическим риском. В последнем случае исследование зачастую заканчивается эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

С 1995 по 2011 год различные оперативные вмешательства выполнены 471 больному (табл.).

Распределение больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, по видам оперативного вмешательства

Виды оперативного вмешательства	Абсолютное число	Процент
Одномоментная ЛХЭ и холедохолитотомия	258	54,9
ЭПСТ + ЛХЭ с холедохолитотомией	48	10,2
ЭПСТ+ ЛХЭ	56	11,9
ЛХЭ с наружным дренированием холедоха+ ЭПСТ	49	10,4
ЛХЭ с наружным дренированием холедоха и баллонной дилатацией БДС	9	1,8
ЛХЭ с холедохолитотомией + ЭПСТ	8	1,7
Лапаротомная холедохолитотомия и холецистэктомия	31	6,6
Билиодигестивные анастомозы	12	2,5
Всего	471	100

Ранее подавляющему большинству больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, перед лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) выполнялась ЭПСТ – 148 (31,4%). Осложнения развились у 17 (11,5 %) из них.

Уровень билирубина в данной группе колебался от 75 мкмоль/л до 250 мкмоль/л, а длительность желтухи в среднем составляла 1-2 недели. В зависимости от выраженности и длительности желтухи удаление желчного пузыря выполняли после стабилизации состояния больных, устранения признаков интоксикации и снижении уровня билирубина до 100 мкмоль/л и ниже. В среднем эти сроки составляли 5-7 дней, в течение которых больные получали стандартную предоперационную подготовку. У 49 (10,4%) больных наличие камней в протоках выявлено во время ЛХЭ, хотя анамнестических указаний на холедохолитиаз в данной группе не было. Поэтому у них рассечение сфинктера БДС производилось на 2-3 сутки послеоперационного периода.

Однако в настоящее время показания к данному вмешательству значительно сужены. К такому решению мы пришли, во-первых, из-за развития тяжелых осложнений ближайшего послеоперационного периода, таких как: кровотечение и острый панкреатит, а во-вторых, из-за формирования у больного рефлюкс-холангита при значительном или тотальном разрушении сфинктера БДС в течение первого года после операции. При этом у 2 пациентов выраженность рефлюкс-холангита была такова, что пришлось выполнить гепатикоюноанастомоз на выключенной петле кишки. Кровотечение из папиллотомной раны развилось у 10 больных (6,7%), у 8 из них остановлено коагуляцией сосуда, еще двум пациентам пришлось выполнить трансдуоденальную папиллосфинктеропластику. Умер один больной.

Помимо тяжелых осложнений, ЭПСТ далеко не во всех случаях является эффективной, что обусловлено как диаметром конкрементов, так и их геометрической формой. В наших наблюдениях у 33 (7%) пациентов при диаметре камней до 1см ЭПСТ пришлось дополнять холедохолитоэкстракцией или холедохолитотрипсией. Еще у 31 (6,6%) больного с конкрементами более 1 см в диаметре или при их кубической форме выполнена холедохолитотомия лапаротомным доступом.

Поэтому показаниями к ЭПСТ как единственному или сочетанному методу лечения холедохолитиаза в настоящее время считаем: нали-

чие эндоскопических признаков вклинения конкремента в БДС, длительную гипербилирубинемию или явления гнойного холангита у больных с высоким операционно-наркозным риском (как единственный способ лечения или как вариант подготовки к операции), резидуальный холедохолитиаз, выявленный в ближайшем послеоперационном периоде («забытые камни») и множественный микрохоледохолитиаз при размерах конкрементов до 0,3 см без признаков билиарной гипертензии, признаки стенозирующего папиллита.

При сочетании ЖКБ и холедохолитиаза в настоящее время предпочтение отдаем одномоментным или сочетанным операциям. Одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией выполнены у 258 (54,9%) больных (длительность желтухи до 1-2 недель при билирубинемии до 100 мкмоль/л), причем у 19 из них после неэффективной ЭПСТ. Обязательным условием успешной операции считаем выполнение интраоперационной холангиографии (ИХГ) после экстракции камней. Рану холедоха ушиваем непрерывным обвивным швом, используя рассасывающиеся нити 4/0 с периодом рассасывания 60-90 суток. В большинстве случаев дренируем холедох по Холстеду-Пиковскому (глухой шов использовали у 5 пациентов). На 2-3 сутки выполняем контрольную ИХГ. Билиодигистивные анастомозы (12 больных) выполняли только при диаметре холедоха более 2 см или интраоперационной травме холедоха.

Подобный подход позволил значительно расширить спектр оперативных вмешательств, индивидуализировать тактику лечения у каждого конкретного больного и в 3 раза снизить количество осложнений. Осложнения различного рода выявлены у 17 (11,5%) больных после ЭПСТ и у 7 (2,7%) после одномоментной ЛХЭ с холедохолитотомией.

ВЫВОДЫ

1. Одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией показана больным с длительностью желтухи до 1-2 недель при билирубинемии до 100 мкмоль/л.

2. При более длительной и высокой желтухе ЭПСТ является методом выбора лечения холедохолитиаза или декомпрессии желчных путей.

3. Индивидуализация подхода к лечению холедохолитиаза позволяет не только добиться эффективного излечения, но и в три раза снизить число послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балыкин А.С. Актуальные вопросы чрез-папиллярной эндоскопической хирургии / А.С. Балыкин, В.В. Гвоздик // Эндоскоп. хирургия. – 2007. – №5. – С. 25-32
2. Выбор транспапиллярных эндоскопических вмешательств в лечении осложненной желчнокаменной болезни / Н.Н. Велигоцкий, С.Э. Арутюнов, А.Н. Велигоцкий [и др.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения / Труды Крым. гос. мед. ун-та им. С.И. Георгиевского, 2008. – Т.144, ч. 1. – С. 57-60.
3. Кондратенко П.Г. Современные подходы в лечении холедохолитиаза, осложненного гнойным холангитом / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Буквин. мед. вісник.- 2006.- Т.10, №1.- С. 64-77.
4. Нечитайло М.Е. Миниинвазивная санация желчных протоков при холедохолитиазе / М.Е. Нечитайло, П.В. Огородник, Я.П. Огородник // Клініч. хірургія. – 2003. – №4-5. – С. 74.
5. Uchiama K. Lony-tesum prognosis after treatment of patient with choledocholithiasis / K. Uchiama, H. Onisi, M. Tani // Ann. Surg.– 003. – Vol. 238, N 1. – Н. 97-102.



УДК 616.366–003.7–089.819

**Н.А. Яльченко,
С.С. Маловик**

ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ОДНО- И ДВУХМОМЕНТНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ БЕЗ И С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Ключевые слова: холедохолитиаз, обтурационная желтуха, эндоскопическая холедохолитотомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия
Key words: choledocholithiasis, obturation jaundice, endoscopic choledocholithotomy, endoscopic papillosphincterotomy

Резюме. Наведені результати лікування 357 хворих на холедохолітиаз, серед них 135 (37,8%) з резидуальним холедохолітиазом. З 222 хворих, первинно оперованих з приводу ХЛ, діагноз до вступу в клініку був поставлений у 195 (87,8%) пацієнтів, ще в 37 (14%) наявність каменів у жовчних протоках виявлена в клініці і в 27 (11,2%) – під час операції. У 28 (20,7%) хворих наявність каменів у протоках виявлена в терміни від 1-2 тижнів після холецистектомії, а в 10 (7,4%) з них була виконана холедохолітотомія і був зовнішній дренаж холедоха, що свідчить про зневажання інтраопераційною холангіографією при первинній операції. Холедохолітиаз, ускладнений обтураційною жовтяницею, виявлений у 135 (50,9%). Отримані дані, що одномоментна ЛХЕ з холедохолітотомією показана хворим без обтураційної жовтяниці або з тривалістю жовтяниці до 10 днів при білірубінемії до 100 мкмоль/л, діаметрі каменів більше 10 мм або їх кубічній формі, неефективності ЕПСТ. При тривалішій і вищій жовтяниці ЕПСТ є методом вибору лікування холедохолітиазу або декомпресії жовчних шляхів. ЕПСТ також показана за наявності ендоскопічних ознак уклинення конкременту в ВДС, резидуальному холедохолітиазі в найближчому післяопераційному періоді й мікрохоледохолітиазі та при супутньому стенозі ВДС.

Summary. Treatment results of 357 patients with choledocholithiasis, 135 (37,8%) of them with residual choledocholithiasis (CL) are presented. Of 222 patients first operated on for CL, diagnosis before admission was made in 195 (87,8%) patients, and in 37 (14%) presence of gallstones in bile ducts was revealed in clinic and in 27 (11,2%) – during operation. In 28 (20,7%) patients presence of gallstones in the bile ducts was revealed in the terms from 1-2 weeks after cholecystectomy, 10 (7,4%) of them underwent choledocholithotomy and external drainage of choledochus was present; this testifies to non-scorning of intra-operation cholangiography in initial operation. Choledocholithiasis, complicated with obturation jaundice was

revealed in 135 (50,9%). Data obtained that one-stage LCE with choledocholithotomy is indicated to patients without obturation jaundice or with duration of jaundice up to 10 days in bilirubinemia up to 100 $\mu\text{mol/l}$, diameter of gallstones more than 10 mm or their cubic form, inefficacy of endoscopic papillosphincterotomy (EPST). In case of more prolonged and high jaundice, EPST is method of choice in choledocholithiasis treatment or decompression of bile tract. EPST is also indicated in presence of endoscopic sign of edging of concrement into big duodenal papilla (BDP), residual choledocholithiasis in the nearest post-operation period and microcholedocholithiasis and in concomitant BDP stenosis.

В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остается одной из наиболее распространенных патологий и ее частота в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта составляет почти 40%, у 15-33% больных с ЖКБ диагностируют холедохолитиаз [2, 5]. Холедохолитиаз (ХЛ), особенно осложненный обтурационной желтухой и холангитом, с последующим развитием печеночной и полиорганной недостаточности, значительно осложняет лечение данной патологии и ухудшает его результаты [1, 3, 6].

При развитии желтухи приходится решать проблемы, связанные не только с устранением литиаза, но и с декомпрессией желчных путей. На выбор оперативной тактики в данном случае оказывает влияние как длительность желтухи и уровень билирубина, так и оснащенность медицинских учреждений, владение персоналом миниинвазивными технологиями. В подавляющем большинстве случаев для этих целей используется эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), реже холецистостомия и чрезкожное чрезпеченочное дренирование [3, 5]. Однако ЭПСТ кроме известных достоинств имеет ряд существенных недостатков: кровотечение из папиллотомной раны, острый панкреатит, а в отдаленном периоде – развитие рефлюкс-холангита при полном разрушении сфинктерного аппарата БДС.

По данным литературы, послеоперационная летальность при обтурационной желтухе колеблется в пределах от 2,5% до 65% [4].

Цель работы – определить показания к одномоментному и двухэтапному лечению желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследовано 357 больных холедохолитиазом, находившихся на лечении в городском центре эндоскопической хирургии г. Днепропетровска с 1998 по 2011 г., из них 135 (37,8%) – по поводу резидуального холедохолитиаза. В работе использовали лапароскопическую хирургическую установку “Карл Шторц” с передвижной рентген-телевизионной установкой DV-29 фирмы Fillips.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 222 больных, первично оперированных по поводу ХЛ, диагноз до поступления в клинику был поставлен у 195 (87,8%) пациентов, еще у 37 (14%) наличие камней в желчных протоках выявлено в клинике и у 27 (11,2%) – во время операции. Это свидетельствует о бессимптомном течении заболевания, которое может не только не сопровождаться клиническими проявлениями, но и при проведении стандартных исследований (УЗИ) не сопровождаться признаками желчной гипертензии. В наших наблюдениях у 52 (23,4%) пациентов по данным УЗИ диаметр холедоха не превышал 6 мм, что соответствует физиологической норме.

Из 135 больных с резидуальным холедохолитиазом у 76 (56,3%) это были так называемые «забытые камни» (сроки от операции от 1-2 недель до 1-2 лет). У 28 (20,7%) больных наличие камней в протоках выявлено в сроки от 1-2 недель после холецистэктомии, а у 10 (7,4%) из них была выполнена холедохолитотомия и имелся наружный дренаж холедоха. У 3 больных функционировал наружный желчный свищ и у 1-комбинированный кишечно-желчный свищ в результате несостоятельности холецистостомы. Основной причиной запоздалой диагностики во всех случаях было невыполнение во время операции холангиографии. Отказ от интраоперационного рентгенологического исследования или ревизии желчных путей был обусловлен отсутствием клиники холедохолитиаза, нормальным диаметром желчных протоков и преувеличенной уверенностью оперирующего хирурга, что причина болезни устранена без объективизации этого факта.

Холедохолитиаз, осложненный обтурационной желтухой, выявлен у 135 (50,9%) пациентов. Уровень билирубина в данной группе составил $176 \pm 43,7$ $\mu\text{mol/l}$ (от 75 до 250 $\mu\text{mol/l}$), а длительность желтухи составляла в среднем 1-2 недели. Основным исследованием, которое позволяло выработать тактику лечения, была эндоскопическая ретроградная панкреатохолан-

гиография (ЭРХПГ) или, при наличии функционирующего дренажа, – фистулография (71,8%).

Выбор метода дренирования желчных путей при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, зависит от формы и размера конкрементов, возраста и компенсации систем гомеостаза пациента,

длительности и интенсивности механической желтухи, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки. Основным методом первого этапа была ЭПСТ (рис 1).

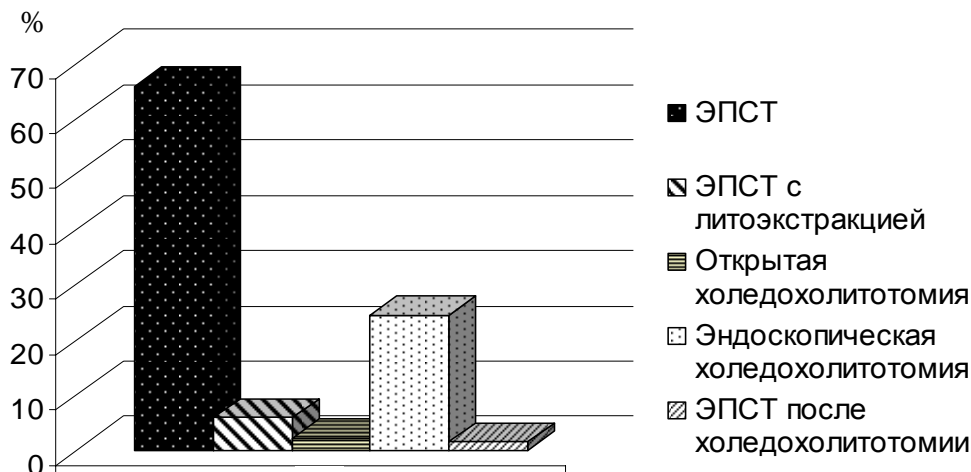


Рис. 1. Оперативные вмешательства у больных ЖКБ с обтурационной желтухой (n-135)

У 8 (5,9%) больных после ЭПСТ удалось выполнить литоэкстракцию. При выявлении в холедохе множественных мелких или единичных конкрементов размером до 10 мм (89 больных - 65,9%) данное вмешательство давало радикальное устранение механического препятствия оттока желчи, что подтверждалось повторными ЭРХПГ или интраоперационной холангиографией.

Однозначно двухэтапное лечение независимо от формы, размера и количества конкрементов применяли только у пациентов с уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л и длительностью желтухи свыше 14 дней (29 больных). В этом случае удаление желчного пузыря и (или) конкрементов из холедоха выполняли через 10-14 дней после дренирующей операции.

У 33 (24,5) пациентов с компенсацией систем гомеостаза и уровнем билирубина ниже 100 мкмоль/л выполнена одномоментная эндоскопическая холедохолитотомия (с холецистэктомией при наличии показаний).

При ЖКБ с холедохолитиазом без желтухи отдавали предпочтение одномоментной эндоскопической ХЭ с холедохолитотомией (176 больных – 79,2%). Единственным методом контроля за

полнотой удаления камней считаем интраоперационную холангиографию, которая выполняется всем больным с холедохолитиазом.

Показания к ЭПСТ при холедохолитиазе без желтухи пришлось значительно сузить, во-первых, из-за развития тяжелых осложнений ближайшего послеоперационного периода, таких как кровотечение и острый панкреатит, а, во-вторых, из-за формирования рефлюкс-холангита при субтотальном или тотальном разрушении сфинктера БДС в течение первого года после операции. В вошедших в статистическую обработку наблюдениях отмечены 2 случая острого панкреатита, как осложнения ЭПСТ, которые потребовали дополнительного дренирования брюшной полости, и в одном случае удаления забрюшинных секвестров и вскрытия флегмон.

Помимо тяжелых осложнений, ЭПСТ далеко не во всех случаях является эффективной, что обусловлено как диаметром конкрементов, так и их геометрической формой, поэтому при диаметре конкрементов более 10 мм или их кубической форме ЭПСТ приходится дополнять холедохолитоэкстракцией, или холедохолитотрипсией, или прибегать к холедохолитотомии (рис. 2).

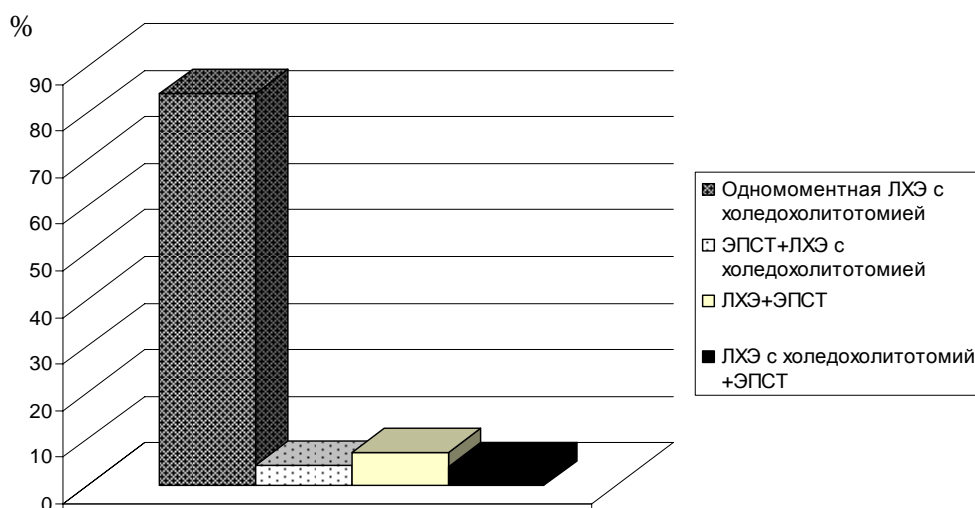


Рис. 2. Оперативные вмешательства при ЖКБ с холедохолитиазом без обтурационной желтухи (n-222)

Поэтому показаниями к ЭПСТ, как единственному или сочетанному методу лечения холедохолитиаза, в настоящее время считаем:

- наличие эндоскопических признаков вклинения конкремента в БДС;
- длительную гипербилирубинемию или явления гнойного холангита у больных с высоким операционно-наркозным риском (как единственный способ лечения или как вариант подготовки к операции);
- резидуальный холедохолитиаз, выявленный в ближайшем послеоперационном периоде («забытые камни») и множественный микрохоледохолитиаз при размерах конкрементов до 0,3 см без признаков билиарной гипертензии;
- наличие признаков стенозирующего папиллита.

Кроме этого, к ЭПСТ после холедохолитотомии прибегаем при ее неэффективности: выявление оставленных камней при фистулографии через дренаж, невозможности удалить конкремент после неоднократных попыток или микрохоледохолитиазе. Так, вмешательство дополнено ЭПСТ или баллонной дилатацией БДС у 16 (7,2%) больных с микрохоледохолитиазом и у 10 (7,4%) пациентов, у которых удалить все конкременты из холедоха не удалось или выявлены неудаленные камни после операции. При этом осложнения, преимущественно в виде кровотечения из портов или ложа пузыря, отмечены всего в 2,1%.

Поэтому в настоящий момент показаниями к одномоментной ЛХЭ с холедохолитотомией считаем:

- ЖКБ с холедохолитиазом без обтурационной желтухи;
- ЖКБ с холедохолитиазом с обтурационной желтухой до 10 дней и уровнем билирубина ниже 100 мкмоль/л;
- множественный резидуальный холедохолитиаз после ХЭ (за исключением микрохоледохолитиаза);
- единичные камни в холедохе после ХЭ при их размерах более 10 мм или кубической форме;
- наличие камней после ЭПСТ.

Подобный подход позволил значительно расширить спектр оперативных вмешательств, индивидуализировать тактику лечения у каждого конкретного больного и в 2 раза снизить количество осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Выбор метода оперативного лечения при холедохолитиазе зависит от формы и размера конкрементов, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном соустье, длительности и интенсивности обтурационной желтухи.
2. ЭПСТ является методом выбора лечения микрохоледохолитиаза, резидуального холедохолитиаза и декомпрессии желчных путей при длительности желтухи более 14 дней и уровне билирубина выше 100 мкмоль/л.
3. Одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией показана больным при диаметре камней более 10 мм или их кубической форме, неэффективности ЭПСТ без обтурационной желтухи

или с длительностью желтухи до 10 дней при билирубинемии до 100 мкмоль/л.

4. Интраоперационная и послеоперационная холангиография является эффективным методом контроля полноты литотомии.

5. Индивидуализация подхода к лечению холедохолитиаза позволяет не только добиться эффективного излечения, но и в два раза снизить число послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возлюбленный Д.Е. Эндовидеолапароскопические диагностика и лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Д.Е. Возлюбленный. – Ростов-на-Дону, 2008. – 24 с.

2. Воровський О.О. Результати хірургічного лікування холедохолітіазу у хворих похилого та старечого віку / О.О. Воровський, О.І. Бондарчук // Клініч. хірургія. – 2009. – №7-8. – С. 12-14.

3. Кондратенко П.Г. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчекаменной болезни / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Клініч. хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 73.

4. Кондратенко П.Г. Летальность при остром холангите: факторный анализ и пути снижения риска фатального исхода / П.Г. Кондратенко, Ю.А. Царульков, В.Г. Гурьянов // Укр. журнал хірургії. – 2009. – № 5. – С. 115-120.

5. Ничитайло М.Ю. Тактика лікування хворих на холедохолітіаз, ускладнений гострим холангітом / М.Ю. Ничитайло, В.П. Шкарбан // Клініч. хірургія. – 2007. – № 11-12. – С. 76-78.

6. Uchiama K. Lony-tesum prognosis after treatment of patient with choledocholithiasis / K. Uchiama, H. Onisi, M. Tani // Ann. Surg. – 2003. – Vol.238, N 1. – P. 97-102.



УДК 616.366-002.1-036.1-089.819

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

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний госпіталь інвалідів війни*

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, позапечінкові жовчні протоки, гепатодуоденальна ділянка, лапароскопічна холецистектомія, інтраопераційна трансліюмінація

Key words: cholelithic disease, extrahepatic biliary ducts, hepatoduodenal region, laparoscopic cholecystectomy, intraoperative transillumination

ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО І ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Резюме. Проведен аналіз результатів оперативного лікування 660 больних с желчекаменной болезнью (ЖКБ), которым выполнено лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Осложненное течение при остром холецистите наблюдалось у 104 (15,8%) пациентов, при хроническом – у 98 (14,8%). Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) и сосудов диагностировано у 4 (0,6%) больных. Усовершенствование техники ЛХЭ и применение интраоперационной транслиюминации (ИТ) дало возможность снизить частоту интраоперационных повреждений.

Summary. The results of surgical treatment of 660 patients with cholelithic disease (CD), who underwent laparoscopic cholecystectomy (LCE) were analyzed. Complications development in acute cholecystitis were observed in 104 (15,8%) of patients in chronic – in 98 (14,8%). Injuries of extrahepatic biliary ducts and vessels were in 4 (0,6%) of patients. Upgrading of laparoscopic cholecystectomy technique and use of intraoperative transillumination allowed to decrease intraoperative injuries incidence.

ЛХЕ стала «золотим стандартом» у лікуванні ЖКХ [2]. Разом з тим впровадження ЛХЕ супроводжується збільшенням частоти пошкоджень ПЖП у 2–5 разів порівняно з відкритою мето-

дикою операції і становить у середньому 0,5–2,0% [3, 4, 5]. Кровотеча під час ЛХЕ виникає частіше, ніж пошкодження ПЖП, у 1,7–3,5% спостережень [1].

Мета роботи: розробка нових методів покращення результатів оперативного лікування хворих із ускладненим перебігом гострого й хронічного холециститу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За період з 2002 по 2011 рік у хірургічній клініці було виконано 660 ЛХЕ. Вік хворих від 21 до 87 років, у середньому $68 \pm 2,8$ року. Найбільше пацієнтів було у вікових групах 50–59 та 60–69 років (відповідно: 173 і 182 особи).

У 125 (18,9%) хворих діагностовано гострий калькульозний холецистит. Серед них: флегмонозний холецистит у 80 (12,1%), гангренозний – у 25 (3,8%), флегмонозно-гангренозний – у 16 (2,4%), перфоративний – у 4 (0,6%) випадках. Ускладнений перебіг гострого холециститу спостерігався у 104 (15,8%) пацієнтів: емпієма жовчного міхура – 40 (6,1%), рихлий паравезикальний інфільтрат – 34 (5,2%), щільний інфільтрат – 22 (3,3%), паравезикальний абсцес – 6 (0,9%), жовчний перитоніт – 2 (0,3%) випадки.

Хронічний перебіг захворювання відзначений у 535 (81,1%) хворих. Серед них: хронічний холецистит у стадії загострення – у 156 (23,6%), у стадії неповної ремісії – у 147 (22,3%) і у стадії ремісії – у 232 (35,2%) спостереженнях. Ускладнений перебіг хронічного холециститу діагностовано у 98 (14,8%) пацієнтів: склеротичний жовчний міхур – 35 (5,3%), водянка жовчного міхура – 28 (4,2%), надмірний злуковий процес – 25 (3,8%), синдром Міріззі – 8 (1,2%), білідигестивні нориці – 2 (0,3%) випадки.

Для візуалізації ПЖП і судин при ускладненому перебігу гострого й хронічного холециститу застосовували ІТ (деклараційний патент на винахід 65987А). ІТ проводили за допомогою металевого зонда (деклараційний патент на корисну модель 8783) та універсального зонда (деклараційний патент на корисну модель 3439). Як джерело освітлення був застосований напівпровідниковий лазерний модуль потужністю 30 мВт із довжиною хвилі випромінювання близько 650 нм (видиме червоне світло).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для попередження інтраопераційних пошкоджень проводили ретельне обстеження хворих до операції та своєчасне планове оперативне лікування хворих з ЖКХ у «холодному» періоді. При гострому холециститі ЛХЕ проводили у термін до 72 годин від початку захворювання, коли менша ймовірність паравезикальних ускладнень. При тривалості хронічного калькульозного холециститу більше 5 років був виражений склероз стінки жовчного міхура, тому

планове оперативне втручання намагались виконувати при найменшій тривалості ЖКХ.

ЛХЕ під інтубаційним наркозом проведено у 554 (83,9%) хворих. У 106 (16,1%) пацієнтів з вираженими серцево-судинними й легеневиими захворюваннями ЛХЕ виконано під перидуральною анестезією. Якщо тривалість планованого оперативного втручання була більше 2 годин, проводили катетеризацію перидурального простору до операції.

ЛХЕ при ускладненому перебігу гострого й хронічного калькульозного холециститу проводили таким чином. У 68 (10,3%) спостереженнях через наявність напруженого жовчного міхура був утруднений його захват затискачем, тому оперативне втручання розпочинали з пункції жовчного міхура та евакуації його вмісту. У 34 (5,2%) пацієнтів через наявність паравезикального інфільтрату, який поширювався на гепатодуоденальну зв'язку (ГДЗ), захопити кишеню Гартмана й виконати латеральну тракцію, як правило, було не можливо. У таких випадках починали мобілізацію жовчного міхура з його латеральної стінки на медіальну у проекції шийки жовчного міхура, що дало можливість попередити пошкодження трубчастих структур трикутника Кало і ГДЗ. При тривалості гострого процесу більше 3 діб інфільтрат ставав щільним у 22 (3,3%) хворих, що створювало небезпеку інтраопераційних пошкоджень. Інфільтрація тканин, як правило, супроводжувалась дифузною кровотечею, яку зупиняли за допомогою біполярної коагуляції.

У 35 (5,3%) випадках, через наявність склерозованої стінки жовчного міхура, труднощі виконання ЛХЕ були зумовлені ущільненням і ригідністю його стінок, заповненням просвіту міхура конкрементами, укороченням та зморщенням трубчастих структур трикутника Кало. Через ущільнення й зморщення стінок жовчного міхура була утруднена латеральна тракція за кишеню Гартмана, а також спостерігалось високе розташування міхурової протоки (МП) і міхурової артерії (МА). У такому випадку мобілізували жовчний міхур з його латеральної стінки на медіальну у проекції кишені Гартмана. Тільки висока мобілізація жовчного міхура дала можливість попередити пошкодження ПЖП і судин, оскільки при склеротичних ускладненнях спостерігалось зморщення й укорочення жовчного міхура й трикутника Кало. При виражених склеротичних змінах стінки жовчного міхура, а також при його внутрішньопечінковому розташуванні не прагнули до повної мобілізації основного стовбура МА. У таких випадках кліпували

судини, які чітко переходили на стінку жовчного міхура (артерії II, III порядку). Кровотечу із МА та її гілок зупиняли спочатку перестисканням атравматичним затискачем. Після відмивання згустків і чіткої візуалізації артерії проводили її кліпування або коагуляцію біполярним затискачем.

У випадках недостатньо зрозумілої анатомічної будови трубчастих структур гепатодуоденальної ділянки та виражених патологічних змін застосовували ІТ, яка дозволяла виявити анатомічні утворення: МП, ЗЖП, праву печінкову артерію, МА та її гілки, додаткові судини й протоки, які впадали в жовчний міхур і в ПЖП, наявність лімфатичних вузлів у ділянці трикутника Кало та ГДЗ. Зонд-трансілюмінатор розміщували позаду структур у ділянці шийки жовчного міхура. За світловими проміжками, які при цьому виникали, розсікали злуки, рубцеві нашарування, зрощення. Першим елементом під час препаровки була МП. Після її кліпування та пересічення вводили зонд-трансілюмінатор позаду від МА. Після кліпування та пересічення останньої освітлювач розміщували між стінкою жовчного міхура і краєм печінки. За світловою щільною виявляли наявність судин у ложі жовчного міхура.

Надмірний злуковий процес у над- і підпечінковому просторах у 25 (3,8%) випадках утруднював хід ЛХЕ. Розсічення злук проводили під трансілюмінаційним контролем, на відстань, необхідну для мобілізації жовчного міхура та препаровки МП і МА.

Після пересічення трубчастих структур трикутника Кало виділяли жовчний міхур з ложа у сполучнотканинному шарі між стінкою жовчного міхура й паренхімою печінки. Для чіткого виявлення сполучнотканинного прошарку застосовували трансілюмінацію та проводили тракцію жовчного міхура за дно у напрямку, протилежному до ділянки мобілізації. Виділення жовчного міхура при запальних та склеротрофічних процесах проводили ближче до його стінки.

Перфорація стінки жовчного міхура була менш небезпечною, ніж глибоке пошкодження паренхіми печінки. У 8 (1,2%) хворих з вираженими склеротичними змінами виділення жовчного міхура із ложа створювало небезпеку значного пошкодження паренхіми печінки. У таких випадках відсікали передньо-бокову стінку жовчного міхура за допомогою ножиць або L-подібного гачка, після чого біполярним затискачем проводили мукоклазію задньої стінки. Відсічену частину жовчного міхура разом із його вмістом поміщали у контейнер і видаляли із черевної порожнини.

Для контролю жовчевитікання та геморагії у післяопераційному періоді, при ускладнених формах калькульозного холециститу, підпечінковий простір дренивали трубчастим дренажем, який видаляли на 1–2 добу післяопераційного періоду.

При здійсненні ЛХЕ пошкодження ПЖП і судин спостерігались у 4 (0,6%) пацієнтів: пересічення ЗЖП у поєднанні з кровотечею із правої печінкової артерії у 1 (0,2%) випадку; кліпування стінки загальної печінкової протоки із пошкодженням МА – у 1 (0,2%) хворого та неспроможність кукси МП – у 2 (0,3%) пацієнтів. Пошкодження ПЖП та судин спостерігались на початку освоєння методики ЛХЕ, що відповідає так званій «кривій навчання». При вдосконаленні техніки ЛХЕ та застосуванні ІТ пошкоджень не було.

ВИСНОВКИ

1. Для попередження інтраопераційних пошкоджень доцільно проводити планове оперативне лікування хворих з ЖКХ у «холодному» періоді. При гострому холециститі ЛХЕ потрібно виконувати у термін до 72 годин від початку захворювання та до 5 років при хронічному перебігу калькульозного холециститу.

2. За наявності ускладненого перебігу гострого й хронічного калькульозного холециститу доцільно дотримуватись описаної техніки ЛХЕ та застосовувати ІТ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ганков В.А. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии. Пути их снижения и комплексная профилактика / В.А. Ганков, А.В. Маньков // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – № 4. – С. 40–46.
2. Можливості використання комбінованих мінілапароскопічних оперативних втручань у хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби / С.Г. Четверіков, М.Р. Баязитов, В.Ю. Вододюк, О.О. Олійник // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 3. – С. 105.
3. Хирургическая коррекция поврежденной желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / А.В. Скумс, М.Е. Ничитайло, В.П. Шкар-

бан, А.И. Иваницкий [и др.] // IV Міжнародні Пироговські читання: матеріали наук. конгресу. – Вінниця, 2010. – С. 145–146.
4. Frilling A. Major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy: a tertiary center experience / A. Frilling, J. Li, F. Weber // J. Gastrointest. Surg. – 2004. – Vol. 8, N 6. – P. 679–685.
5. Mercado M.A. Prognostic implications of preserved bile duct confluence after iatrogenic injury / M. A. Mercado, C. Chan, H. Orozco // Hepatogastroenterol. – 2005. – Vol. 52, N 61. – P. 40–44.

**О.Є. Каніковський,
О.В. Харчук,
І.В. Павлик**

ОПТИМІЗАЦІЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ДЖЕРЕЛ ЕНЕРГІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, ультразвукова дисекція
Key words: gallstone disease, cholecystectomy, ultrasound dissection

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 84 больних желчнокаменной болєзньо. Контрольну групу склали 52 больних, у котрых применили механіческую диссекцію тканив и высокочастотную електрохірургіческую установку. В основную групу вошли 32 больних, у котрых применили ультразвуковой диссектор. Применение ультразвукового диссектора с лапароскопическим оснащением позволяет выполнить лапароскопическую холецистэктомию с меньшей угрозой повреждения анатомических трубчатых структур по сравнению с электрокоагуляцией, тем самым расширяя показания к лапароскопической холецистэктомии при желчнокаменной болєзни, и позволяет сократить длительность этой операции на 23,7% ($p < 0,02$). При применении ультразвуковой диссекции тканей при лапароскопической холецистэктомии по сравнению с электрокоагуляцией частота интраоперационных и послеоперационных осложнений уменьшается на 13% ($p < 0,02$), интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде уменьшается в 1,6 раза ($p < 0,05$), а продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре сокращается на 1,5 суток.

Summary. We analyzed the results of surgical treatment of 84 patients with gallstone disease. The control group consisted of 52 patients, in whom a mechanical dissection of tissues and high-frequency electro-surgical installation with mono- and bipolar electrodes was used. The main group included 32 patients, in whom ultrasonic dissector was used. The use of ultrasonic dissector with special laparoscopic instruments allows to perform cholecystectomy with less threat of anatomical structures damage as compared with electrocoagulation, thereby expanding the indications for laparoscopic cholecystectomy, and reducing the duration of the operation by 23,7% ($p < 0,02$). Using ultrasonic dissection in laparoscopic cholecystectomy, frequency of intraoperative and postoperative complications reduces by 13% ($p < 0,02$), the intensity of pain in the postoperative period – by 1,6 times ($p < 0,05$), length of postoperative hospital stay decreases by 1,5 days in comparison with electrocoagulation.

Частота ятрогенних пошкоджень жовчних проток при конвенційній холецистектомії багато десятиріч утримується на одному рівні і, за свідченнями різних авторів, становить від 0,2% до 1% [4].

Пошкодження магістральних жовчних проток при лапароскопічній холецистектомії трапляється майже з такою ж частотою, а деякі автори відзначають навіть зростання частоти таких ускладнень у 2-5 разів, порівняно з відкритою холецистектомією [1, 6].

Летальність як у ранні, так і в пізні терміни після операцій з приводу ятрогенного пошкодження жовчних проток є достатньо високою [5].

Комбіновані пошкодження клінічно проявляються ускладненнями, пов'язаними з травмою жовчних проток, до яких приєднуються сим-

птоми, викликані ішемією печінки або кровотечею [3].

При використанні ультразвукових хірургічних апаратів відсутнє проходження через організм пацієнта інших видів енергії, крім механічної. На відміну від електрокоагуляторів, ультразвукові ножиці не викликають утворення диму, що містить канцерогенні токсичні продукти обуглювання [2].

Мета роботи - визначення ефективності застосування ультразвукової дисекції при виконанні відкритих і лапароскопічних холецистектомій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 84 хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) у хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного

університету ім. М.І.Пирогова за 2010-2011 рр. Всім хворим на різні форми жовчнокам'яної хвороби виконана холецистектомія, яка проводилась з лапаротомного доступу або лапароскопічно, залежно від показань. Операції проводились під внутрішньовенним наркозом з інтубацією трахеї. Лапароскопічна холецистектомія виконувалась в умовах карбоксиперитонеуму з чотирьох троакарних точок (2 – 10 мм і 2 – 5 мм) за загальноприйнятою методикою. Лапароскопічну холецистектомію проводили із застосуванням відеоендоскопічної стойки та інструментарію фірми "Karl Storz" (Німеччина). Всі операції завершувались дренажуванням ложа жовчного міхура.

Контрольну групу склали 52 хворих на ЖКХ, оперованих лапароскопічно або з лапаротомного доступу. Під час проведення конвенційної холецистектомії у хворих цієї групи для виділення трубчатих структур трикутника Кало застосували механічну дисекцію тканин, а під час лапароскопічної холецистектомії – високочастотну електрохірургічну установку фірми "Karl Storz" (Німеччина) з монополярним та біполярним електродом.

До основної групи ввійшли 32 хворих, що перенесли конвенційну або лапароскопічну холецистектомію з приводу ЖКХ. Інтраопераційно на етапі диференціації та виділення анатомічних структур трикутника Кало й виділення жовчного міхура у хворих цієї групи застосували ультразвуковий дисектор Sonoca 400 з коротким кутовим макронаконечником при відкритій операції і 320 мм макронаконечником (5 мм діаметром) для лапароскопічної дисекції фірми "Söring" (Німеччина).

Середній вік хворих контрольної групи – $56,4 \pm 1,6$ року (min – 21 років, max – 77 років), основної групи – $59,4 \pm 1,4$ року (min – 32 років, max – 80 років).

Пацієнтів жіночої статі в контрольній групі $63,5 \pm 6,7\%$, чоловічої статі – $36,5 \pm 6,7\%$. В основній групі пацієнтів жіночої статі – $65,6 \pm 8,4\%$, чоловічої статі – $34,4 \pm 8,4\%$.

Ефективність застосування ультразвукової дисекції тканин при проведенні холецистектомії оцінювали шляхом порівняння серед двох груп хворих таких критеріїв: тривалість операції, частота інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, частота конверсій при лапароскопічній холецистектомії, інтенсивність больового синдрому після лапароскопічної холецистектомії, тривалість стаціонарного лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За структурою основної патології та структурою ускладнень дві групи між собою суттєво не відрізняються ($p > 0,05$).

Враховуючи технічні можливості нашої клініки, показаннями до конвенційної холецистектомії були визначені гострий холецистит, ускладнений гнійним холангітом, холедохолітіаз, що не піддається корекції ендоскопічними транспілярними втручаннями, хронічний або гострий холецистит, ускладнений біліарною гіпертензією, і яка потребує корекції шляхом формування білідигестивного з'єднання, та виражений перивезикальний інфільтрат під час лапароскопії. Показання до внутрішнього дренажування позапечінкових жовчних проток визначені нашими попередніми дослідженнями й ґрунтуються на прогнозі незворотних морфологічних змін стінки проток, предикторами яких є рівень біліарної гіпертензії при холангіоманометрії, діаметр загальної жовчної протоки при ультрасонографії й рівень білірубінемії. Показанням до лапароскопічної холецистектомії були неускладнені хронічний або гострий холецистит чи наявність ускладнень, для корекції яких достатньо арсеналу ендоскопічних транспілярних втручань, і які не потребують прямих маніпуляцій на стінці загальної жовчної протоки.

Враховуючи встановлені показання, хворим виконана відкрита або лапароскопічна холецистектомія.

Частка лапароскопічних холецистектомій в основній групі майже на 22% більша за частку лапароскопічних операцій у контрольній групі, і враховуючи, що за структурою основної патології та ускладнень дві групи не відрізняються, ця відмінність достовірна ($p < 0,05$). Збільшення кількості лапароскопічних операцій пов'язане із ефективним застосуванням ультразвукового дисектора для виділення й диференціації трубчатих структур печінково-дванадцятипалої зв'язки й трикутника Кало в умовах перивезикального інфільтрату, який у хворих контрольної групи був показанням до конвенційної холецистектомії. Два випадки конверсії в контрольній групі пов'язані з неможливістю виділення й високим ризиком пошкодження важливих анатомічних структур під час лапароскопічної холецистектомії із застосуванням електрокоагулятора.

Середня тривалість лапароскопічної холецистектомії в контрольній групі становила $84,1 \pm 6,8$ хв., тоді, як середня тривалість лапароскопічної холецистектомії в основній групі – $64,2 \pm 5,6$ хв. ($p < 0,02$), що достовірно говорить про переваги ультразвукової дисекції тканин при виділенні анатомічних структур гепатодуоденальної зв'язки й виділенні самого міхура.

Достовірні відмінності між обома групами виявлені за частотою виникнення тимчасової ін-

траопераційної кровотечі з міхурової артерії, що виникала в результаті електротравми її стінки, та за частотою підтікання жовчі по дренажу з ложа міхура. Загальна частота інтраопераційних та післяопераційних ускладнень в основній групі на 13% менше порівняно з контрольною групою ($p < 0,02$), що, на нашу думку, свідчить про більшу ефективність коагуляційного ефекту ультразвуку порівняно з електрокоагуляцією.

У післяопераційному періоді у хворих обох груп, що перенесли лапароскопічну холецистектомію, протягом перших 12 – 24 годин після операційного періоду визначали інтенсивність болю за десятибальною візуальною аналоговою шкалою.

Середній бал за візуальною аналоговою шкалою больових відчуттів серед хворих контрольної групи $6,81 \pm 0,98$, а серед хворих основної групи $4,27 \pm 0,72$ ($p < 0,05$). Така суттєва різниця пояснюється, на нашу думку, відсутністю опікової поверхні після застосування ультразвукової дисекції на відміну від електрокоагуляції.

Середній термін перебування в стаціонарі після лапароскопічної холецистектомії хворих контрольної групи становив $5,4 \pm 0,6$ доби, а хворих основної групи $3,9 \pm 0,4$ доби ($p < 0,05$). Термін пе-

ребування хворих в стаціонарі після відкритої операції до уваги не брався, оскільки його тривалість залежала більше від способів оперативної корекції і подальшого лікування ускладнень ЖКХ, а не від досліджуваних способів дисекції тканин у ділянці жовчного міхура.

ВИСНОВКИ

1. Застосування ультразвукового дисектора з лапароскопічним оснащенням дозволяє виконати лапароскопічну холецистектомію з меншою загрозою пошкодження анатомічних трубчатих структур порівняно з електрокоагуляцією, тим самим розширюючи показання до лапароскопічної холецистектомії при жовчнокам'яній хворобі, і дозволяє скоротити тривалість цієї операції на 23,7% ($p < 0,02$).

2. При застосуванні ультразвукової дисекції тканин при лапароскопічній холецистектомії порівняно з електрокоагуляцією частота інтраопераційних та післяопераційних ускладнень зменшується на 13% ($p < 0,02$), інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді зменшується в 1,6 разу ($p < 0,05$), а тривалість післяопераційного перебування в стаціонарі скорочується на 1,5 доби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артемьева Н.Н. Лечение ятрогенных поврежденных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / Н.Н. Артемьева, Н.Ю. Коханенко // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 49-56.

2. Вишневский В.А. Ультразвуковые аппараты для хирургической мобилизации (AUTO SONIX, HARMONIC SCALPEL, SONO SURG) / В.А. Вишневский, М.Г. Магомедов // *Эндоскоп. хирургия*. – 2003. – N 1. – С. 43-45

3. Діагностика та лікування хворих із комбінованими пошкодженнями жовчних проток та судин при холецистектомії / М.Ю. Ничитайло, А.В. Скумс, В.П. Шкрабан [та ін.] // *Шпитальна хірургія*. – 2011. – № 1. – С. 13-17.

4. Нечай А.И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка / А.И. Нечай, К.В. Новиков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 95-100.

5. Ятрогенні пошкодження позапечінкових жовчних проток при конвенційній та лапароскопічній холецистектомії, їх хірургічна корекція та попередження / М.П. Павловський, Т.І. Шахова, В.І. Коломійцев [та ін.] // *AML*. – 2010. – № 4. – С. 36-40.

6. Wan-Yee Lau Classification of iatrogenic bile duct injury / Wan-Yee Lau, C.H. Eric Lai // *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.* – 2007. – Vol. 6, N 5. – P. 495-463.



УДК 616.366-002.1-089.819:616.381-089

**Г.Д. Петренко,
В.А. Сипливий,
Д.Г. Петренко,
А.Г. Гузь,
А.Г. Петюнин,
Б.В. Менкус,
В.К. Хабусев,
В.В. Доценко**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ, РАНЕЕ
ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: *острый калькулезный холецистит, компьютерная томография, малоинвазивные технологии, лапароскопическая холецистэктомия, миниразрез, эндоскопическая папиллосфинктеротомия*
Key words: *acute calculous cholecystitis, abdominal CT, mini-invasive techniques, laparoscopic cholecystectomy, mini-incision, endoscopic papillosphincterotomy*

Резюме. *Наведено досвід використання малоінвазивних технологій (лапароскопічна холецистектомія, холецистектомія із мінідоступу в правому підребір'ї, ендоскопічної папілосфінктеротомії) при оперативному лікуванні гострого калькульозного холециститу у 147 хворих, раніше оперованих на органах черевної порожнини. Показана висока інформативність КТ органів черевної порожнини при виборі способу оперативного втручання. Доведені переваги малоінвазивних технологій при оперативному лікуванні цієї категорії хворих.*

Summary. *The experience of use of mini-invasive techniques (laparoscopic cholecystectomy, cholecystectomy with minimal access in right epigastrium, endoscopic papillosphincterotomy) at surgical treatment of 147 patients with acute calculous cholecystitis, operated earlier on abdominal organs is represented. The high informativity of abdominal CT at choice of surgical method is shown. The advantages of mini-invasive techniques at surgical treatment of this group of patients are substantiated.*

В последнее десятилетие при хирургическом лечении острого калькулезного холецистита большинство хирургов широко используют малоинвазивные технологии: лапароскопическую холецистэктомию, холецистэктомию через миниразрез в правом подреберье, эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Однако многие хирурги [1, 3, 4, 5] считают, что ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, особенно на органах верхнего этажа брюшной полости, являются противопоказанием для применения малоинвазивных технологий в оперативном лечении острого калькулезного холецистита. Поэтому мы решили объективно оценить результаты применения лапароскопической холецистэктомии из минидоступа в правом подреберье и эндоскопической папиллотомии у этой категории больных.

Целью нашей работы была объективная оценка результатов оперативного лечения больных острым калькулезным холециститом с применением малоинвазивных технологий, ранее оперированных на органах брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За последние 10 лет в нашей клинике с применением малоинвазивных технологий (лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из подреберного доступа, эндоскопическая

папиллосфинктеротомия) оперировано 147 больных, ранее оперированных на органах брюшной полости. Среди них женщин было 127 (86,4%) и мужчин 20 (13,6%). Средний возраст больных составил 45,3 года.

Ранее выполненные операции были связаны со следующей патологией: острый аппендицит - 557 (38,8%) наблюдений, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки - 31 (21,1%), закрытая травма живота с повреждением внутренних органов - 18 (12,2%), внематочная беременность - 17 (11,6%), опухоли матки и придатков - 11 (7,5%), проникающие ножевые ранения живота с повреждением внутренних органов - 5 (3,4%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением - 4 (2,7%), острый панкреатит - 4 (2,7%) наблюдения.

Предоперационная подготовка и обследование больных проводили согласно общепринятым стандартам. В последние годы в план обследования этого контингента больных включили КТ органов брюшной полости. КТ выполнялось на томографе «Toshiba Aquillion 16».

Выполнение лапароскопической холецистэктомии у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости, связано с риском повреждения внутренних органов из-за спаечного про-

цесса в брюшной полости как в момент наложения карбоксиперитонеума, так и при введении троакаров. Поэтому для введения первого троакара использовали открытый метод Хасана с последующим наложением карбоксиперитонеума и выполнением диагностической видеолапароскопии. При этом уточняли степень распространенности спаечного процесса, разделяли спайки и определяли степень и распространенность воспалительного процесса в гепатодуоденальной зоне. Так, у 14 больных мы вынуждены были перейти на подреберный доступ, а у 2 - на срединную лапаротомию. У 65 больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Для выполнения холецистэктомии из подреберного доступа мы выполняли миниразрез в области проекции желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. Холецистэктомия из подреберного доступа была выполнена у 66 (44,9%) больных. При этом в 21 наблюдении миниразрез в подреберном доступе пришлось расширять из-за выраженного спаечного процесса в подпеченочном пространстве, грубых нарушений анатомии и деструктивных изменений в желчном пузыре. У 5 из них дифференцировать элементы треугольника Кало не представилось возможным. В таких случаях нами применен прием рассечения передней стенки желчного пузыря до шейки, что позволило дифференцировать пузырный проток.

Оперативное вмешательство завершали дренированием подпеченочного и надпеченочного пространств перфорированными трубчатыми дренажами для активной аспирации.

У 15 больных острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом и холангитом оперативное вмешательство было выполнено в два этапа. На первом этапе выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов. Во второй этап, через 2-3 дня, у 9 больных была выполнена холецистэктомия из подреберного доступа, у 6 больных - лапароскопическая холецистэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ применения малоинвазивных технологий при оперативном лечении больных острым калькулезным холециститом, ранее оперированных на органах брюшной полости, свидетельствует о том, что использование традиционных способов обследований, включая УЗИ, не позволяет оценить тяжесть спаечного процесса в брюшной полости и степень деструктивных изменений в желчном пузыре. Значительно расширяет диагностические возможности КТ орга-

нов брюшной полости, особенно с использованием различных методов контрастирования. Как свидетельствует наш опыт, полученная объективная информация при КТ о состоянии желчного пузыря, внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков, печени, желудка, двенадцатиперстной кишки, наличие инфильтрата и спаечного процесса позволяют отказываться от диагностической видеолапароскопии и попыток разъединения спаек в пользу подреберного доступа. Это способствует значительному сокращению продолжительности оперативного вмешательства и, естественно, продолжительности наркоза и расхода медикаментов. Наш опыт [2] также свидетельствует о том, что если процесс разъединения спаек при попытке выполнить лапароскопическую холецистэктомию занимает более 30 минут, необходимо перейти на подреберный доступ или срединную лапаротомию. Конверсия на холецистэктомию из подреберного доступа была выполнена в 14 наблюдениях, а на срединную лапаротомию - в 2 случаях из 81 лапароскопической холецистэктомии. Следовательно, холецистэктомия из подреберного доступа была выполнена у 80 (54,4%) из 147 больных.

При подреберном доступе нет необходимости в разъединении спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, что является обязательным этапом при выполнении традиционной холецистэктомии через срединный лапаротомный доступ. Подреберный миниразрез при необходимости можно увеличить до необходимых размеров. Особенно это важно у больных с деструктивными формами острого холецистита. Подреберный доступ также обеспечивает хороший доступ к гепатодуоденальной связке.

Течение послеоперационного периода у больных острым калькулезным холециститом с перенесенными ранее оперативными вмешательствами на органах брюшной полости, оперированными с применением малоинвазивных технологий, практически не отличается от больных после стандартной лапароскопической холецистэктомии - средний койко-день составлял 5,7 дня. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

1. Для оперативного лечения больных острым калькулезным холециститом, ранее оперированных на органах брюшной полости, могут применяться малоинвазивные технологии.
2. Компьютерная томография органов брюшной полости позволяет выбрать адекватный

способ оперативного вмешательства у этой категории больных.

3. Минаразрез в правом подреберье является оптимальным доступом для выполнения холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом, ранее оперированных на органах брюшной полости.

4. Лапароскопическая холецистэктомия у больных острым калькулезным холециститом, ранее оперированных на органах брюшной полости, может выполняться высококвалифицированным хирургом у ограниченного контингента больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запорожченко Б.С. Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической хирургии острого холецистита / Б.С. Запорожченко, И.Е. Бородаев, А.О. Ввелюра // Эксперим. і клініч. медицина. – 2004. – №3. – С.181-182.

2. Застосування малоінвазивних технологій при оперативному лікуванні хворих на гострий калькулезний холецистит, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини / В.О. Сипливий, Г.Д. Петренко, О.О. Брек [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2010. – №3(51). – С. 23-24.

3. Лупальцов В.И. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях по поводу

острого холецистита / В.И. Лупальцов, С.С. Мирошниченко // Клініч. хірургія. – 2007. – № 5-6. – С.30-31.

4. Одномоментные симультанные хирургические операции с применением лапароскопической техники при остром холецистите / М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко, В.Ю. Шаповалов, М.М. Каштальян // Клініч. хірургія. – 2007. – №5-6. – С. 27-28.

5. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy / Zacks S.L., Sandier R.S., Rutlege R., Brown R.S. // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97, N2. – P.334 – 340.



УДК 616.366/.367-003.7-089.819

**В.В. Грубник,
А.И. Ткаченко,
Ю.Н. Кошель,
В.В. Ильяшенко,
М.В. Прикупенко**

*Одесский национальный медицинский университет
кафедра хирургии №1*

Ключевые слова:

*лапароскопическая
холедохолитотомия, дренирование
холедоха*

Key words: *choledocholithiasis,
laparoscopic choledocholithotomy,
results*

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЭПОХУ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. *Вивчена проблема необхідності зовнішнього дренивання холедо-
доху при лапароскопічній холедохолітомії. Лапароскопічна холедо-
холітомія повинна застосовуватись у тих випадках, коли видалити
камні через міхуровий протік неможливо. «Глухий» шов холедо-
доху в поєднанні з антеградним біліарним стентуванням є методом вибору
завершення лапароскопічних оперативних втручань при холедохолітіазі.*

Summary. *The aim research was to determine the need to perform external
drainage of common bile duct during laparoscopic choledocholithotomy.
External drainage of common bile duct should be used only for strict
indications. "Deaf" common bile duct suture in combination with antegrade
biliary stenting is the method of choice for the completion of laparoscopic
surgery for choledocholithiasis.*

Холедохолитиаз - частое осложнение желче-
каменной болезни, встречающееся у 8-10% боль-
ных с желчекаменной болезнью [3, 10, 13]. У
больных пожилого возраста холедохолитиаз
наблюдается в 23-35% случаев [1, 5, 8]. В эпоху
лапаротомной хирургии методом выбора лечения
больных с холедохолитиазом была открытая

холецистэктомия, холедохолитотомия с наруж-
ным дренированием холедоха, как правило по
Керу, а резидуальные камни удалялись при
эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭП).

Широкое внедрение лапароскопической холе-
цистэктомии (ЛХ) в последние 20 лет изменило
тактику лечения больных с холедохолитиазом.

Многие хирурги предпочитают вначале выполнять больным ЭП с удалением конкрементов, а затем через несколько дней производят ЛХ. Некоторые хирурги [2, 3, 11, 12] выполняют ЭП во время проведения ЛХ, что позволяет удалить конкременты из холедоха во время одного оперативного вмешательства. Ведущие эндоскопические хирурги [4, 5, 6, 12] считают, что целесообразно во время выполнения ЛХ производить удаление конкрементов из холедоха через пузырный проток под контролем фиброхоледохоскопа, а при технических сложностях - производить холедохолитотомию. Лапароскопическая холедохолитотомия может заканчиваться наружным дренированием холедоха по Керу либо первичным швом холедоха.

В нашей клинике лапароскопические вмешательства на желчных протоках выполняются с 1995 года, и к настоящему времени произведено более 300 лапароскопических вмешательств на холедохе. Анализируя свои результаты и данные литературы, мы пришли к выводу, что многие позиции, принятые за основу во время открытых оперативных вмешательств, должны быть пересмотрены в эпоху лапароскопической хирургии. Одной из таких позиций является вопрос о наружном дренировании холедоха после холедохолитотомии. С целью получения ответа на данный вопрос, нами в период 2005-2011 гг. проведено рандомизированное исследование.

Цель исследования состояла в том, чтобы выяснить, всегда ли нужно выполнять наружное

дренирование холедоха при лапароскопической холедохолитотомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2005 по 2011г. лапароскопические вмешательства на холедохе были выполнены у 178 пациентов с холедохолитиазом. Из них мужчин было 56, женщин – 122. Средний возраст пациентов составил 63,2±5,9 года.

Камни холедоха выявлены при УЗИ у 104 пациентов, при КТ – у 26, при МРТ–у 75. Сопутствующая патология оценивалась по шкале Американского общества анестезиологов ASA, из них ASA II диагностирована у 88 пациентов, ASA III – у 46.

Лапароскопические вмешательства через пузырный проток были выполнены у 102 пациентов, а лапароскопическая холедохотомия произведена у 76 больных.

Для рандомизации данного исследования мы использовали метод A.Cushieri [3, 4, 14]. Все больные, которым производилась лапароскопическая холедохолитотомия, разделены на две группы: I-группа (n=39) - лапароскопическая холедохотомия завершалась наружным дренированием холедоха во всех случаях, II-группа больных (n=37), у которых накладывался первичный шов холедоха.

По основным показателям: возраст больных, пол, наличие сопутствующих заболеваний – эти две группы существенно не отличались между собой (табл.1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика двух групп больных, у которых выполнялась лапароскопическая холедохотомия

	I-группа (n=39)	II-группа (n=37)	p
Пол(м/ж)	12/27	11/26	>0,2
Возраст	62,6±7,6	63,4±8,2	>0,2
ASA II/ III	18/10	16/12	>0,05
Острый холецистит	15	16	>0,2
Желтуха	21	20	>0,2
Билиарный панкреатит	8	9	>0,1
Диаметр холедоха (УЗИ)	10,8	11,5	>0,2

При выполнении лапароскопических вмешательств на желчных протоках мы использовали чрезпузырный способ экстракции конкрементов для удаления небольших камней, расположенных в дистальном отделе холедоха.

Лапароскопическая холедохотомия выполнялась при наличии крупных камней (более 7мм),

при множественных камнях (более 5), при расположении конкрементов выше впадения пузырного протока, а также при невозможности использования чрезпузырного подхода.

После экстракции камней выполнялась контрольная фиброхоледохоскопия. В первой группе пациентов производилось наружное дрени-

рование холедоха. У 34 пациентов использовали Т-образный дренаж Кера, у 5 пациентов наружное дренирование выполнено через пузырьный проток трубкой диаметром до 3,5 мм, с фиксацией дренажа к культе пузырьного протока.

Во второй группе больных у 34 из 37 пациентов, после экстракции конкрементов, холедохотомическое отверстие ушивалось 4-5 узловыми швами с помощью нитей Vicryl. Поскольку у 16 пациентов при извлечении конкрементов производили дилатацию большого дуоденального сосочка, у них антеградно устанавливали специальный билиарный стент диаметром 7Fr. таким образом, что 2/3 находилась в холедохе, а 1/3 в двенадцатиперстной кишке. После установки стента холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Наружное дренирование холедоха было произведено только 3 пациентам II группы. Показанием для наружного дренирования был гнойный холангит у 2 больных, билиарный панкреатит у одной пациентки.

При наружном дренировании холедоха контрольная холангиография выполнялась на 3-5 сутки после операции. В случае отсутствия резидуальных камней в холедохе билиарный дренаж удаляли не ранее, чем через 21 день после операции.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью методик Фишера, Хи – квадрат, Вилькоксона. Все расчеты выполнены по IMP стандарту (версия 6.0.2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Серьезных осложнений и летальных исходов у наблюдаемых больных не было. При лапароскопическом удалении камней через холедохотомический разрез извлечь все конкременты не удалось у 2 пациентов I-группы. Им выполнена открытая операция, во время которой у

одного больного удалось протолкнуть конкремент из ампулы большого дуоденального сосочка в двенадцатиперстную кишку, а у второй больной выполнена дуоденотомия, папиллосфинктеротомия с извлечением конкремента. Конверсия произведена у одной больной II группы из-за наличия синдрома Мириizzi. Продолжительность лапароскопических операций была одинаковой в обеих группах и составила $96,8 \pm 10,5$ мин. в первой группе и $89,4 \pm 9,8$ мин. во второй ($>0,1$).

Величина интраоперационной кровопотери была незначительной (40-60мл) и существенно не отличалась у больных обеих групп.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (5,1%) больных первой группы и у одной больной (2,7%) второй группы. Осложнения у больных I-группы были связаны с дислокацией дренажа, у больной второй группы развилось внутрибрюшное кровотечение. Этим больным была выполнена релапаротомия. Подтекание желчи по улавливающим дренажам в количестве более 100 мл за сутки наблюдалось у 3 (7,7%) пациентов II-группы. Подпеченочный абсцесс сформировался у 2 пациентов I группы и у одной больной II группы. Скопления инфицированной желчи успешно дренированы под контролем УЗИ.

Подтекание желчи по улавливающим дренажам было обусловлено забытыми камнями у одной больной I группы и одной больной II группы. Им была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с успешным удалением конкрементов.

Таким образом, общее количество осложнений было несколько выше у пациентов I-группы (табл. 2).

Таблица 2

Характер и количество осложнений

Осложнения	I-группа (n=39)	II-группа (n=37)	P
Дислокация дренажа	2	-	<0,05
Внутрибрюшное кровотечение	0	1	>0,2
Подтекание желчи	3	2	>0,2
Внутрипеченочные абсцессы	2	1	>0,2
Забутые камни	1	1	>0,1
Повторные операции	4	2	<0,05

Среднее пребывание в стационаре больных I группы составило $8,5 \pm 2,3$ дня, в то время, как у больных II группы - $7,8 \pm 1,2$ дня ($p < 0,05$).

Наружный дренаж удалили после выполнения холангиографии через 21 день у 2 пациентов, через 28-30 дней у 26 пациентов, через 40-45 дней у 14 пациентов.

Несмотря на длительное нахождение дренажа у 3 пациентов I группы, после извлечения дренажа произошло подтекание желчи в брюшную полость с развитием желчного перитонита. Релапароскопии произведены у двух больных, лапаротомия у одной больной. При повторных лапароскопических вмешательствах обнаружено, что имеется недостаточно выраженный спаечный процесс, что не способствовало отграничению дренажа.

У больных II группы серьезных осложнений в отдаленные сроки после операций не возникло. Стенты, установленные антеградно, мигрировали в кишку самостоятельно через 10-14 дней. Только у 2 пациентов стенты удалены во время фиброгастродуоденоскопии.

Проведенные исследования показали возможность использования лапароскопических технологий у больных с холедохолитиазом. Хорошие результаты при лапароскопических операциях получены в 87-97%, послеоперационные осложнения наблюдались в 10-17% [2, 5, 9, 8, 11, 14].

По мнению A.Cuschieri et al., лапароскопические вмешательства предпочтительны для пациентов группы ASA I, ASA II, ASA III, а эндоскопические вмешательства для пациентов с высоким риском [3].

Лапароскопические вмешательства могут быть выполнены чрезпузырнопротоковым доступом или посредством холедохотомии. Выбор метода зависит от данных интраоперационной холангиографии, размера, количества и расположения камней, анатомии протоковой системы.

По литературным данным, чрезпузырнопротоковый доступ использован в 26-93% случаев [5, 7, 8, 14] с положительным результатом в 74-98% случаев [14, 15].

В наших исследованиях чрезпузырнопротоковый подход был использован у 102 (57%) пациентов, лапароскопическая холедохолитотомия произведена у 77 (43%) больных.

Лапароскопическая холедохолитотомия является более сложным оперативным вмешательством,

но при отработанной технике этот метод ничем не уступает открытой холедохотомии [1]. В то время как при открытых операциях стандартно производят наружное дренирование холедоха, при выполнении лапароскопической операции такая тактика совсем не оправдана. У 3 (7,7%) больных, которым лапароскопическим методом были установлены наружные дренажи, после их извлечения наблюдалось подтекание желчи в брюшную полость, что потребовало повторных операций. Этот опыт заставил нас пересмотреть показания для наружного дренирования и изменить сроки удаления дренажей. Удалять наружные дренажи холедоха после лапароскопической операции следует не ранее полутора месяцев после операции.

Наружное дренирование холедоха должно ограничиться строгими показаниями, такими как наличие гнойного холангита, билиарного панкреатита, стеноза выходного отдела холедоха, подозрение на забытые камни в желчных протоках. В остальных случаях может быть выполнен первичный шов холедоха. В группе больных, которым выполнялся первичный шов холедоха, наблюдалось меньше осложнений. Эти данные согласуются с данными других исследователей [13]. По данным литературы, частота билиарных перитонитов и сепсиса достоверно меньше у больных с первичным швом холедоха. Для уменьшения вероятности несостоятельности швов холедоха можно использовать билиарные стенты.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическое лечение холедохолитиаза является прогрессивным и высокоэффективным методом, позволяющим уменьшить риск послеоперационных осложнений.
2. Лапароскопическая холедохолитотомия должна применяться в тех случаях, когда удалить камни через пузырный проток не представляется возможным.
3. Наружное дренирование холедоха должно применяться только по строгим показаниям.
4. «Глухой» шов холедоха в сочетании с антеградным билиарным стентированием является методом выбора завершения лапароскопических оперативных вмешательств при холедохолитиазе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков: Монография / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник [и др.]. – К.: Здоров'я, 2005. – 424с.

2. Clayton Connor S. Metaanalysis of endoscopy and surgery versus surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder in situ / S. Clayton Connor,

N. Alexakis, E. Leandros // Br. J. Surg. – 2006. – Vol. 93. – P. 1185–1191.

3. EAES multi center prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease end ductal calculi / A. Cushieri, E. Lesoche, M. Mormino [et al.] // Surgical Endoscopy. – 1999. – Vol. 13, N 10. – P. 957-957.

4. Effectiveness long-term results of laparoscopic common bile duct exploration / R. Ricciardi, S. Islam, J.J. Canete [et al.] // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17. – P. 19–22.

5. Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stones in a prospective series of 505 patients: indications and results / J. Ch. Berthou, B. Dron, Ph. Charbonneau [et al.] // Surg. Endosc. – 2007. – Vol. 21. – P. 1970–1974.

6. Hospital cost categories of one-stage versus two-stage management of common bile duct stones / B. Topal, K. Vromman, R. Aerts [et al.] // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 24. – P. 413–416.

7. Laparoscopic management of common bile duct stones: transcystic approach and choledochotomy / H. Tokamura, A. Umezawa, H. Cao [et al.] // J. Hepatobil Pancreat Surg. – 2002. – N 9. – P. 206–212.

8. Long-term results from laparoscopic common bile duct exploration / A. Waage, C. Stromberg, C.E. Leijonmarck, D. Arvidsson // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17. – P. 1181–1185.

9. MacFadyen B. Intraoperative cholangiography: past, present, and future / B. MacFadyen // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 436–S440.

10. Martin D.J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (Review) Copyright @ / D.J. Martin, D.R. Vernon, J. Toouli // The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons Ltd, 2008.

11. Petelin J.B. Laparoscopic common bile duct exploration. Lesson learnt from >12 years experience / J.B. Petelin // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17. – P. 1705–1715.

12. Poulouse B.K. National analysis of in-hospital resource utilization in choledocholithiasis management using propensity scores / B.K. Poulouse, P.G. Arbogast, M.D. Holzman // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 186-190.

13. Primary closure versus T-tube drainage after open common bile duct exploration (Review) Copyright @ // The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons Ltd, 2008.

14. Topal B. Laparoscopic common bile duct stone clearance with flexible choledochoscopy / B. Topal, R. Aerts, F. Penninckx // Surg. Endosc. – 2007. – Vol. 21. – P.2317–2321.

15. Tranter S.E. Comparison of endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct / S.E. Tranter, M.H. Thompson // Br. J. Surg. – 2002. – Vol. 89. – P. 1495–1504.



УДК 616.366-003.7-002.1-089.819

**Я.Г. Колкин,
В.В. Хацко,
А.Д. Шаталов,
С.А. Шаталов,
Д.М. Коссе,
И.Ю. Малишаускас**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: холедохолитиаз, обтурационная желтуха, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия
Key words: choledocholithiasis, obturated icterus, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Резюме. Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 368 хворих на жовточкам'яну хворобу, ускладнену обтураційною жовтяницею і холангітом. Жінок було 220, чоловіків - 148 у віці 21 - 80 років. Старше 60 років було 255 (69,4%) пацієнтів. Післяхолецистектомічний синдром спостерігали у 28,2% осіб, обтураційну жовтяницю – у 81,3%, у 30,6% - у поєднанні із холангітом, калькульозний холецистит із холедохолітиазом – у 53,8%, стенозуючий папіліт – у 9,2%, пухлини фатерова соска – у 2,9%. Для діагностики застосовували клініко-лабораторні, променеві, ендоскопічні, біохімічні методи дослідження. Усім пацієнтам виконані одноетапні (ЕПСТ) або двоетапні (ЕПСТ і ЛХЕ) операції. Найбільш інформативними діагностичними методами були УЗД, комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ). У (13,6%) пацієнтів була виконана механічна біліарна літотрипсія. Безпосередньо після ЕПСТ ускладнення виникли у 19 (7,6%) осіб. Померла 1 (0,8%) хвора від тромбоемболії легеневої

артерії. Хворим застосована удосконалена тактика лікування (2 винаходи). Таким чином, ЕПСТ дозволяє ліквідувати явища жовтяниці й холангіту у 78,2% пацієнтів і дає можливість підготувати їх до планової операції в умовах зниженого операційного ризику. Застосування удосконаленої тактики лікування дозволило знизити число ускладнень на 3,1%.

Summary. *The analysis of endoscopic treatment results of 368 patients with cholelithiasis complicated by obturative icterus and cholangitis is done. There were 220 women, 148 men in the age of 21 - 80 years. 255 (69,4%) patients were over 60 years. Laboratory, radial, endoscopic, biochemical methods of research were applied for diagnostics. All patients underwent one-stage (EPST) or two-stage (EPST and LCE) operations. The most informative diagnostic methods were US, computer tomography (CT-scan), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCPG). Obturation icterus was observed in 81,3 % patients, in 30,6% - combination with a cholangitis, papillitis – in 9,2% calculary cholecystitis with choledocholithiasis – in 53,8%, tumours of large duodenal nipple - in 2,9%. 13 (13,6%) patients underwent mechanical biliary lithotripsy. Right after EPST complications arose up in 19 (7,6%). 1(0,8%) patient died of thromboembolism of pulmonary artery. The improved tactics of treatment (2 inventions) was applied. Thus, EPST, allows to liquidate icterus and cholangitis phenomena in 78,2% of patients and gives an opportunity to prepare them to the scheduled operation in conditions of decreased operative risk. Application of the improved treatment tactics allowed to bring down the number of complications by 3,1%.*

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является «золотым стандартом» осложненного холедохолитиаза (ХДЛ), стенозирующего папиллита и заболеваний большого дуоденального сосочка (БДС). В большинстве случаев она позволяет избавить больного от обтурационной желтухи и холангита. Эффективность этого вмешательства составляет 90 – 97% [2, 4, 5].

После традиционных хирургических методов лечения холангиолитиаза наблюдается много осложнений в послеоперационном периоде (8 – 37%) и высокая летальность (3,5 – 28%), особенно у пожилых больных с полиорганной недостаточностью [2, 3, 6].

После проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) различные осложнения возникают у 0,8 – 15% больных, летальность составляет 0,1 – 0,2%. После эндоскопической папиллосфинктеротомии частота осложнений составляет 5,6 – 17%, а летальность – 0,9 – 1,7%. ЭПСТ с последующей ЛХЭ является ведущей методикой во многих клиниках из-за малоинвазивности и приемлемых отдаленных результатов [3, 1, 6, 7].

В настоящее время к современным методам лечения холангиолитиаза относятся: ЭРХПГ, эндоскопическая папиллотомия, назобилиарное дренирование, механическая билиарная литотрипсия, лапароскопическая холедохолитотомия, при которых риск операции минимальный.

Цель работы – изучить эффективность ЭПСТ у больных с осложненным холедохолитиазом и стенозирующим папиллитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения за последние 7 лет 368 больных желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости желчных протоков. Из них женщин было 220 (60%), мужчин – 148 (40%) в возрасте 21 – 80 лет. Старше 60 лет было 255 (69,4%) человек. Сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия и др.) выявлена у 266 (72,3%) чел., из них у 142 (53,6%) имелось сочетание двух и более заболеваний. Постхолецистэктомический синдром был у 104 (28,2%) чел. Обтурационная желтуха наблюдалась у 81,3% пациентов, у 30,6% – в сочетании с холангитом, калькулезный холецистит с холедохолитиазом – у 198 (53,8%), стенозирующий папиллит – у 34 (9,2%), опухоли фатерова соска – у 11 (2,9%). Длительность желтухи составила от 2 до 27 дней.

Для уточнения диагноза применялись следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ЭРХПГ, интраоперационная холангиография, биохимические (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза (ЩФ), мочевины, креатинин, сахар, коагулограмма), определение лей-

коцитарного індекса інтоксикації (ЛІИ), статистические. Всем пациентам были выполнены одномоментные или двухэтапные операции после предоперационной подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обтурационной желтухе (ОЖ) желчно-каменного генеза наблюдались желтушность кожи и склер, кожный зуд, светлый кал, потемнение мочи, сопровождавшиеся болями в правом подреберье с иррадиацией в левую лопатку, ознобом, повышением температуры тела до 39-40°C.

В анализах крови отмечено повышение общего билирубина от 42 до 390 мкмоль/л, уровня активности АсАТ и АлАТ до 1,32 и 4,8 мкмоль/ч/л соответственно; уровня мочевины до 14,2 ммоль/л и креатинина до 0,18 ммоль/л; лейкоцитоз до $18,4 \times 10^9$, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛІИ) до 4,4 – 4,6.

Диагностическая точность УЗИ при холангиолитиазе составила 76,1%. Эта диагностика затруднена при наличии конкрементов в терминальном отделе общего желчного протока (ОЖП) и пневматозе кишечника.

ЭРХПГ показала более точную диагностику причин ОЖ. Для контрастирования протоковой системы применяли билигност. Не удалось выполнить это исследование в 4 случаях, когда большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК) находился на дне дивертикула двенадцатиперстной кишки.

Показателями к ЭРХПГ были: анамнестические сведения о перенесенных эпизодах обтурационной желтухи и панкреатита; повышение уровня билирубина, активности трансаминаз и щелочной фосфатазы в сыворотке крови; расширение ОЖП более 8 мм по данным УЗИ; наличие УЗ – признаков холангиолитиаза, стеноза сфинктера Одди.

Показаниями к ЭПСТ явились: холангиолитиаз с картиной обтурационной желтухи и/или холангита; холангиолитиаз и стеноз БДС при калькулезном холецистите у больных с высокой степенью операционного риска; атипичный микрохоледохолитиаз и стеноз БДС при отсутствии камней в желчном пузыре (ЖП); холангит и ОЖ, обусловленные вклиненным камнем дистального отдела ОЖП. В 82,6% случаев холангиолитиаз был первичным, в 17,4% – резидуальным. ЭПСТ дала возможность без применения общего обезболивания удалить камни из желчных протоков, ликвидировать стеноз БСДК, восстановить нормальный пассаж желчи, произвести санацию билиарной системы.

В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные распределены на 3 группы. В 1 группе (5,8% пациентов пожилого и старческого возраста) после ЭПСТ и ликвидации желтухи отказались от дальнейшего оперативного лечения, в 13 случаях анестезиологический риск превышал операционный. Во 2-й группе ЭПСТ с последующей ЛХЭ (через 3 – 5 дней) выполнена у 73,8% чел. В 3-й группе у 20,4% чел. ЭПСТ была неэффективна и выполнена холецистэктомия (ХЭ) открытым способом. При этом наружное дренирование ОЖП произведено у 32 пациентов в связи с наличием микрохоледохолитиаза и холангита, а у 17 чел. операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза.

Важно тщательно проводить все этапы операций. Разрез БДС и интрамуральной части ОЖП осуществлялся в направлении 11-12 часов вдоль большой продольной складки ДПК и достигал длины от 1,0 до 1,6 см. Чем толще была продольная складка, тем длиннее разрез.

У 13,6% пациентов была выполнена механическая билиарная литотрипсия, количество этапов операции было от одного до трех. Трудности во время механической экстракции возникали при наличии крупных камней, их высоком расположении, фиксированности, при стриктуре ОЖП после холедохотомии. Всем больным после ЭПСТ и назобилиарного дренирования проводили лаваж ОЖП 50 – 100 мл подогретого 0,25% раствора новокаина, а также 5 – 10 мл 1% раствора диоксида. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентгенконтрастирования ОЖП сразу после вмешательства.

Непосредственно после ЭПСТ осложнения возникли у 19 (7,6%) человек: острый панкреатит – у 16, который купирован к 3-4 дню после консервативных мероприятий; кровотечение из папиллотомной раны – у 2, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. В связи с продолжающимся кровотечением одной больной сделана операция – лапаротомия, дуоденостомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. 1 больная 69 лет умерла после купированного острого панкреатита от тромбоэмболии легочной артерии.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – 1,4%, плевропневмония – 1,4%, острый панкреатит – 1,4%. Летальных исходов не было.

Для предупреждения осложнений в премедиацию включали ганглиоблокаторы, холинолитики, седативные препараты, по показаниям антибиотики. Пациентам с факторами риска возникновения панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандостатин.

Для профилактики и лечения холангита у этой категории больных применяли разработанные в клинике изобретения: «Способ наружного дренирования общего желчного протока» (декларационный патент UA 35896 А от 16.04.2001г.); «Дренаж для желчных протоков» (декларационный патент UA 71226 А от 15.11.2004 г.). Систематизация факторов риска осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств, применение соответствующих методов профилактики и усовершенствованных способов лечения позволили за последний год снизить количество осложнений на 3,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, УЗИ, КТ и ЭРХПГ являются наиболее информативными методами исследования у больных с осложненным холангиолитиазом. ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 79,2% пациентов, что дает возможность подготовить их к плановому оперативному вмешательству. Двухэтапное лечение (ЭПСТ и ЛХЭ) целесообразно применять в специализированных хирургических отделениях при осложненных формах желчнокаменной болезни, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Применение тактики двухэтапного лечения и усовершенствованных нами способов лечения позволило уменьшить количество осложнений на 3,1%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заривчацкий М.Ф. Современные принципы диагностики и лечения вторичного холедохолитиаза / М.Ф. Заривчацкий, М.В. Кольванова, А.А. Смольков // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2011. - Т. 6, № 2. - С. 47-48.
2. Кондратенко П.Г. Прогнозирование и лечение осложнений транспапиллярных вмешательств / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Клініч. хірургія. - 2009. - № 7 - 8. - С. 71 - 74.
3. Майстренко Н.А. Холедохолитиаз / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. - СПб., 2000. - 285 с.
4. Ничитайло М.Е. Стенозирующий папиллит как проявление постхолецистэктомического синдрома / М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2011. - Т. 6, № 2. - С. 66-67.
5. Сипливый В.А. Роль эндоскопических методов в лечении осложненных форм холедохолитиаза / В.А. Сипливый, М.С. Котовщиков, А.Г. Петюнин // Хірургія України. - 2005. - № 2 (14). - С. 120-121.
6. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении обтурационной желтухи и холангита / В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.А. Шаталов [и др.] // Укр. журнал хірургії. - 2009. - № 3. - С. 133-135.
7. Freitas M.L. Chjledocholithiasis: evolving standards for diagnosis and management / M.L. Freitas, R.L. Bell, A.J. Duffy // World J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 8, N 6. - P. 409-425.



УДК 616.366/.367-002-089

Р.М. Смачило

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Харьковский национальный медицинский университет
кафедра хирургии №1
(зав. - проф. В.В. Бойко)*

Ключевые слова:
*непроходимость холедоха,
диагностика, лечение*

Key words: *common bile duct distal
obstruction, diagnosis, surgical
treatment*

Резюме. *Розроблена програма лікування непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки у хворих із зовнішнім жовчевиділенням після перенесеної холецистектомії. На першому етапі слід діагностувати і дрениувати за допомогою мініінвазивних методик внутрішньочеревні скупчення жовчі; на наступному етапі проводиться діагностика причини непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки; провідне місце у лікуванні резидуального холедохолітіазу,*

стенозу великого дуоденального сосочку посідає ЕПСТ, холедохолітоекстракція.

Summary. Program of treatment of distal obstruction of common bile duct in patients with external bile secretion after past cholecystectomy was developed. At the first stage intra-abdominal accumulation of bile should be diagnosed and drained by means of minimally-invasive procedures; at the next stage – diagnostics of causes of distal obstruction of common bile duct; leading place in treatment of residual choledocholithiasis, stenosis of big duodenal papilla belongs to EPST, choledocholithoextraction.

Дооперационная диагностика нарушений проходимости дистального отдела холедоха остается актуальной проблемой билиарной хирургии. В среднем у 10% больных с хроническим холециститом и у 15% больных с острым холециститом имеется холедохолитиаз. С внедрением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) больные стали раньше оперироваться от момента выявления желчнокаменной болезни (ЖКБ), что снизило частоту холедохолитиаза в западных странах до 5%. К сожалению, тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр, биохимическое исследование крови (общий билирубин, трансаминазы, амилаза, липаза), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости не всегда позволяет выявить нарушение проходимости дистального отдела холедоха до выполнения холецистэктомии. Кроме того, целый ряд больных оперируется в ургентном порядке, когда нет возможности выполнить все необходимые исследования.

Цель: разработать программу лечения непроходимости дистального отдела общего желчного протока у больных с наружным желчеистечением после перенесенной холецистэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализированы результаты лечения 116 больных, проходивших лечение в клинике Института общей и неотложной хирургии АМНУ в 2003-2011 годах. Большинство больных (84) были переведены после первичных операций в других стационарах г. Харькова и Харьковской области. Больные поступали в сроки от 3 суток до 4 недель от первичной операции. Женщин было 78, мужчин – 38. Возраст колебался от 23 до 84 лет. Пациентам проводились общепринятые клинико-лабораторные обследования, УЗИ, КТ, фистулография, ЭРХПГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первичным вмешательством у 62 больных была открытая холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока, у 23 больных – открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, у 12 – открытая холецистэктомия и у 19 – лапаро-

скопическая холецистэктомия. Таким образом, выделение желчи по дренажу холедоха наблюдалось у 85 больных, по дренажу брюшной полости – у 31. Дебит желчи колебался от 100 мл до 1000 мл в сутки, что соответствовало полному наружному желчному свищу. Явления желтухи имели место у 11 пациентов, у которых не были дренированы желчновыводящие пути, холангита – у 8. У 14 больных отмечены внутрибрюшные скопления желчи, у 2 с явлениями диффузного желчного перитонита.

После проведения комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования, направленного на оценку общего состояния пациента; наличие внутрибрюшных осложнений; причину непроходимости общего желчного протока, определялась дальнейшая тактика. Первоочередной задачей считаем разрешение внутрибрюшных осложнений, обусловленных желчеистечением. С этой целью у 9 больных выполнены дренирования биллом под контролем УЗИ, у 3 – релапароскопия, дренирование брюшной полости, у 2 – лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости из 4 точек.

Следующей задачей явилось определение причины непроходимости общего желчного протока. Выполненные диагностические обследования (фистулография и ЭРХПГ) позволили диагностировать резидуальный холедохолитиаз у 78 больных, стеноз дистального отдела холедоха, обусловленного хроническим панкреатитом – у 18, стенозирующий папиллит – у 20.

Основным методом лечения данной категории больных явился эндоскопический. Так, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с холедохолитоэкстракцией выполнена 68 пациентам, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 28 больным. Данные вмешательства оказались эффективными у 83 (86,5%). Из осложнений у 14 пациентов отмечены явления острого панкреатита, из них у 2 – тяжелого панкреатита; кровотечение из папиллотомной раны – у 2, которое остановлено консервативно. Летальных случаев не было. У 7 пациентов выполнить ЭРХПГ по техническим причинам (резекция желудка по

Бильрот-II в анамнезе, большой парафатеральный дивертикул) не представлялось возможным. Этим пациентам и еще 5 пациентам, которым эндоскопически не удалось извлечь конкременты, выполнена лапаротомия, холедохоли- томия, дренирование холедоха. 16 больным про- изведены билиодигестивные анастомозы: холе- доходуоденанстомоз – 9 случаев, холедохоеюно- анастомоз – 7. В группе больных, опериро- ванных открытым способом, был 1 летальный случай, обусловленный полиорганный недоста- точностью у больной с желчным перитонитом.

Таким образом, представленный опыт и имеющиеся данные литературы свидетельствуют об актуальности проблемы лечения непрохо- димости дистального отдела общего желчного протока у больных, перенесших холецистэк- томию. Наличие при этом наружного желчеисте- чения обуславливает ряд особенностей. В таких случаях редко бывают явления механической желтухи и холангита, желчновыводящие пути не расширены или умеренно расширены, возможны внутрибрюшные скопления желчи и развитие желчного перитонита. Кроме того, очень важно – желчеистечение происходит по дренажу холе- доха или же по дренажу брюшной полости. Первый случай является более благоприятным и контролируемым.

Безусловно, современные тенденции лечения данной патологии направлены на использование миниинвазивных методик. В первую очередь это эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холе- дохолитотрипсия, холедохолитоэкстракция. Эф- фективность данных методик у представленных пациентов составила 86,5%. Кроме того, мини- инвазивные дренирующие вмешательства (под УЗ контролем, лапароскопические) должны при- меняться при внутрибрюшных затеках и скоп- лениях желчи, что очень важно у категории больных, которым они показаны в раннем после- операционном периоде после первичной опе- рации.

Тем не менее, не потеряли значение и от- крытые оперативные вмешательства. Их выпол- нение считаем целесообразным в следующих ситуациях: 1) невозможность выполнения ЭРХПГ, ЭПСТ (перенесенная резекция желудка по Бильрот-II, имеющиеся противопоказания); 2) неэффективность эндоскопических вмеша- тельств; 3) наличие стеноза дистального отдела холедоха, обусловленного хроническим панкре- атитом. При этом очень важно определение оптимального времени для выполнения повтор- ного оперативного вмешательства. При наличии дренажа холедоха его можно отсрочить до 1 месяца и позже, что благоприятствует стиханию воспалительных изменений в зоне вмеша- тельства и восстановлению общего состояния пациента; при наличии же выделения желчи по дренажу брюшной полости вмешательство сле- дует провести через 1 месяц, так как более дли- тельное ожидание приведет к развитию желтухи, холангита и увеличит риск повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемая тактика лечения непроходимости дистального отдела общего желчного протока у больных с наружным жел- чеистечением после перенесенной холецист- ектомии заключается в следующем: на первом этапе следует диагностировать и дренировать с помощью миниинвазивных методик имеющиеся внутрибрюшные скопления желчи; на следу- ющем этапе проводится диагностика причины непроходимости дистального отдела общего желчного протока; ведущее место в лечении резидуального холедохолитиаза, стеноза большо- го дуоденального сосочка занимает ЭПСТ, холе- дохолитоэкстракция; открытые хирургические вмешательства выполняются при невозможности или неэффективности эндоскопического лече- ния, необходимости наложения билиодигестив- ных анастомозов, причем выполнение повторных операций при наличии дренажа холедоха жела- тельно отсрочить более чем на 1 месяц после первичной операции.



УДК 616.36-008.5-089

Н.Л. Смирнов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: *обтурационная желтуха, хирургическое лечение*
Key words: *obstructive jaundice, surgical treatment*

Резюме. *Вивчені результати обстеження та лікування 943 пацієнтів у віці 22-89 років, які були госпіталізовані з попереднім діагнозом «обтураційна жовтяниця» за період 2006-2010 рр. Хворі надходили до стаціонару в строк від 2 до 37 діб після перших зовнішніх проявів жовтяниці. До комплексу обстеження включено об'єктивне дослідження хворого, лабораторні біохімічні, сонографічні та ендоскопічні дослідження пацієнта. Після проведених досліджень механічну природу жовтяниці виключено в 47 (4,98%) хворих. Найчастіше обтураційна жовтяниця може виникати на тлі холангіолітіазу – 68,1%, зокрема в 50,4% випадків холедохолітіаз поєднується з холецистолітіазом та холециститом. У 18,8% хворих причиною обтурації жовчних шляхів є пухлини панкреатобіліарної зони. Загальна летальність у пацієнтів з обтураційною жовтяницею становила 4,6%, загальна післяопераційна летальність – 4,2%. Найбільші показники загальної летальності у групах пацієнтів з пухлинами панкреатобіліарної системи (13,1%) та ятрогенними ушкодженнями жовчних шляхів (13,04%). У цих групах також відмічено найбільш високу післяопераційну летальність – по 14,3%. Найкращі результати лікування отримані у хворих на папілостеноз – летальних випадків не було. У групах пацієнтів з холедохолітіазом у поєднанні з холецистолітіазом та холециститом післяопераційна летальність відповідала загальній та становила 2,9%, у групі хворих з резидуальним холедохолітіазом загальна та післяопераційна летальність – 1,9%.*

Summary. *Results of investigation and treatment of 943 patients at the age of 22-89 years which were hospitalized with tentative diagnose “obstructive jaundice” in terms of 2006-2010 years were studied. All patients were admitted to hospital in terms from 2 to 37 days after the first external manifestation of jaundice. In the complex of investigation, objective examination of patients, laboratory biochemical, ultrasonic and endoscopic investigations were included. After investigation mechanical jaundice was excluded in 47 (4,98%) patients. The most commonly obstructive jaundice may occur due to cholangiolithiasis – 68,1%, in 50,4% of patients choledocholithiasis combines with cholecystolithiasis and cholecystitis. Tumors of pancreatobiliary region were the causes of obturation of bile ducts in 18,8%. Overall mortality of patients with obstructive jaundice was 4,6%, and postsurgical mortality – 4,2%. The maximal overall mortality was in groups of patients with pancreatobiliary tumors (13,1%) and iatrogenic injuries of bile ducts (13,04%). In these groups the maximal postsurgical mortality – 14,3% equally was noted also. The best results of treatment were obtained in patients with papillostenosis – there were no fatal outcomes. In group of patients with choledocholithiasis with cholecystolithiasis postsurgical mortality was equal to overall mortality – 2,9%. In group of residual choledocholithiasis overall and postsurgical mortality was 1,9%.*

Обтурационная желтуха – угрожающее жизни осложнение большого числа заболеваний панкреатобилиарной системы. Основной причиной гибели пациентов с обтурационной желтухой различной этиологии является прогрессирующая полиорганная недостаточность на почве интоксикации. Различная этиология непроходимости желчного тракта предопределяет различные тактические подходы в его хирургическом лечении.

Длительность желтухи и степень компенсации печеночной дисфункции определяют скорость развития интоксикационного синдрома, полиорганной недостаточности, а, соответственно, и возможность использования различных оперативных лечебных мероприятий, что будет определять лечебную тактику. Однако, в связи с общностью патологических изменений гомеостаза на почве обтурационного холестаза, во многом

лечебные мероприятия и тактика их применения схожи.

Цель работы – изучить результаты хирургического лечения обтурационной желтухи различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В течение 2006-2010 гг. в клинике хирургии на лечении находилось 943 пациента, госпитализированных с предположительным диагнозом «обтурационная желтуха». Возраст больных варьировал от 22 до 89 лет. Больные поступали в стационар в срок от 2 до 37 суток после первых внешних проявлений желтухи. Показанием для госпитализации являлось расширение общего печеночного и/или общего желчного протока при первичном сонографическом исследовании или невозможность исключить обтурационный характер желтухи при первичном осмотре.

В комплекс обследования включались объективное исследование больного, лабораторные биохимические, сонографические и эндоскопические исследования пациента. При этом инструментальное обследование у всех больных начиналось с ультразвукового исследования панкреатобилиарной зоны. Эндоскопическое исследование проводилось при поступлении пациента в случаях, когда сонографически диагностировался холедохолитиаз и подозревалось вклинение конкремента в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки. У остальных же больных эндоскопическое исследование выполнялось через 12-36 ч. после поступления больного в стационар и носило как диагностический, так и лечебный характер.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного обследования механическая природа желтухи была исключена у 47 (4,98%) пациентов. У 2 из них паренхиматозный характер желтухи установлен посмертно, т.к. больные госпитализировались в крайне тяжелом состоянии и погибли в ближайшие 12 ч. от прогрессирующей печеночной недостаточности. Летальность в данной группе составила 4,2%.

Обтурационная желтуха подтверждена у 896 (95,02%) поступивших больных. Причиной нарушения проходимости желчных путей у 452 (50,4%) больных явился холедохолитиаз, сочетавшийся с холецистолитиазом и холециститом. Острый холецистит диагностирован у 153 (33,8%) пациентов, хронический – у 299 (66,2%). Оперированы все больные. Из них 13 пациентам в связи с полиорганной дисфункцией предприняты вмешательства в минимальном объеме – холецисто- или холангиостомии. В после-

операционном периоде погиб 1 больной, летальность в данной подгруппе составила 7,7%. Одномоментные холецистэктомия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха выполнены 16 пациентам. Послеоперационная летальность составила 6,25%. Холецистэктомия и наложение билиодигестивного соустья выполнено 15 пациентам без летальных исходов.

Эндохирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) в объеме эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и механической литэкстракции выполнены 409 больным. Несмотря на ликвидацию билиарного блока, 7 (2,3%) больных погибли от печеночной недостаточности на протяжении 2-5 суток после операции. В последующем 100 пациентам выполнено удаление желчного пузыря, 302 больных по различным причинам отказались от предлагаемого вмешательства.

Открытая холецистэктомия произведена 7 больным с 1 (14,3%) летальным исходом в раннем послеоперационном периоде. У 93 больных хирургическое лечение полностью носило миниинвазивный характер – после ликвидации холедохолитиаза и регрессирования желтухи выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В данной подгруппе случаев послеоперационной смерти не было. Среди всех пациентов, перенесших какой-либо вид холецистэктомии, послеоперационная летальность была 1,7%.

Общая послеоперационная летальность при обтурационной желтухе на почве холедохолитиаза в сочетании с холецистолитиазом и холециститом составила 2,9%.

Резидуальный холедохолитиаз диагностирован у 159 (17,7%) пациентов. Все больные оперированы, хирургическое лечение было одноэтапным. Холедохолитотомия и наложение билиодигестивного анастомоза выполнено 8 больным, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха – 1 больному. Случаев послеоперационной смерти при этих оперативных пособиях не было. Эндохирургические пособия выполнены 148 пациентам, в послеоперационном периоде 2 больных погибли от декомпенсированной печеночной недостаточности. Общая летальность и послеоперационная летальность при резидуальном холедохолитиазе составила 1,3%.

Папиллостеноз диагностирован у 42 (4,7%) пациентов. Все больные оперированы миниинвазивно в один этап – выполнены эндоскопические папиллосфинктеротомии. Пациенты выписаны с выздоровлением.

Острый и хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был причиной билиарного блока у 52 (5,8%) больных. Хронический панкреатит диагностирован у 9 пациентов, острый – у 43. Только медикаментозное лечение проводилось 12 больным, которые отказались от хирургических вмешательств. Из них 1 (8,3%) пациент погиб при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности. Оперированы 40 (76,9%) больных без летальных исходов. Оперативное лечение во всех случаях было одноэтапным. Так, 30 пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, 2 больным – чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия, 1 больному – открытая холецистостомия, и 7 пациентам наложены билиодигестивные анастомозы.

Различные новообразования панкреатобилиарной зоны выявлены у 168 (18,8%) из госпитализированных больных. В последующем оперированы 119 (70,8%) пациентов. Общая летальность составила 13,1%, послеоперационная летальность – 14,3%. ЭХТВ выполнены 47 больным, из них ЭПСТ с назобилиарным дренированием – 38 пациентам (погибло 3 больных – летальность 7,9%), ЭПСТ и билиарное стентирование – 9 пациентам (летальных исходов не было). Холецисто- или холангиостомия для наружного желчеотведения проведены 41 больному, в послеоперационном периоде летальность достигла 29,3%. Также 41 больному выполнены лапаротомии, в 32 случаях наложены обходные билиодигестивные анастомозы, в 9 – обнаружен тотальный канцероматоз, в связи с чем больные признаны неоперабельными. Послеоперационная летальность составила 9,4% и 11,1% соответственно. Общая послеоперационная летальность после выполненных лапаротомий – 9,8%.

Ятрогенные повреждения желчных путей привели к нарушению их проходимости у 23 (2,6%) больных. Оперирован 21 пациент. Выполнялись ЭХТВ у 3 больных, холангиостомии – у 4, реконструктивные билиодигестивные ана-

стомозы – у 14 пациентов. В послеоперационном периоде погибло 4 больных, всем выполнялось наружное желчеотведение. Общая послеоперационная летальность составила 14,3%, а общая летальность – 13,04%.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее часто обтурационная желтуха может возникать на почве холангиолитиаза – 68,1%, причем в 50,4% случаев холедохолитиаз сочетается с холецистолитиазом и холециститом. В 18,8% причиной обтурации желчных путей являются опухоли панкреатобилиарной зоны. Общая летальность у пациентов с обтурационной желтухой составила 4,6%, общая послеоперационная летальность – 4,2%. Наибольшие показатели общей летальности отмечена в группах пациентов с опухолями панкреатобилиарной системы (13,1%) и ятрогенными повреждениями желчных путей (13,04%). В этих группах также отмечена самая высокая послеоперационная летальность – по 14,3%. Наилучшие результаты лечения получены у больных с папиллостенозом – летальных исходов не было. В группах пациентов с холедохолитиазом в сочетании с холецистолитиазом и холециститом послеоперационная летальность соответствовала общей и составляла 2,9%, в группе больных с резидуальным холедохолитиазом общая и послеоперационная летальность – 1,9%.

2. Лечение больных с обтурационной желтухой различной этиологии целесообразно проводить в несколько этапов. Этапность определяется причиной, вызвавшей билиарный блок, и степенью печеночной и полиорганной недостаточности. Одноэтапное лечение возможно при папиллостенозе и холедохолитиазе после перенесенной ранее холецистэктомии. В остальных случаях целесообразно этапное хирургическое лечение, при этом основной задачей первого этапа является обеспечение адекватной наружной билиарной декомпрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ермолов А.С. Выбор лечебной тактики при обтурационной желтухе и холангите / А.С. Ермолов, И.А. Дасаев, С.В. Юрченко // Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – М., 1995. – С. 245-246.
2. Жилина Н.М. Оценка эндотоксикоза у больных с опухолевой желтухой при декомпрессии желчных путей / Н.М. Жилина, В.Г. Ившин, А.Ю. Якунин

// Вестник новых медицинских технологий. – 2001. – № 1-2. – С. 57-60.
3. Козырев М.А. Лечение острой печеночной недостаточности при обтурационной желтухе / М.А. Козырев // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 42-45.
4. Ничитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия желчных путей / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.

**Я.С. Березницкий,
Р.В. Дука**

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра хирургии №1
(зав. – д. мед. н., проф. Я.С. Березницкий)*

Ключевые слова: *морбидное ожирение, хирургическое лечение, результаты лечения*

Key words: *morbid obesity, surgical treatment, results of treatment*

Резюме. *У роботі проаналізовані технічні аспекти виконання поздовжньої резекції шлунка та біліопанкреатичного шунтування у 24 пацієнтів. Оцінені віддалені результати оперативного лікування.*

Summary. *This paper analyzes the technical aspects of the implementation of longitudinal resection of the stomach and biliopancreatic bypass in 24 patients. Long-term results of surgical treatment were evaluated.*

Неуклонный рост количества людей с избыточной массой тела отмечается практически во всех экономически развитых странах. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), избыточную массу тела к концу XX века имело около 30% жителей планеты [2,3,4]. На сегодняшний день ожирение рассматривается как неинфекционная эпидемия. В США около 60% населения имеет избыточную массу тела и 27%-ожирение; в странах Западной Европы до 25% населения имеет избыточную массу тела [2,3,4]. Наличие тесно связанных с ожирением артериальной гипертензии, сахарного диабета и дислипидемии резко снижает качество жизни пациентов, повышает затраты на их лечение и является в большинстве случаев причиной преждевременной смерти.

Лечение ожирения представляет собой сложную задачу для врача и особенно для пациента. Ожирение рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, что требует от пациента понимания необходимости пожизненного лечения. Существующие на сегодняшний день методики консервативной терапии предусматривают изменение образа жизни и питания, длительную терапию, что для большинства пациентов оказывается трудновыполнимым. Поэтому в 90% случаев консервативная терапия оказывается малоэффективной и при прекращении лечения у пациентов наступает рецидив заболевания.

На сегодняшний день наиболее полный и стойкий эффект позволяют достичь хирургические методы лечения морбидного ожирения [1,2,3,4,5]. Все бариатрические оперативные

вмешательства принято разделять на три основные группы: рестриктивные, мальабсорбтивные и комбинированные [1,2,4,5].

Одной из современных методик рестриктивных вмешательств является продольная резекция желудка. Эта методика в последнее время привлекает к себе все большее внимание бариатрических хирургов и получает повсеместное распространение. Однако, учитывая относительную новизну, еще нет достаточного количества наблюдений за пациентами в отдаленные сроки после операции. И этот факт обуславливает повышенный интерес к результатам выполнения продольной резекции желудка.

Выполнение комбинированных оперативных вмешательств показано пациентам с морбидным ожирением и наличием сопутствующих дислипидемии, инсулинорезистентности и артериальной гипертензии. Одной из эффективных комбинированных методик является билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau. Эта методика позволяет добиться хорошего результата при небольшом количестве осложнений в раннем послеоперационном периоде и обеспечивает высокое качество жизни в отдаленном периоде [2,3,4,5,6,7,8].

Таким образом, освоение и усовершенствование методик бариатрических вмешательств является актуальной задачей.

Цель работы – оценить технические особенности и результаты выполнения продольной резекции желудка и билиопанкреатического шунтирования в модификации Hess-Marceau.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2009 по 2012 г. выполнены бариатрические оперативные вмешательства у 24 пациентов, из которых было 16 женщин и 8 мужчин. Пациенты были в возрасте от 28 до 59 лет, индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах от 31,6 до 80 кг/м².

У 18 пациентов с ИМТ > 40 кг/м² выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau. У 6 пациентов с ИМТ от 31,6 до 47,7 кг/м² произведена продольная резекция желудка.

Основными жалобами у пациентов с морбидным ожирением было прогрессирующее увеличение массы тела, при отсутствии эффекта от других методов лечения (диета, медикаментозное лечение, установка интрагастральных баллонов). Наличие выраженной одышки при незначительной физической нагрузке, боль в спине и в крупных суставах нижних конечностей, различной степени выраженности проявления синдрома Пиквика (ночной храп, апноэ, дневная сонливость).

Контролировалась масса тела, показатели углеводного и жирового обмена. Степень ожирения устанавливалась согласно классификации ВОЗ (1997); ИМТ определялся по формуле ИМТ (кг/м²) = Масса тела, кг / (Рост × Рост), м²; идеальная масса тела определялась по международной таблице Metropolitan Height and Weight Tables, Converted to Metric System (1983); процент потери избыточной массы тела (%EWL) определялся по формуле %EWL = (Утерянная масса тела (кг) / Избыточная масса тела (кг)) × 100%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Планирование и выбор метода оперативного лечения проводились хирургом совместно с пациентами. Во время беседы определялась реалистичность ожиданий пациентов, обсуждались преимущества и недостатки каждого вида оперативного вмешательства, предполагаемое снижение массы тела. Обязательным условием для выполнения оперативного вмешательства было желание и возможность пациентов находиться под длительным врачебным контролем в отдаленные сроки после операции. По нашему мнению, обязательным является получение согласия на операцию не только у пациента, но и у близких родственников, особенно в случае с пациентами молодого возраста.

Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование. У 9 пациентов была впервые выявлена артериальная гипертензия, которая обусловила более длительную предоперационную подготовку. Все оперированные сос-

тавляли группу высокого риска развития тромбоэмболических осложнений, что заставляло во всех случаях проводить неспецифическую и специфическую профилактику тромбоэмболических осложнений. Для неспецифической профилактики использовались компрессионные чулки, для проведения специфической профилактики использовался низкомолекулярный гепарин надропарин натрия (фраксипарин). Во всех случаях проводилась профилактика развития гнойно-септических осложнений с использованием цефалоспоринов II поколения.

У 18 пациентов с ожирением III ст. выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau. Масса тела у этих пациентов находилась в пределах от 100 до 248 кг, ИМТ от 40 до 80 кг/м². Обсуждая технические аспекты операции, необходимо отметить, что для мобилизации большой кривизны желудка и ДПК использовался ультразвуковой скальпель Harmonic (Джонсон & Джонсон), что значительно облегчало выполнение данного этапа операции и сокращало его время. Резекция выполнялась при установленном желудочном зонде 12 мм вдоль малой кривизны, линия резекции проводилась по краю зонда. Линия скрепочного шва обязательно перитонизировалась непрерывным обвивным швом. Интраоперационные измерения объема желудка показали, что объем резервуара составлял от 70 до 150 мл. Для пересечения желудка и ДПК использовали линейные сшивающие аппараты Ethicon Proximate с длиной шва 75 мм. Длина общей петли оставлялась в пределах 80 – 100 см. Перед пересечением тонкой кишки устанавливались метки на кишке, позволяющие в ходе оперативного вмешательства четко идентифицировать проксимальный и дистальный отделы петли.

Обсуждая результаты лечения, необходимо отметить, что практически сразу после операции все пациенты данной группы отмечали значительное снижение аппетита. В течение 2 месяцев после операции отмечался жидкий стул до 4 раз в сутки, затем количество сократилось до 1-2 раз в сутки и зависело от качества принимаемой пищи. Все пациенты постоянно принимали поливитамины, комплекс жирорастворимых витаминов, препараты железа и кальция. В течение первого года после операции в этой группе пациентов процент потери избыточной массы тела составил от 52 до 87%, средний за первый год %EWL составил 58%. В течение 2 года средний %EWL составил 72%. До операции у 8 пациентов отмечались нарушения углеводного и жирового обмена, что проявлялось гиперинсулин-, гипер-

холестерин-, гипертриглицеридемией, повышением уровня лептина и С-пептида. Также отмечалось повышение АД, синдром Пиквика и боль в крупных суставах нижних конечностей. В послеоперационном периоде нормализовались показатели углеводного и жирового обмена, цифры АД, ликвидирован синдром Пиквика, отсутствует боль в нижних конечностях. Контролировались показатели уровня железа, кальция и белка, которые оставались в пределах нормы.

У 6 пациентов с массой тела от 95 до 159 кг и ИМТ от 31,6 до 47,7 кг/м² выполнена продольная резекция желудка, из них в 4 случаях лапароскопическим доступом. Из особенностей оперативного вмешательства необходимо отметить, что первое пересечение желудка выполнялось на расстоянии 5 см от привратника, и только на

второе прошивание вводился желудочный зонд 12 мм в диаметре. Линия скрепочного шва перитонизировалась непрерывным швом. Все пациенты отмечают значительное снижение аппетита после операции. За первые 12 месяцев после операции %EWL в среднем составил 49%, за второй год %EWL 64%.

ВЫВОДЫ

1. Билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau приводит к значительному снижению массы тела и нормализации жирового и углеводного обмена. В течение 2 лет средний %EWL составляет 68%.

2. Выполнение продольной резекции желудка обеспечивает снижение %EWL 64 % в течение 2 лет после операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егиев В.Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, Д.С. Белков. – М.: МЕДПРАКТИКА, 2004. – 99с.
2. Лаврик А.С. Результати хірургічного лікування цукрового діабету II типу у хворих на морбідне ожиріння / А.С. Лаврик, О.С. Тивончук, О.А. Лаврик // Клініч. хірургія. - 2010. - №8. – С.21
3. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения / Ю.И. Седлецкий. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 403с.
4. Яшков Ю.И. Гастрошунтирование и билиопанкреатическое шунтирование – первые наблюдения и результаты / Ю.И. Яшков // Материалы III Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». – СПб., 2004. – С.53-54.
5. Яшков Ю.И. Этапы развития хирургии ожирения / Ю.И. Яшков // Вестник хирургии. – 2003. – №3.
6. Biliopancreatic diversion for obesity: state of the art. / N. Scopinaro, G. Marinari, G. Camerini [et al.] // Surg. Obes. – 2005. – N 1. – P. 317–328.
7. Biliopancreatic diversion with duodenal switch / P. Marceau, F.S. Hould, S. Simard [et al.] // World. J. Surg. – 1998. – Vol. 22. – P. 947–954.
8. Hess D.S. The biliopancreatic diversion with the duodenal switch: results beyond 10 years / D.S. Hess, D.W. Hess, R.S.Oakley // Obes. Surg. – 2005. – N 14. – P. 408–416.
9. Twenty years of biliopancreatic diversion: what is the goal of the surgery? / S. Biron, F.S. Hould, S. Lebel [et al.] // Obes. Surg. – 2004. – N14. – P.160–164.



УДК 616-007.64-089.819

А.А. Стукало

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАПАПИЛЛЯРНЫМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова:

Парапапиллярные дивертикулы, обтурационная желтуха, ЭПСТ, осложнения

Key words: *parapapillary diverticula, papilla of Vater, obstruction jaundice, endoscopic papillosphincterotomy, complications*

Резюме. *Наведено досвід ендохірургічних операцій у 2809 хворих. Різноманітні варіанти парапапілярних дивертикулів виявлені у 416 (14,8%) пацієнтів. Ефективність ендовісцерального лікування біліарної гіпертензії у хворих з дивертикулами – 86,1%. Досліджені взаємовідносини устя ВСДПК та повздожньої складки з елементами дивертикула та його ускладнення.*

Summary. *The experience of endosurgery operations on 2809 patients is presented. Different variants of parapapillary diverticula in 416 (14,%)*

patients were found. The effectiveness of endoscopic treatment of biliary hypertension in patients with diverticula was 86,1%. The relationships of papilla of Vater and longitudinal fold with the diverticulum elements and complication were studied.

Парапапиллярные дивертикулы (ПД) возникают в результате нарушения моторики и слабости стенки кишки в месте прохождения через неё общего желчного протока (ОЖП). ПД не являются редкостью и встречаются у 6,7-22% пациентов, увеличиваясь с возрастом и наличием желчнокаменной болезни, холедохолитиаза (1-4,7-10). ПД изменяют анатомические взаимоотношения дуоденопанкреатобилиарной зоны, деформируют терминальные отделы ОЖП и главного панкреатического протока (ГПП), вызывая нарушения их проходимости. Застой желчи и панкреатического секрета способствует образованию сладжа, камней, приводит к развитию билиарной и панкреатической гипертензии с возникновением обтурационной желтухи и панкреатита. С развитием эндоскопической транспапиллярной хирургии вопросы целесообразности и технических аспектов выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при наличии ПД являются дискуссионными и актуальными.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных стенозирующими процессами терминальных отделов ОЖП и ГПП путем анализа возможности и эффективности эндоскопической транспапиллярной хирургии у пациентов с парапапиллярными дивертикулами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета с 1999 по 2011 год эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) произведены 2809 пациентам с различной патологией внепеченочных желчных протоков. Средний возраст больных составил $69,3 \pm 8,1$ года. Женщин – 1795 (63,9%), мужчин – 1014 (36,1%). При проведении дуоденоскопии с целью выполнения ЭХТВ больным с патологией желчных путей ПД были выявлены у 416 (14,8%) пациентов, причем у 176 больных (42,3%) дивертикулы были множественными.

Использовали дуоденоскопы JF-1T-30 и TJF-20 фирмы “Olympus” (Япония), и инструментарий фирм “Olympus”, “Wilson-Cook”, “Boston scientific” (США), “Endo-technic” (Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены результаты лечения 416 пациентов с наличием ПД. У 359 (86,3%) больных наблюдалась обтурационная желтуха с гипербили-

рубинемией от 28,2 до 162 мкмоль/л. Холедохолитиаз выявлен у 294 (70,7%) пациентов, стеноз устья большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) обнаружен у 44 (10,6%) больных с ПД. Удалось произвести ЭХТВ, разрешить холедохолитиаз, папиллостеноз и ликвидировать билиарную гипертензию у 358 больных, эффективность эндоскопических операций у пациентов с ПД составила, по нашим данным, 86,1%.

При многофакторном статистическом анализе выявлено, что существенное влияние на результаты лечения оказывают взаимоотношения устья БСДПК и продольной складки с элементами дивертикула (краем, шейкой, стенкой, дном).

Первая группа - 72 пациента (17,3%) с расположением БСДПК и продольной складки вне дивертикула. В этой группе пациентов наличие ПД не оказывает влияния на проведение ЭХТВ и не отражается на результатах вмешательства.

Во второй группе из 132 пациентов (31,7%) устье БСДПК располагалось в крае дивертикула, а выраженная продольная складка проходила по краю или вне полости дивертикула. У пациентов этой группы, как правило, проводилась типичная канюляционная ЭПСТ, и лишь у одной больной с наличием аденомы в устье сосочка канюляция с последующей папиллосфинктеротомией стала возможной после pre-cut папиллотомии.

В первой и второй группах исследования эндоскопические операции были эффективными у всех пациентов.

В третьей группе из 58 пациентов (13,9%) устье сосочка располагалось в шейке или стенке дивертикула, а продольная складка проходила через край его или под краем, продолжаясь в стенке кишки вне полости дивертикула. В этой группе 26 больным канюлировать устье БСДПК не удалось, в связи с невозможностью его адекватного выведения. Тем не менее, шести пациентам с пролабирующей расширенной продольной складкой произведена супрапапиллярная холедоходуоденостомия игольчатым папиллотомом вне полости дивертикула, с последующим расширением разреза канюляционным способом. Еще у двоих пациентов этой группы удалось вывести и канюлировать устье сосочка и произвести ЭПСТ при повторном этапном вмешательстве через двое суток. 18 больных оперированы с наложением билиодигестивного анастомоза.

В третьей группе эффективность ЭХТВ составила 69%.

В четвертую группу вошли 62 пациента (14,9%), у которых устье papilla Vateri (pV) было расположено в крае или вне дивертикула, а продольная складка находилась в полости и являлась, по-сути, стенкой дивертикула. У 11 пациентов этой группы произвести ЭХТВ не удалось в связи со значительной деформацией и стенозом БСДПК и терминального отдела холедоха (ТОХ). Этим больным выполнены открытые операции с наложением билиодигестивного соустья.

В четвертой группе ЭХТВ оказались эффективными у 82,3% пациентов.

Пятую группу составили 27 пациентов (6,5%), у которых и устье pV, и продольная складка находились в полости дивертикула, в области дна его, или вовсе не дифференцировались. Лишь у двух больных этой группы при выраженной, выступающей в полость дивертикула продольной складке удалось произвести вскрытие интрамурального отдела ОЖП игольчатым папиллотомом, затем увеличить разрез канюляционным способом и разрешить холедохолитиаз и обтурационную желтуху. Остальные больные оперированы традиционным способом.

Эффективность транспапиллярных вмешательств у пациентов с расположением БСДПК и продольной складки в полости или дне дивертикула составила всего 7,4%.

В последнюю, шестую группу вошли 65 пациентов (15,6%), у которых устье сосочка и продольная складка разделяли полость или располагались между двумя дивертикулами. У 8 больных (12,3%) этой группы диагностирован стеноз устья pV. Эндоскопическая операция оказалась успешной у 61 пациента, у 4 больных в связи с папиллостенозом и выраженной деформацией интрамурального отдела холедоха произвести ЭПСТ не удалось.

Эффективность ЭХТВ у этой группы пациентов составила 93,8%.

Одним из аргументов против ЭПСТ у больных с ПД является мнение о высоком риске раз-

вития осложнений, в частности ретродуоденальной перфорации [2,3,5,6,9,10]. Согласно нашему исследованию осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с ПД развились у 14 (3,4%) пациентов. Летальность составила – 0,24%.

Кровотечения из папиллотомного разреза отмечены у 7 пациентов (1,7%). Необходимость лапаротомии с дуоденотомией и прошиванием краев папиллотомной раны возникла у двух больных с предшествовавшей длительной высокой гипербилирубинемией. Исход заболевания благоприятный.

Реактивный панкреатит явился осложнением эндоскопической операции у 5 больных с ПД (1,2%), у всех купирован консервативными мероприятиями.

Ретродуоденальная перфорация диагностирована у 3 больных (0,7%) с ПД после ЭПСТ. Двое пациентов оперированы с благоприятным исходом. Умерла 1 больная, 84 лет, с кровотечением и ретродуоденальной перфорацией, возникшими в результате ЭПСТ на фоне обтурационной желтухи и ПД.

ВЫВОДЫ

1. Парапапиллярные дивертикулы вызывают деформации и стенозирование терминальных отделов холедоха и вирсунгова протока, приводят к нарушению пассажа желчи и панкреатического секрета, обуславливая развитие обтурационной желтухи и панкреатита.

2. Эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства являются эффективным методом лечения билиарной гипертензии у больных с парапапиллярными дивертикулами. Вместе с тем, ориентировочно у 14% больных, особенно при расположении элементов БСДПК в полости дивертикула, транспапиллярная хирургия не приносит успеха.

3. Количество осложнений при разрешении билиарной гипертензии у больных с парапапиллярными дивертикулами не превышает средний процент осложнений в эндоскопической транспапиллярной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / Балалыкин А.С. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152с.

2. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы / А.С. Балалыкин // Материалы 3-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 1999. – С. 22-24.

3. Эндоскопическая папиллосфинктеротомии при дивертикулах папиллярной области двенадцати-

перстной кишки / Ю.Г. Старков, В.П. Стрекаловский, В.А. Вишневский, Р.С. Григорян // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – Т. 4, № 2. – С. 32-37.

4. Эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке при парафатеральных дивертикулах / Н.У. Арипова, У.С. Исмаилов, М.А. Хашимов, У.А. Аллазаров // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С.133.

5. Кондратенко П.Г. Гастроинтестинальная эн-

доскопия: [Практ. руководство] / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало, Е.Е. Раденко— Донецк: Новый мир, 2007. – 374 с.

6. Кондратенко П.Г. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и их профилактика / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Архив клинич. и эксперим. медицины. – 2002. – Т. 11, № 2. – С.140-143.

7. Орлов С.Ю. Значение эндоскопической папиллосфинктероманометрии в диагностике изолированного папиллостеноза и оптимизации техники эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Орлов Станислав Юрьевич. – М., 2001. – 159 с.

8. Стукало А.А. Профилактика осложненных эндохирургических транспапиллярных вмешательств у больных с патологией большого дуоденального сосочка и гепатикохоледоха: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Стукало Александр Анатольевич. – Донецк, 2004. – 207 с.

9. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at the consensus / P.B. Cotton, G. Lechman, J. Vennes [et al.] // Gastrointestinal Endoscopy. – 1991. – Vol. 37, N 3. – P. 383-393.

10. Freeman L.M. Complication of endoscopic biliary sphincterotomy / L.M. Freeman // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30, Supp. 2. – P. 216-220.



УДК 616.367-002.1-008.5-022-089.819-084

В.Б. Борисенко

МИНИИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
кафедра хирургии и проктологии*

Ключевые слова: билиарная гипертензия, осложнения, лечение
Key words: biliary hypertension, complications, treatment

Резюме. Представлені результати лікування хворих на обтураційну жовтяницю, ускладнену гострим холангітом і біліарним сепсисом, із застосуванням мініінвазивних транспапиллярних і чрезшкірних втручань.
Summary. Treatment results of patients with obturation jaundice, complicated with acute cholangitis and biliary sepsis, with using of minimally invasive transpapillary and transcutaneous interventions are presented.

Обтурационная желтуха (ОЖ) с нарастающей внутрипротоковой гипертензией и возможной трансформацией в острый холангит (ОХ) и билиарный сепсис (БС) относится к числу актуальных проблем современной абдоминальной хирургии и интенсивно изучается в нашей стране и за рубежом.

До настоящего времени недостаточно ясны вопросы патогенеза острого холангита и билиарного сепсиса, решения также требуют вопросы диагностики и лечения больных ОЖ, особенно в случаях тяжелой гипербилирубинемии, осложненной ОХ и БС. Дискутабельными остаются вопросы определения вида, способа, объема, этапности и срочности оперативного лечения больных этой группы, не решен также вопрос профилактики синдрома быстрой «разгрузки» билиарного тракта. Мало изучены механизмы возникновения и прогрессирования у этих больных печеночной недостаточности, являющейся одной из основных причин высокой летальности,

достигающей 28-52%, а в случаях развития БС и полиорганной недостаточности - 80-90%.

Если недавно основным способом лечения ОЖ являлись лапаротомные операции с вмешательством на внепеченочных желчных протоках, то в настоящее время усовершенствование ультразвуковых и эндоскопических методов исследования, а также внедрение малоинвазивных вмешательств позволяют проводить этапную, а иногда и окончательную коррекцию ОЖ у этих больных.

Целью работы является повышение качества лечения больных с обтурационной желтухой, осложненной ОХ и БС, путем использования миниинвазивных транспапиллярных и чрезкожных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Работа основана на результатах обследования и лечения 80 больных, поступивших в хирургическое отделение 2 ГКБ г. Харькова в 2010 и 2011 годах с клиникой ОЖ. Возраст пациентов

варьировал от 23 до 84 лет, средний возраст $62 \pm 6,1$ года. Женщин было 51 (63,7%), мужчин – 29 (36,3%). Длительность желтушного периода составила от 1 до 30 суток (в среднем $14 \pm 2,4$ суток).

Диагностическая программа включала стандартную клинико-лабораторную диагностику, дополненную определением уровня прокальцитонина крови, бактериологическим исследованием крови, желчи, микроскопией желчи, а также инструментальную диагностику с использованием ультразвукового исследования (УЗИ), папиллоскопии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Оценивали количественно признаки синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA, а степень тяжести печеночной недостаточности - по критериям Зиневича В.П (1986 г.)

УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны всем больным проводили при поступлении в хирургический стационар, а также в процессе хирургического лечения.

Миниинвазивные способы коррекции билиарной гипертензии включали транспапиллярные эндобилиарные вмешательства: эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), механическую литоэкстракцию, назобилиарное дренирование (НБД), стентирование, а в случае их неэффективности производили чрезкожную чрезпеченочную холангиостомию (ЧЧХС) под контролем УЗИ по методике Сельдингера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам исследования пациенты были распределены на три группы: первая – с механической желтухой (SIRS-0, SOFA-0) – 20(25%) больных; вторая – с острым холангитом (SIRS-1, SOFA-0) – 44(55%) больных; третья – с билиарным сепсисом (SIRS \geq 2, SOFA $>$ 0) – 16 (20%) больных. Уровень прокальцитонина крови составил: у больных первой группы 0-0,2 нг/мл; второй – 0,2-1,3 нг/мл; третьей $>1,3$ нг/мл.

По степени тяжести ОЖ больные распределились следующим образом: 1 степень - 16 (20%) пациентов (билирубинемия – $41 \pm 5,8$ мкмоль/л), 2 степень – 24 (30%) пациента (билирубинемия – $86,7 \pm 8,4$ мкмоль/л) 3 степень – 34 (42,5%) пациента (билирубинемия – $142 \pm 9,6$ мкмоль/л), 4 степень – 6 (7,5%) пациентов (билирубинемия – $274 \pm 12,4$ мкмоль/л).

Методом УЗИ ОЖ установлена у всех 80 (100%) больных: холедохолитиаз выявлен у 56 (70%), опухоль головки поджелудочной железы – у 2 (2,5%), у остальных 22 (27,5%) больных диагноз оставался неуточненным.

При папиллоскопии и ЭРХПГ у 8(5%) больных дополнительно выявлен холедохолитиаз (из них - у 4(5%) вклинений камень в папиллу), у 4(5%) - синдром Мириizzi, у 2(2,5%) - рак большого дуоденального сосочка (БДС), у 3(3,75%) – рак холедоха, у 5 (6,25%) – стеноз БДС.

Данными папиллоскопии, микроскопии и бактериологического исследования желчи ОХ установлен у 60 (75%) больных второй и третьей группы, что подтверждает результаты уровня прокальцитонина крови.

Катаральный холангит диагностирован у 32 (40%), фибринозный – у 10 (16,7%), гнойный – у 18 (22,5%) пациентов.

Бактериемия выявлена у 18 (22,5%) пациентов: у 3 (3,75%) – первой группы, у 3 (3,75%) – второй, и 12 (15%) – третьей группы, что в очередной раз подтверждает неспецифичность этого метода в верификации сепсиса. В 2 (2,5%) случаях выявлен St.Aureus, в 6 (7,5%) гемолизирующий St.Epidermidis, и в 4 (5%) E.Coli.

Бактериохолия наблюдалась у 56 (70%) пациентов, рост кишечной палочки получен в 28 (35%), клебсиеллы – 12 (15%), протей – 8(10%), энтерококков – 8 (10%) случаях.

Малоинвазивные вмешательства произведены всем 80 больным, которым выполнено 232 миниинвазивных лечебных манипуляций.

ЭПСТ выполнена 76 больным: типичная папиллотомия произведена 32 (42,1%) больным, атипичная – 30 (39,5%), комбинированная – 14 (18,4%) пациентам. Одноэтапная ЭПСТ выполнена 40 (50%) пациентам с 1 и 2 степенью тяжести ОЖ, в два и более этапа ЭПСТ произведена 40 больным с 3 и 4 степенью тяжести ОЖ, у 2 (2,5%) пациентов со стенозом устья главного панкреатического протока дополнительно выполнена вирсунготомия.

У больных холедохолитиазом ЭПСТ сочеталась с механической литоэкстракцией корзиной Дормиа или путем вымывания конкрементов, что позволило достичь окончательной эндоскопической санации общего желчного протока в 48 (60%) наблюдениях. У 8 пациентов отмечены эндоскопически неудаляемые конкременты, им выполнены открытые операции после декомпрессии билиарного тракта путем НБД или ЧЧХС.

НБД выполнено 44 (55%) пациентам, преимущественно при гнойном и фибринозном холангите, а также у пациентов с этапным лечением холедохолитиаза путем проведения назобилиарного дренажа выше конкремента и дальнейшей санацией холедоха антисептиками.

Стентирование холедоха удалось выполнить 2 (2,5%) пациентам с раком головки поджелудочной железы.

В случаях неэффективности транспапиллярных вмешательств у 6(7,5%) больных была выполнена ЧЧХС под контролем УЗИ: у 2 (2,5%) пациентов с вклиненным камнем ретродуоденальной части холедоха, у 2 (2,5%) - раком БДС и у 2(2,5%) - раком дистальной части холедоха.

Во всех случаях перед «открытой» операцией миниинвазивно удалось ликвидировать билиарную гипертензию и явления холангита.

Больным с холедохолитиазом (эндоскопически неудаляемые конкременты) выполнена открытая холедохолитотомия, пациентам с раком поджелудочной железы, холедоха и БДС выполнены обходные билиодигестивные анастомозы.

Летальный исход отмечен у 4 (5%) пациентов с прогрессирующей полиорганной недостаточностью на фоне развившегося билиарного сепсиса, соответственно в группе билиарного сепсиса летальность составила 25%.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное обследование с применением УЗИ, папиллоскопии и ЭРХПГ у больных ОЖ позволяет определить характер желтухи, уровень и причину обструкции до 98% случаев.

2. Декомпрессия и санация первичного гнойного очага в желчных протоках посредством транспапиллярных вмешательств и ЧЧХС, как этапный или окончательный метод хирургического лечения, позволяет эффективно купировать явления ОЖ и ОХ, являясь мерой профилактики в развитии БС.



УДК 616.36-008.5-006.03-089.17-06

*М.Ю. Ничитайло,
А.І. Годлевський,
С.І. Саволук*

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З НЕПУХЛИННИМИ ОБТУРАЦІЙНИМИ ЖОВТЯНИЦЯМИ

*Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України
відділ лапароскопічної хірургії та холелітазу
м. Київ*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
кафедра хірургії № 2*

Ключові слова: *обтураційна жовтяниця, біліарна декомпресія*
Key words: *obstructive jaundice, biliary decompression, prognosis*

Резюме. *Проведен анализ послеоперационной динамики метаболических предикторов для определения критических моментов максимального риска развития постдекомпрессионных осложнений у 340 больных с НОЖ после проведения хирургических методов билиарной декомпрессии (наружная, внутренняя).*

Summary. *Analysis of dynamics of post-operative metabolic predictors in order to determine critical moments of maximum risk for complications of postdecompression was made in 340 patients with NTOJ after performed surgical methods of biliary decompression (external, inner ones) of post-operative complications.*

В основі незадовільних наслідків хірургічного лікування хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями (НПОЖ) в ранньому післяопераційному періоді є ініціація та прогресування печінкової недостатності (ГПН) [1, 2, 3, 4], причиною якої є вибір неадекватної хірургічної тактики та методу біліарної декомпресії й недоліки якісного складу в протективних програмах передопераційної підготовки та після-

операційного лікування [3, 4]. Тому визначення прогнозованого ризику та часових термінів виникнення післяопераційних ускладнень та оптимізація на цій основі принципів індивідуалізованого вибору хірургічної тактики та диференційованих алгоритмів периопераційного супроводу хворих з ускладненими НПОЖ є актуальними питаннями біліарної хірургії [3, 4].

Мета: аналіз післяопераційної динаміки метаболічних предикторів для визначення критичних моментів максимального ризику розвитку постдекомпресійних ускладнень (ГПН, гнійно-септичні (абдомінальні та раньові), легенево-плевральні) у хворих з НПОЖ після використання хірургічних методів біліарної декомпресії (зовнішня, внутрішня).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі аналізуються результати післяопераційного спостереження 340 хворих з НПОЖ: серед них 181 – некритичні НПОЖ (НеКР), ускладнені середнім ступенем ГПН, та 159 – критичні НПОЖ (КР), ускладнені тяжким ступенем ГПН.

199 хворим з НПОЖ (НеКР – 110, КР – 89) виконано зовнішню біліарну декомпресію, розподіл на репрезентативні контрольну (120) та основну (79) групи: лапаротомне зовнішнє дренивання холедоха (ЗДХ) в недозованому режимі (49), в дозованому режимі (14); лапароскопічна холедохостомія (ЛХС) (40); черезшкірна черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС) (26); черезшкірна черезпечінкова мікрохолестостомія (ЧЧМХС) (35); ЕПСТ з назобіліарним дрениванням (ЕПСТ+НБД) (35).

141 хворому з НПОЖ (НеКР – 71, КР – 70) виконано внутрішню біліарну декомпресію, розподіл на контрольну (58) та основну (83) групи: відкрита декомпресія шляхом формування білідигестивних анастомозів (48) – гепатико-, холедоходуоденоанастомоз (28) (ХДА), гепатико-, холедохоєюноанастомоз (20) (ХЕА), малоінвазивна ендоскопічна декомпресія шляхом ЕПСТ (75), ендобіліарного стентування (18).

Периопераційний моніторинг здійснювався в межах 7 лабораторних синдромів з спостереженням 72 метаболічних маркерів: системне запалення (10); імунореактивність (17): неспецифічний захист (4), клітинний (10) та гуморальний (3) імунітет; антиоксидантний дисбаланс (8): продукти перекисного окислення (4), ферменти антиоксидантного захисту (4); цитопатична гіпоксія (5); ендотеліальна дисфункція (2); функціональний стан печінки (16): біохімічні показники (11), органоспецифічні ферменти (5); ендотоксемія (14) – розрахункові індекси лейкоформули (4), маркери (10) – у день госпіталізації, операції, 1,3,5,7,9,12,15,18 післяопераційну добу. Якість життя оцінювалася в ранньому (7 – 12 доба) та віддаленому (12 місяців) періоді згідно з опитувальником SF-36. Статистична обробка здійснювалася мультифакторіальним кореляційно-регресійним аналізом з побудовою нейронної моделі на елементах нечіткої логіки (експертна

оцінка) для визначення предикторів та ризику розвитку ускладнень та їх динаміки залежно від складу периопераційної терапії та обраної хірургічної тактики для оцінки їх ефективності, доцільності та створення прогностичної шкали.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для хворих з НеКР НПОЖ максимальний ризик виникнення постдекомпресійних ускладнень після недозованого ЗДХ (44) спостерігається на 3-5 добу, у той час, коли для хворих з КР НПОЖ (19) він зміщується в більш пізній термін – на 7-9 добу.

При виконанні ЛХС хворим з НеКР НПОЖ (40) критичний момент максимального ризику післяопераційних ускладнень спостерігається протягом 1-3 діб з наступним повільним відновленням досліджуваних маркерів, що пов'язано з негативним впливом напруженого пневмоперитонеуму на портопечінкову гемодинаміку та метаболічні порушення, обґрунтовуючи доцільність використання, навіть при НеКР, лапароліфтингових технологій зменшення ефектів пневмоперитонеуму.

При здійсненні ЧЧХС хворим з НеКР НПОЖ (26) критичний момент розвитку післяопераційних ускладнень відзначається на 1 добу, що проявляється поглибленням наявних порушень антиоксидантного дисбалансу, функціонального стану печінки та цитопатичної гіпоксії.

При виконанні ЕПСТ+НБД у хворих з КР НПОЖ (36) критичний момент декомпресії спостерігається на 1 добу у вигляді цитокінового дисбалансу, що має вірогідну тенденцію до їх швидкого відновлення.

Виконання ЧЧМХС хворим з КР НПОЖ (35) не супроводжується наявністю критичного моменту післяопераційної динаміки маркерів, оскільки не виявило достовірних змін їх концентрацій, а характеризується вірогідною тенденцією до швидкої нормалізації.

Для хворих з НеКР (31) та КР (44) НПОЖ максимальний ризик виникнення постдекомпресійних ускладнень після ЕПСТ спостерігається на 1-3 добу в період відносно недозованої біліарної декомпресії. Різниця між ними полягає в тому, що при НеКР НПОЖ ризик вірогідно зменшується до 5-7 доби в період функціональної дозованості декомпресії за рахунок запалення ділянки папілотомії (до 5 доби), у той час як при КР – після 7-9 доби, коли досліджувані показники на 7 добу (при НеКР) та на 9-12 (при КР) вірогідно різняться зі значеннями на 1 та 3 добу. При виконанні стентування хворим з КР (18) НПОЖ максимальний ризик післяопераційних ускладнень спостерігається в період недозованої

біліарної декомпресії (1-5 доба) з поступовим його зменшенням протягом наступних 7-12 діб. При аналізі динаміки окремих маркерів після ЕПСТ та стентування констатовано, що якщо за динамікою функціонального стану печінки, цитопатичної гіпоксії, ендотеліальної дисфункції, антиоксидантного дисбалансу має перевагу метод ЕПСТ за рахунок функціональної дозованості декомпресії, то за динамікою ендотоксемії та системного запалення (у першу чергу ІЛ-1 – маркер мікробної транслокації) виконання стентування має значні переваги за рахунок відсутності травми замикального апарату дуоденального сосочка.

При формуванні білідигестивних анастомозів хворим з НєКР (40) НПОЖ після ХДА (20) максимальний ризик післяопераційних ускладнень відмічено на 3 – 5 добу, після ХЕА (20) – на 3 добу в період недозованої біліарної декомпресії з його зменшенням на 5 – 7 добу для ХЕА та на 9 добу для ХДА в період відносно дозованої декомпресії за рахунок виникаючого в цей термін асептичного запалення зони анастомозу та відносного зменшення його просвіту. Для хворих з КР (ХДА - 8) НПОЖ максимальний ризик післяопераційних ускладнень спостерігається на 1-7 добу з його наступним зменшенням на 12 добу.

Існування критичних моментів післяопераційної декомпресії було констатовано після графічного співставлення динаміки значень всіх показників по кожному з синдромів окремо, що й визначало форму кривих та змін значень з часовими інтервалами їх найзначнішого коливання протягом післяопераційного періоду, а статистичний аналіз визначив ризик розвитку ускладнень. Саме в ці періоди спостерігаються значні статистично достовірні коливання предикторів ускладнень порівняно з показниками передопераційної підготовки та попередньої післяопераційної доби, а методи стандартної протокольної терапії неспроможні істотно впливати на цю негативну динаміку та попереджати їх загрозливі коливання, що підтверджується відсутністю різниці значень більшості показників на 18 добу в хворих з НєКР, а за умови КР НПОЖ жодний з досліджуваних показників не досягав значень групи порівняння (донори), що потребує перегляду підходів до термінів настання та принципів досягнення післяопераційної реабілітації оперованих хворих.

Аналіз динаміки метаболічних маркерів із визначенням критичного терміну максимального ризику післяопераційних ускладнень дозволив стратифікувати методи зовнішньої декомпресії

залежно від ступеня ризику ускладненого перебігу та показників якості життя раннього періоду на такі позиції (від мінімального до максимального): 1) ЧЧМХС, 2) ЕПСТ+НБД, 3) ЧЧХС, 4) ЗДХ в дозованому режимі, 5) ЗДХ в недозованому режимі, 6) ЛХС. Показники якості життя віддаленого періоду мали інший розподіл: 1) ЧЧМХС, 2) ЧЧХС, 3) ЛХС, 4) ЕПСТ+НБД, 5) ЗДХ в дозованому режимі, 6) ЗДХ в недозованому режимі, підвищення ЛХС пов'язано із якісним відбором пацієнтів для виконання лапароскопічних втручань, а зниження ЕПСТ+НБД – з наступним порушенням замикального апарату дуоденального сосочка.

Методи внутрішньої біліарної декомпресії: 1) ЕПСТ, 2) стентування, 3) білідигестивний анастомоз (ХДА, ХЕА). Аналіз показників якості життя у віддалений термін (12 місяців) має інший розподіл: 1) стентування, 2) ЕПСТ, ХЕА, 3) ХДА, що пов'язано зі ступенем збереження замикальної функції дуоденального сосочка та зменшення ймовірності біліарного рефлюксу як чинника мікробної транслокації та розвитку холангіту.

Розроблена індивідуалізована шкала передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень дозволила стандартизувати всіх хворих відповідно до їх бальної оцінки в групі низького (12-19 балів), середнього (20-35 балів), високого (36-42 бали) та надвисокого (43 бали й вище) ризику післяопераційних ускладнень, і, відповідно, оптимізувати вибір хірургічної тактики з врахуванням вихідних умов до радикальної ліквідації причини біліарної гіпертензії: 1) хворим з низьким ризиком (12-19 балів) – показана одномоментна радикальна операція традиційними чи лапароендоскопічними технологіями залежно від устаткування хірургічної клініки та досвіду виконання таких втручань; 2) у групі хворих високого (36-42 бали) та надвисокого (43 бали й вище) ризику показана етапна хірургічна тактика, де на 1 етапі здійснюють мало-травматичну паліативну декомпресію (ЕПСТ, ЕПСТ+НБД, ендобіліарне стентування, ЧЧМХС, ЧЧХС), а вже на 2 етапі - радикальну операцію малоінвазивними чи традиційними відкритими методами; 3) група середнього (20-35 балів) ризику потребує динамічної оцінки впливу ініціальної передопераційної підготовки: якщо в процесі спостереження оцінка зменшується – можливо виконання одномоментної радикальної операції, якщо ж у динаміці оцінка не змінюється – реалізація етапної тактики малоінвазивної біліарної декомпресії.

ПІДСУМОК

Вибір оптимальної хірургічної тактики та методів біліарної декомпресії у хворих з критичними та некритичними НПОЖ повинен ґрунтуватися на прогнозованій оцінці ризику післяопераційних ускладнень у ранньому періоді, враховуючи специфічні критичні моменти, при-

таманні малоінвазивним та відкритим хірургічним втручанням, та динаміці показників якості життя оперованих хворих у віддалені післяопераційні терміни, оцінюючи фізіологічність обраних хірургічних методів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Епифанцев В.А. Возможности компьютерного прогнозирования послеоперационных осложнений у больных с острым калькулезным холангитом / В.А. Епифанцев // Клініч. хірургія. – 2009. - № 7 – 8.- С. 41-43.

2. Кондратенко П.Г. Летальность при остром холангите: факторный анализ и пути снижения риска фатального исхода / П.Г. Кондратенко, Ю.А. Царульков, В.Г. Гурьянов // Укр. журнал хірургії. – 2009. - №5. – С. 115-120.

3. Ткачук О.Л. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційну жовтяницю / О.Л. Ткачук, М.Г. Шевчук // Вісник Вінниц. нац. мед. ун-ту. – 2010. - № 14 (2). – С. 360-363.

4. Шапошников А.В. Интегральный подход к оценке функции печени при цирозах и опухолях печени / А.В. Шапошников // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, № 4. – С. 88-92.



УДК 616.366-002.1-07-089

*В.И. Лупальцов,
А.И. Ягнюк*

МЕТОДЫ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Харьковский национальный медицинский университет

Учитывая сложности, возникающие порой в ранней диагностике острого холецистита (ОХ), течение которого нередко сочетается с другой сопутствующей патологией, изменяющей истинную клиническую картину заболевания, влияние на его течение реактивности макроорганизма, связанной как с возрастом пациентов, так и с их полом, дисбиозом кишечника, активацией условно-патогенной микрофлоры и другими причинами, а также влияние на изменения в стенке желчного пузыря микробной контаминации, часто не учитываемой при установлении диагноза в ранние сроки, считаем, что УЗИ является наиболее информативным методом диагностики, многие параметры которого ещё не раскрыты.

Целью исследования явилось комплексное изучение факторов, влияющих на течение острого холецистита, методов его диагностики с определением хирургической тактики, улучшающей результаты лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализировано 197 больных, оперированных по поводу ОХ. Наиболее частой причиной его возникновения явилась ЖКБ. Большинство больных были лица пожилого возраста, у которых отмечались изменения витальных систем. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование с последующим исследованием в послеоперационном периоде гистологического и бактериологического материала, с обязательным ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов панкреатодуоденальной зоны. Диагноз устанавливался по клиническим признакам и результатам УЗИ, наиболее типичными из которых считаем: увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенки более 4 мм, удвоение и нечеткость контуров, наличие в просвете гиперэхогенной смеси и фиксированных в стенке пузыря конкрементов. Кроме того, плохая визуализация шейки пузырьного протока, укорочение видимой части холедоха, желчный

пузырь малых размеров и симптомом «сплошной акустической тени» свидетельствовали о выраженных изменениях в перивезикальном пространстве. В зависимости от ультразвуковой картины и лабораторных данных больные были разделены на три группы: первая группа – 27 больных с признаками плотного перивезикального инфильтрата или абсцесса с отсутствием визуализации протока; вторая – 29 больных, у которых при УЗИ определялись признаки плотного инфильтрата при сохраненном кровотоке в стенке желчного пузыря; третья – 141 больной с признаками рыхлого инфильтрата и сохраненном кровотоке желчного пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученная при обследовании информация показала, что воспалительные изменения в желчном пузыре связаны как со снижением защитных сил организма, так и активацией микрофлоры. В зависимости от выраженности воспалительных изменений, подтверждаемых данными УЗИ, больным первой группы оперативные вмешательства выполнялись из лапаротомного доступа, второй группы – из минидоступа, третьей группы – проводилась лапароскопическая холецистэктомия.

Сравнительная оценка результатов выполняемых оперативных вмешательств показала, что

УЗИ является информативным методом диагностики степени выраженности воспалительных изменений желчного пузыря и перивезикального пространства, позволяет определить как форму воспаления при ОХ, так и наличие осложнений, которые могут препятствовать выполнению миниинвазивных вмешательств. Выбранная нами хирургическая тактика позволяет избежать ненужных субоперационных осложнений. Конверсия в лапаротомию у больных третьей группы имела место в 6 случаях. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

1. Острый деструктивный холецистит развивается на фоне иммунодефицита и снижения противоинфекционной резистентности.

2. Ультразвуковое исследование гепатодуоденальной зоны является достаточно информативным методом степени выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре и перивезикальном пространстве.

3. Плотный перивезикальный инфильтрат с рубцово-спаечными изменениями и отсутствием кровотока в стенке желчного пузыря, а также перивезикальный абсцесс являются показанием для выполнения холецистэктомии лапаротомным доступом.



УДК 616.366-002.1-089:616.8-009.614

Ю.М. Захараш,
А.И. Стельмах,
В.В. Мороз,
Д.И. Бутенко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
кафедра хирургии №1
Киевская городская клиническая больница № 18

Ключевые слова: острый холецистит, высокий операционно-анестезиологический риск, микрохолецистостомия
Key words: acute cholecystitis, high operative-anesthetic risk, microcholecystostomy

Резюме. У роботі наведені результати лікування 38 хворих на гострий холецистит віком від 64 до 90 років, у всіх хворих була супутня патологія (декомпенсована серцева недостатність, дихальна недостатність, перенесене гостре порушення мозкового кровообігу, декомпенсований або субкомпенсований цукровий діабет та ін.). Доведено, що купірування гострого запального процесу в жовчному міхурі шляхом проведення мікрохолецистостомії під ультразвуковим контролем дозволяє диференційовано підходити до вибору лікувальної тактики у хворих з гострим холециститом похилого та старечого віку з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

Summary. *In the work the results of treatment of 38 patients with acute cholecystitis, aged from 64 to 90 years were analyzed. All patients had concomitant pathology: decompensated cardiac insufficiency, respiratory insufficiency, past acute disorder of cerebral blood flow, decompensated or compensated diabetes mellitus, etc. It was proved that arrest of acute process in the gallbladder by means of microcholecystostomy under ultrasonic control allows to differentially choice treatment tactics in elderly patients with acute cholecystitis with a high operative-anesthetic risk.*

Более 40% от общего количества больных с острым холециститом - это пациенты пожилого и старческого возраста. Остается нерешенным вопрос определения объема хирургической тактики у пациентов с повышенным операционно-анестезиологическим риском. Опыт показывает, что минимизация времени выполнения операции, уменьшение ее травматичности, обеспечение адекватного обезболивания улучшает переносимость операции больными, способствует снижению частоты интра- и послеоперационных осложнений, а также летальности. В настоящее время патогенез острого холецистита рассматривается с позиций теории желчной гипертензии, поэтому ранняя билиарная декомпрессия путем проведения чрескожно-чреспеченочной холангио- или холецистостомии патогенетически обоснована и дает возможность быстро купировать приступ острого холецистита, выиграть время для полноценного клинического обследования и адекватной предоперационной подготовки или позволяет отказаться от рискованного оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами проанализированы результаты лечения 38 больных, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении КГКБ № 18 с 2008 по 2011гг. Возраст больных колебался от 64 до 90 лет, в среднем 77 лет. У всех больных имелась различного характера сопутствующая патология (декомпенсированная сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсированный или субкомпенсированный сахарный диабет и др.); при этом два сопутствующих заболевания были выявлены у 8 (21,1%) пациентов, три – у 11 (28,9%), более трех — у 19 (50,0%).

Тяжесть состояния по шкале MODS 2 определялась в момент госпитализации, на 2-е, 7-е и 10-е сутки после проведения декомпрессии желчной системы и начала комплексной консервативной терапии. В среднем тяжесть состояния больных на момент госпитализации по шкале MODS 2 была в пределах 14 ± 2 балла, т.е. вероятность летального исхода составляла 70%, при этом количество пациентов с показателем по

шкале MODS 2 более 11 баллов составило 23 (60,5%). У большинства больных (68,4%) после проведения декомпрессии вероятность летального исхода снизилась до 7%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На протяжении 6-8 часов от момента госпитализации, после проведенного общеклинического обследования, больным выполнялись: декомпрессия билиарной системы под ультразвуковым контролем пункционным методом с последующей санацией желчного пузыря - 6 (15,8%) больным, наложение микрохолецистостомы - 32 (84,2%) пациентам. На фоне проведения комплексного лечения отмечалось улучшение состояния больных, которое достигало своего максимума на 7-10 сутки. На 8 и 9 сутки с момента госпитализации 11 (55,0%) пациентам, у которых по данным фистулографии был выявлен холедохолитиаз, выполняли РХПГ, ЭПСТ.

Из поступивших больных умерло трое (7,9%). Причиной смерти в двух случаях была декомпенсированная сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, в одном – острый инфаркт миокарда.

Для 10 (26,3%) пациентов проведенное лечение явилось окончательным в связи с сохраняющимся высоким показателем тяжести состояния по шкале MODS 2. В этой категории больных для полной облитерации желчного пузыря, начиная с 4-5 суток после выполненного дренирования, проводили санацию полости желчного пузыря раствором бетадина или 76% раствором триомбраста. 25 (65,7%) пациентов в дальнейшем оперированы в плановом порядке: лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 19 из них, 4 проведена холецистэктомия из минидоступа и 2 – традиционная холецистэктомия.

Ранние послеоперационные осложнения - послеоперационная гипостатическая пневмония - возникли у 3-х (8,7%) больных. Послеоперационная летальность составила 0%. Послеоперационный койко-день составил 7,2 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Купирование острого воспалительного процесса в желчном пузыре путем проведения

микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем позволяет дифференцированно подходить к выбору лечебной тактики у больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском. При наличии холедохолитиаза малоинвазивные вмешательства позволяют не

только устранить желчную гипертензию, но и избежать травматичной операции на желчных путях. У больных с сохраняющимся высоким операционно-анестезиологическим риском методом выбора является склерозация желчного пузыря.



УДК 616.36-002.3-089.819

**В.І. Десятерик,
О.В. Котов**

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Десятерик)

Ключові слова: абсцеси печінки,
мінінвазивні втручання,
результати лікування

Key words: liver abscesses, minimal-
invasive interventions, treatment
outcomes

Резюме. Абсцессы печени имеют тяжелое течение и отличаются высокими показателями летальности. В статье приведен опыт лечения 17 больных с абсцессами печени. Все больные оперировались путем использования миниинвазивных технологий под контролем ультразвука. Одиночные абсцессы разных размеров наблюдали у 16 больных, множественные – у 3, милиарные – у 1, паразитарный – у 1. Объем жидкостных образований был от 5 до 600 мл. Абсцессы в печени, как правило, носили вторичный характер. Разными были сроки заболевания: от 2-3 недель до 2-3 месяцев. Дренировали абсцессы с размерами гнойной полости больше 3 см, абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см, если при пункции не удалось провести полноценную санацию гнойника, абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см, но с выраженной инфильтрацией тканей вокруг (более чем 1-5 см). Установлено, что чем больше зона инфильтрации вокруг гнойной полости, тем менее достоверно, что такой гнойник удастся вылечить пункционно. Именно распространенность зоны инфильтрации вокруг полости гнойника обуславливала тяжесть течения заболевания и диктовала необходимость дополнительного применения регионарной терапии. Микробный пейзаж при абсцессах печени был следующим: *Staphylococcus spp.* (38,2%), *E.coli* (19,0%), *Klebsiella spp.* (14,3%), *Citrobacter spp.* (9,5%), *P.aeruginosa* (9,5%), *Enterococcus spp.* (9,5%). Сроки дренирования колебались от 10 до 42 суток (в среднем $18,5 \pm 8,4$). Наблюдали одно осложнение. Летальных последствий не было. Вывод: миниинвазивные вмешательства не только целесообразно, но и необходимо использовать с учетом тяжести заболевания, возраста больных, наличия сопутствующей патологии; их эффективность и преимущество перед традиционными является очевидным.

Summary. Liver abscesses have a severe course and are characterized by high rates of lethality. This paper presents experience in treating of 17 patients with liver abscesses. All patients were operated using minimally-invasive technology under ultrasound control. Solitary abscesses of different sizes were observed in 16 patients, multiple - in 3, miliary - in 1, parasite - in 1. The volume of liquid formations was approximately from 5 to 600 ml. Abscesses in the liver as a rule had secondary character. Terms of disease were different: from 2-3 weeks to 2-3 months. Abscesses with purulent cavity of more than 3 cm, abscesses with purulent cavity of 2-3 cm, if puncture failed to complete sanitation of the abscess, abscess with purulent cavity up

to 2-3 cm, but with marked infiltration of tissues around (more than 1-3-5 cm) were drained. It was established that the more infiltration zone is around the purulent cavity, the less certain is that such an ulcer will be healed by puncture. It is the prevalence of infiltration zone around the abscess cavity, the severity of the disease, and dictated caused the need for additional use of regional therapy. Microbial landscape in liver abscesses was as follows: Staphylococcus spp. (38,2%), E.coli (19,0%), Klebsiella spp. (14,3%), Citrobacter spp. (9,5%), P.aeruginosa (9,5%), Enterococcus spp. (9,5%). Terms of drainage ranged from 10 to 42 days (mean 18,5 ± 8,4). One complication was observed. Lethal outcomes were absent. The authors conclude that mini-invasive intervention is not only appropriate, but must be used according to the severity of the disease, patient's age, presence of comorbidity; their efficiency and advantage over the traditional is evident.

Проблема хірургічного лікування абсцесів печінки була й залишається актуальною, незважаючи на значний науковий та технічний прогрес, що спостерігається протягом останніх десятиріч. Абсцеси печінки становлять до 0,16% захворювань, з якими хворі госпіталізуються, потребують термінового хірургічного втручання й супроводжуються високою летальністю на рівні від 16,9% до 55%, а у випадку з міліарними абсцесами – до 63,6% [1, 3, 4]. Останнім часом більшість хірургів вважають доцільним і обґрунтованим використання пункційно-дренажного методу лікування під контролем ультразвуку (УЗ) як альтернативу традиційному оперативному втручання [1, 2, 3, 4]. Основна ідея цих втручань полягає в тому, щоб без розтину черевної стінки видалити вміст гнійних скупчень пункційно або шляхом постановки дренажа під контролем УЗ, без втрати кінцевого радикалізму, з мінімальною травматичністю для хворого, під місцевим знеболюванням. Лікування мініінвазивними маніпуляціями у 91,8% хворих з рідинними скупченнями в печінці є ефективним. Ускладнення спостерігаються у 4,9% хворих і є такими, що не призводять до летальних наслідків [3].

Мета дослідження: проаналізувати результати комплексного лікування хворих з абсцесами печінки з використанням сучасних мініінвазивних технологій під контролем УЗ, оцінити їх переваги та ефективність.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовані результати лікування 21 хворого (10 чоловіків та 11 жінок) з абсцесами печінки, віком від 35 до 76 років, з використанням мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗ. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 16 хворих, множинні – у 3, міліарні – у 1, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень становив від 5 до 600 мл.

При виборі способу лікування абсцесів печінки ми виходили з розмірів гнійної порожнини, характеру вмісту та поширеності зони інфільтрації.

Так, при поодиноких абсцесах, з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см і незначною інфільтрацією навколо (приблизно до 0,5 см) лікували пункційним способом. Дренування здійснювали в таких випадках. По-перше, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини більше ніж 3 см, незважаючи на поширеність зони інфільтрації навколо. По-друге, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см, якщо при пункції не вдавалося провести повноцінну санацію гнояка за рахунок наявності в гнійній порожнині щільного тканинного детриту. По-третє, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більше ніж 1-5 см). Доцільність дренування в останньому випадку зумовлена практично: після 2-3 санаційних пункцій, коли в таких порожнинах продовжував накопичуватись гній. Це відбувалось, на наш погляд, саме за рахунок вираженої зони інфільтрації навколо гнійної порожнини. Навіть після дренування з одномоментною санацією такої порожнини, починаючи з наступного дня, спостерігали значне виділення гною – до 100-150 мл на добу і більше; при цьому, за даними ультразвукового дослідження (УЗД), в порожнині гнояка, навколо встановленого дренажа рідинного компоненту майже не спостерігалось. Тому, чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим менш вірогідно, що такий гнояк вдасться вилікувати пункційно, і навпаки. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка зумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність додаткового застосування регіонарної протизапальної терапії.

При множинних гнояках печінки, 1-2-3 найбільших – дренували, інші, менші за розміром – пунктували, загалом дотримуючись наведених

вище принципів. Дренування здійснювали як окремо кожного гнояка з різних точок, так і з однієї точки, «нанизуючи» розташовані вздовж пункційної лінії кілька гнояків до ряду, попередньо зробивши в дренажі достатню кількість отворів на необхідному відрізу. Санацію як поодиноких, так і множинних гнояків здійснювали шляхом промивання порожнини 0,5% розчином діоксидину, декасаном, октенісептом та ін., залежно від виділеної мікрофлори і її чутливості.

При міліарних абсцесах виконували пункційну біопсію печінки по ходу розташування дрібних гнояків. Відібраний матеріал направляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Поряд із системною обов'язково проводили регіональну антибактеріальну, протизапальну, гепатотропну та ін. види терапій, шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений у печінкову артерію за методом Сельдінгера на ангиографі.

Паразитарну кісту з нагноєнням дренували. Вміст відправляли на дослідження до клінічної та бактеріологічної лабораторії. Порожнину гнояка протягом перших кількох днів промивали наведеними вище розчинами, а потім, після ліквідації гнійного запалення, гліцерином, гіпохлоридом натрію. Паралельно хворій призначали варміл в стандартній дозі. Наявність паразита контролювали періодично, беручи на аналіз виділення з дренажа. Критеріями видалення дренажа були: задовільний стан хворої, повне знешкодження паразита, припинення виділень по дренажу, склерозація порожнини кісти.

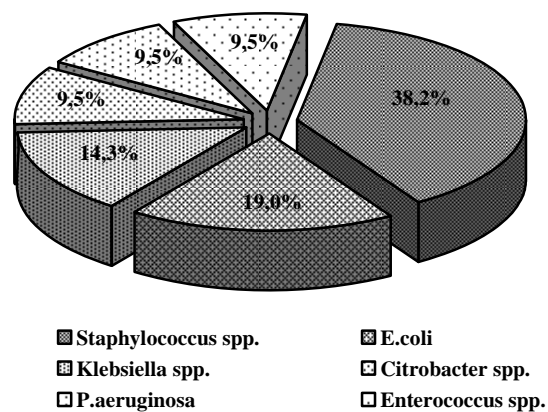
Всім хворим контрольні УЗД виконували на наступний день після пункції або (і) дренування і далі, через кожні 2-3-4 дні, за потребою.

Пункції виконували під контролем УЗ із застосуванням доплера (для вибору «безпечного» місця) за допомогою голок «СНІВА», діаметром 18-23G. Дренування здійснювали троакар-катетерами типу «Pigtail», діаметром 6-12F, зі стандартних і нестандартних точок, обов'язково враховуючи при цьому анатомію плеврального синусу. За наявності реактивного ексудату в плевральній порожнині більше ніж 50-100 мл, виконували плевральну пункцію з подальшим дослідженням вмісту в клінічній лабораторії. Вилучену рідину з внутрішньопечінкових гнояків досліджували бактеріологічно. Виконували бактеріоскопію відібраного матеріалу, а також засів на живильні середовища з метою ідентифікації виду збудника. Чутливість до антибіотиків визначали диско-дифузійним методом, з набором дисків, які відповідали виділеним гру-

пам мікроорганізмів. Період інкубації становив повних 24 години. У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажного методу лікування, проводили інтенсивну консервативну терапію згідно зі стандартами ведення хворих на цю тяжку патологію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Абсцеси в печінці, як правило, мали вторинний характер, навіть у тих випадках, коли саме джерело встановити вже не можливо. Інколи лише анамнез захворювання й дані мікробіологічного пейзажу з абсцесу дозволяли орієнтовно судити про його етіологію та патогенетичні механізми виникнення. Різними були строки захворювання: від 2-3 тижнів до 2-3 місяців. Позитивні результати бактеріологічного дослідження отримали у 18 хворих. В 1 хворого з множинними абсцесами печінки, в 1 хворій з абсцесом в проекції VIII сегменту печінки і в 1 хворій з нагноєнням паразитарної кісти не вдалося виділити мікрофлору, незважаючи на численні засіви, які виконувались через день, кілька разів. У цих 3 хворих антибактеріальну терапію проводили емпірично, у інших – протягом перших 2-3 діб емпірично, потім – направлено. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був таким (рис.): *Staphylococcus spp.* (38,2%), *E.coli* (19%), *Klebsiella spp.* (14,3%), *Citrobacter spp.* (9,5%), *P.aeruginosa* (9,5%), *Enterococcus spp.* (9,5%).



Мікробний пейзаж при абсцесах печінки

Чутливість 40% виділених штамів мікроорганізмів відповідала стандартам емпіричної антимікробної терапії (АМТ), яка рекомендована для лікування такої патології – цефалоспорины III, IV поколінь, аміноглікозиди, фторхінолони II-IV поколінь. Оскільки абсцеси носять вторинний характер і є ускладненням основного захворювання, цілком зрозуміла досить велика кількість

– 60,0% полірезистентних штамів мікроорганізмів, які в більшості випадків мають ознаки нозокоміальних. Серед них: *Staphylococcus spp.* – 5 MRSA штами, *Enterococcus spp.* – 2, *P.aeruginosa* – 2, *E.coli* – 1, *Citrobacter spp.* – 1. Чутливість полірезистентних штамів до антибіотиків була такою: *Staphylococcus spp.* – ванкоміцин, кліндаміцин, левофлоксацин, гентаміцин; *P.aeruginosa* – меропенем, цефоперазон, захищений сульбактамом, піперацилін/тазобактам, колістин; *E.coli*, *Citrobacter spp.* – меропенем, амікацин, цефоперазон, захищений сульбактамом, тікарцилін/клавулонат; *Enterococcus spp.* – ванкоміцин, лінезолід. Саме полірезистентні штами представляли реальну загрозу життю пацієнтів, особливо у випадку міліарних абсцесів; їх необхідно своєчасно ідентифікувати і, відповідно, призначати направлену деескалаційну АМТ. Корекція призначеної емпірично антимікробної терапії, у всіх випадках виявлених полірезистентних штамів, проводилася у строки від 48 до 72 годин, відповідно до наведених вище даних про чутливість цих мікроорганізмів до антибіотиків.

Використані мініінвазивні технології були основними й остаточними в лікуванні. Строки дренажу коливались від 10 до 42 діб (у середньому $18,5 \pm 8,4$). Спостерігали одне ускладнення: у хворої Г., 66 років з холангіогенним абсцесом лівої частки печінки об'ємом до 500 мл через 3 тижні від початку лікування по ходу дренажного каналу, між печінкою та черевною стінкою сформувався абсцес об'ємом до 10 мл. Ускладнення

запідозрили клінічно, а локалізацію встановили при КТ-дослідженні. Абсцес було розкрито з мінідоступу, під місцевим знеболюванням, не видаляючи основний дренаж з печінки.

Всі хворі одужали, летальних наслідків не було. Відсутність тяжкої травматизації черевної стінки, загального знеболювання при виконанні хірургічного втручання, можливість візуального контролю за перебігом гнійно-запального процесу в печінці, невелика кількість ускладнень, досить швидка нормалізація стану більшості хворих (майже через 2-3 доби) – ось далеко не повний перелік переваг застосування мініінвазивних технологій у лікуванні хворих з абсцесами печінки.

ВИСНОВКИ

1. Мініінвазивні технології, які виконують під контролем УЗ у хворих з абсцесами печінки, є достойною альтернативою традиційним хірургічним втручанням, без втрати кінцевого радикалізму.

2. Такі втручання є доцільними при тяжкому стані хворих, наявності супутньої патології; коли їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною.

3. Хірургічні втручання під контролем УЗ є надійним та ефективним методом, здатним забезпечити уникнення низки тяжких ускладнень, покращити в цілому результати лікування цього тяжкого контингенту хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ахаладзе Г.Г. Холангиогенные абсцессы печени / Г.Г. Ахаладзе, И.Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. – Т. 11, №2.-С.30-35.

2. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев.-Донецк, 2007.-512с.

3. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / под ред. Борисова А.Е. Т.1. - СПб.: Предприятие ЭФА, 2002.- 448 с.

4. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов.- М.: Триада-Х, 2003.-216с.



УДК 616.36-002.3-089.819

**В.В. Хацко,
О.Д. Шаталов,
О.Д. Зубов,
В.М. Войтюк,
Р.Є. Піщанський,
В.А. Караниш,
Л.Г. Антипенко**

МАЛОІНВАЗИВНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Ключові слова: абсцеси печінки, малоінвазивне хірургічне лікування
Key words: abscess of liver, mini-invasive surgical treatment

Резюме. Цель работы – сравнительное изучение эффективности открытого хирургического вмешательства и миниинвазивного пункционно – аспирационного лечения больных с бактериальными абсцессами печени для профилактики осложнений. На основании 103 наблюдений проведен сравнительный анализ результатов лечения больных с БАП в возрасте 22-78 лет. Наиболее информативными диагностическими методами были: сонографический, компьютерная томография, лапароскопия, бактериологическое исследование. 80 больным выполнены малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ, КТ или лапароскопии (с 2 разработанными нами изобретениями), 23 пациентам – открытые операции. После малоинвазивных вмешательств у 6,2 % больных наблюдали разные осложнения, после открытых операций – у 23 % (умер 1 пациент). Малоинвазивные операции целесообразно шире использовать при БАП в специализированных хирургических гепатологических центрах.

Summary. The purpose of the work is comparative study of the open surgical intervention and mini-invasive treatment efficacy in patients with bacterial liver abscess for prophylaxis of complications. On the basis of 103 observations the comparative analysis of treatment results of patients with BAL at the age of 22-78 years was carried out. The most important diagnostic methods were: sonography, computer tomography, laparoscopy, bacteriological research. 80 patients underwent mini-invasive interventions under USI, CT control or laparoscopy, 23 patients underwent open operations. After mini-invasive intervention in 6,2 % of patients different complications were observed, after the open operations - in 23 % (1 patient has died). Mini-invasive operations is expediently to more widely apply for BAL in specialized surgical hepatological centers.

За останні роки частота бактеріальних абсцесів печінки (БАП) становить 0,08 – 0,16%. Хворіють переважно люди середнього та літнього віку із захворюваннями печінки та жовчного міхура або іншою внутрішньочеревною інфекцією. Захворювання уражає як чоловіків, так і жінок з однаковою частотою. Найбільш розповсюджене джерело інфекції (35% випадків) при абсцесах печінки (АП) – захворювання жовчних шляхів. До розвитку АП можуть також призвести хірургічні або ендоскопічні втручання на жовчних протоках [2, 3, 1].

На сьогодні частота виявлення абсцесів печінки значно зросла у зв'язку з широким застосуванням ультразвукового дослідження (УЗД) і комп'ютерної томографії (КТ), що відкрило шлях для розвитку малоінвазивної хірургії. Абсцес печінки виявляють у 0,08 – 1% випадків серед госпіталізованих пацієнтів [4, 3].

Проблема своєчасного виявлення й лікувальної тактики при абсцесах печінки до нашого часу повністю не вирішена, що зумовлено відсутністю поглибленого дослідження цього розділу хірургії. Застосовують різні методи: хірургічний, консервативний (при солітарному – діаметром до 2 см – і множинних абсцесах печінки), черезшкірну пункцію й дренивання під контролем УЗД, КТ або лапароскопії [2, 1, 4].

Метою роботи стало порівняльне вивчення ефективності відкритого хірургічного втручання й мініінвазивного пункційно-аспіраційного лікування хворих на бактеріальні абсцеси печінки для профілактики ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовані результати лікування за останні 8 років 103 хворих на бактеріальні абсцеси печінки. Чоловіків було 60 (58%), жінок – 43 (42%), у віці 22 – 78 років. Застосовані (у різних

сполученнях) такі методи дослідження: клініко-лабораторні, ультразвуковий (УЗД) або комп'ютерна томографія (КТ), лапароскопія, цитологічне й бактеріологічне дослідження рідини абсцесу печінки. Для УЗД використовували сонографічний апарат «Dornier – 5200» у режимі кольорового доплера з датчиками 3,5 і 5 мГц, для КТ – апарат «Siemens». Для лапароскопії і втручань під її контролем використовували апарати й інструменти фірм «Wolf» і «Karl Storz» (Німеччина). Діагностичні пункції виконувались голками 18 – 22 G, а також запропонованою нами голкою. Траєкторію вибирали у зоні безпечного акустичного вікна. Дренування абсцесу проводилось шляхом установа дренажу за Сельдінгером. Для дренування брали самофіксуючі дренажі «Meadox» і «Cook». За необхідності за допомогою УЗД або КТ контролювали локалізацію голки.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програм “Statistica 5.1 for Windows”.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

УЗД та КТ нами застосовані для уточнення діагнозу. У 103 хворих були виявлені абсцеси печінки, розміри – від 2 до 13 см у діаметрі. Локалізація абсцесів: у правій частці печінки – 58, лівій – 40, множинні – 5. На ехограмах абсцеси були представлені анехогенними утвореннями з чіткими контурами, які давали латеральне УЗ-посилення, з вираженою капсулою, однорідним вмістом. При УЗД ехогенність гнійних абсцесів нижче, ніж паренхіми печінки. Контур абсцесу нерівні, інколи нечіткі, спостерігали посилення ультразвукової тіні.

При КТ-дослідженні абсцеси печінки мали знижену щільність або щільність рідини. Максимальне значення загальної діагностичної точності КТ-параметрів становило 88,3%, а специфічності – 94,7% (різко гіподенсний характер утворення). Діагностика міліарних абсцесів печінки інструментальними методами практично неможлива.

При лабораторних методах дослідження спостерігали значний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули ліворуч, значне підвищення ШОЕ. При тривалому перебігу захворювання була анемія, при сепсисі – лейкопенія та тромбоцитопенія.

Для лікування абсцесів печінки використовували лапароскопічні, відкриті операції, а також черезшкірні втручання під контролем УЗД або КТ. Залежно від локалізації патологічного процесу, пункційну голку вводили через міжре-

берний проміжок, у правому підребер'ї та інколи в епігастрії. Пункцію кіст і аспірацію виконували троакаром діаметром 4 мм (у 23 осіб). Отриманий матеріал направляли на цитологічне і бактеріологічне дослідження. Для профілактики кровотечі із пункційного каналу використовували фотокоагуляцію високоенергетичним хірургічним YAG лазером уздовж всієї траєкторії каналу або введення у канал етилового спирту. Дренажі залишали на 9 – 16 днів. Ускладнень не виявлено.

У 43 пацієнтів при гнійних процесах проведена пункція з зовнішнім дренуванням під контролем УЗД або КТ. У 4 осіб (9,9%) спостерігали різні ускладнення (кровотеча у порожнину абсцесу – 1, пневмонія – 3), які були ліквовані консервативним лікуванням. Перша пункція з аспірацією є діагностично-лікувальною з наступним цитологічним і бактеріологічним дослідженням рідини. Об'єм гнійного ексудату був від 25 до 210 мл. Порожнину промивали антисептичними розчинами (фурацилін; натрію гіпохлорид – 600 мг/кг; хлоргексидин, декасан).

Лапароскопічні операції виконані у 20 хворих на абсцеси печінки (пункція з зовнішнім дренуванням). Після цих операцій в 1 випадку спостерігали незначну кровотечу. Після інтенсивної інфузійної й антибактеріальної терапії сепсису й септичного шоку не спостерігали.

Показаннями до відкритих операцій у 23 пацієнтів були: абсцеси з щільною капсулою, неоднорідною структурою (при підозрі на ехінокок чи цистаденому); кісти воріт печінки, які мають сполучення з жовчними протоками; перфорація абсцесу. Способи операцій: розріз кісти, зовнішнє дренування – 18, резекція печінки з абсцесом – 5.

Найбільшу кількість післяопераційних ускладнень (23%) спостерігали після відкритих операцій (нагноєння рани – 2, холангіт – 2, пневмонія – 1). Ураховуючи це й доброякісний характер зазначеного осередкового ураження печінки, з 2000 року перевагу віддаємо удосконаленим малоінвазивним методам хірургічного втручання.

103 хворі на БАП розподілені на 2 групи відповідно до статі, віку, локалізації абсцесу, тяжкості початкового стану. До першої групи потрапили 23 хворих, яких оперували за період 1997 – 2001 років, з використанням загальноприйнятого способу хірургічного доступу за Кохером або через серединну лапаротомію, уточнення локалізації абсцесу, виконання гепатотомії, санації й дренування гнійного осередку. У другу групу увійшли 80 пацієнтів, госпіта-

лізованих у 2002 – 2011 роках, яким виконані малоінвазивні втручання під сонографічним (60) або лапароскопічним (20) контролем. Холангіогенних БАП було 65 (62,9%), метастатичних – 28 (27%), післятравматичних – 10 (10,1%).

Нами запропоновані і з успіхом впроваджені у практику нові способи діагностики й лікування абсцесів печінки:

1. „Спосіб диференційної діагностики осередкових утворень печінки при спіральній комп'ютерній томографії” (патент на корисну модель № 12375 від 15.02.2006 р.).

2. „Лапароскопічна пункційна голка” (патент на корисну модель № 16961 від 15.09.2006 р.).

При дослідженні мікрофлори абсцесів печінки найчастіше знаходили кишкову паличку (28,3% спостережень) і стафілокок (22,8%), рідко – протей, синьогнійну паличку, бактероїди. У 39,4% хворих мікрофлора була змішаною, у 0,8% – ріст мікроорганізмів не виявлений.

У першій групі хворих (23), після лапаротомії, гепатотомії, санації і дренивання гнійного осередку, у 5 (23%) осіб спостерігали ускладнення

(нагноєння рани, холангіт, пневмонія), помер 1 чоловік від сепсису. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі становила $25 \pm 1,1$ доби.

У другій групі пацієнтів після малоінвазивних операцій ускладнення були у 5 (6,2%): пневмонія – 2, дислокація і вихід дренажу із порожнини абсцесу – 1, кровотеча – 1. Тривалість лікування становила $14 \pm 1,9$ доби, летальних випадків не було. Застосування малоінвазивних та удосконалених методів хірургічного лікування абсцесів печінки показало їх високу ефективність.

ПІДСУМОК

Малоінвазивні черезшкірні аспірації й дрениручі втручання під ультразвуковим або лапароскопічним контролем є ефективними методами та дозволяють істотно зменшити терміни лікування, кількість ускладнень, летальність, фінансові витрати на лікування. Їх доцільно ширше використовувати при абсцесах для профілактики біліарного сепсису у спеціалізованих хірургічних гепатологічних центрах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мінінвазивні втручання під контролем ультразвукового дослідження в лікуванні хворих з абсцесами печінки / М.І. Тутченко, Е.В. Светлічний, О.О. Ткаченко, С.П. Трофименко // Клініч. хірургія. - 2009. - № 1. - С. 14 – 17.

2. Ничитайло М.Е. Современный диагностический и лечебный алгоритм при абсцессах печени различной этиологии / М.Е. Ничитайло, М.Д. Фарзоллах // Клініч. хірургія. – 2004. - № 11– 12. – С. 75.

3. Хацко В.В. Малоинвазивное лечение бактериальных абсцессов печени под лапароскопическим контролем / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, А.М. Дудин // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 101 – 102.

4. Шаталов О.Д. Профілактика ускладнень при малоінвазивних способах лікування абсцесів і гнійних кіст печінки / О.Д. Шаталов // Львів. мед. часопис. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 136 – 139.



УДК 616.34-001.4-089.819

С.Б. Пеев

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ГУ “Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины”
г. Харьков

Ключевые слова: лапаротомия, лапароскопия, травма, гемостаз, кровотечение, перитонит

Key words: laparotomy, laparoscopy, trauma, hemostasis, bleeding, peritonitis

Резюме. На підставі проведеного аналізу надання допомоги 63 постраждалим (I-а група) з колото-різаним пораненням шлунково-кишкового тракту була розроблена бальна система оцінки показань до виконання лікувальної лапароскопії. Застосування розробленої лікувальної тактики у 35 постраждалих (II-а група) дозволило знизити післяопераційні ускладнення на 6,9%, а середній ліжко-день – на 3 дні.

Summary. On the basis of the conducted analysis of help rendered to 63 injured (I group) with the stab-cut wound of gastrointestinal tract, the score system of estimation indications to medical laparoscopy use was developed. Use of developed treatment tactics allowed to reduce complications in patients of II group by 6,9% and average bed occupancy by 3 days.

Изолированная травма органов брюшной полости по данным Тимербулатова В.М. (2008) составляет от 1,5% до 18% от общего числа травм [3], но их частота, по мнению многих отечественных и зарубежных авторов, продолжает прогрессивно расти [1, 2, 5]. Так, при ранениях живота многие хирурги до настоящего времени руководствуются незыблемым правилом: неотложную лапаротомию предпринимать всякий раз, когда ПХО ран устанавливает их проникающий характер [3, 4]. Однако по данным НИИ скорой помощи Н.В. Склифосовского, такая тактика лечения пострадавших не всегда оказывается рациональной, поскольку внутрибрюшных повреждений не находят у 2/3 оперированных. В то же время число осложнений после таких операций составляет от 4,9% до 22% [1, 3]. Первые сообщения об использовании лапароскопии для выявления повреждений внутренних органов живота появились во второй половине 70-х годов прошлого века, однако роль лапароскопии в лечении пострадавших с травмой органов брюшной полости изучается и до настоящего времени [1, 5]. Цель исследования: изучить показания к использованию малоинвазивных методик лечения изолированной открытой травмы желудочно-кишечного тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 2000 по 2011 г. находились на лечении 98 пострадавших с колото-резаным изолированным ранением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и его связочного аппарата. Все пациенты были разделены на две группы:

I-я группа – 63 пострадавших (2000 – 2007 г.г.), которым применялся традиционный способ лечения.

II-я группа – 35 пострадавших (2007 – 2011 г.г.), которым выполнялись малоинвазивные способы лечения.

Средний возраст пострадавших в обеих группах составил 34 ± 7 лет, что говорит о социальной значимости проблемы. Мужчин было 83 (в I-й группе – 52; II-й группе – 31); женщин – 12 (в I-й группе – 8; II-й группе – 4). Сроки от момента получения травмы до поступления в стационар распределились следующим образом. В I группе: до 1 часа – 15; 1 - 2 часа – 34; 2 - 6 часов – 9; свыше 6 часов – 5 пострадавших. Во II

группе: до 1 часа – 9; 1 - 2 часа – 20; 2 - 6 часов – 6; свыше 6 часов – 0 пострадавших. Локализация изолированного повреждения внутренних органов брюшной полости представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение изолированной травмы желудочно-кишечного тракта

Локализация изолированного повреждения внутренних органов брюшной полости	I-я группа (n=63)	II-я группа (n=35)
Желудок	19	11
Двенадцатиперстная кишка	6	1
Тонкая кишка	12	5
Толстая кишка	8	6
Связочный аппарат брюшной полости или брыжейка кишечника	18	12

Из представленных в таблице данных видно, что основная масса пострадавших как в первой, так и во второй группах поступала с повреждением желудка (30,6%) и связочного аппарата или брыжейки кишечника (30,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем пострадавшим в обеих группах при поступлении в клинику с колото-резаной раной выполнялась первичная хирургическая обработка раны (ПХО). После ревизии раны в сомнительных случаях пациентам I-й группы выполнялся лапароцентез, а пациентам II-й группы выполнялась диагностическая лапароскопия.

После выполнения лапаротомии у пострадавших I-й группы в 29 случаях (46,6%) активного кровотечения в брюшной полости не было. У 30 пострадавших (47,6%) во время лапаротомии наблюдалось повреждение только серозно-мышечной оболочки ЖКТ. В послеоперационном периоде осложнения в I-й группе наблюдались у 8 пациентов (12,6%). Ранняя спаечная болезнь брюшины наблюдалась у 3 пострадавших; нагноение послеоперационной раны – у 2 пострадавших; послеоперационная пневмония – у 1 пострадавшего и общие осложнения – у 2 пострадавших. Длительность операции составила 120 ± 20 мин., средний койко-день – 11 ± 2 дня.

Нами был проведен анализ историй в I-й группе пострадавших, на основании чего была разработана бальная оценка показаний к лечебной лапароскопии при открытой травме брюшной полости, которая включала: количество ран на передней брюшной стенке; наличие или отсутствие эвентерации внутренних органов брюшной полости; отсутствие или распространенность перитонита; отсутствие или распространенность свободной жидкости в брюшной полости; результаты обзорной рентгенографии органов брюшной полости и отсутствие или степень выраженности геморрагического шока.

На основании проведенной статистической обработки были получены критерии объективизации использования лечебной лапароскопии у пострадавших II-й группы, которые заключаются в следующем:

- До 10 баллов – пострадавшему показана лечебная лапароскопия.
- От 10 до 15 баллов – возможно использование лечебной лапароскопии.
- Свыше 15 баллов – показана только лапаротомия.

Распределение пациентов II-й группы в зависимости от полученных баллов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов II-й группы в зависимости от полученных баллов

Локализация изолированного повреждения внутренних органов брюшной полости	Количество пострадавших		
	до 10 баллов	от 10 до 15 баллов	свыше 15 баллов
Желудок	5	5	1
Двенадцатиперстная кишка	-	1	-
Тонкая кишка	1	2	2
Толстая кишка	2	1	3
Связочный аппарат брюшной полости или брыжейка кишечника	8	1	3

При выполнении диагностической лапароскопии у пострадавших с повреждением органов брюшной полости одним из главных этапов мы считаем правильно выбранную лапароскопическую ревизию органов брюшной полости. Начинали с определения характера и объема жидкости в брюшной полости, затем с эвакуации жидкости и ревизии органов брюшной полости, причем осмотр начинали с диафрагмальной поверхности печени и по часовой стрелке справа налево, заканчивая обзорным осмотром петель тонкой кишки.

16 пострадавшим (45,7%) II-й группы, у которых сумма баллов составила до 10 баллов, выполнено успешное видеолапароскопическое ушивание колото-резаной раны органов брюшной полости. Пациентам, у которых (n=10) сумма баллов составила от 10 до 15, в 3 случаях было выполнено видеолапароскопическое вмешательство, в 4 случаях ушивание колото-резаной раны выполнено при помощи лапароскопического видеоассистирования и в 3 случаях была произведена конверсия. Основные причины конверсии – труднодоступное месторасположение колото-резаной раны ЖКТ для манипуляторов

или для локального доступа и неуверенность в достигнутом гемостазе. Длительность оперативного вмешательства у пострадавших II-й группы в среднем составила 100 ± 20 мин., а средний койко-день – 8 ± 2 дня. Послеоперационные осложнения у этой группы наблюдались у 2 пациентов. В одном случае это было нагноение послеоперационной раны (пострадавшему с повреждением толстой кишки с суммой 12 баллов выполнено лапароскопическое видеоассистированное ушивание раны), и в другом случае у пациента с суммой баллов 18 наблюдалась послеоперационная пневмония.

ВЫВОДЫ

1. Пострадавшим, поступившим в хирургический стационар с колото-резаным ранением передней брюшной стенки, необходимо применять бальную оценку возможности использования малоинвазивных методов лечения.

2. Пострадавшим с колото-резаным ранением органов брюшной полости с суммой баллов до 10 необходимо использовать малоинвазивные методы хирургического лечения.

3. Применение данной схемы лечения раненых во II-й группе с колото-резаным ранением полых органов брюшной полости позволило

снизить послеоперационные осложнения на 6,9%, а средний койко-день на 3 дня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко В.В. Алгоритм тактики щодо потерпілих з абдомінальною травмою в умовах хірургічного стаціонару / В.В. Бойко, А.Г. Іфтодій, В.П. Польовий // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.1. – С.10-12.

2. Ермолов А.С. Видеолапароскопия при открытых повреждениях органов брюшной полости / А.С. Ермолов, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 6. – С. 32–35.

3. Миниинвазивные и органосберегающие операции при травмах живота / В.М. Тимербулатов, А.Г.

Хасанов, Р.Р. Фаязов [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 4. – С. 29–32.

4. Роль видеолапароскопии в диагностике и лечении абдоминальной травмы / П.А. Ярцев, А.А. Гуляев, Г.В. Пахомова [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2008. – № 2. – С. 28–31.

5. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for trauma: a technique of safe and systematic exploration / P.J. Gorecki, D. Cottam, L.D. Angus [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. – 2007. – Vol. 12, N 3. – P. 195-198.



УДК 616.329-005.1-089.819

**П.Д. Фомин,
В.И. Никишаев,
Д.В. Щеглов,
Л.Ф. Никишин,
С.Н. Козлов,
В.А. Кондратюк,
А.П. Долот,
Е.Е. Переш,
А.И. Лиссов**

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Национальний медичинський університет ім. А.А. Богомольця
Інститут хірургії та трансплантології ім. А.А. Шалимова НАМН України
Центр ендovasкулярної нейрорентгенхірургії НАМН України
Медичинський центр Св. Луки
м. Київ*

Ключевые слова: портальная гипертензия, кровотечение, лечение

Key words: portal hypertension, bleeding, treatment

Резюме. На підставі виконання мінімальних інвазивних втручань у 40 хворих з портальною гіпертензією, ускладненою кровотечею, та вивчення результатів лікування доведено, що рентгеноендоваскулярна корекція є безпечним малоінвазивним хірургічним методом в комплексі вторинної профілактики шлунково-кишкових кровотеч при портальній гіпертензії. Емболізація селезінкової артерії зменшує об'ємний кровотік в судинах портальної системи та ризик виникнення рецидивних кровотеч.

Summary. On the basis of performed minimally-invasive interventions in 40 patients with portal hypertension complicated with bleeding and studied results of treatment it was proved that X-ray-endovascular correction is safe minimally-invasive surgical method in a complex of secondary prevention of gastro-intestinal bleedings in portal hypertension. Embolization of spleen artery reduces volumic blood flow in the vessels of the portal system as well as risk of development of recurrent bleedings.

Проблема портальной гипертензии (ПГ) является актуальной как для гастроэнтерологов, так и для хирургов в связи с растущей заболе-

ваемостью и распространенностью заболеваний печени, приводящих к циррозу печени. Более чем у 90% пациентов с циррозом печени на

протяженні життя розвивається варикозне розширення вен (ВРВ) пищевода, у кожного третього з них виникають епізоди жодочнокішечного кровотечення (ЖКК) з високими показателями ускладнень і летальності [1,2]. В останні десятиліття все більше розповсюдження в ліченні і вторичній профілактиці ЖКК із ВРВ отримують мінімально інвазивні рентгенендоваскулярні хірургічні втручання (РЭХВ) на сосудах портального басейна [1,2] з різними критеріями оцінки їх ефективності. В цьому повідомленні представлені дані по клінічній ефективності і динаміці об'ємного кровотоку в сосудах басейна портальної системи після РЭХВ для вторичної профілактики кровотечень із ВРВ пищевода і желудка.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ІССЛЕДОВАНИЙ

Мінімально інвазивні РЭХВ виконані 40 пацієнтам при ПГ, ускладненій ЖКК із ВРВ. Вік 25 чоловіків і 15 жінок був від 27 до 71 року ($48,1 \pm 11,8$ років). Згідно дизайну, до і після РЭХВ в динаміці через 1,3,6,12 і більше місяців проводилися дослідження по стандартному алгоритму з аналізом даних загальноклінічних, біохімічних, ендоскопічних, мультиспиральної комп'ютерної томографії (МСКТ), УЗІ і ультразвукової доплерографії (УЗДПГ) досліджень. Акцент був зроблений на стані об'ємного кровотоку в селезеночній артерії (ОКСА), селезеночній вені (ОКСВ) і в воротній вені (ОКВВ). Причинами ПГ були: внутріпеченочний портальний блок – у 35 (87,5%) хворих циррозом печінки і підпеченочний блок – у 5 (12,5%) хворих з тромбозом основного стовця воротної (3) і селезеночної вен (2). У всіх пацієнтів в анамнезі були епізоди кровотечення із ВРВ, причому у 30 (75%) з них від 2 до 15 раз, ($3,13 \pm 2,85$ на одного хворого); асцит мав місце у 38, з них рефрактерний був у 20, медикаментозно-контрольований – у 13.

При ФГДС-дослідженні гастроєзофагеальні варикси типу GOV I [4,5] виявлені у 33 (82,5%), GOV II – у 2 (5%) і варикси желудка (IGV I) – у 5 (12,5%) хворих. Ендоскопічні ознаки портальної гастропатії були у 18 (48%) пацієнтів. Ендоскопічна склеротерапія в якості методу зупинки і потенціювання гемостаза застосована у 23 (57,5%) пацієнтів (38 маніпуляцій). Відповідно класифікації Child-Pugh [3,6] клас А був у 2, клас В – у 9 і клас С – у 24 хворих.

РЭХВ в формі паренхіматозно-стовлової емболізації селезеночної артерії (ЭСА) по

модифікованій методикі [2] проводилася під місцевою анестезією доступом через бедренну артерію по Селдінгеру. Після аорто- і целиакографії (ангіограф «Artis» фірми Siemens) уточнявся анатомічний варіант судинної архітектури, проводилася селективна катетеризація селезеночної артерії до рівня середньої треті. Емболізація селезеночної артерії виконувалася комбіновано шляхом первісного введення суміші пенополіуретанових емболів діаметром 1-2 мм (10-15 шт.) і наступної установки в просвіті сосуда сегмента спіралі-оклюдера типу Гіантурко з нержавіючої сталі медичного призначення (сплав 316L). При технічно складних ситуаціях, пов'язаних з вираженою деформацією селезеночної артерії, запропоновано спосіб, що дозволяє скоротити кількість невдачливих спроб установки спіралі-оклюдера, час проведення РЭХВ і зменшити лучеву навантаження. Після операції призначалася стандартна терапія, включаючи антибіотики, анальгетики, протизапальні препарати.

РЕЗУЛЬТАТИ І ЇХ ОБСУЖДЕННЯ

У всіх пацієнтів перед РЭХВ був гіпердинамічний тип портальної гемодинаміки: з показателями ОКСА від 0,24 до 3,34 л/хв ($1,53 \pm 0,39$ л/хв), ОКСВ – від 0,25 до 2,69 л/хв ($1,14 \pm 0,35$ л/хв), ОКВВ – від 0,41 до 2,67 л/хв ($1,09 \pm 0,29$ л/хв). В результаті у 95% пацієнтів ОКСА був підвищений в 2-8 раз і становив практично 50-60% ОЦК, збільшувався і ОКСВ – в 1,3-6,7 раз, а ОКВВ – в 1,1-2,8 раз по порівнянню з контрольною групою. Об'єм селезенки коливався від 293,0 до 1400,0 см³ ($703,0 \pm 192,62$ см³).

Через місяць після РЭХВ середні показателі ОКСА зменшилися в 2,1 раз ($0,71 \pm 0,21$ л/хв), ОКВВ – в 1,6 раз ($0,67 \pm 0,19$ л/хв), ОКСВ – в 2,1 раз ($0,55 \pm 0,14$ л/хв). При цьому середній показателі об'єму селезенки збільшувався в 1,3 раз ($902,0 \pm 192,62$ см³) по порівнянню з початковими даними. При контрольних дослідженнях на протязі року (3, 6 і 12 місяців) досягнуто зниження об'ємного кровотоку по сосудах портальної системи зберігалося з мінімальними коливаннями і через 12 місяців залишалося зменшеним по порівнянню з початковими: ОКСА – в 3,7 раз ($0,41 \pm 0,06$ л/хв), ОКСВ – в 2,8 раз ($0,40 \pm 0,06$ л/хв), ОКВВ – в 1,7 раз ($0,65 \pm 0,28$ л/хв), а середній об'єм селезенки зменшувався в 1,8 раз по порівнянню з початковим і в 2,4 раз по порівнянню з першим місяцем після РЭХВ ($380,5 \pm 82,7$ см³) ($p < 0,05$). Зниження об'ємного кровотоку в сосудах пор-

тальной системы создавало более благоприятные и менее опасные условия для выполнения эндоскопических пара- и интравазальных методов или их комбинаций для склерозирования вариксов пищевода. В послеоперационном периоде умер 1 пациент на 21 сутки от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. На основании анализа клинических, лабораторных и доплерографических данных в динамике были предложены критерии оценки непосредственных и отдаленных результатов коррекции портального кровотока по таким категориям эффективности РЭХВ.

Результат считали «хорошим» при полном отсутствии болевого синдрома, наличии гематологического ответа в виде повышения (нормализации) количества лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, отсутствии эпизодов кровотечения, купировании асцита, отказе от регулярного приема диуретиков, уменьшении размеров селезенки.

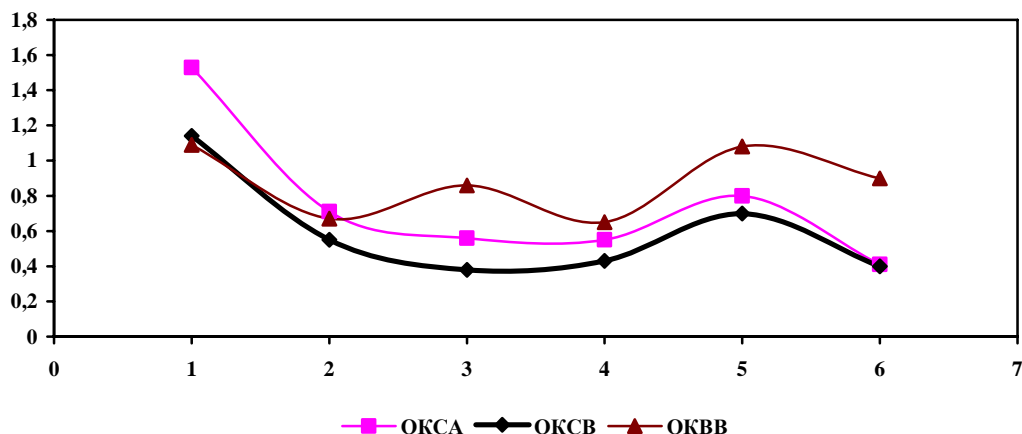
Результат оценивали как «удовлетворительный», когда при соблюдении предписанного режима двигательной активности и медикаментозной терапии у пациентов имелись непостоянные тянущие боли, не требующие постоянного приема обезболивающих средств; количество тромбоцитов увеличилось, но не превышало 100 тыс/мкл, количество лейкоцитов и эритроцитов не превышало нижней границы нормы, явления асцита стабилизировались при регулярном приеме спиронолактона не более 200 мг, размеры селезенки не изменялись либо увеличились, имел место эпизод кровотечения с кровопотерей умеренной степени, без госпитализации в ОРИТ.

Результат считали «нестабильным», если у больного сохранялся болевой синдром в проекции селезенки, была необходимость коррекции асцита спиронолактоном более 200 мг в сочетании с петлевыми диуретиками, а иногда и выполнением лапароцентеза. Возникавший рецидив кровотечения требовал гемотрансфузии, госпитализации в ОРИТ, проведения эндоскопических мер гемостаза, повторной РЭХВ.

При оценке эффективности лечения больных (n=39) в контрольный срок 6 месяцев были получены результаты: хороший – 0, удовлетворительный – у 16 (41,0%), нестабильный – 17 (43,6%), умерли 6 (15,4%) пациентов (2 от рецидива кровотечения и 4 с циррозом печени стадии С – от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности). На этапе контрольной точки 12 месяцев (n=33) хороший результат достигнут - у 8 (24,2%), стабильный – у 19 (57,6%), «нестабильный» - у 2 (6,1%), умерли – 4 (12,1%) пациента. Такая динамика, по нашему мнению, свидетельствует о том, что в течение года после РЭХВ происходит процесс адаптации и стабилизации в состоянии выживших пациентов, завершается процесс стабилизации гемодинамики в портальном русле, обусловленный последствиями инфаркта селезенки и послеоперационными осложнениями. Выживаемость в течение года составила 71,8%, послеоперационная летальность – 2,5%, но общая летальность, обусловленная преимущественно прогрессирующей печеночно-почечной и полиорганной недостаточностью – 28,2%.

Динамика объемного кровотока (л/мин) в портальном бассейне (M±m)

Показатели	До РЭХВ	Сроки наблюдения после РЭХВ (месяцы)					P
	0	1	3	6	12	> 12	
	P ₀	P ₁	P ₂	P ₃	P ₄	P ₅	
ОКСА	1,53±0,81	0,71±0,37 ^{P₀}	0,56±0,17 ^{P₀}	0,55±0,35 ^{P₀}	0,80±0,7	0,41±0,06 ^{P₀P₁P₂}	P ₀ <0,001 P _{1,2} <0,05
ОКСВ	1,14±0,69	0,55±0,25 ^{P₀}	0,38±0,2 ^{P₀P₁}	0,43±0,23 ^{P₀}	0,70±0,58	0,40±0,06 ^{P₀}	P ₀ <0,01 P _{1,2} <0,05
ОКВВ	1,09±0,58	0,67±0,32 ^{P₀}	0,86±0,45	0,65±0,28 ^{P₀}	1,08±0,31	0,9±0,15	P ₀ <0,05
Размер селезенки (см ³)	703,0±310,8	902,1±532,3	679,61±340,2	481,08±379,8 ^{P₀}	536,4±587,2	380,5±82,7 ^{P₀P₁}	P _{0,1} <0,05
хороший	-	-		0	8		
удовлетворительный				16	19		
нестабильный				17	2		
неудовлетворительный				6	4		



ВЫВОДЫ

1. РЭХВ является эффективным и безопасным малоинвазивным хирургическим методом в комплексе мероприятий вторичной профилактики пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии.
2. Паренхиматозно - стволовая эмболизация

селезеночной артерии позволяет существенно уменьшить объемный кровоток в сосудах портальной системы, снизить риск возникновения рецидива кровотечения, выполнять эндоскопические методы склеротерапии в менее опасных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никишин Л.Ф. Рентгенэндоваскулярная хирургия (интервенционная радиология). Руководство для врачей: монография / Л.Ф. Никишин, М.П. Попик. – Львов: Львівська політехніка, 2006. – 324 с.
2. Портальна гіпертензія та її ускладнення: монографія / В.В.Бойко, В.І.Нікішасв, В.І.Русин [та ін.]; За заг. ред. В.В. Бойка.- Х.: ФОП Мартиняк, 2008.– 335с.
3. Child C.G. Surgery and portal hypertension / C.G. Child, J.G. Turcotte // The liver and portal hypertension / Edited by C.G. Child. – Philadelphia: Saunders, 1964. – P. 50–64.
4. Sarin S.K. Gastric varices: profile, classification, and management / S.K.Sarin, A. Kumar // Am. J. Gastroenterol. – 1989. – Vol.84, N 10. – P.1244–1299.
5. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients / S.K. Sarin, D. Lahoti, S.P. Saxena // Hepatology. – 1992. – Vol. 16. – P. 1343–1349.
6. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices / R.N. Pugh, I.M. Murray-Lyon, J.L. Dawson [et al.] // Br. J. Surgery. – 1973. – Vol. 60, N 8. – P. 646–649.



УДК 616.366-002-089.819:615.859

*М.М. Сербул,
Ф.Н. Ильченко,
В.К. Матвейчук,
В.З. Лавриниц*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОПОРТОВОЙ И ОДНОПОРТОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины»
г. Киев

По данным литературы, лапароскопические операции, выполняемые из одного доступа в области пупка (Single-port, SILS, «единный порт»), являются новым шагом в развитии мини-

инвазивной хирургии. В последние годы эта методика приобретает все большую популярность. Однако преимущества и недостатки метода по

сравнению с традиционной 4-х портовой лапароскопией не определены.

Цель исследования: сравнение лапароскопической техники 4-х портовой и однопортовой холецистэктомии и изучение основных критериев эффективности лечения хронического калькулезного холецистита при их использовании в стационаре краткосрочного пребывания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Мы провели клиническое исследование 92 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, оперированных в течении 12 месяцев (с декабря 2010 года). 4-х портовая лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 47 случаях, а однопортовая в 45. Для однопортовых операций применяли устройства следующих фирм: X-Cone Karl Storz, Covidien, ППП (Казань), Single Sity (Ethicon). Доступ выполнялся у 24 больных по верхнему контуру пупочного кольца Ω -образным разрезом длиной 2,5-3,0 см над пупком. В 21 случае был выполнен вертикальный доступ через пупок. Сравнивали следующие критерии: время операции, послеоперационные осложнения, время пребывания в стационаре, показатели качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Время выполнения 4-х портовой холецистэктомии было статистически достоверно меньше по сравнению с однопортовой операцией: $27,4 \pm 11,2$ и $39,7 \pm 10,8$ минуты соответственно

($p < 0,01$). Ранних послеоперационных осложнений в обеих группах не наблюдали. Пребывание в стационаре было короче в группе больных при однопортовой операции: $0,6 \pm 0,8$ дня, а при 4-х портовой холецистэктомии оно было практически в 2 раза больше и составило $1,3 \pm 1,2$ дня ($p < 0,001$). Изучение качества жизни пациентов (по данным опросника SF-36) показало, что в обеих исследуемых группах показатели физического компонента не отличались друг от друга и имели достаточно высокие значения. В тоже время в группе больных с однопортовыми операциями показатели психологического компонента значительно превышали их уровень в группе сравнения. Это в значительной степени может быть связано с косметическим эффектом.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая однопортовая холецистэктомия является эффективным способом хирургического лечения хронического калькулезного холецистита, который имеет высокую степень надежности и безопасности, отличается косметическим эффектом.

2. По мере накопления опыта лапароскопические операции по методике «единый порт» могут с успехом применяться в стационаре краткосрочного пребывания и быть обоснованной альтернативой многопортовой традиционной холецистэктомии, приближаясь к ней по времени выполнения и технической сложности.



УДК 616.366-002-089.819

*А.Г. Гринцов,
О.В. Совпель,
В.В. Мате*

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОЛИФТА В БЕЗГАЗОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Донецкий национальный медицинский университет
кафедра общей хирургии
ЦГКБ № 1
г. Донецк*

В лапароскопической хирургии ведутся поиски альтернативных способов создания внутрибрюшного пространства, которые лишены недостатков, и таковым является лапаролифтинговая лапароскопия.

В исследование включены больные с диагнозом желчекаменная болезнь. Группы больных: 1) пациенты, оперированные в плановом поряд-

ке, 2) пациенты, оперированные по экстренным показаниям, 3) пациенты, нуждающиеся в диагностической лапароскопии. Выделена контрольная группа, где сопутствующая патология позволила оперировать в условиях напряженного пневмоперитонеума. Основная группа – 73 (85%) пациента в возрасте от 55 до 92 лет, которые оперированы в условиях лапаролифтинговой лапа-

роскопии. Женщин – 55 (75%), мужчин – 18 (25%). В контрольной группе было 12 (женщин–7 (58%), мужчин–5 (42%)) пациентов в возрасте от 43 до 72 лет, им выполнена классическая методика лапароскопии. Для осуществления лапароскопии без создания НПП использовался спиральный лапаролифт.

В группе больных, которым выполнялась безгазовая лапароскопия, операционное пространство не значимо отличалось от контрольной груп-

пы больных, оперированных в условиях НПП. Травм передней брюшной стенки и других осложнений не наблюдалось.

Таким образом, лифтинговая лапароскопия позволяет добиться оптимального обзорного пространства, улучшает результаты лечения за счёт устранения негативных эффектов НПП, значительно сокращает противопоказания к применению лапароскопии.



УДК 616.33-006-089.819

**С.В. Байдо¹,
П.Д. Фомин²,
А.В. Жигулин¹,
А.Б. Винницкая¹,
Д.А. Голуб¹,
М.А. Сильвестров¹,
С.И. Приндык¹**

ЛПСОД¹

г. Киев

НМУ им. А.А. Богомольца²

г. Киев

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА: ПЕРВЫЕ 10 ГАСТРЭКТОМИЙ

За 2010 год в Украине зарегистрировано 10975 новых случаев заболевания раком желудка (РЖ). Лапароскопическая гастрэктомия (ЛГЭ) при РЖ не является стандартом. Однако исследования, сравнивающие результаты открытых и ЛГЭ, показывают сходные отдаленные онкологические результаты, при известных преимуществах лапароскопии.

Представлен первый опыт выполнения ЛГЭ при РЖ у 10 пациентов. Операции выполнены в 2011 году на базе Больницы современной онкологической помощи «ЛПСОД». Средний возраст пациентов составил 63 года (от 46 до 74 лет), 7 мужчин и 3 женщины. Всем пациентам выполнена тотальная ЛГЭ, эзофагоэюнопластика по Ру, лимфодиссекция Д2.

Среднее время операции составило 337 минут (от 270 до 420), средняя интраоперационная кровопотеря 198 мл (от 50 до 300 мл). Средний послеоперационный койко-день составил 10 суток (от 7 до 19), общий – 11. У 2 пациентов течение послеоперационного периода осложнилось правосторонней нижнедолевой пневмонией. У 1 пациента возникла несостоятельность пищеводно-еюнального анастомоза, которая лечилась консервативно. У всех пациентов достигнута R0 резекция, среднее количество удаленных лимфоузлов составило 18 (от 14 до 52).

Таким образом, ЛГЭ является приемлемым методом хирургического лечения у пациентов с РЖ касательно объема и радикальности операции, при этом она сопровождается низкой кровопотерей и быстрой реабилитацией пациентов.



**В.А. Дегтярь,
В.И. Сушко,
А.М. Барсук,
С.В. Инюшин,
В.Г. Хомяков,
А.П. Гладкий,
С.В. Коваль,
М.В. Савенко,
Д.Н. Лукьяненко,
Е.Н. Подолинская**

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»
кафедра детской хирургии
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Дегтярь)

Ключевые слова: лапароскопия,
инвагинация, дети

Key words: laparoscopy,
intussusception, children

Резюме. Застосування методу розправлення інвагіната повітрям під лапароскопічним контролем є оптимальним у випадках неефективності консервативної дезінвагінації та дозволяє досягти хороших результатів, зменшуючи тяжкість операційної травми, і є альтернативою загальноприйнятому хірургічному втручанням.

Summary. Use of method of intussusceptum straightening by air under laparoscopic control is optimal one in cases of inefficacy of conservative disinvagination and allows to achieve good results, reducing severity of surgical trauma and is an alternative to commonly accepted surgery.

Инвагинация – это наиболее частый вид приобретенной механической кишечной непроходимости смешанного типа у детей и составляет 70-80% из всех видов кишечной непроходимости, а по данным некоторых авторов занимает второе место среди хирургической патологии органов брюшной полости у детей. Консервативное лечение инвагинации кишечника у детей признано самым оптимальным методом лечения данной патологии при отсутствии противопоказаний (перитонит, перфорация полого органа, состояние шока, сепсис). В последнее время во многих странах применяют метод лапароскопии как менее травматический метод хирургического лечения инвагинации кишечника.

Цель исследования – показать роль лапароскопии в лечении данной патологии, основываясь на собственном клиническом опыте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами проведен анализ лечения 572 детей с диагнозом острая инвагинация кишечника (до применения лапароскопии), находившихся на лечении в областной детской клинической больнице г.Днепропетровска с 1995 по 2007 г. В 70 (12%) случаях проведено хирургическое лечение (лапаротомия). У 22 (31,4%) детей была выполнена резекция кишечника. В остальных 48 (68,6%) случаях кишка была признана жизнеспособной. Основываясь на полученных резуль-

татах анализа оперативного лечения, мы разработали метод консервативного лечения инвагинации кишечника (Патент № 58202) и применили его в случаях, когда типичная консервативная дезинвагинация была неэффективна. Под эндотрахеальным наркозом, на операционном столе под контролем лапароскопа проводилась повторная попытка консервативной дезинвагинации путем нагнетания воздуха через прямую кишку. При помощи лапароскопа уточнялась форма инвагинации кишечника, оценивалось состояние кишки и, если она признавалась жизнеспособной – завершалось лечение, а в тех случаях, когда кишка была нежизнеспособной – проводилась микролапаротомия с последующей резекцией участка кишки и наложением кишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Противопоказаниями к проведению консервативной дезинвагинации являлись: неизвестный анамнез или длительность заболевания свыше 24 часов, наличие перитонита, перфорация кишечника и резко выраженный парез II–III ст.

За период 2008 – 2011 г. нами было проведено лечение 198 пациентов с ивагинацией кишечника. Консервативная дезинвагинация была эффективна у 169 детей (85,6%). У остальных 29 детей после безуспешного консервативного лечения инвагинации проводилось лечение под эндо-

трахеальним наркозом с применением лапароскопии по предложенной методике. В 20 (69,0%) случаях кишечник после расправления инвагината признан жизнеспособным, и на этом этапе оперативное лечение заканчивалось. В 9 (31,0%) случаях после расправления инвагината и лапароскопической оценки кишечник был признан нежизнеспособным. В этих случаях проводилась резекция нежизнеспособной кишки с наложением кишечного анастомоза путем минилапаротомии. В 3 (13,6%) случаях причиной инвагинации был дивертикул Меккеля, что также потребовало резекции участка кишки.

Таким образом, консервативная дезинвагинация под эндотрахеальным наркозом с лапароскопическим контролем является более эффективным методом лечения. Лапароскопический контроль позволяет более точно установить форму инвагинации кишечника, объективно оценить

состояние кишки и в некоторых случаях выявить механическую причину инвагинации кишечника, например, дивертикул Меккеля.

ВЫВОДЫ

1. Консервативный метод лечения инвагинации кишечника у детей является методом выбора, а его эффективность составляет до 85%.

2. Применение метода расправления инвагината воздухом под лапароскопическим контролем является оптимальным в случаях неэффективности консервативной дезинвагинации, позволяет достичь хороших результатов, уменьшая тяжесть операционной травмы, и является альтернативой общепринятому хирургическому вмешательству.

3. Подобный подход в лечении инвагинации значительно снижает количество «необоснованных» лапаротомий.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей / В.А. Катько.– К., 2006.- 118с.

2. Лапароскопічна хірургія в педіатрії / П.С. Русак, О.А. Данилов, Ю.П. Кукуруза, В.Ф. Рибальченко. – К., Житомир, 2006. – 128 с.



УДК 616-006-089.819

**Н.Ю. Спиженко,
О.Е. Бобров,
Ю.Н. Лещенко,
В.И. Лысак**

*Центр онкологии и радиохирургии «Киберклиника Спиженко»
г. Киев*

Ключевые слова: *Кибернож,
радиохирургия, опухоль Клацкина*
Key words: *CyberKnife,
radiosurgery, Klatskintumor*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ КЛАЦКИНА

Практически непреодолимым препятствием для хирургии при лечении больных с опухолью Клацкина является инвазия в сосудистые элементы её ворот. Единственной альтернативой в такой ситуации остается, по сути, трансплантация органа, однако ее широкое применение вряд ли возможно. Вместе с тем, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий позволяет надеяться на расширение возможностей оказания помощи больным, ранее считавшихся инкурабельными.

«Киберклиника Спиженко» располагает опытом успешного комбинированного лечения двух больных с опухолью Клацкина. У них были диагностированы опухоли IV типа (по классификации Bismuth-Corlett) с инвазией в сосудистые элементы портальной триады, осложненные механической желтухой.

Решение о возможности использования радиохирургии принимали после оценки результатов обследования, включавшего компьютерную томографию (КТ), магниторезонансную то-

мографию (МРТ) с ангиограммой и гистологическое исследование биоптата из опухоли.

Первым этапом лечения выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) с последующей интенсивной терапией, обязательной составляющей частью которой была антибактериальная терапия.

Спустя 3-4 недели после ЧЧХС и нормализации основных биохимических показателей проводили радиохирургическое лечение на стереотаксическом комплексе «CyberKnife® G4». Величина разовой дозы составляла 12 - 15 Гр, (количество фракций - 3).

Результаты исследования. Оба больных успешно перенесли лечение с уменьшением размеров опухоли и восстановлением проходимости развилки желчных протоков.

Сроки наблюдения за больными составили от 5,5 до 8 месяцев. При контрольных обследованиях данных о рецидиве опухоли не выявлено.

Следовательно, лечение больных опухолью Клацкина с использованием радиохирургического комплекса «CyberKnife® G4» является перспективным методом, открывающим новые перспективы в лечении такой категории больных.



ГЕРНІОЛОГІЯ

УДК 616.26-007.43-089.819

Г.В. Астахов,
Я.С. Березницький,
С.Н. Курыляк

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Клиника общей и пластической хирургии «Гарвис»
г. Днепропетровск

Ключевые слова:

лапароскопическая крурорафия,
лапароскопическая фундопликация,
диафрагмальные грыжи

Key words: laparoscopic
crurorrhaphy, laparoscopic surgery,
diaphragmatic hernia

Резюме. Проаналізована ефективність використання технології лапароскопічної крурорафії та лапароскопічної фундоплікації у пацієнтів з грижами стравохідного отвору діафрагми. Встановлено, що лапароскопічні операції при діафрагмальних грижах є ефективними і мало-травматичними, а встановлення розщепленого клаптя сітки дозволяє підвищити надійність крурорафії.

Summary. The aim of our work was to analyze the effectiveness of laparoscopic technology on patients with diaphragmatic hernia. It was established that laparoscopic surgery for diaphragmatic hernia is an effective and less traumatic and applying split mesh graft allows to improve reliability of crurorrhaphy.

Хирургическое лечение диафрагмальных грыж с использованием лапароскопической техники в последние десятилетия приобрело большую популярность. Благодаря эндовидеоскопическим вмешательствам удается соблюдать основные условия надежной пластики: восстановление нормальных размеров и щелевидной формы пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), восстановление клапанной функции пищеводно-желудочного перехода. Лапароскопическая крурорафия и фундопликация по сравнению с традиционными методиками сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к привычному образу жизни [5]. Число негативных результатов после лапароскопических фундопликаций относительно невысоко и по данным различных авторов не превышает 5%, даже при гигантских грыжах ПОД [7-9]. Неудовлетворительные результаты после лапароскопических фундопликаций развиваются в следствии сползания фундопликационной манжеты или миграции ее в средостение с растяжением ПОД [1, 4].

В последнее время в большинстве клиник, специализирующихся на антирефлюксных операциях, используется следующая тактика: при диаметре грыжевого дефекта до 5 см выпол-

няется крурорафия, при диаметре грыжевого дефекта более 5 см выполняется пластика ПОД сетчатым трансплантатом [2,3,6].

Совершенствование техники лапароскопических вмешательств способствовало расширению показаний к их применению в лечении достаточно сложных - гигантских грыж, при которых в средостении оказывался практически весь желудок, а ножки диафрагмы были атрофированы.

Цель работы – проанализировать эффективность использования технологии лапароскопической крурорафии и лапароскопической фундопликации у пациентов с грыжей ПОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В период с 2009 г. по 2012 г. нами прооперировано 43 пациента с диафрагмальными грыжами: 15 (34,9%) мужчин, 28 (65,1%) женщин. Большинство пациентов (83,56%) были трудоспособного возраста, а средний возраст составил 54,9 года. Задняя крурорафия была выполнена у 34 (79,1%) пациентов, а у 9 (20,9%) – произведена передняя и задняя крурорафия. У 2 пациентов выполнено укрепление восстановленного ПОД сетчатым аллотрансплантатом. У 31 пациента выполнена фундопликация по Ниссену, у 7 - по Ниссену – Розетти, а у 5 пациентов – фундопликация по Туппе.

При выполнении операции положение больного на спине, ноги разведены. В ходе операции

пациенту придавалось положение Фовлера. При таком положении внутренние органы смещались вниз под действием силы тяжести, давая возможность свободного доступа к ПОД.

Хирург располагается между ног пациента. Операцию выполняли из четырех портов. Первый порт - для лапароскопа, устанавливали по средней линии, на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком. Два других порта устанавливали в точках пересечения среднечленичных линий и перпендикулярной им линии проведенной через точку установки порта для лапароскопа. Во все эти точки вводили 10 мм троакары. Последний порт (5 мм троакар) устанавливали у мечевидного отростка.

После визуальной ревизии ПОД и уточнения объема грыжи операцию начинали с рассечения печеночно – желудочной связки и выделения левой ножки диафрагмы. Затем разрез брюшины продлевали вдоль верхней полуокружности ПОД до правой ножки диафрагмы. Следующим этапом отделяли сальник от большой кривизны желудка, мобилизовывали дно желудка, заднюю стенку желудка, правую ножку диафрагмы. Во всех случаях выполняли широкую мобилизацию нижней трети пищевода, с низведением в брюшную полость пищевода – желудочного перехода. Все этапы мобилизации выполняли ультразвуковым диссектором Harmonic. От пищевода – желудочного перехода удаляли клетчатку, мешавшую наложению фундопликационной манжеты.

Во время выделения абдоминального отдела пищевода всегда контролировали визуально целостность блуждающих нервов, желудка, пищевода, париетальной плевры. На этапе мобилизации в трех случаях была травмирована париетальная плевра слева, с развитием левостороннего пневмоторакса. После ушивания ПОД пневмоторакс ликвидировали плевральной пункцией во втором межреберье по среднечленичной линии слева.

Ножки диафрагмы ушивали отдельными узловыми или П-образными швами нитью Ethibond 3.0. В случаях, когда пищеводное отверстие диафрагмы было значительно расширено, заднюю крурорафию дополняли передней. У пациентов с выраженной гипотрофией ножек диафрагмы после выполнения крурорафии на диафрагму накладывали сетчатый протез (Ultrapro). Сетку 10 на 13 см расщепляли, в ней формировали окно под пищевод. Расщепленным краем сетку укладывали вниз. Таким образом, ПОД закрывали сеткой на 3/4 окружности. Сетку фиксировали степлером Protack.

Мобилизацию кардиального отдела желудка завершали широким выделением окна позади пищевода – желудочного перехода.

Фундопликационную манжету формировали нитью Ethibond 3.0. Манжету формировали достаточно широкую, контролируя проходимость желудочно – пищевода желудочным зондом 12 мм. Манжету фиксировали в области абдоминального отдела пищевода у перехода в желудок либо к правой ножке диафрагмы.

При тщательном контроле гемостаза на всех этапах операции дренирование брюшной полости не требовалось.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты госпитализировались в клинику общей и пластической хирургии в плановом порядке. Накануне операции поступили 39 (90,7%) пациентов, а 4 (9,3%) пациента прооперировано в день поступления.

Профилактика раневых осложнений антибиотиками не проводилась. Профилактика тромбоэмболических осложнений зависела от степени риска их возникновения. В случае низкого риска проводилась неспецифическая профилактика (эластическое бинтование нижних конечностей). При умеренном риске (пациенты с ожирением 2 степени либо старше 60 лет), помимо неспецифической профилактики, использовалась однократная инъекция надропарина натрия (фраксипарин) в дозе 0,3 мл за 2 часа до операции, с последующим назначением пентосана по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней. У пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, варикозной болезнью вен нижних конечностей, ожирением 3 степени (высоким риском тромботических осложнений) вводили 0,3 мл фраксипарина за 2 часа до операции и в первые сутки после операции. Пентосан назначали с третьих суток по 50 мг 3 раза в день в течение 2 недель.

Продолжительность операции варьировала от 55 до 110 минут и в среднем составляла 47,3 минуты.

Послеоперационный период характеризовался менее выраженным болевым синдромом по сравнению с открытой операцией, что способствовало ранней активизации пациентов. Обезболивание проводилось по требованию препаратом Кетопрофен (Кетонал) в дозе 100 мг внутримышечно в течение первых суток, с последующим переходом на таблетированную форму Кетонала в дозе 150 мг.

Пациенты выписывались через 1 день после операции под амбулаторное наблюдение. Средний койко-день составил 3,84.

За последние два года негативные результаты операции были отмечены у одной пациентки. Возобновилась дисфагия, изжога. Через 8 месяцев после операции у пациентки было выявлено сползание фундопликационной манжетки. Пациентка была оперирована повторно. Фундопликация по Ниссену – Розетти была переведена в фундопликацию по Туппе. Дисфагические расстройства купировались.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопические операции при диафрагмальных грыжах являются эффективными и малотравматичными.
2. Установка расщепленного лоскута сетки позволяет повысить надежность круроррафии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Видеоэндоскопическая хирургия пищевода / В.И. Осретков, В.А. Ганков, А.Г. Климов [и др.]. – Барнаул: АзБука, 2004. – 159 с.
2. Грубник В.В. Способы пластики пищевода отверстия диафрагмы при лапароскопических антирефлюксных операциях в зависимости от размеров грыжевого дефекта / В.В. Грубник, А.В. Малиновский // Укр. журнал хірургії. – 2008. – № 1. – С. 54-58.
3. Грубник В.В. Технические особенности лапароскопических антирефлюксных операций / В.В. Грубник, А.В. Малиновский // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 54-58.
4. Методы лапароскопической фундопликации в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.В. Грубник, В.В. Ильяшенко, А.В. Грубник, А.В. Малиновский // Клинич. хирургия. – 2007. – № 5-6. – С. 24.
5. A mesh in the hiatus: a controversial issue / E.M. Targarona, G. Bendahan, C. Balague [et al.] // Arch. Surgery. – 2004. – Vol. 17. – P. 372-374.
6. Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia / P.R. Schauer, S. Ikramuddin, R.H. McLaughlin [et al.] // Am. J. Surg. – 1998. – Vol. 176. – P. 659-665.
7. Controversies in paraesophageal hernia repair: a review of literature / W.A. Draaisma, H.G. Gooszen, E. Tournoij [et al.] // Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 1300-1308.
8. Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia / S.G. Mattar, S.P. Bowers, K.D. Galloway [et al.] // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 16. – P. 745-749.
9. Long-term results of laparoscopic antireflux surgery: surgical outcome and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures / F.A. Granderath, T. Kamolz, U.M. Schweiger [et al.] // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16. – P. 753-757.



УДК 616.329+616.26-007.43-089.819/.844-092

**В.В. Грубник,
А.В. Малиновский,
С.А. Узун**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА БОЛЬШИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ОБЛЕГЧЕННЫМ КОМПОЗИТНЫМ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ, ДОПОЛНЕННАЯ ПЕРЕДНЕЙ КРУРОРАФИЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Одесский национальный медицинский университет
кафедра хирургии № 1*

Ключевые слова: *грыжи пищевода отверстия диафрагмы, лечение*
Key words: *hiatal hernia, treatment*

Резюме. *У проспективному рандомізованому сліпому дослідженні порівнювались двошарова задня пластика великих гриж стравохідного отвору діафрагми полегшеним композитним сітчатим трансплантатом з такою ж пластикою, доповненою передньою крурорафією в комбінації з on-lay пластикою полегшеним ПТФЕ трансплантатом. Результати показали, що комбінація передньої і задньої пластики характеризуються відсутністю рецидивів і стравохідних ускладнень, а також кращими функціональними результатами і якістю життя.*

Summary. *In the prospective randomized blind study 2-layer posterior plastics of big hernias of esophageal foramen of diaphragm, relieved with composite reticular transplant was compared with the same plasty, added with anterior crurorhaphy in combination with on-lay plasty relieved with PTFE transplant. The results showed that combination of anterior and posterior plasty is characterized by the absence of relapses and esophageal complications as well as by better functional results and life quality.*

Основным спорным вопросом лапароскопических операций при больших (с диаметром грыжевого дефекта 5 - 8 см) грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является метод пластики пищеводного отверстия. Многими авторами и нами было доказано, что наилучшими результатами в плане профилактики рецидивов в этой группе больных характеризуется пластика сетчатым трансплантатом в комбинации с задней крурорафией [1-3, 8, 9]. Использование облегченного композитного сетчатого трансплантата (например, Ultrapro (Ethicon)) позволяет практически до единичных случаев свести количество пищеводных осложнений [1-3]. Однако бывают технические трудности при выполнении пластики пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) позади пищевода, что ведет к неполному ушиванию ПОД и может приводить к рецидивам. С другой стороны, за счет чрезмерной пластики позади пищевода может возникать стойкая дисфагия [1-3, 10]. Мы предположили, что передняя пластика ПОД в дополнение к задней комбинированной пластике может уменьшить частоту рецидивов и дисфагии в группе больных с большими ГПОД, у которых имеются соответствующие технические предпосылки. Для решения этого вопроса было проведено проспективное рандомизированное исследование.

Цель работы: изучить, влияет ли передняя пластика ПОД, дополняющая заднюю комбинированную пластику, на частоту рецидивов и дисфагии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Дизайн исследования: проспективное рандомизированное слепое III фазы.

Объем исследования и группы: 80 пациентов: I группа – задняя крурорафия в комбинации с пластикой облегченным композитным сетчатым трансплантатом Ultrapro (Ethicon) по оригинальной методике [1], II группа - задняя крурорафия в комбинации с пластикой облегченным композитным сетчатым трансплантатом Ultrapro (Ethicon) по оригинальной методике, дополненная передней крурорафией, укрепленной on-lay облегченным политетрафлюорэтиленовым (ПТФЭ) трансплантатом ПТФЭ-22001. Все больные оперированы одной бригадой хирургов, имеющих

собственный опыт более 1500 лапароскопических операций при ГПОД с хорошими результатами [1-3].

Критерии включения:

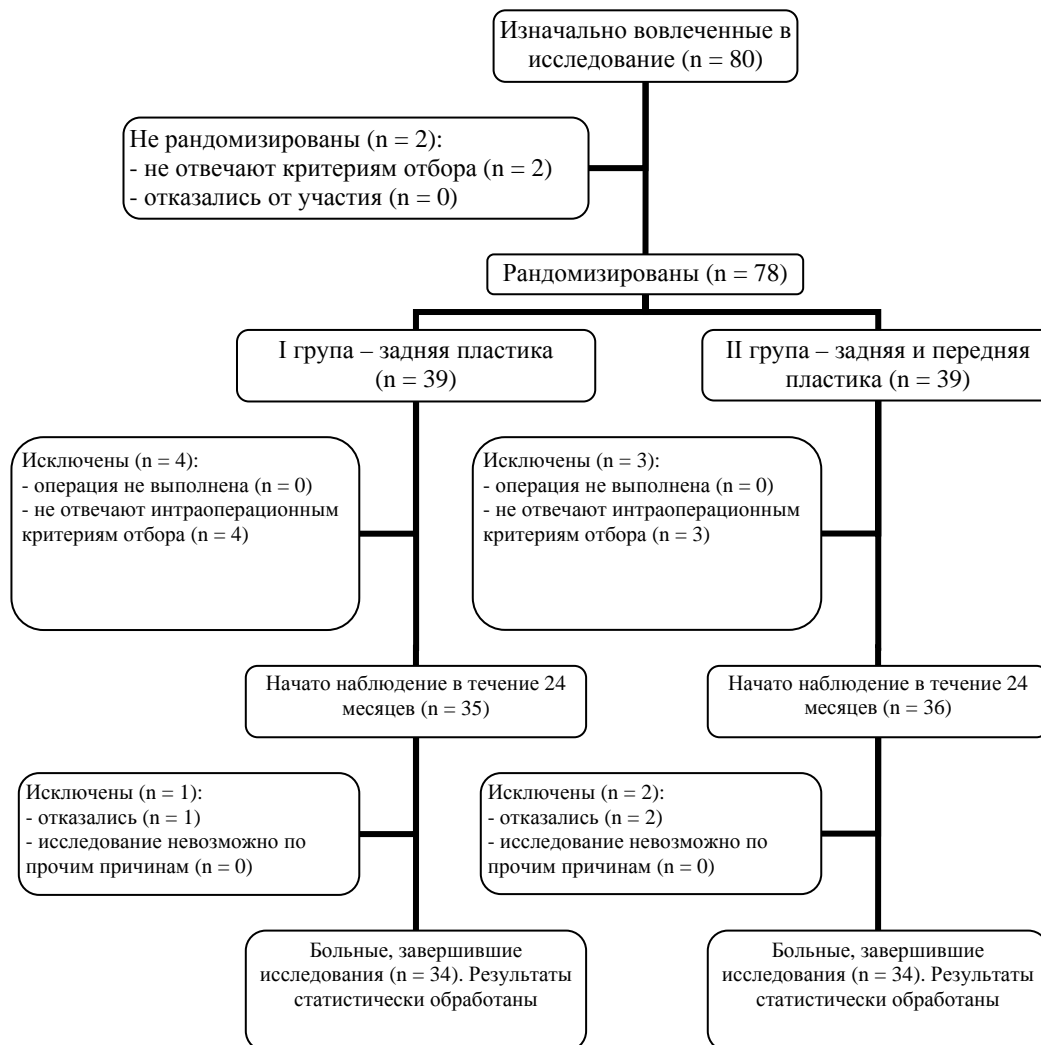
- ГПОД I, II и III типов, включая осложненные ГЭРБ.
- Способные перенести плановую лапароскопическую операцию - пластику ПОД.
- Доступные наблюдению на протяжении 24 месяцев после операции с комплексным обследованием в клинике.
- Размер грыжевого дефекта 5-8 см (окончательно определяется интраоперационно).
- Высота пространства между пищеводом и верхним краем ПОД составляла 1-2 см (определялось интраоперационно после завершения задней пластики).
- Фундопликация выполнена по методике floppy-Nissen.

Критерии исключения:

- Не способные перенести плановую лапароскопическую операцию - пластику ПОД - за счет тяжелой сопутствующей патологии (ASA III и больше), предыдущих открытых операций с тяжелым спаечным процессом и т.п.
- Случаи конверсий.
- Возраст < 20 и > 80 лет.
- ИМТ < 16 и > 39 кг/м².
- Беременность или запланированная беременность на протяжении ближайших 2 лет.
- Коагулопатия и иммуносупрессия, не поддающаяся коррекции.
- Дискинезии пищевода.
- Пептические стриктуры пищевода.
- Дивертикулы пищевода, нерефлюксные хронические эзофагиты, заболевания соединительной ткани (в частности, системная склеродермия).
- Укорочение пищевода (определяется интраоперационно как невозможность достичь длины его брюшного отдела не менее 3 см, несмотря на расширенную параэзофагеальную медиастинальную диссекцию).
- Предшествующая или предстоящая абляция пищевода Барретта.

- Предшествующие операции на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке, в т.ч. ваготомия.
- Рецидивирующее течение язвенной бо-

лезни и/или хронического гиперацидного гастрита с нарушением эвакуации желудочного содержимого.



Профиль выполнения проспективного рандомизированного исследования по требованиям CONSORT:

Изучение отдаленного результата: через 24 месяца для каждого пациента.

Основной результат исследования (первичная конечная точка): анатомические и функциональные рецидивы ГПОД и ГЭРБ.

Дополнительные результаты исследования (вторичные конечные точки):

- Пищеводные осложнения (стойкая дисфагия, рубцевание пищевода, аррозия пищевода).
- Качество жизни.
- Длительность операции.
- Частота послеоперационных осложнений.

- Послеоперационный койко-день.

Критерии оценки результатов (субъективные и объективные методы исследования):

- Рентгеноскопия пищевода и желудка с исследованием в положении Тренделенбурга (для оценки анатомических рецидивов ГПОД и пищеводных осложнений).
- Суточный внутрипищеводный pH-мониторинг с определением индекса DeMeester (для оценки функциональных рецидивов ГЭРБ).
- Эндоскопическое исследование (для оценки пищеводных осложнений).
- Шкала дисфагии [5].
- Шкала качества жизни GERD - HRQL [11].

Статистический анализ произведен с использованием программ Microsoft Excel версии 2007 года и STATISTICA 6.1. Статистически значимым принято значение $p < 0,05$. С учетом небольшой выборки использовались непараметрические критерии: U-тест Манна-Уитни, точный тест Фишера и критерий χ^2 Пирсона. Результаты непрерывных величин представлены в

виде среднего арифметического и разброса показателя.

Предоперационные данные. Как видно из данных таблицы 1, достоверных отличий между группами по демографическим признакам и по данным предоперационного обследования не было.

Таблица 1

Демографические и предоперационные данные объективных методов исследования

Показатель	I группа – задняя пластика (n = 39)	II группа – задняя и передняя пластика (n = 39)	p
Пол:			
Мужчины	9	10	1*
Женщины	30	29	1*
Возраст, годы	59,3 (32 - 76)	57,9 (34 - 79)	0,33**
ИМТ, кг/м ²	26,4 (18,2 – 32,0)	27,1 (19,5 – 30,7)	0,89**
ASA II/III	25 / 14	23 / 16	1*
Баллы GERD-HRQL	35 (24 - 43)	33 (22 - 41)	0,44*
Индекс DeMeester	32 (12 - 134)	34 (14 - 121)	0,89*
Баллы шкалы дисфагии	37,2 (35,1 – 38,0)	37,7 (35,4 – 37,9)	0,21*

Примечание: * - точный тест Фишера, ** - U-тест Манна-Уитни

Методика операции в I группе. Оригинальный способ двухслойной пластики заключался в следующем. После мобилизации краев ПОД, в т.ч. ножек диафрагмы, ликвидации грыжи с иссечением грыжевого мешка и выделения пищевода, выполнялась фиксация композитной сетки Ultrapro (Ethicon) к обеим ножкам диафрагмы узловыми швами. Затем ножки сшивались поверх сетки.

Методика операции во II группе. К вышеописанной пластике добавлялась передняя крурорафия 1-2 узловыми швами. Этими же швами поверх диафрагмы фиксировался облегченный политетрафлюорэтиленовый (ПТФЭ) трансплан-

тат прямоугольной формы размером 1-1,5 x 2,5-3 см. Как в I группе, так и во II группе исключался контакт трансплантата с пищеводом (для профилактики пищеводных осложнений).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственные результаты. Статистически значимых различий по продолжительности операции и послеоперационному койко-дню выявлено не было (табл. 2). В I группе имело место 1 послеоперационное осложнение в виде инфицирования троакарной раны, разница между группами была статистически недостоверной.

Таблица 2

Непосредственные результаты операций

Показатель	I группа – задняя пластика (n = 39)	II группа – задняя и передняя пластика (n = 39)	p
Продолжительность операции, мин	60 (40 - 90)	65 (45 - 95)	0,17*
Послеоперационный койко-день	4,4 (3 - 6)	4,5 (3 - 6)	0,49*
Послеоперационные осложнения, количество пациентов	1	0	1**

Примечание: * – U-тест Манна-Уитни, ** – точный тест Фишера

Отдаленные результаты. Отдаленные результаты изучены через 24 месяца у каждого пациента из оставшихся активными участниками исследования (см. профиль исследования). Реопераций не было. Истинных анатомических рецидивов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождавшихся значительным увеличением пищеводного отверстия и миграцией манжетки в средостение, не было в обеих группах. Как видно из таблицы 3, рецидивное параэзофагеальное выскальзывание кардии отмечено только в I группе, однако разница не оказалась

статистически достоверной. Осложнений аллопластики, таких как стойкая дисфагия, аррозия пищевода или стриктуры пищевода, по клиническим данным и результатам рентгенологического и эндоскопического исследований выявлено в обеих группах не было. Результаты суточного внутрипищеводного рН-мониторинга и среднего балла шкалы дисфагии достоверно отличались между группами в пользу II группы. Качество жизни также было достоверно лучшим во II группе по сравнению с I группой.

Таблица 2

Отдаленные результаты операций

Показатель	I группа – задняя пластика (n = 34)	II группа – задняя и передняя пластика (n = 34)	P
Рецидивное параэзофагеальное выскальзывание, количество пациентов	1 (2,9 %)	0	0,12*
Индекс DeMeester	18 (3 - 46)	10 (4 - 27)	0,03**
Баллы шкалы дисфагии	37,9 (34,1 – 37,2)	35,2 (33,7 – 36,5)	0,03**
Баллы GERD-HRQL	14 (2 - 22)	9 (0 - 17)	0,02**

Примечание: * – критерий χ^2 Пирсона, ** – U-тест Манна-Уитни

При анализе литературы по вопросу использования передней пластики ПОД нами было обнаружено несколько проспективных рандомизированных исследований, наибольшим по числу наблюдений и срокам изучения отдаленных результатов является работа Chew et al. [12]. Основная идея авторов данных работ – показать, что можно выполнить только переднюю крурорафию (которая является технически более простой, чем задняя). Опубликованный в 2011 году мета-анализ Broeders et al. из всех этих исследований позволил сформулировать следующие выводы: передняя крурорафия характеризуется большей частотой рецидивов, худшими результатами суточного внутрипищеводного рН-мониторинга и почти двухкратным увеличением числа реопераций по поводу рецидива грыжи или ГЭРБ [7]. В то же время частота дисфагии при передней крурорафии оказалась достоверно меньшей, чем при задней [7]. Однако все эти работы посвящены сравнению только задней и только передней крурорафии, причем в лечении ГЭРБ и небольших ГПОД. Сравнения, произведенного нами, т.е. только задней аллопластики и комбинации задней и передней аллопластики, в литературе не обнаружено. Естественно, данные о большей частоте рецидивов и реопераций при

передней крурорафии, полученные в этих работах, нельзя экстраполировать применительно к нашим пациентам с большими ГПОД. Однако из вышеописанного мета-анализа можно сделать важный вывод, подтверждающий одну из наших гипотез: передняя пластика уменьшает частоту дисфагии и объяснить это можно ликвидацией деформации пищевода за счет чрезмерной задней пластики. Наши результаты подтверждают это предположение.

Относительно частоты рецидивов, в литературе описано множество вариантов циркулярной и полуциркулярной пластики ПОД при больших и гигантских грыжах, в основном полипропиленовыми и полиэстеровыми сетками [6, 9, 10]. Основные выводы из этих работ: эти виды пластики характеризуются наименьшим процентом рецидивов (в некоторых работах он равен нулю), однако имеется достаточно высокая частота дисфагии, достигающая 15-20 % [6, 9, 10]. Для профилактики пищеводных осложнений была предложена пластика ПТФЭ трансплантатами. В ряде работ, в т.ч. в одном проспективном рандомизированном исследовании, доказана низкая частота рецидивов после этого вида пластики [4]. В то же время была показана низкая, по сравнению с циркулярной или полуциркулярной

пластикой, частота пищеводных осложнений [6]. При этом облегченные ПТФЭ трансплантаты не использовались. Исходя из этого, а также из собственных хороших результатов применения оригинальной методики задней двухслойной пластики композитным сетчатым трансплантатом [1-3], нам представляется наиболее оптимальным использование комбинации задней и передней пластик, изучаемой в данной работе. Перспективных рандомизированных исследований, изучавших комбинацию задней и передней пластики ПОД, тем более с использованием ПТФЭ трансплантата для передней on-lay пластики, в литературе нет. Результаты, полученные нами, во-первых, говорят об отсутствии рецидивов и пищеводных осложнений изучаемой методики, а во-вторых, по функциональным параметрам и качеству жизни достоверно лучше оригинальной

методики в группе больных с описанными выше техническими предпосылками.

ВЫВОДЫ

1. Двухслойная задняя пластика больших ГПОД облегченным композитным сетчатым трансплантатом, дополненная передней крурорафией в комбинации с on-lay пластикой облегченным ПТФЭ трансплантатом, характеризуется отсутствием рецидивов и пищеводных осложнений.

2. Данный метод характеризуется лучшими функциональными результатами и качеством жизни по сравнению с оригинальной методикой задней двухслойной пластики.

3. Необходим дальнейший проспективный набор пациентов и изучение отдаленных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грубник В.В. Актуальные вопросы лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы: анализ собственного материала и данных литературы / В.В. Грубник, А.В. Малиновский // Укр. журнал хірургії. – 2011. – № 5. – С. 95-99.
2. Эндоскопическая хірургія / В.Н. Запорожан, В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, А.В. Малиновский. – Одесса: ОНМедУ, 2011. – 285с.
3. Неопухольевые заболевания пищевода / П.Д. Фомин, В.В. Грубник, В.И. Никишаев, А.В. Малиновский. – К.: Бизнес-Интеллект, 2008. – 304 с.
4. A prospective, randomized trial of laparoscopic polytetrafluoroethylene (PTFE) patch repair vs simple cruroplasty for large hiatal hernia / С.Т. Frantzides, А.К. Madan, М.А. Carlson, G.P. Stavropoulos // Arch. Surg. – 2002. – Vol. 137. – P. 649-652.
5. Dakkak M. A new dysphagia score with objective validation / M. Dakkak, J.R. Bennett // J. Clin Gastroenterol. – 1992. – Vol. 14. – P. 99-100.
6. Hiatal hernia repair with mesh: a survey of SAGES members / С.Т. Frantzides, М.А. Carlson, S. Loizides [et al.] // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 24. – P. 1017-1024.
7. Laparoscopic anterior versus posterior fundoplication for gastroesophageal reflux disease: systematic re-

view and meta-analysis of randomized clinical trials / J.A. Broeders, D.J. Roks, U. Ahmed Ali [et al.] // Ann. Surg. – 2011. – Vol. 254. – P. 39-47.

8. Laparoscopic mesh hiatoplasty for paraesophageal hernias and funduplications. A critical analysis of available literature / J.M. Johnson, А.М. Carbonell, B.J. Carmody [et al.] // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 362-366.

9. Laparoscopic Nissen fundoplication with prosthetic hiatal closure reduces postoperative intrathoracic wrap herniation: preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study / F.A. Grandrath, U.M. Schweiger, T. Kamolz [et al.] // Arch. Surg. – 2005. – Vol. 140. – P. 40-48.

10. Mesh in the hiatus: a controversial issue / E.M. Targarona, G. Bendahan, C. Balague [et al.] // Arch. Surg. – 2004. – Vol. 139. – P. 1286-1296.

11. Quality of life scale for gastroesophageal reflux disease / V. Velanovich, S.R. Valiance, J.R. Gusz [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 1996. – Vol. 183. – P. 217-224.

12. Prospective randomized trial of laparoscopic Nissen fundoplication with anterior versus posterior hiatal repair: late outcomes / C.R. Chew, G.G. Jamieson, P.G. Devitt, D.I. Watson // World. J. Surg. – 2011. – Vol. 35. – P. 2038-2044.



УДК 616.329+616.26-007.43-089.819

**Н.А. Яльченко,
П.Б. Лысуниц,
В.Ю. Шевченко,
Н.Н. Нестеренко,
И.В. Ткачук**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Городской центр эндоскопической хирургии
г. Днепропетровск

Ключевые слова: *хиатальные грыжи, рефлюкс-эзофагит, желчнокаменная болезнь, лапароскопическое лечение*

Key words: *hiatal hernias, reflux-esophagitis, gallstones, laparoscopic treatment*

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Резюме. У роботі проаналізовані результати 476 лапароскопічних фундоплікацій із круроррафією із приводу хіатальної грижі в сполученні з рефлюкс-езофагітом. При виявленні хіатальної грижі пацієнтам пропонували оперативне лікування при виражених клінічних проявах і рефлюкс-езофагіті, що не піддається консервативній терапії протягом 8-12 тижнів. Лапароскопічну фундоплікацію за Nissen-Rossetti або Toupet із круроррафією у сполученні із симультантними операціями виконали в 71,2%. Ускладнення технічного характеру розвилися в 2,1%, а функціонального характеру у вигляді транзиторної дисфагії – в 5,1%. Померлих після операцій не було. Рецидив грижі виник у 3 (0,6%) хворих. Таким чином, у випадку наявності сполученої патології черевної порожнини при лапароскопічних втручаннях її одночасне усунення виправдане як із психологічної, так і матеріальної точки зору, а виконання симультантних операцій при зваженому відборі хворих не збільшує операційного ризику й дає задовільні результати.

Summary. Results of 475 laparoscopic fundoplication with crurorrhaphy in patients with hiatal hernias in a combination with a reflux- esophagitis are analysed. In hiatal hernias revealing patients were offered operative treatment in the expressed clinical case and reflux- esophagitis which does not yield to conservative therapy within 8-12 weeks. Laparoscopic fundoplication by Nissen-Rossetti or Toupet in combination with crurorrhaphy with simulant operations were executed in 71,2 %. Complications of technical nature developed in 2,1 %, and of functional character in a kind of transitory dysphagy – in 5,1 %. No deaths were after operations. 3 (0,6%) patients had hernia relapse. Thus, in the case of presence of combined pathologies abdominal cavity at laparoscopic interventions its simultaneous elimination is justified both from psychological and material point of view, and simulant operations performing does not increase operational risk and gives satisfactory results.

Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) в настоящее время считают одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которым страдает около 1% населения. Причем у 20% из них выявляются тяжелые формы ГЭРБ, не поддающиеся консервативной антирефлюксной терапии. Это связано с тем, что одной из основных причин рефлюкс-эзофагита является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), которая занимает 2-3 место в структуре гастроэнтерологических заболеваний желудочно-кишечного тракта и по частоте встречаемости конкурирует с язвенной болезнью и холециститом [2, 4]. При целенаправленном обследовании грыжи ПОД обнаруживаются у 1-9%, а в пожилом возрасте – у 50% обследованных. Заболевание в 11-50% сочетается с язвенной болезнью, в 7-15% с хрониче-

ческим холециститом и желчнокаменной болезнью и в 30% служит причиной постхолецист-эктомического синдрома. Аксиальные грыжи составляют 80-90% от всех грыж ПОД [1, 3].

Чаще всего заболевание развивается у людей с ожирением в возрасте старше 60 лет, что связывают с инволютивными изменениями тканей, образующих пищеводное отверстие, но не исключена и роль врожденной конституциональной слабости сухожильно-связочного аппарата [5].

У значительной части больных грыжа протекает бессимптомно или сопровождается минимальной клиникой (изжога, отрыжка) и обнаруживается лишь во время рентгенологического исследования по другому поводу. Жалобы в основном обусловлены недостаточностью кардии и вторично развивающимся рефлюкс-эзофа-

гитом. Однако пролабирование желудка через пищеводное отверстие в заднее средостение и длительное попадание желудочного сока в пищевод может вызывать изъязвление стенки пищевода и кровотечение, что приводит к анемии, а в последующем к стенозированию пищеводно-желудочного перехода. У части больных наблюдается боль в грудной клетке, напоминающая стенокардию [2, 5].

С развитием видеолапароскопической техники увеличилось число больных с ПОД, у которых применяются хирургические методы лечения, что требует разработки критериев выбора

факторов, которые определяют показания к операции.

Цель работы – оценить возможности видеолапароскопических методов лечения грыж ПОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В городском центре эндоскопической хирургии г. Днепропетровска за период с 2005 по 2011 год выполнено 475 видеолапароскопических вмешательств по поводу ГЭРБ в сочетании с грыжей ПОД.

Грыжи ПОД встречались в любом возрасте, но их наибольшее количество (более 60%) приходилось на средний возраст (рис.1).

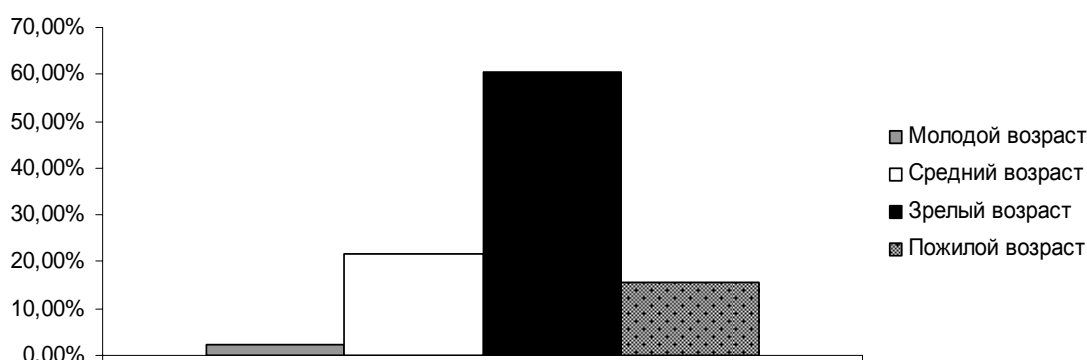


Рис. 1. Распределение оперированных больных по возрасту (n=476)

Мужчин среди оперированных больных было 119 (25,2%), женщин – 356 (74,8%).

У 294 пациентов выполнена задняя крурорафия, а у 181 – передне-задняя крурорафия. Основной антирефлюксной операцией была фундопликация в модификации Nissen или Nissen-Rossetti (442 больных – 92,8%), у 32 (6,7%) больных использовали методику Toupet и у одного – Dog. Крурорафия с установкой сетчатого эксплантата и фундопликацией выполнена 14 пациентам с большими кардиофундальными грыжами.

С 2011 года при выполнении операций по поводу грыжи ПОД для рассечения и коагуляции тканей используется ультразвуковой диссектор Harmonic TM generator 300, производитель - Ethicon Endo – Surgery (Johnson&Johnson) (США); для коагуляции используется режим 3, для резания – режим 5. Всего с начала использования ультразвукового диссектора Harmonic выполнено с его применением 124 операции. Использование ультразвуковой энергии позволяет производить атравматичную диссекцию тканей и осуществлять гемостаз, оказывая минимальное повреждающее воздействие на ткани.

При использовании ультразвукового скальпеля HARMONIC пациент не подвергается воздействию электрического тока, поэтому полностью отсутствуют риски, обусловленные прямым воздействием электричества. HARMONIC имеет также следующие преимущества: минимальное термическое повреждение тканей, большая точность манипуляций вблизи жизненно важных структур, менее выраженное обугливание и высушивание тканей, практически полное отсутствие дыма, сокращение числа используемых инструментов.

Для выполнения крурорафии с осени 2011 года используется аппарат эндоскопического ручного шва ENDOSTICH фирмы AUTOSUTURE, нить - SURGIDAC 00. Всего до конца 2011 года выполнено 30 операций с использованием аппарата ENDOSTICH. Использование аппарата ENDOSTICH позволяет ускорить выполнение крурорафии и более безопасно выполнить этот этап операции. Всем больным проводили традиционную предоперационную подготовку с профилактикой тромбоэмболических осложнений по общепринятой схеме и антибиотикопрофилактикой при наличии показаний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство больных обращались за помощью по поводу ЖКБ или ПХЭС. Однако настаивало наличие жалоб не типичных для данной патологии: изжоги, жжения и боли за грудиной, срыгивания, дисфагии, которые усиливаются в горизонтальном положении, особенно вскоре после еды или усилий, повышающих брюшное давление (наклоны вниз, подъем тяжести, кашель). Изжога является основным симптомом рефлюкс-эзофагита. Она может наблюдаться и в дневное, и в ночное время, может усиливаться сразу после приема пищи и принятии горизонтального положения, сопровождается отрыжкой и икотой. Это побуждало нас более тщательно подходить к обследованию больных.

В наших наблюдениях наиболее распространенным симптомом была боль (83,4%). Однако в отличие от болевого синдрома при ЖКБ жгучая боль отмечалась на уровне мечевидного отростка и нижней трети грудины, усиливалась после еды и в горизонтальном положении. У 10,8% больных отмечался типичный синдром Бергмана (боль, симулирующая стенокардию с отсутствием изменений на ЭКГ и клинических признаков хронической коронарной недостаточности, приступы бради- и тахикардии, ощущение перебоев в области сердца, обмороков, коллапса). Достаточно часто пациенты предъявляли жалобы на изжогу (56,1%), отрыжку воздухом (46,7%), срыгивание (27,7%) и дисфагию (28,1%), не характерные для ЖКБ. Для диагностики грыжи ПОД и рефлюкс-эзофагита использовали традиционные методы: рентгенконтрастное исследование

в положении Тренделенбурга и эндоскопическое исследование (ФГДС). Исходя из накопленного опыта, считаем эти методы взаимодополняющими: рентгенологическое исследование эффективно выявляет прямые признаки как аксиальных, так и параэзофагеальных грыж ПОД (эффективно в 99,6%), а эндоскопическое – косвенные признаки грыж и рефлюкс-эзофагита.

При выявлении грыжи ПОД и рефлюкс-эзофагита пациентам предлагали оперативное лечение в следующих случаях:

1. При параэзофагеальных грыжах;
2. При аксиальных грыжах от 2 типа и выше (по классификации Б.В. Петровского и Н.П. Каншина (1966));
3. При выраженных клинических проявлениях (боль, изжога, выраженная регургитация и т.д.);
4. При рефлюкс-эзофагите, который не поддается консервативной терапии в течение 8-12 недель или с явлениями стенокардии/бронхоспазма;
5. При развитии язвенных изменений со стороны пищевода и кардиального отдела желудка с выраженным контактным кровотечением (после антирефлюксной терапии).

Противопоказаниями к операции, помимо общепринятых, считали декомпенсацию дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности, укорочение пищевода 2 степени, выраженное ожирение.

Показания к антирефлюксным операциям расширяли при наличии сопутствующих заболеваний (наиболее часто ЖКБ), подлежащих оперативной коррекции (рис. 2).

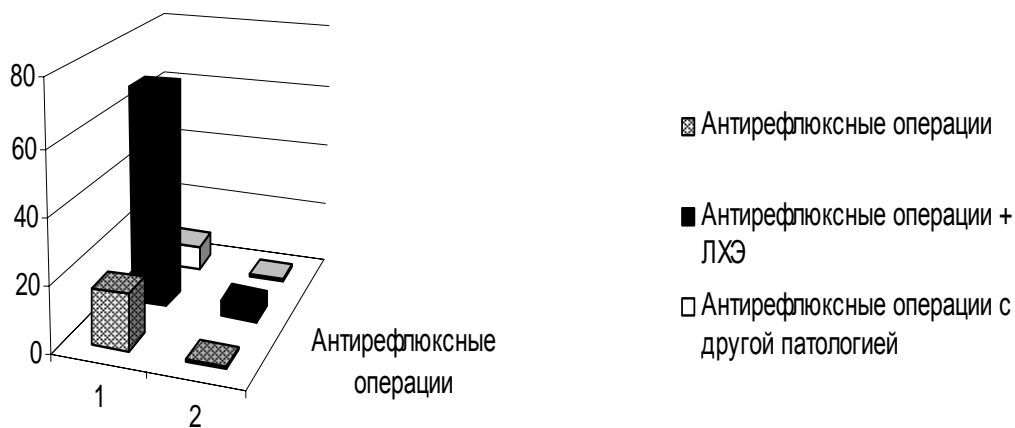


Рис. 2. Распределение оперативных вмешательств у больных с грыжами ПОД: 1. фундопликация по Nissen-Rossetti; 2. по Toupet (n=475)

Фундопликация с крурорафией в чистом виде выполнена у 97 (20,4%) больных, во всех остальных случаях выполнялись сочетанные операции. У 339 больных (71,2%) – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), а у 39 (8,2%) – другие лапароскопические вмешательства (устранение наружных грыж живота, висцеролиз, удаление кист селезенки и печени). По поводу грыжи ПОД оперировано 10 больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), которые длительное время получали медикаментозную терапию. Причиной данного синдрома явилась хиатальная грыжа.

В послеоперационном периоде больных активизировали через 24 часа после удаления желудочного зонда, в эти же сроки разрешали пить и принимать жидкую пищу малыми порциями. Инфузионную терапию в эти сроки продолжали только при наличии сопутствующей патологии.

Функциональная дисфагия в раннем послеоперационном периоде отмечена у 24 (5,1%) пациентов. Однако по классификации Johnston и De Meester она у большинства не превышала I степень (транзиторная дисфагия, не связанная с консистенцией пищи), и только у 2 была II степени (дисфагия при приеме твердой пищи). Явления дисфагии у всех больных купировались самостоятельно после уменьшения отека манжетки.

Осложнения развились у 10 (2,1%) больных. У 1 пациентки операция осложнилась перфорацией пищевода, что потребовало конверсии. У двух больных в послеоперационном периоде

сформировался поддиафрагмальный абсцесс, у 3 – внутрибрюшное кровотечение из лапароскопического порта, у 3 – левосторонний пневмоторакс и у одного – перфорация сигмовидной кишки в результате электроожога. Смертности среди оперированных больных не было.

Рецидив грыжи ПОД в различные сроки после операции выявлен у 3 (0,6%) больных и у 6 (1,2%) – соскальзывание манжетки по типу телескопа.

ВЫВОДЫ

1. Видеолапароскопическая фундопликация по Nissen-Rossetti или Toupet с крурорафией являются достаточно безопасным и эффективным методом лечения хиатальных грыж.

2. Грыжа ПОД наиболее часто сочетается с желчнокаменной болезнью, поэтому при планировании лечения ЖКБ предъявление пациентами жалоб, не характерных для данной патологии, является показанием для обследования с целью исключения хиатальной грыжи.

3. Одновременное устранение сочетанной патологии брюшной полости при лапароскопических вмешательствах оправдано как с психологической, так и материальной точки зрения.

4. Выполнение симультантных операций при взвешенном отборе больных не увеличивает операционного риска и дает удовлетворительные результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грубник В.В. Актуальные вопросы лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы: анализ собственного материала и данные литературы / В.В. Грубник, А.В. Малиновский // Укр. журнал хірургії. – 2011. – № 5. – С. 95-99.

2. Дополнительные вмешательства при лапароскопической холецистэктомии / О.Ч. Хаджиев, А.К. Бабалич, В.К. Войтенко, А.М. Резниченко // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения / Труды Крым. гос. мед. ун-та им. С.И. Георгиевского, 2008. – Т.144, ч. 1. – С. 245-246.

3. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. – М.: Триада, 2000. – 179 с.

4. Пучков К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 171 с.

5. Hill L.D. The gastroesophageal flap valve : in vitro and in vivo observations / L.D. Hill // *Gastroint. Endosc.* - 1996. -Vol. 44. - P. 541-547.

6. Horgan S., Pellegrini C.A. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease: results and complications / S. Horgan, C.A. Pellegrini // *Surg. Clin. North Am.* – 2007. - Vol. 89, N 3. - P. 553-562.



УДК 616.381-007.43-089.844

**Р.В. Бондарев,
В.И. Бондарев,
А.Л. Чибисов,
А.А. Орехов,
С.С. Селиванов**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии
(зав. – д. мед. н. проф. В.И. Бондарев)*

Ключевые слова: грыжи, способ
лечения

Key words: hernia, surgical
treatment, results

ОСОБЕННОСТИ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Резюме. Розроблено спосіб фіксації сітчатого протезу при герніопластичі грыж малих розмірів передньої черевної стінки. Застосування запропонованого методу оптимізує методіку лікування пацієнтів шляхом скорочення травматичності та тривалості хірургічного втручання.

Summary. Means of fixation of net prosthesis in hernioplasty of small size hernias of anterior abdominal wall was developed. Usage of developed method optimizes treatment procedure by reducing traumatism and duration of time of surgical intervention

Герниопластика является второй по распространенности операцией в мире [1, 2]. Вопросы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки имеют большое практическое и экономическое значение. Герниопластика местными тканями не ликвидирует этиопатогенетические механизмы грыжеобразования. Так, при аутопластике грыж малых размеров рецидив грыжи достигает 5-12,1% [4].

В настоящее время аллопластика полипропиленовыми сетчатыми протезами стала основным способом лечения грыж, особенно у больных с повышенным риском рецидива заболевания. Существует много способов размещения и фиксации протеза. Метод надапоневротического размещения сетки прост, однако широкая мобилизация апоневроза от подкожно-жировой клетчатки, возможность инфицирования протеза и слабая интеграция его в слои брюшной стенки повышают частоту развития осложнений послеоперационных ран и рецидивов грыж при этом виде аллопластики. Наилучшие результаты аллопластики достигаются при размещении протеза под апоневрозом. При этом сокращается количество осложнений в послеоперационных ранах и рецидивов грыж [3, 5, 7]. Однако при малых грыжевых воротах фиксировать края протеза, размещенного под апоневрозом, технически сложно, длительнее, а нередко травматичнее и трудновыполнимо.

Создание новых, эффективных способов фиксации сетки при грыжах передней брюшной стенки малых размеров позволит улучшить лечение грыженосителей данной группы, при этом упростит, сократит длительность, повысит функ-

циональность и надежность оперативных вмешательств.

Цель исследования: разработать способ фиксации сетчатого протеза при герниопластике грыж малых размеров передней брюшной стенки, который позволит оптимизировать лечение в данной группе больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу работы положен анализ результатов лечения 33 больных, оперированных по поводу грыж малых размеров передней брюшной стенки. Мужчин было 12, женщин – 21, возраст варьировал от 18 до 68 лет. Для проведения анализа лечения указанной группы грыженосителей использовали классификацию J.P. Chevrel и A.M. Rath (SNR classification) [6]. Большую часть составили больные с размером грыжевых ворот 2-3 см – 23 (69,7%), до 5 см – 10 (30,3%).

Наблюдаемые больные были оперированы по поводу: грыжи белой линии живота – 6, пупочной грыжи – 17, рецидивной грыжи белой линии живота – 2, рецидивной пупочной грыжи – 5, послеоперационной вентральной грыжи – 3 (грыжи возникли после лапаротомии). Среди них неправивая грыжа наблюдалась у 4 (12,1%) больных, частично вправивая – у 7 (21,2%).

Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений внутривенно вводили цефалоспорины II-III поколения 1-1,5 гр, метрогил 100 мл.

В зависимости от способа фиксации сетчатого протеза больные были распределены на две группы, которые между собой рандомизированы по полу, возрасту пациентов, сопутствующей пато-

логии и размеру грыжевых ворот. Группу сравнения составили 15 пациентов, у которых синтетический протез в положении «sub lay» фиксировали по «классической» методике отдельными узловыми швами. В основной группе (n=18) фиксацию протеза с расположением «sub lay» проводили по разработанному нами методу.

Способ фиксации заключался в следующем: в предбрюшинной клетчатке формируется ложе для имплантата, отсепаровывая мышечно-апоневротические ткани на 3 см по окружности грыжевых ворот изнутри.

Затем готовится эндопротез, для которого из пропиленовой сетки выкраивается круг (эллипс), диаметр которого соответствует подготовленному ретромускулярному пространству. Далее трансплантант условно разделяется перпендикулярами, проведенными через центр, на восемь равных конусов. Через вершины перпендикуляров по периметру сетки накладываются отдельные полипропиленовые нити (рис. 1). Таким образом, трансплантант готов к протезированию грыжевых ворот.

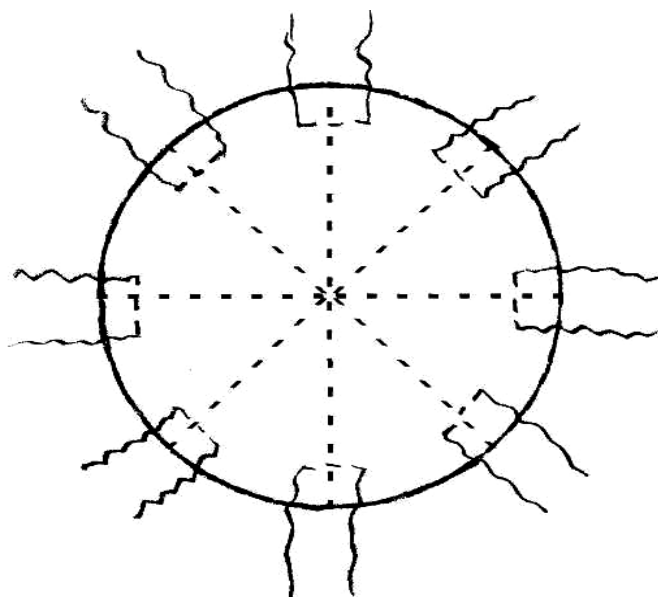


Рис. 1. Трансплантант условно разделен перпендикулярами, проведенными через центр, на восемь равных конусов и на вершины перпендикуляров наложены отдельные полипропиленовые нити

Грыжевые ворота так же условно разделяются на восемь равных конусов. Через вершины перпендикуляров на расстоянии 3-4 см от центра грыжевого дефекта проводили специальную иглу

(рис. 2) через апоневроз, мышцы, в предбрюшинное ложе, концы соответствующих нитей эндопротеза заводили за ушко иглы и иглу извлекали наружу.

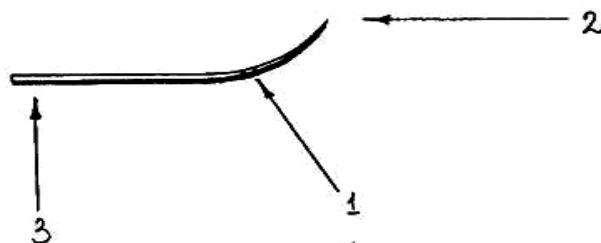


Рис. 2. Игла лыжеподобной формы: 1) ушко в игле для нити; 2) колющая часть; 3) основание иглы

Эндопротез размещают в сформированной предбрюшинной клетчатке. Парно связывают по периметру концы нитей, фиксирующих протез к апоневрозу (рис. 3, 4). После этого непре-

рывным швом нитью пролен 2,0 сшивают над сеткой апоневротические края грыжевого дефекта. Подкожную рану ушивают послойно, наглухо.

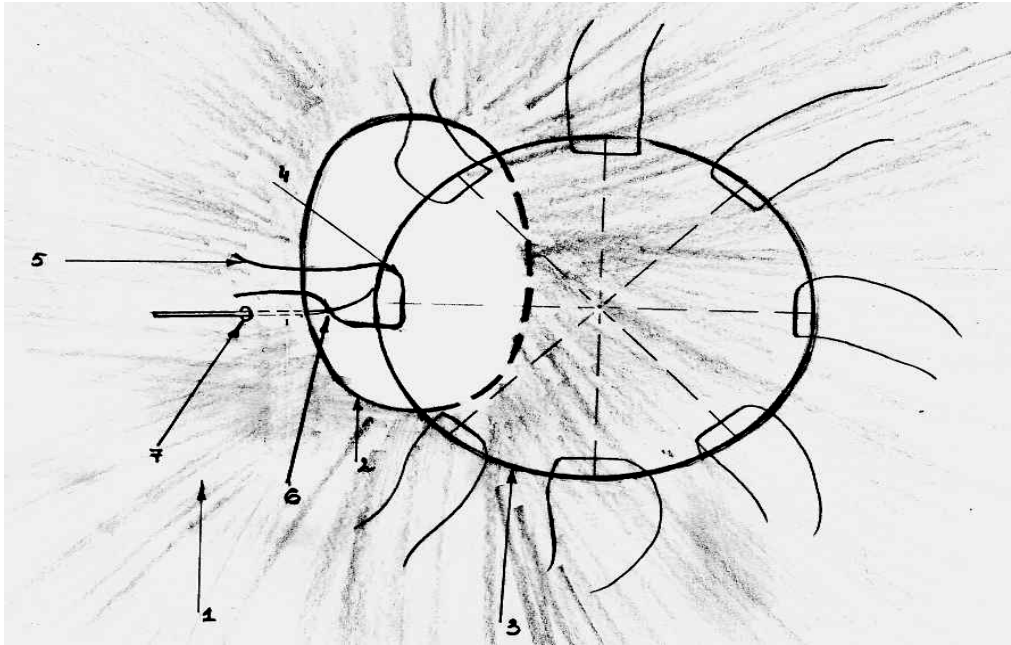


Рис. 3. Иглой проколот апоневроз, в ушко иглы продета нить: 1) апоневроз передней брюшной стенки; 2) грыжевые ворота; 3) сетчатый трансплантат; 4) П-образный шов на сетчатом протезе; 5) свободнолежащая нить П-образного шва; 6) второй конец нити П-образного шва пройдет в ушко иглы; 7) место прокола иглой апоневроза снаружи внутрь

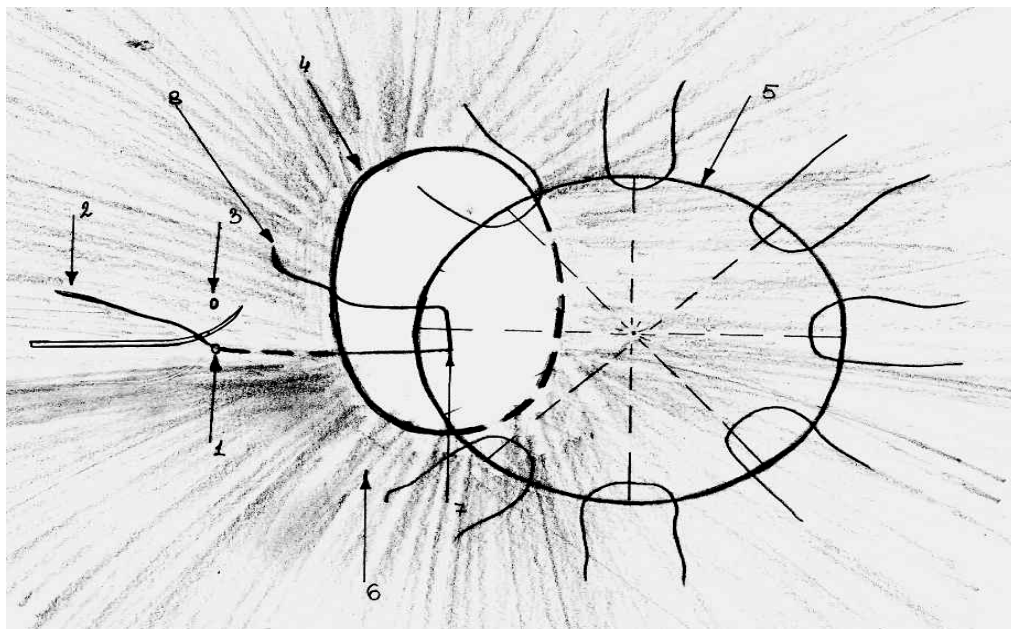


Рис. 4. Игла в обратном направлении извлечена из апоневроза с нитью: 1) место выкола иглы с нитью из апоневроза; 2) нить, продетая через ушко иглы, выведена через апоневроз изнутри наружу; 3) проекция следующего вкола иглы в апоневроз для выведения второго конца нити П-образного шва; 4) грыжевые ворота; 5) сетчатый трансплантат; 6) апоневроз передней брюшной стенки; 7) П-образный шов на сетчатом трансплантате; 8) второй конец свободнолежащей нити П-образного шва

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе сравнения у 8 больных с грыжевыми воротами размером 2-3 см из-за возникших технических сложностей при фиксации сетчатого протеза, связанных с малым размером грыжевых ворот, произведено рассечение последних. Увеличение грыжевых ворот путем рассечения повлекло за собой дополнительное отсепаровывание мышечно-апоневротической ткани для формирования ложа и, тем самым, увеличение размеров имплантата. В 3-х случаях удалось фиксировать протез без рассечения грыжевых ворот, но манипуляции при этом были травматичны за счет сильной тракции того или иного края грыжевых ворот во время прошивания и фиксирования сетки.

У больных этой группы в раннем послеоперационном периоде отмечено 3 случая скопления сером в зоне размещения эндопротеза, что потребовало в дальнейшем их удаления пункционным методом под УЗИ-контролем. Инфильтрат подкожно-жировой клетчатки в области операции отмечен у 2 пациентов.

В основной группе осложнение в виде инфильтрации мягких тканей в послеоперационной области отмечено у 1 больного. Инфильтративные процессы в обеих группах разрешены консервативно.

Уменьшение травматичности предложенного способа фиксации сетчатого протеза позволило на 3 суток сократить послеоперационный койко-день, упростить технику операции и сократить почти в два раза ($p < 0,001$) длительность вмешательства.

В сроки наблюдения до 3 лет после операции рецидив отмечен только у 1 больного в группе сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение предложенного способа фиксации сетчатого протеза оптимизирует методы лечения больных с малыми грыжами передней брюшной стенки путем уменьшения травматичности и длительности оперативного вмешательства, снижая, тем самым, количество ранних послеоперационных осложнений и частоту возникновения рецидива грыжи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, Ф.Н. Ильченко [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1996. - Т. 155, № 2. - С. 105-108.
2. Ковалёва З.В. Выбор эксплантата для герниопластики : автореф. дис. на соискание учн. степени канд. мед. наук.: спец. 14.00.27 «Хирургия» / З.В. Ковалёва. – Самара, 1999. - 18 с.
3. Нелюбин П.С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П.С. Нелюбин, Е.А. Галота, А.Д. Тимошин // Хирургия. - 2007. - № 7. - С.69-74.
4. Чистяков А.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / А.А. Чистяков,

Д.Ю. Богданов. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 104 с.

5. Экспериментальные и клинические результаты использования сетчатого эндопротеза ВИПРО (VYPRO) / Н.А. Сурков, А.Г. Кирпичев А.Г., С.А. Заринская [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. - М., 2002. - С.78-80.

6. Chavrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chavrel, A.M. Rath // Ibid. - 2000. - Vol. 4, N 1- P. 1-7.

7. Early results of a single-blinded, randomized, controlled, Internet-based multicenter trial comparing Prolene and Vypro II mesh in Lichtenstein hernioplasty / S. Bringman, T.J. Heikkinen, S. Wollert [et al.] // Hernia. - 2004. - Vol. 8, N 2. - P.127-134.



УДК 617.757-007.43-089.844-089.819

**Н.А. Яльченко,
В.Ю. Шевченко,
П.Б. Лысунец,
В.И. Черный**

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТОК С
НИТИНОЛОВЫМ КАРКАСОМ ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАХОВЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

КУ « 11 городская клиническая больница» ДОР

Специализированный лапароскопический лечебно-диагностический центр

г. Днепропетровск

Ключевые слова: грыжи паховые и вентральные, сетчатые материалы, опыт лечения

Key words: inguinal and ventral hernias, nitinol frame, laparoscopic treatment

Резюме. Авторами наведений досвід застосування сіток с нитиноловим каркасом при лікуванні хворих з паховими і вентральними грижами. Попередній аналіз результатів лікування показав, що перевагами застосування таких сіток є: зменшення часу виконання операції; практично повна відсутність больового синдрому при лікуванні пупкової грижі та мінімальний післяопераційний дискомфорт в області паху в ранньому післяопераційному періоді при лікуванні пахових гриж; відсутність необхідності використання фіксуючих пристроїв; легкість і зручність застосування, наявність декількох різних форм і розмірів; можливість післяопераційного контролю розташування експланта; відсутність необхідності зашивання грижевих воріт.

Summary. Authors result experience of application of grids with nithinol skeleton in treatment of patients with inguinal and ventral hernias. The preliminary analysis of treatment results has shown that advantages of use of the given grids are: reduction of operation duration on the average by 20 minutes; practically total absence of painful syndrome at treatment of umbilical hernia and the minimum postoperative discomfort in the field of groin in the early postoperative treatment period of inguinal hernias; absence of necessity of application of fixing devices; ease and convenience of application, presence of several various forms and sizes; possibility of postoperative control of an arrangement of explants; absence of necessity of hernia gate suturing.

В настоящее время все чаще используются лапароскопические методы лечения паховых и вентральных грыж. При выполнении лапароскопических герниопластик обязательным является использование сетчатых эксплантатов. Послеоперационные осложнения и результаты операции во многом зависят от вида имплантируемой сетки и методов ее фиксации к опорным тканям брюшной стенки во время лапароскопической операции. Причинами послеоперационных осложнений и рецидивов грыж часто являются использование сеток недостаточно больших размеров, скручивание сетки во время и после фиксации, неадекватная фиксация, сморщивание сетки в послеоперационном периоде во время прорастания ее тканями. В 2006 году американская фирма MMDI разработала и внедрила новый вид сеток, преимущество которых заключается в том, что сетка натянута на специальную металлическую рамку с памятью формы. За счет данного каркаса во время установки и фиксации сетка не скручивается, плотно закрывает грыжевой дефект, а также, при про-

растании ее тканями, не уменьшается в размерах. Такая система из сетки и каркаса получила название Rebound HRD. Существует два основных вида сеток, каждая из которых закреплена на саморасширяющуюся эластичную основу с памятью формы из титано-никелевого сплава NiTiNol: для интраабдоминальной пластики - из конденсированного политетрафлуорэтилена (сPTFE, тефлон); для внебрюшинной пластики - из облегченного крупноячеистого конденсированного полипропилена. Сетки из PTFE представлены следующими формами и размерами: овальная экстрамаленькая XS (5,00 x 6,50 см), овальная маленькая S (6,99 x 8,89 см), овальная средняя M (12,78 x 10,01 см), овальная большая L (15,01 x 12,01 см) и прямоугольная экстрабольшая XL (24,13 x 17,78). Сетки из полипропилена представлены следующими формами и размерами: комбинированная маленькая HVB-S (9,55 x 12,42 см), комбинированная большая HVB-L (12,84 x 15,68), овальная маленькая OVL-S (7,19 x 8,89 см), заслонка маленькая SLD-

S (10,31 x 14,94 см) и заслонка большая SLD-L (13,61 x 18,50 см).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В период с середины декабря 2011 года по середину февраля 2012 года на базе филиала кафедры хирургии № 1 ГУ «Днепропетровская медицинская академия» во 2 хирургическом отделении КЗ «11 городская клиническая больница» ДОР нами выполнено 7 оперативных вмешательств у 6 пациентов с использованием сеток с нитиновым каркасом производства американской фирмы MMDI.

Четверо пациентов оперированы по поводу односторонней паховой грыжи, один – по поводу двусторонней паховой грыжи, и один – по поводу пупочной грыжи.

При лечении пупочной грыжи пациенту была установлена сетка OVL-S из PTFE с фиксацией сетки четырьмя трансфасциальными швами к брюшной стенке.

При лечении пациентов с паховыми грыжами выполнялась стандартная TAPP – методика герниопластики до момента установки сетчатого эксплантата.

В качестве эксплантата в четырех случаях были использованы сетки MMDI типа HYB-L и в двух случаях – сетка типа SLD-S. Тип и размер устанавливаемой сетки выбирался во время операции с учетом анатомических особенностей пациента и размера грыжевых ворот.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ни в одном из семи случаев не потребовалось дополнительной фиксации эксплантата. Сетки надежно закрывали медиальную, латеральную и бедренную ямки, во всех случаях сетки легко вводились в брюшную полость, легко возвращались к своей исходной форме, хорошо приспосабливались к рельефу брюшной стенки. Размещение сеток не требовало усилий и значительно сокращало время операции по сравнению с установкой бескаркасных сеток. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным швом викрилом.

В послеоперационном периоде положение сетки контролировалось обзорным рентгенологическим исследованием (при паховой грыже -

тазовое положение стоя, под каудальным углом 30 градусов; при пупочной – прямая проекция). Не было зафиксировано никакого изменения формы устройства, контура или положения на рентгенограмме ни одного из устройств.

У одного пациента, оперированного по поводу двусторонней паховой грыжи с применением сетки MMDI, развилось осложнение – предбрюшинная гематома слева, которое было нами расценено как не связанное с технологическими особенностями сеток. Осложнение ликвидировано однократной чрескожной пункцией в паховой области слева (под контролем УЗИ) и аспирацией до 30 мл геморрагической жидкости.

ВЫВОДЫ

1. Предварительный анализ результатов лечения пациентов с применением сеток MMDI показывает, что преимуществами использования данных сеток являются:

- уменьшение продолжительности операции в среднем на 20 минут;
- практически полное отсутствие болевого синдрома при лечении пупочной грыжи и минимальный послеоперационный дискомфорт в области паха в раннем послеоперационном периоде при лечении паховых грыж;
- отсутствие необходимости применения фиксирующих устройств;
- легкость и удобство применения (введение, раскрытие, размещение, фиксация), наличие нескольких различных форм и размеров;
- возможность послеоперационного контроля расположения эксплантата;
- отсутствие необходимости ушивания грыжевых ворот.

2. Кроме этого, сетка MMDI:

- легко сгибается, плотно прилегает к тканям, соответствуя их форме;
- не деформируется и практически не сморщивается.

3. Таким образом, применение сеток нового поколения с нитиновым каркасом американской фирмы MMDI может улучшить результаты лапароскопической герниопластики вентральных и паховых грыж.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Майстренко Н. А. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и пути профилактики / Н.А.Майстренко, А.Н.Ткаченко // Вестн. хирургии им. Грекова – 2007. – Т.166, №4. – С. 130-135

2. Натяжная герниопластика / Воскресенский П.К., Емельянов С.И., Ионова Е.А. и др.; под общей ред. В.Н. Егиева. – М.: Медпрактика, 2002. – 148 с.

3. Подергин А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыже-сечения с пластикой полипропиленовой сеткой // Вестн. герниологии.- 2006.- №2.- С. 149-152.

4. Discordance between the patients and surgeons perception of complications following hernia surgery / Franney U., Gunnarson U., Wollet S., Sandblom G. // Hernia.- 2005. – Vol. 10, N2. – P. 17-21.

УДК 617.757-007.43-036.87-089.844

**Я.П. Фелештинський,
С.А. Свиридовський,
О.Д. Маленда**

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ СПОСОБУ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ ПІСЛЯ АЛОПЛАСТИКИ ЗА ЛІХТЕНШТЕЙНОМ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
м. Київ*

Операція Ліхтенштейна при хірургічному лікуванні пахвинних гриж виконується у 92-95% хворих. Незважаючи на широке використання цієї операції, рецидиви спостерігаються у 1,5-5,2%, а хронічний біль досягає 16,8%. Хірургічне лікування рецидивних пахвинних гриж після операції Ліхтенштейна у зв'язку з технічними труднощами виконання повторної операції переднім доступом вимагає диференційованого підходу до вибору способу преперитонеальної алопластики.

Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування хворих на рецидивну пахвинну грижу після операції Ліхтенштейна.

За період з 2006 по 2012 р. в Українському центрі хірургічного лікування гриж живота прооперовано 72 хворих чоловічої статі з рецидивними пахвинними грижами після операції Ліхтенштейна. Середній вік хворих – 56,2±2,8 року. Залежно від способу операції хворі були розподілені на 3 групи. У першій групі (24 хворих) виконувалася відкрита передочеревинна алопластика за Nyhus, у другій (24 хворих) – відкрита передочеревинна алопластика за Rives, у третій (24 хворих) – лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (ТАРР). Групи хворих були порівняними за розмірами грижі та віком. Оцінка результатів лікування проводилася за такими критеріями: тривалість операції, наявність інтраопераційних та післяопераційних ус-

кладнень, інтенсивність післяопераційного болю, яка оцінювалася за візуальною аналоговою шкалою (VAS 0-10). Наявність хронічного болю та рецидиву грижі виявляли шляхом повторних оглядів впродовж 1-5 років.

Середня тривалість операцій становила в I групі хворих 50,2±3,7 хв., в II – 68,6±6,4 хв., в III – 46,9±2,8 хв. Інтраопераційні ускладнення у вигляді пошкодження нижніх епігастральних судин спостерігались у I групі – у 2 хворих, у III – у 1 хворого. Серед ускладнень з боку післяопераційної рани в I групі – гематома (2 хворих), серома (3 хворих); у II групі – гематома калитки (2 хворих), серома (2 хворих). Інтенсивний післяопераційний біль (VAS≥6) у I групі спостерігався у 2 хворих, у II групі – у 3 хворих, у III не спостерігався. Хронічний біль відмічали лише у 2 хворих другої групи. Повторний рецидив пахвинної грижі виник через 6 місяців після операції лише у 1 хворого першої групи. Як видно з отриманих результатів, найменша частота післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні рецидивних гриж спостерігається після ТАРР.

Отже, оптимальним варіантом алогерніопластики при рецидивних пахвинних грижах після операції Ліхтенштейна є лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (ТАРР), яка забезпечує високу ефективність лікування.



**В.Є. Вансович,
Ю.М. Котік**

ТРАНСІНГВІНАЛЬНА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНА АЛОПЛАСТИКА ПАХВИННИХ ГРИЖ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СИСТЕМИ REBOUND HRD

Одеський національний медичний університет

Питання розробки та впровадження сучасних засобів лікування хворих із пахвинними грижами диктує чітку тенденцію зведення до мінімуму операційної травми, скорочення терміну стаціонарного лікування та прискорення реабілітації хворих, покращення віддалених результатів операції. Останнім часом запропоновано нову методику алопластики пахових гриж *TIPP Rebound HRD*, яка заснована на використанні сітки з нітіноловим каркасом, що має ефект просторової пам'яті.

Нами оперовано 17 хворих із пахвинними грижами (10 випадків прямих та 7 косих гриж). Всім хворим виконано трансінгвінальну преперитонеальну алопластику (TIPP) Rebound HRD.

Середня тривалість оперативного втручання становила $18,8 \pm 6,5$ хвилин. У всіх пацієнтів післяопераційний період проходив без будь-яких

ускладнень. Як правило, не було необхідності додаткового знеболення, рухова активність практично повністю відновлювалася протягом 12-18 годин після операції. Середній термін перебування у стаціонарі становив $2,1 \pm 0,5$ дня. Практично всі пацієнти наступного дня можуть бути виписані зі стаціонару. Ми не відзначали випадків запальних ускладнень з боку операційної рани.

Таким чином, трансінгвінальна преперитонеальна алопластика із використанням системи Rebound HRD є новим інноваційним засобом оперативного лікування пахвинних гриж, яка дозволяє знизити до мінімуму час та травматичність оперативного втручання, значно зменшити вірогідність ускладнень, пов'язаних із загальною анестезією, а також скоротити термін лікування хворих та прискорити їх реабілітацію.



КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.345-089.819

Я.С. Березницький,
Г.В. Астахов,
Г.Г. Яроцький,
С.Н. Курыляк

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Клиника общей и пластической хирургии «Гарвис»
г. Днепропетровск

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Ключевые слова: толстая кишка, лапароскопические вмешательства, результаты
Key words: large intestine, laparoscopic interventions results

Резюме. Проаналізовано досвід лапароскопічних втручань на товстій кишці. Лапароскопічні операції порівняно з традиційними операціями на товстій кишці мають переваги: менший ліжко-день, менша крововтрата, рання активізація пацієнта, менш виражений післяопераційний біль.

Summary. Experience of laparoscopic interventions on the large intestine was analyzed. Laparoscopic interventions have certain advantages as compared with traditional ones: less hospital stay, less blood loss, early activation of a patient, less expressed post-operative pain.

До конца 80-х годов лапароскопию использовали прежде всего с диагностической целью. Развитие видеолапароскопии позволило освободить руки хирурга для выполнения манипуляций. Первая лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 1987 году, и с тех пор лапароскопическая хирургия получила широкое применение во всем мире. В 1991 году Jacobs M. et al. опубликовал первое сообщение о применении лапароскопической резекции толстой кишки при её раке.

В 2008 году в результате рандомизированных многоцелевых исследований показано преимущество лапароскопических операций у пациентов с третьей стадией заболевания опухолями ободочной кишки [8].

В последние десять лет новые эндовидеохирургические технологии уверенно заняли свое место в абдоминальной онкохирургии. Разработаны и активно применяются на практике лапароскопические операции на ободочной кишке [1, 2, 7, 10] и верхнеампулярном отделе прямой кишки [1, 5].

Основным способом лечения хирургической патологии толстой кишки на сегодняшний день остается «открытая» операция. Преимущества лапаротомии - это возможность оценки степени местного распространения процесса и возможность адекватного оперативного лечения при опухолях больших размеров, явлениях кишечной непроходимости.

В то же время совершенствование техники лапароскопических вмешательств способствовало расширению показаний к их применению. Использование лапароскопических технологий позволяет минимизировать воздействие хирургической травмы на пациента. Минимизируется интраоперационная кровопотеря. Послеоперационный период протекает у таких пациентов легче и практически без боли, быстрее восстанавливаются функции кишечника. Сокращается время пребывания пациента на койке [3, 4, 8, 11].

Лапароскопические вмешательства на толстой кишке не показаны: при больших опухолях (Т 4, не чувствительных к неоадьювантной химиотерапии), при местнораспространенных опухолях, при обширном спаечном процессе органов брюшной полости, при явлениях кишечной непроходимости [6, 7, 8, 9].

Цель работы – проанализировать собственный опыт лапароскопических вмешательств на толстой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с октября 2009 по март 2012 года было выполнено 23 лапароскопические операции на толстой кишке. У 20 человек операции были выполнены по поводу злокачественных новообразований, у одной пациентки по поводу болезни Гиршпрунга, у 1 - по поводу выпадения прямой кишки третьей степени и у 1 - по поводу стриктуры ректосигмоидного отдела прямой кишки на фоне эндометриоза. У пяти пациентов с опухо-

лями толстой кишки операции начались лапароскопически, однако при дальнейшей ревизии была установлена значительная опухолевая инвазия в окружающие ткани, и операции были продолжены лапаротомным доступом.

Нами выполнено: 6 - правосторонних гемиколэктомий, 6 – левосторонних гемиколэктомий, 2 – резекция сигмовидной кишки, 4 – низких передних резекции прямой кишки, 2 – операции Гартмана, 2 – экстирпации прямой кишки, 1 – ректопексия по Чухриенко.

Средняя продолжительность операции составила 3,5 часа.

Лапароскопические операции по поводу онкологической патологии всегда проводились с соблюдением принципов абластики - операции начинались с выделения и пересечения сосудов, питающих резецируемые участки кишки, с дальнейшей лимфаденэктомией в стандартных объемах.

Мобилизацию проводили ультразвуковым диссектором Harmonik.

Извлекали резецированную кишку через разрез 8-10 см. При выполнении левосторонних гемиколэктомий разрез выполняли над лобком по Пфаненштилю. При правосторонних гемиколэктомиях разрез выполняли в подреберье справа.

Тонко-толстокишечные анастомозы накладывались ручным двухрядным узловым или непрерывным швом. Для наложения анастомозов с прямой кишкой использовали циркулярный сшивающий аппарат «PROXIMAT» диаметром 35 мм. Герметичность аппаратного анастомоза проверяли пневматической пробой, когда полость малого таза над анастомозом заполнялась физиологическим раствором, а в прямую кишку через катетер Фоллея нагнетался воздух. Во всех случаях анастомозы были герметичны.

Интраоперационная кровопотеря была минимальной и не потребовала дополнительной гемотрансфузии. Пациенты активизировались на вторые сутки после операции. Болевой синдром после лапароскопических операций был не выраженным и пациенты не нуждались в назначении наркотических анальгетиков. На вторые сутки восстанавливалась перистальтика кишечника. При гладком течении послеоперационного периода пациенты выписывались из стационара на 7 сутки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии / В.Б. Александров. – М., 2003. – С.26-27.

В раннем послеоперационном периоде у двоих больных после правосторонней гемиколэктомии с формированием ручного илео-транsverзоанастомоза «бок-в-бок» возникла клиника несостоятельности анастомоза. В первом случае клиника развилась на вторые сутки, при релапаротомии было выявлено, что анастомоз состоителен, а в 2-3 см от него по ходу толстой кишки, по противобрыжеечному краю, имеется перфоративное отверстие с ровными краями в диаметре 3-4 мм. Причиной перфорации, очевидно, была электротравма во время мобилизации.

Во втором случае клиника несостоятельности развилась на 7 сутки. При релапаротомии был выявлен дефект илеотранsverзоанастомоза. От прогрессирования интоксикации и декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности больная умерла.

Во время выполнения ректопексии эндоскопическим зажимом была травмирована фиксированная петля тонкой кишки, т.к. ранее у больной выполнялась гинекологическая операция и имела место спаечная болезнь. Травмированная кишка была ушита.

В одном случае развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость (петля тонкой кишки подпаялась к передней брюшной стенке, к месту установки дренажа). Непроходимость кишечника ликвидировали при релапароскопии.

Дважды после низких передних резекций, выполненных на фоне частичной кишечной непроходимости, на 5-6 сутки послеоперационного периода развились несостоятельности анастомозов.

Следует отметить, что развитие этих осложнений произошло на этапах освоения метода.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопические операции в сравнении с традиционными операциями на толстой кишке обладают рядом преимуществ: более короткий койко-день, меньшая кровопотеря, ранняя активизация пациента, менее выраженная послеоперационная боль.

2. В тоже время лапароскопические операции длительнее по времени, у них высокая себестоимость и труднее освоение, требуют дополнительных навыков в использовании сшивающих аппаратов.

2. Александров В.Б. Лапароскопическая технология в колоректальной хирургии / В.Б. Александров, К.Р. Александров // Труды III-й Моск. Ассамблеи

«Здоровье столицы» (16-17 декабря 2004 г., Москва). – М., 2004. – С. 142.

3. Лапароскопическая экстирпация прямой кишки / Л.В. Корнев, Ю.А. Виноградов, В.Н. Разбирин [и др.] // Сборник тезисов 2-го Конгресса московских хирургов. 17-18 мая 2007. – М., 2007.

4. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопически — ассистированных операций у больных раком ободочной кишки / Г.И.Воробьев, Ю.А. Шельгин [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2004. – №1.

5. Хубезов Д.А. Лапароскопическая передняя резекция прямой кишки при раке / Д.А.Хубезов, К.В. Пучков // Эндоскоп. хирургия. – 2007. – №2. – С. 27-33.

6. Bretagnol F. Technical and oncological feasibility of laparoscopic total mesorectal excision with pouch coloanal anastomosis for rectal cancer / F. Bretagnol, E. Rullier, P. Couderc // Colorectal Dis. – 2003. – Vol. 5, N5. – P.451-453.

7. Short-term outcomes of laparoscopic total mesorectal excision following neoadjuvant chemoradiotherapy / P.Denoya [et al.]. // Surg. Endosc. – 2009. – N23.

8. Functional results of laparoscopic total mesorectal excision // R.Brachet Contul, D.Parini, U.Parini, M. Morino // Tesis of 12th International congress of the European Association for endoscopic surgery 9-12 June 2004. – Barcelona, Spain, 2004. – P.74.

9. Lacy A.M. Short term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs. open colectomy for colon cancer / A.M.Lacy, J.C.Garcia-Valdecasas, J.M. Pique // Surg. Endosc. – 1995. – N 9. – P.1101-1105.

10. Laparoscopic vs. open Abdominoperineal resection for cancer / J.W.Fleshman [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 1999. – Vol.42. – P.930-939.

11. Total Mesorectal excision: assessment of the laparoscopic approach / J.E.Hartley [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2001. – Vol.44. – P.315-321.



УДК 616.348-006-089.819

**Т.И. Тамм,
А.П. Захарчук,
В.В. Непомнящий,
К.А. Крамаренко**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопические вмешательства

Key words: colon tumor, laparoscopic surgery, results

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. Отримані результати лікування хворих з пухлинами ободової кишки дозволяють підкреслити ряд переваг лапароскопічно асистованого методу лікування. Перевагами цих операцій є малотравматичність, швидше відновлення перистальтики, рання активація хворих, косметичний ефект. Недоліком є збільшення часу проведення операції, яке скорочується у міру накопичення досвіду.

Summary. Obtained results of colon cancer treatment allow to underline a number of advantages of laparoscopy-assisted treatment method. Low traumatism, faster renewal of peristalsis, early activation of patients, cosmetic effect are the advantages of these interventions. Disadvantage is more prolonged time of surgery, which reduces as experience accumulates.

Проблема поиска эффективных методов хирургического лечения больных раком толстой кишки постоянно привлекает внимание хирургов. Совершенствование методов оперативного лечения с использованием сшивающих аппаратов, но связанных с широкой лапаротомией, не позволил существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, уровень которых порой достигает 20% [1, 5, 7]. Риск возникновения послеоперационных осложнений со стороны раны и органов брюшной полости возрастает с увеличением размера лапаротомной

раны и травматичностью оперативного вмешательства, особенно у ослабленных и пожилых больных, что существенно ухудшает непосредственные результаты лечения.

Широкое применение лапароскопических вмешательств на толстой кишке в последнее десятилетие позволило улучшить результаты лечения и значительно снизить частоту развития послеоперационных осложнений, уменьшив операционную травму [4, 6, 8]. Лапароскопические операции на ободочной и прямой кишке наряду с перечисленными достоинствами несут в себе ряд

серьезных проблем, связанных с совершенствованием индивидуальной техники хирургов, большей по сравнению с традиционными операциями длительностью и стоимостью оперативных вмешательств, а также внедрением новых форм организации работы операционных.

Цель исследования: оценка реальной роли и возможностей лапароскопических технологий в лечении рака ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2010 по 2011 г. прооперировано 28 пациентов с раком ободочной кишки различной локализации в возрасте от 51 до 85 лет. В качестве обследования всем больным выполняли общеклинический и биохимический анализ крови. Локализацию опухоли определяли с помощью ректороманоскопии, ирригографии и колоноскопии. Для определения распространенности и степени инвазии опухолевого процесса выполняли УЗИ органов брюшной полости и компьютерную томографию. Оперативные вмешательства выполняли под общей анестезией с применением видеолапароскопической системы "Эндометдиум".

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 28 пациентов женщин было 13 (46%), мужчин – 15 (54%). У 8 (28,6%) больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 3 (10,7%) больных – в восходящем, у 4 (14,2%) – в нисходящем отделе ободочной кишки, у 13 (46,5%) – в сигмовидной кишке.

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания соответствует патогистологической классификации TNM, разработанной комитетом Международного противоракового союза в 1997 г. Глубина инвазии является одним из факторов местного распространения опухолевого процесса, который оказывает существенное влияние на выживаемость. У 85% больных имелась II-III стадия заболевания. У 16 (57,1%) пациентов опухоль прорастала все слои стенки толстой кишки (T₃), у 8 (28,7%) - мышечный слой (T₂), у 4 (14,2%) больных опухоль была местно-распространенной (T₄) и прорастала в соседние органы: в 1 наблюдении - в тонкую кишку и в 3 - в переднебоковую стенку живота. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы обнаружено у 10 (36%) больных. У 3 (10,7%) исследуемых течение заболевания сочеталось с желчнокаменной болезнью.

Мобилизация кишки осуществлялась из портов, введенных в стандартных точках в зависимости от локализации опухоли. Первым этапом оперативного вмешательства выполняли об-

зорное исследование брюшной полости с визуализацией участка кишки, пораженного опухолью. Затем производили выделение магистральных сосудов, питающих пораженный сегмент, путем рассечения висцеральной брюшины над ними. Для этого использовали монополярный электрод и диссектор. Обработка сосудов производилась с помощью клипапликатора и клипс длиной 8 – 10 мм. Лапароскопический этап операции завершали рассечением париетального листка брюшины и мобилизацией пораженного участка кишки в зависимости от локализации опухоли согласно онкологическим стандартам. У пациентов с местно-распространенной опухолью и прорастанием ее в переднебоковую стенку живота на препарат удаляли ткани пораженного участка последней. В случае прорастания опухоли в сегмент тонкой кишки, мобилизация последнего также выполнялась лапароскопически. У пациентов с сопутствующей желчнокаменной болезнью первым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию, а затем производили мобилизацию пораженного сегмента толстой кишки.

После этапа мобилизации кишки с опухолью и регионарными лимфоузлами выполняли минилапаротомию. Для такого лапаротомного доступа, как правило, использовали находящиеся поблизости троакарные раны, что позволяло снизить травматичность операции и достигнуть определенного косметического эффекта. Локализация минилапаротомии зависела от локализации опухоли и определялась характером вмешательства. Топографию предполагаемого доступа на передней брюшной стенке определяли методом транслюминесценции в проекции формирования анастомоза: при правосторонней гемиколэктомии - высокий правосторонний параректальный разрез, при левосторонней гемиколэктомии – высокий левосторонний параректальный разрез, при резекции сигмовидной кишки - левосторонний косой разрез в левой подвздошной области. При этом размер лапаротомного доступа не превышал 5-6 см. В рану выводили пораженный участок кишки, а затем производили его удаление аппаратом УО. После этого производили формирование экстракорпорального межкишечного анастомоза двухрядным швом по стандартной методике: "конец в конец" при локализации опухоли в левой половине толстой кишки или сигмовидной кишке и "конец в бок" при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки. Оперативное вмешательство завершали дренированием брюшной полости и ушиванием лапаротомной раны.

Длительность операции зависела от локализации опухоли, ее распространенности и варьировала от 1,5 до 3,5 часов. У двух больных потребовался переход к стандартному оперативному вмешательству. У одного пациента причиной конверсии послужила частичная кишечная непроходимость, не диагностированная до операции. Во втором наблюдении опухоль локализовалась в селезеночном угле ободочной кишки, была небольших размеров, что затрудняло ее визуализацию.

Из 28 пациентов у 3 (10,7%) возникли осложнения. У 2 пациенток возникло нагноение послеоперационной раны и у 1 больного 80 лет - частичная несостоятельность анастомоза после резекции сигмовидной кишки. Летальных исходов не было. Средние сроки пребывания больных в стационаре после операции составили $5 \pm 1,5$ дня.

Полученные нами результаты лечения больных с опухолями ободочной кишки позволяют отметить ряд преимуществ лапароскопически ассистированного метода лечения. В первую очередь - его малотравматичность, а также неограниченные возможности расширения объема оперативного вмешательства в брюшной полости, не требующий дополнительного расширения ран. Кроме этого, технология мобилизации сегмента кишки с опухолью осуществляется методом электрокоагуляции и не сопряжена с травматизацией самой кишки руками хирурга. К преимуществам следует также отнести возможность визуализации регионарных лимфоузлов небольших размеров, что позволяет выполнить

лимфодиссекцию в более полном объеме, а также двойной визуальный контроль операционного поля и косметический эффект операции. Малотравматичность операции подтверждается незначительно выраженным болевым синдромом, который купируется ненаркотическими анальгетиками, ранним восстановлением перистальтики кишечника уже к исходу 2-х суток послеоперационного периода. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяет активизировать больных в ранние сроки и, как следствие, сократить сроки пребывания больных как в палате интенсивной терапии, так и в стационаре в целом.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопические операции требуют от хирурга принципиально новых технических навыков дистанционного манипулирования в условиях интракорпорального контроля за операционным полем.

2. Преимуществом этих операций является комплекс следующих факторов: малотравматичность, быстрое восстановление перистальтики и, соответственно, ранняя активация больных, косметический эффект.

3. Недостатком лапароскопических вмешательств является увеличение продолжительности времени операции, которое сокращается по мере накопления опыта.

4. Выполнение лапароскопических операций при опухолях ободочной кишки можно рассматривать как перспективное направление в лечении неосложненных опухолей толстой кишки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В.Б. / К вопросу об онкологической обоснованности лапароскопических операций при раке толстой кишки / В.Б. Александров, К.Р. Александров, А.Б. Туманов // Тез. науч. конф. "Лапароскопическая хирургия органов брюшной полости". Москва, 20-21 июня 1996. Эндоскоп. хирургия. – 1996. – № 4.
2. Воробьев Г.И. Хирургия рака толстой кишки / Г.И. Воробьев // 50 лекций по хирургии; под ред. В.С. Савельева. – М.: Media Medica, 2003. – С. 180-186.
3. Давыдов М.И. Хирургическое лечение рака желудка: современные аспекты проблемы / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // 50 лекций по хирургии; под ред. В.С. Савельева. – М.: Media Medica, 2003. – С. 167-179.
4. Лапароскопическая экстирпация прямой кишки / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, С.А. Фролов, К.В. Лощинин // Тез. докл. 2-го Всерос. съезда по эн-

доскопической хирургии. Москва, 24-25 февраля 1999. Эндоскоп. хирургия. – 1999. – № 2. – С. 15.

5. Отдаленные результаты лапароскопических операций при раке ободочной кишки / С.А. Фролов, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин [и др.] // Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России. – Самара, 2003. – С. 403-405.

6. Bacal D. Related Experience with laparoscopic medial and lateral dissection of the rectosigmoid for cancer / D. Bacal // World J. Surg. – 2003. – Vol. 27, N 12. – P. 1337-1338.

7. Related Laparoscopic total mesorectum excision / J.A. Reis Neto, E.A. Quilici, F. Cordeiro [et al.] // JSLs. – 2002. – Vol. 6, N 2. – P. 163-167.

8. Related Prospective evaluation of laparoscopic surgery for rectosigmoidal and rectal carcinoma / S. Yamamoto, M. Watanabe, H. Hasegawa, M. Kitajima // Dis. Colon. Rectum. -2002.-Vol.45, N12.-P.1648-1654.

**Н.Н. Милица,
И.Н. Ангеловский,
Н.Д. Постоленко,
К.Н. Милица,
В.В. Солдусова**

ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины»
кафедра хирургии и проктологии
(зав. – проф. Н.Н. Милица)
г. Запорожье

Ключевые слова: колоректальный рак, толстокишечная опухолевая непроходимость, первично-восстановительные операции, экстренная интраоперационная колоирригация

Key words: colorectal cancer, obstructive ileus, primary reconstructive operations, emergent intraoperation coloirrigation

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Резюме. На підставі результатів лікування 196 хворих на колоректальний рак, у яких застосована розроблена авторами методика, показано, що запропонована тактика й індивідуальний підхід дозволили розширити показання до проведення первинно-відновлювальних операцій (81,4%), зменшити післяопераційні ускладнення до 21,7% і летальність - до 9,3%, тим самим покращити результати лікування цієї категорії пацієнтів. Однак, є потреба подальшого удосконалення окремих аспектів застосування екстренної інтраопераційної колоіригації для виконання одноетапних операцій на висоті obturaційної товстокишкової пухлинної непрохідності.

Summary. On the basis of treatment of 196 patients with colorectal cancer in whom developed by the authors procedures was used, tactics and individual approach allowed to expand indications to primary-restorative surgeries (81,4%), to reduce post-operative complications to 21,7% and lethality to 9,3% and by this to improve treatment results this category of patients. However, there exists a need in further improvement of private aspect in emergency intraoperation coloirrigation to perform one-stage surgeries on the peak of obturation large-intestinal tumor obstruction.

Низкая выявляемость колоректального рака на ранних стадиях, возрастание заболеваемости у пожилых с бессимптомным течением, ошибки диагностики на догоспитальном этапе способствуют тому, что до 85% больных с развитием obturационной непроходимости, перифокальным воспалением, перфорацией, кровотечением поступают в общехирургические отделения по экстренной помощи [1, 4, 6, 9]. Послеоперационная летальность в этих случаях достигает 20% и более.

Ряд частных аспектов хирургического лечения, особенно это касается этапности при левосторонней локализации obtурирующей опухоли, остаются неразрешенными. До сих пор в экстренных хирургических отделениях общепринятым («Золотым стандартом») подходом продолжает считаться операция типа Гартмана с наложением колостомы и возникновением до 50% стойкой инвалидизации. Ликвидация ее повторной операцией оказывается возможной у 40% таких больных [2, 3, 5, 9].

Выполнение восстановительных операций с формированием первичного толстокишечного анастомоза сопровождается значительным риском несостоятельности швов [4, 5, 6, 8]. В последние годы отдельные авторы сформирова-

ли два направления в оценке показаний, их научного обоснования с усовершенствованием новых технологий для проведения одноэтапной операции при obtурирующем колоректальном раке. Это: 1) реканализация опухоли малоинвазивными эндоскопическими приемами [3] для подготовки к отсроченной операции с формированием одномоментного анастомоза; 2) разработка и применение интраоперационной колоирригации толстой кишки [7, 9].

Но для воплощения в жизнь современных принципов оказания хирургической помощи больным с осложненным колоректальным раком лечебному учреждению требуется как определенный опыт, так и ряд организационных нововведений на приближение специализированного звена (онкологи, колопроктологии) к этапу экстренной помощи.

Цель исследования – изложить опыт специализированной клинической работы по оптимизации хирургической реабилитации больных с осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу сообщения положены результаты лечения 194 больных, у которых была применена разработанная нами тактика. Возраст больных

был от 40 до 94 лет. Мужчин было 86 (44,6 %), женщин – 108 (55,4 %). Поздняя госпитализация (свыше 24 часов) отмечена у 122 (62,2%) больных. В стадии субкомпенсации ОТКН оперировано 112 (58,1%) больных. В стадии декомпенсации – 82 (41,9%). Пациенты в стадии компенсации в настоящем исследовании не учитывались. У всех больных ОТКН была обусловлена опухолевым поражением толстого кишечника.

В 44% наблюдений во время операции было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, у 27% обследованных выявлены отдаленные метастазы с наиболее частой локализацией в печени (61,4%), реже в легких (12,6%), канцероматоз брюшины установлен в 17,1% наблюдений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью консервативных мероприятий острые явления непроходимости удалось разрешить у 36 (20,3%) пациентов. После дополнительной подготовки и обследования эти больные оперированы в отсроченном периоде (через 2-5 суток). Им произведены радикальные операции с резекцией опухоли и наложением первичного анастомоза (1-я группа).

У 22 пациентов, при опухоли в левой половине ободочной кишки, первым этапом накладывали разгрузочную трансверзостому с видеолaparоскопической поддержкой. Это позволяло разрешить явления ОТКН и оценить распространенность процесса для выбора объема последующей операции. Этим больным в отсроченном порядке проводили радикальные операции с первичным анастомозом, а наложенную ранее разгрузочную стому закрывали спустя 3-4 недели после оперативного вмешательства (2-я группа).

При наличии распространенных или синхронных опухолей, а также диастатических супрастенотических разрывах при декомпенсированной ОТКН у 22 пациентов выполнена субтотальная колэктомия с наложением илеоректоанастомоза. Несмотря на объем оперативного вмешательства, срочная субтотальная резекция ободочной кишки при ОТКН позволяет моментно устранить непроходимость и удалить опухоль (3-я группа).

Ранее нами выполнялась открытая интраоперационная декомпрессия приводящих отделов толстой кишки. В настоящее время у 96 пациентов с клиникой ОТКН при помощи предложенного устройства (патент Украины) проводили закрытую интраоперационную декомпрессию вышележащих отделов с использованием оксигенированных растворов (4-я группа). Таким

образом, опорожняются переполненные приводящие отделы ободочной кишки, с одновременным промыванием просвета кишечника оксигенированными растворами. Интраоперационный лаваж для декомпрессии кишечника перед его резекцией позволил выполнить одномоментные операции с наложением первичного инвагинационного анастомоза.

При локализации опухоли в прямой кишке у 18 пациентов непроходимость удалось разрешить при помощи предложенного устройства для проведения зонда за опухоль (патент Украины), что позволило выполнить одномоментно брюшно-анальную резекцию с низведением ободочной кишки, демукозацией слизистой анального канала и сохранением сфинктерного аппарата (5-я группа).

При декомпенсированных формах ОТКН и наличии энтеральной недостаточности интубировали тонкий кишечник назогастроинтестинальным зондом с целью проведения послеоперационной детоксикации и уменьшения степени эндогенной интоксикации.

В 58 случаях оперативные вмешательства с наложением первичного анастомоза выполнили через 2-4 суток, у 100 больных в экстренном порядке во время первой операции (18 из них брюшно-анальные резекции с низведением), а у 22 пациентов, учитывая распространенность процесса, произведены тотально-субтотальные колэктомии.

Послеоперационные осложнения возникли в 42 (21,7 %) случаях. Осложнения наблюдались, как правило, у больных, оперированных в срочном порядке. Общая летальность составила 9,3%.

ВЫВОДЫ

1. Предложенная тактика и индивидуальный подход позволили расширить показания к проведению первично-восстановительных операций (81,4%), снизить послеоперационные осложнения до 21,7% и летальность до 9,3%, тем самым улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

2. Такого объема экстренные операции должны осуществляться опытными специалистами, владеющими приемами колопроктологии и онкологии, а предложенная тактика способствует ранней социально-трудовой реабилитации оперированных.

3. Требуется дальнейшее совершенствование частных аспектов применения экстренной интраоперационной колоирригации для выполнения одноэтапных операций на высоте obturационной толстокишечной опухолевой непроходимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь В.Г. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью / В.Г. Бондарь, Ю.А. Яковец, В.Х. Башеев // Хирургия.-1990.-№7.- С.94-97.
2. Давыдов М.И. Проблема осложненного колоректального рака / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник Московского онкологического общества. - 2007. - С.20-23.
3. Дворецкий С.Ю. Эндоскопическая реканализация при колоректальном раке, осложненном непроходимостью: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / С.Ю. Дворецкий. - СПб., 2008. - 20с.
4. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. - 2004. - №2. - С.4-7.
5. Маманов Н.А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Н.А. Маманов.- Бишкек, 2007. - 21с.
6. Пахомова Г.В. Хирургическое лечение больных со стенозирующим раком левой половины ободочной кишки / Г.В. Пахомова, Т.Г. Подловченко // Актуальные вопросы современной хирургии. - Астрахань, 2006. - С.148-149.
7. Ханевич М.Д. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции / М.Д. Ханевич, М.А. Шашопин, А.А.Зязин. - М.: МедЭкспертПресс, 2003.- 136 с.
8. Шелутко А.М. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости / А.М. Шелутко, А.Ю. Моисеев, В.Ю. Зубцов // Рус. мед. журнал. - 2000. - №2. - С.22-26.
9. Шишкина Г.А. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Г.А. Шишкина.- СПб., 2008.-21с.



УДК 616.351-006-089.819

**С.В. Байдо,
А.В. Жигулин,
А.Б. Винницкая,
Г.Б. Бернштейн,
М.А. Сильвестров,
С.И. Приндык,
Д.А. Голуб**

*«ЛІСОД – Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги»
г. Киев*

Использование лапароскопического доступа при операциях на толстой и прямой кишке снижает травматичность вмешательства, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре, потребность в обезболивании и уровень ранних послеоперационных осложнений без ущерба для онкологических результатов.

За период 2008-2011гг. в клинике выполнено 54 операции по поводу колоректального рака с использованием лапароскопического доступа: правосторонняя гемиколэктомия - 10, левосторонняя - 5, резекция сигмовидной кишки - 9, передняя резекция прямой кишки (ЛПР) - 15, экстирпация прямой кишки (ЭПК) - 11, реконструктивный этап после операции Гартмана - 4. С 2009 года при выполнении ЭПК у мужчин использовался промежностный доступ по Holm. При выполнении ЛПР у 9 пациентов наложены превентивные илеостомы. В 2011 году у 3

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИИ

пациенток при выполнении ЛПР для извлечения препарата использовали трансвагинальный доступ.

Средний возраст больных - 54 года. Мужчин было 29, женщин - 25. Распределение по стадиям: I ст.-4, IIА - 30, IIIА- 2, IIIВ- 8, IIIС- 6, IVА- 4. Средний послеоперационный койко-день составил 6,2. Уровень послеоперационных осложнений - 21,2%. Послеоперационной летальности не было.

Следовательно, применение лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака позволяет улучшить ближайшие послеоперационные результаты без ущерба онкологическому радикализму. Использование техники ТМЕ и доступа по Holm позволяет улучшить функциональные результаты операций. При трансвагинальном извлечении препарата улучшается косметический результат операции, уменьшается болевой синдром.

УДК 616.345-089.819

**С.В. Байдо,
А.В. Жигулин,
А.Б. Винницькая,
Г.Б. Бернштейн,
С.И. Приндюк,
М.А. Сильвестров,
Д.А. Голуб**

**ТРАНСВАГИНАЛЬНОЕ ИЗВЛЕЧЕНИЕ
ПРЕПАРАТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ**

*«ЛІСОД – Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги»
г. Киев*

При выполнении лапароскопических операций на толстой кишке для извлечения препарата традиционно используется небольшой разрез передней брюшной стенки, что увеличивает травматичность операции. Представлен первый опыт применения трансвагинального извлечения препарата при выполнении лапароскопической передней резекции прямой кишки (ЛПР).

В 2011 году впервые в клинике у 3-х пациентов был использован трансвагинальный доступ при ЛПР. Этап мобилизации выполнялся стандартно из 4-х портов. После пересечения прямой кишки производилась задняя кольпотомия, через которую в пакете извлекался препарат и нисходящая ободочная кишка. После установки головки сшивающего аппарата кишка возвращалась в брюшную полость. Десцендо-ректоанастомоз выполнялся циркулярным сшивающим аппаратом. Кольпотомия ушивалась лапароскопически.

Показанием к операции служили аденокарцинома Т2 (2 случая) и большая тубуло-вилозная аденома ректо-сигмоидного отдела (1). Средний возраст - 56 лет. Среднее время операции – 115 мин. Летальности и осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Первый стул - на 2-е сутки после операции. Средние сроки госпитализации 3,4 сут. Средняя длина извлеченного препарата – 28см, среднее количество лимфоузлов в препарате – 21.

Таким образом, выполнение ЛПР с трансвагинальным извлечением препарата позволяет улучшить косметический результат операции, уменьшить болевой синдром и ускорить выздоровление пациенток. Данный подход применим и при онкопатологии при соблюдении принципов абластики: использовании контейнеров для эвакуации препарата.



ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ

УДК 616.34-089.819-092-053.2

*В.А. Дегтярь,
Е.Г. Садовенко,
С.А. Щудро,
А.М. Барсук,
В.Г. Валов,
М.О. Каминская*

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Ключевые слова:

фиброэзофагогастродуоденоскопия, детский возраст, желудочно-кишечное кровотечение

Key words:

fibroesophagogastroduodenoscopy (FEGDS), children, gastro-intestinal bleeding

Резюме. У роботі наведено аналіз результатів ФЕГДС у 1485 дітей віком від двох тижнів до 18 років, які були госпіталізовані в ургентне відділення з гострою хірургічною патологією. Показано, що раннє застосування методів діагностичної ендоскопії дозволяє своєчасно встановити діагноз. ФЕГДС, виконана на висоті кровотечі, є високоєфективною в плані діагностики джерела кровотечі, а в комплексі з рано розпочатим лікуванням дає позитивні результати проведеної терапії і знижує ризик повторних кровотеч.

Summary. In the work the results of FEGDS of 1485 children aged from two weeks to 18 years, hospitalized into emergency unit with acute surgical pathology were analyzed. It was shown that early usage of endoscopic diagnostic methods allows to timely make diagnosis. FEGDS performed at the peak of bleeding is highly effective in diagnosing source of bleeding; in a complex with timely onset of treatment it gives positive results and reduces risk of repeated bleedings.

Эндоскопия в настоящее время стала неотъемлемой частью детской хирургии. Принципиально новый подход к диагностике, а именно визуальная оценка внутренних органов с лабораторным и морфологическим изучением биологических субстратов, полученных при эндоскопии, открывает большие перспективы в распознавании ранних и доклинических стадий различных заболеваний, что значительно улучшит результаты лечения детей с синдромом кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние два года в кабинете эндоскопической диагностики клиники детской хирургии выполнено всего 7896 исследований ФЭГДС, из них 1485 детей были госпитализированы в ургентное отделение с острой хирургической патологией в возрасте от двух недель до 18 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За последние годы отмечается значительный рост общего количества детей, страдающих болезнями органов пищеварения. Потребность в широком использовании ФЭГДС вызвана большой распространенностью и возрастающей час-

тотой тяжелых по течению заболеваний органов пищеварения у детей. Изменилась структура заболеваний в сторону увеличения количества больных, страдающих язвенной болезнью, эрозивными процессами. Это обусловлено многими факторами (алиментарный, аллергический, иммунный, нервно-психический и др.), лежащими в основе развития воспалительных заболеваний органов пищеварения. Большая часть патологии органов пищеварения приходится на воспалительные изменения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

ФЭГДС применяется на этапах диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Расширение показаний к проведению ФЭГДС вызвано возрастающей частотой тяжелых по течению заболеваний органов пищеварения у детей всех возрастных групп. Исследование может быть плановым или экстренным.

Применение эндоскопических методов исследований у детей позволяет разрешить диагностические сомнения в трудных случаях, а также выполнить малоинвазивные лечебные мероприятия. На характер и объем эндоскопических вмешательств накладывает определенный отпечаток и своеобразие патологии внутренних орга-

нов в детском возрасте: чаще, чем у взрослых, встречаются всевозможные функциональные нарушения, синдромы "острого живота", "срыгивания и рвоты", обусловленные врожденными и приобретенными патологическими изменениями в органах пищеварения.

Проведение ФЭГДС у детей с лабильной психикой, или по настоянию родителей, выполняется эндоскопами с фиброволоконной оптикой в состоянии «медикаментозного сна» с последующей записью исследования на видеоносители для консультаций заинтересованных специалистов клиники или других лечебных учреждений.

Перед исследованием проводится изучение клинической симптоматики, данных дополнительных методов обследования и определяется выбор метода проведения исследования с учётом показаний и противопоказаний.

Благодаря достижениям технического процесса, уменьшения диаметра эндоскопической аппаратуры, сфера применения эндоскопии в педиатрии значительно расширилась. Принцип высокой результативности ФЭГДС, атравматичности и безопасности сделал возможным выполнение эндоскопии у детей любого возраста, включая новорожденных, при самых тяжелых состояниях.

Проведен анализ эффективности применения методов диагностической и лечебной эндоскопии при острой хирургической патологии органов брюшной полости и кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. За последние два года в кабинете эндоскопии клиники детской хирургии осмотрено 1485 (18,8 %) детей с острой хирургической патологией, которые лечились в ургентном отделении больницы. Из них 682 ребенка (49,5%) осматривались впервые, наиболее часто диагностировались эрозивные эзофагиты - 154 больных (22,6 %), эрозивные гастриты – 267 (39,2 %), дуодениты - 77 (11,2 %), дуодено-гастральный рефлюкс – 93 (13,7 %), бульбиты – 91 (13,3 %). 803 больных осматривались повторно на этапах лечения.

125 (8,4 %) больных поступали с клиникой острого желудочно-кишечного кровотечения. ФЭГДС, выполняемая на высоте кровотечения, оказалась высокоэффективной в диагностике источника, а в комплексе с рано начатым лечением дает положительные результаты проводимой терапии и снижает риск повторных кровотечений (табл.).

Распределение детей с синдромом желудочно-кишечного кровотечения

Диагноз	Возраст					Всего
	0-1 год	1-3 года	3-5 лет	5-9 лет	9-18 лет	
Варикозное расширение вен пищевода				2	5	7
Синдром Меллори - Вейса	3	3	3	1		10
Недостаточность кардии	3	4	1	3	8	19
Эрозивный эзофагит				7	5	12
Эрозивный гастрит	3	2	3	2		10
Острые язвы		3	2	2	18	25
Язвы желудка и ДК						
F I b					4	4
F II a		2			3	5
F II б			1		3	4
F III					5	5
Источник кровотечения не установлен	8	9		1	6	24
Всего	17	23	10	18	57	125

У 15 детей с синдромом желудочно-кишечного кровотечения выполнен успешный эндоскопический гемостаз. Один ребенок с синдромом Дъелафуа оперирован с клиникой продолжающегося кровотечения.

Нами было обследовано 158 детей с длительно не заживающими эрозивными процессами

в пищеводе и желудке, взят материал на цитологическое исследование и РИФ, в 62 случаях были обнаружены хламидии. В последние годы новые данные о роли хламидий в патологии человека расширили спектр болезней, связанных с этим возбудителем. В то же время в педиатрической практике, несмотря на то, что пато-

генность хламидий для организма ребенка давно установлена, различные клинические варианты течения инфекции требуют дальнейшего изучения.

Продолжительность лечения детей зависела от наличия или отсутствия осложненного течения. При неосложненном варианте положительный клинический эффект был достигнут после одного курса лечения. Хроническое осложненное течение требовало проведения повторных курсов лечения в сочетании с коррекцией иммунного статуса. Эффект этиотропной терапии оценивали по ликвидации клинических проявлений болезни, положительной динамике лабораторных данных, исчезновению воспалительных изменений в пищевode, улучшению состояния здоровья ребёнка.

Другая патология диагностировалась у 19 детей, что составило 3%. Значительно увеличилось количество детей до одного года и младшего возраста с патологией желудочно-кишечного тракта, изменилась структура заболеваемости в сторону увеличения количества больных с язвенно-эрозивными заболеваниями. При ФЭГДС

обязательно берется материал для проведения морфологических исследований.

ВЫВОДЫ

1. В последние годы значительно выросло количество заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, которые имеют стертую клиническую картину.

2. При наличии жалоб или гастроинтестинального синдрома, независимо от возраста ребенка, показано применение эндоскопических методов исследования.

3. Раннее применение методов диагностической эндоскопии позволяет вовремя поставить диагноз.

4. ФЭГДС, выполненная на высоте кровотечения, высоко эффективна в диагностике источника, а в комплексе с рано начатым лечением дает положительные результаты проводимой терапии и снижает риск повторных кровотечений.

5. Своевременная диагностика и лечение гастроуденальной патологии у детей предупреждает тяжелые осложнения.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Исаков Ю.Ф. Диагностическая эндоскопия при заболеваниях детского возраста. Руководство по клинической эндоскопии / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, С.С. Мостовая. – М., 1985. – 254 с.

2. Хірургія дитячого віку: підручник / В.І. Сушко, Д.Ю. Кривченя, О.А. Данилов [та ін.]; за ред.

В.І. Сушка, Д.Ю. Кривчені.- 2-е вид., перероб. і доп. - К.: Медицина, 2009 - С. 141 - 157.

3. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей / С.Я. Долецкий, Е.В. Стрекаловский, Е.В. Климанская, О.А. Сурикова. – М.: Медицина, 1984. - 277 с.



УДК 616.36-008.6-073.7

**А.В. Малоштан,
Д.И. Скорый,
Р.М. Смачило,
А.А. Малоштан,
А.Н. Кудревич,
О.С. Рябинская,
Р.Р. Османов**

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины"
г. Харьков

Ключевые слова: жидкостные образования печени, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнито-резонансная томография
Key words: liquid formations in the liver, radiation methods, ultrasonic diagnostics, magneto-resonance tomography, computer tomography

Резюме. В работе наведено аналіз обстеження і лікування 226 хворих, оперованих з приводу різноманітних рідинних утворень печінки. Всім пацієнтам виконано ультразвукове обстеження, переважний більшості - КТ або МРТ. На підставі порівняння результатів доопераційного обстеження та інтраопераційних знахонок встановлено, що серед променевих методів діагностики рідинних утворень печінки найбільш інформативними є УЗД, КТ та МРТ. Рентгенологічні та ізотопні методи дослідження втратили ведуче значення і можуть застосовуватися лише в окремих випадках для вирішення вузких діагностичних питань.

Summary. In the work analysis of examination and treatment of 226 patients operated on for various liquid formations of the liver is presented. All patients underwent ultrasonic examination most of them – CT or MRT. On the basis of comparison of results of preoperative examination and intra-operation findings it was established that USI, CT and MRT are the most informative. X-ray and isotope methods lost their leading role and may be used in separate case while deciding on narrow questions of diagnostics.

Діагностика жидкостних образований печени (кисты, биломы, абсцессы) является сложной задачей и требует разнопланового обследования, включающего лабораторные показатели и специальные инструментальные методы: рентгенологический, сонографический, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). При этом большинство лабораторных показателей отражают системную реакцию организма на гнойный процесс в организме, не являются специфическими и поэтому носят вспомогательный характер. Первостепенное значение имеют методы визуализации, так как именно точная топическая диагностика определяет хирургическую тактику и методы лечения. Поэтому разработка программы топикоморфологической диагностики жидкостных образований печени является актуальной и необходимой.

Цель: разработать программу лучевой топической диагностики жидкостных образований печени, позволяющую производить индивидуальный выбор способа лечения, в том числе и миниинвазивный.

Какие задачи стоят перед врачом лучевой диагностики? Это определение локализации, количества и размеров жидкостных образований, определение их характера (абсцесс, простая или паразитарная киста, вероятность карциноматозного процесса), наличие "окна" для пункционно-дренажной санации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследование проведено на 226 больных, оперированных в клинике института в период 1995-2011 г.г., у которых было 99 абсцессов печени, 16 билом, 85 простых кист печени (в том числе 12 случаев поликистоза), 22 эхинококковые кисты и 4 цистаденокарциномы. Всем пациентам выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), подавляющему большинству КТ или МРТ. При абсцессах печени – рентгенологическое исследование органов грудной клетки и живота.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время основным и самым доступным методом оценки анатомического состо-

яния печени является УЗИ. Его чувствительность в нашем исследовании составила 94%, а безвредность и простота повторения делают незаменимым для мониторинга при лечебном процессе. УЗИ – лучший метод диагностики простой кисты печени, она имеет круглую или овальную форму, полностью эхонегативна, с четкими, гладкими границами и сильным эхосигналом от задней стенки. Происходит акцентирование эхосигнала за кистой в сравнении с эхосигналом на аналогичной глубине. У некоторых пациентов после кровоизлияния в полость кисты может быть обнаружен внутриполостной эхопозитивный сигнал. КТ подтверждает наличие одного или нескольких круглых или овальных водозаполненных образований без внутренних перегородок и внутриполостных образований. Топическая диагностика, отношения к протоковым и сосудистым магистралям при УЗИ определяется сложнее и для этого часто требует КТ или МРТ. Другие методы визуализации имеют меньшие возможности для диагностики и применяются реже. Дифференциальный диагноз проводится, прежде всего, с БАП. По данным М.В. Коньковой (2005), сонографическая картина абсцесса печени зависит от морфологической стадии формирования гнойника. В наших исследованиях мы также отметили характерные ультразвуковые признаки различных морфологических стадий созревания гнойной полости печени. Так, во время начальной стадии формирования гнойника – стадии **инфильтрации или альтерации** лечилось 24 (20,9%) больных. В этой зачаточной стадии, когда происходит интенсивная миграция лейкоцитов в очаг воспаления, нарушение кровообращения, структуры и трофики тканей в области поражения, сонографически прослеживается акустически неоднородная формирующаяся полость распада, которая может иметь как пониженную (чаще), так и повышенную (реже) эхогенность. Перифокально отмечается понижение эхогенности (гидратация печеночной паренхимы). Форма патологического участка неправильная, чаще пятнисто-фестончатая, размеры в пределах 2 x 3 см с размытым контуром. Эта стадия формирования гнойника продолжается 10-15 суток и плавно переходит в сле-

дующее качество – стадию **секвестрации**. В этой стадии, которая характеризуется гибелью тканевых элементов и отграничением их от здоровых тканей демаркационным валом, лечилось 42 (36,5%) больных. При УЗИ визуализируется полостная структура овальной или округлой формы размером от 2 до 10 см и более. В этой стадии развития начинает визуализироваться стенка абсцесса, которая выглядит в виде гиперэхогенной полосы толщиной 2-3 мм. По мере созревания гнояника и образования гомогенной полости с густым гноем все лучше и лучше просматривается уже сформированная эхопозитивная оболочка, которая позволяет четко определить границы, форму и размеры образования.

В финальной стадии **гнойного расплавления** наблюдалось 49 (42,6%) больных. В ней заканчивается лизис секвестров тканей, завершается формирование гнойной полости (3-4 недели). Ее стенки образованы грануляционной тканью, в процессе созревания которой происходит формирование пиогенной капсулы, отграничивающей гнойную полость от окружающих тканей. При УЗИ определяется четкий контур гипоэхогенной полости, визуализируется капсула, представленная гиперэхогенной структурой с ярким эффектом “свечения”. Содержимое полости неоднородно в виде мелкодисперсной взвеси. При наличии сформированной капсулы у “зрелых” абсцессов может наблюдаться дорзальное усиление сигнала от задней стенки. При наличии секвестрации – гиперэхогенные участки на фоне жидкого содержимого. Примерно в 20% случаев в нашем наблюдении встретились внутренние перегородки. При длительно существующих хронических абсцессах толстая пиогенная соединительнотканная капсула позади поражения может давать акустическую тень. Наличие газа в полости гнояника при УЗИ выявляется в виде непрозрачной для ультразвука “шапки”, находящейся в верхних отделах полости.

Слабым местом ультразвукового метода исследования является недостаточная разрешающая способность для диагностики мелких милиарных абсцессов и трудности осмотра части правой доли печени, расположенной высоко в зоне купола диафрагмы.

Компьютерная и магнитно-резонансная томография на сегодня являются идеальным методом для диагностики и контроля за динамикой лечения БАП. У этих методов диагностическая чувствительность до 97-100% и они более точны, чем ультразвук в обнаружении и

дифференциации БАП. Кроме этого, могут быть обнаружены другие заболевания органов брюшной полости, которые и явились причиной БАП. Поэтому выполнение КТ или МРТ у этих пациентов должно быть правилом.

Рентгенологический метод исследования был основным для диагностики БАП в течение десятилетий до появления ультразвуковых диагностических систем. Сейчас его значение уменьшилось, он сохранил некоторое значение в urgentных ситуациях. Рентгенологические признаки БАП по Л.Д. Линденбратену (1980) делятся на прямые и косвенные. К прямым признакам относят очаг просветления с неровными контурами в проекции печени и уровень жидкости с газом над ней в проекции абсцесса. На основании только рентгенологического исследования и прямых его признаков в нашем исследовании диагноз поставлен у 12 (10,4%) больных с БАП диаметром более 8 см и уровнем газа над жидкостью. Косвенные рентгенологические признаки выявлялись более чем у 80% пациентов с БАП разной локализации, в 5 (21%) случаях эхинококкоза, и никогда не определялись у пациентов с простыми кистами печени. К таким признакам относятся уменьшение экскурсии правого, а иногда и левого куполов диафрагмы, реактивный правосторонний плеврит, реже – перикардит, базальные дисковидные ателектазы, облитерация реберно-диафрагмального угла.

При любых сомнениях в генезе выявленного и подозрительного в плане БАП образования показана его пункция с целью аспирации и исследования содержимого.

Ангиография (артериография и спленопортография) в печени обнаруживает аваскулярную зону или зону с обедненным сосудистым рисунком в центре и дугообразными оттеснениями артерий вокруг, образующих слой гиперваскуляризации. Эта картина сходна с таковой при опухолевом поражении, что требует тщательной дифференциальной диагностики. В связи с развитием ультразвуковых диагностических систем и КТ вазографические исследования, которые ранее широко применялись, сегодня считаются устаревшими.

Весьма важным в дифференциальном диагнозе кисты или БАП является их отличие от эхинококковой кисты, так как при этом по-разному строится хирургическая тактика и методика операции.

Если пациент проживает или жил в районе, где эхинококкоз является эндемическим заболеванием или если есть сомнения по поводу воз-

можного эхинококкоза, должны быть выполнены серологические тесты на эту паразитарную инфекцию. Ультрасонография при эхинококкозе является предпочтительной для первой линии исследования, затем КТ или МРТ дают более точную информацию о морфологии (размер, расположение, соседство и количество) кист. КТ показывает, есть ли экзогенные или дочерние кисты и кисты в других частях брюшной полости, осложнения со стороны протоковой системы, производится оценка плотности содержимого кисты, вычисляется ее объем. КТ не столь сильно зависит от исследователя и совместно с УЗИ дает хирургу возможность планирования лечения.

При УЗИ для гидатидной кисты характерны четко очерченные контуры с контрастной мембраной. Мы выделяем 3 типа эхинококковых кист, которые являются определенными периодами в жизни паразита и различаются по определенным морфологическим признакам.

1-й тип соответствует ранней стадии развития паразита, он встретился в 12 (55%) случаях. Изображение хорошо визуализируется, жидкость с четко очерченными стенками, которые могут содержать свободно перемещающийся "гидатидный песок", иногда виден двойной контур капсулы кисты. Такие кисты трудно отличимы от простой кисты.

2-й тип – зрелая или переходная киста – 8 (36%) случаев. Мультивезикулярные кисты, которые имеют характерный вид "дочерних и внучатых" кист, похожие на "соты" или "спицевый диск". Они также могут иметь свободную жидкость, но могут быть полностью заполнены дочерними кистами. Прослеживается полное расслоение слоев стенки кисты с плавающими волнистыми гиперэхогенными мембранами, определяются знаки "двойной стены", "кувшинки" и "водяной змеи".

3-й тип – неактивная киста с умершим паразитом – 2 (9%) больных. Оболочка типа амфорной. Ограниченное количество кальцификации по краю адвентиции является распространенным явлением. Этот тип кист создает диагностические проблемы, так как они могут быть ошибочно приняты за опухоли, абсцесс или гемангиому. Кальцификация в стенке кисты и гипоехогенность структур не означает, что киста мертва. Мертвые кисты полностью кальцинированы (внешний вид яичной скорлупы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди лучевых методов диагностики для жидкостных образований печени наиболее информативными являются УЗИ, КТ и МРТ. Рентгенологические и изотопные методы исследования утратили ведущее значение и могут применяться только в отдельных случаях для решения узких диагностических вопросов.



УДК 616.36-008.5-073-092:612.351

О.М. Мельник

ОСОБЛИВОСТІ СПЛАНХНІЧНОГО КРОВОТОКУ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОПЛЕРІВСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Військовій медичній клінічній центр західного регіону м. Львів

Ключові слова: *обтураційна жовтяниця, кровопостачання печінки*

Key words: *obstructive jaundice, blood supply of the liver*

Резюме. *Проведено ультразвукове дослідження кровоснабження печінки при обтураційній жовтянці. Установлено, що розлади кровотоку характеризуються підвищенням судинного опору і зниженням загальної печінкової перфузії в результаті зменшення притоку крові по портальній вені, яке до певного моменту компенсується «артеріалізацією» кровотоку.*

Summary. *The results of ultrasound examinations in malignant obstructive jaundice was conducted. Carried out researches have shown that circulatory disorders of the liver with obstructive jaundice is characterized by increased vascular resistance and decreased general hepatic perfusion resulted from reducing of blood flow through the portal vein, which to some extent is compensated by the "arterialization" of the liver blood flow.*

Діагностика та лікування пацієнтів з обтураційною жовтяницею є пріоритетною і досить актуальною проблемою як у науково-практичному, так і медико-соціальному аспектах. Найчастіше лікарю у повсякденній практиці доводиться зустрічатися з порушенням прохідності жовчних шляхів на ґрунті холелітіазу або онкологічної патології гепатопанкреатодуоденальної зони (ГПДЗ) [1, 3, 8]. Все це ставить перед лікарями завдання, яке полягає в тому, що потрібно протягом короткого проміжку часу на підставі клініко-лабораторних, інструментальних методів обстеження визначити різновид жовтяниці з метою вибору адекватного методу лікування й попередження прогресування захворювання.

Повсякдення характеризується збільшенням у науковій літературі публікацій, присвячених питанням ступеня компенсації печінкової дисфункції при обтураційній жовтяниці, яка зумовлює швидкість розвитку інтоксикаційного синдрому поліорганної недостатності, а, відповідно, і необхідність використання різних оперативних методів лікування [2, 4]. Діагностика, визначення тяжкості перебігу цієї патології з оцінкою масштабу ураження печінки та оточуючих органів зумовлюють можливість проведення адекватного патогенетично-обґрунтованого лікування, яке базувалось би на комплексній оцінці результатів обстеження хворого. Разом з тим, у зв'язку з узагальненістю патологічних змін гомеостазу, в більшості випадків лікувальні заходи й тактика їх використання подібні. Тому у хворих на обтураційну жовтяницю методи діагностики, програма підготовки та вибір хірургічного втручання на сьогодні до кінця не з'ясовані. Основною причиною незадовільних результатів лікування є розвиток у післяопераційному періоді печінкової недостатності, патогенез якої складний і багатогранний, що тісно пов'язано з рівнем білірубінемії, тривалістю холестазу, місцем блоку жовчних шляхів.

Впровадження кольорового й дуплексного доплерівського дослідження робить вивчення гемодинаміки спланхнічного басейну доступним неінвазивним дослідженням для діагностики й спостереження за зміною печінкової перфузії у хворих з обтураційною жовтяницею. Загальний об'єм печінкового кровотоку становить при-

близно 1,5 літра в хвилину. Портальний кровотік становить приблизно 75% всього об'єму крові, тоді як печінкові артерії доставляють лише 25% об'єму. Розвиток жовтяниці несе за собою зміни гемодинамічних показників спланхнічного басейну, основними показниками якого є як портальний кровотік, так і зміни в печінковій артерії.

До теперішнього часу немає чітко опрацьованих принципів доказової медицини щодо питань вивчення змін гемодинамічних показників за допомогою ультразвукової доплерографії, як критеріїв розвитку печінкової недостатності в хворих з обтураційною жовтяницею, що є дуже важливим, на наш погляд, при оцінці прогнозу розвитку ускладнень у таких пацієнтів. При розвитку обтураційної жовтяниці злоякісного генезу тривалий холестаз приводить до завищення кровотоку не лише в портальній вені, але також і в печінковій артерії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовано результати ультразвукового обстеження 92 хворих із обтураційною жовтяницею злоякісного генезу, проведених у відділенні ультразвукової діагностики військового медичного клінічного центру західного регіону м. Львова, а саме: пухлина голівки підшлункової залози - 67 (72,8%) хворих, пухлина великого сосочка дванадцятипалої кишки - 14 (15,9%) хворих, протокова пухлина - 7 (7,6%) хворих, пухлина жовчного міхура - 4 (4,4%) хворих. Середній вік хворих становив $66,4 \pm 1,5$ роки, жінок було 77%, чоловіків - 23%.

До контрольної групи ввійшло 20 добровольців з нормальною функцією печінки й нормальними даними ультразвукового дослідження печінки. У групах хворих і здорових не було відмінностей показника індексу резистентності печінкової артерії за віком і статтю.

Для дослідження характеру гемодинамічних порушень при розвитку обтураційної жовтяниці було проведено визначення параметрів печінкової перфузії шляхом дуплексного сканування черевного ствола (ЧС), загальної печінкової артерії (ЗПА), верхньої брижевої артерії (ВБА) та портальної вени (ПВ). При вивченні доплерівської спектрограми визначали такі показники: середня лінійна швидкість кровотоку (V), об'єм-

на швидкість кровотоку (Q), індекс резистивності (IR), пульсаційний індекс (PI) та діаметр судини (d).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зміну показників спланхнічного кровотоку в контрольній групі (1 група) і в групі хворих із обтураційною жовтяницею злоякісного генезу (2 група) представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Основні гемодинамічні показники

Показники	Групи пацієнтів	Назва судини (x+t)			
		ЧС	ЗПА	ВБА	ПВ
d (см)	1	0,61±0,06	0,51±0,02	0,61± 0,03	0,65 ± 0,04
	2	0,73± 0,06	0,59± 0,02	0,66±0,04	0,91±0,05
V (м/с)	1	1,66 ±0,12	1,13 + 0,11	1,35 ±0,12	0,12± 0,05
	2	1,63 ±0,05	1,57± 0,14	1,16 ±0,11	0,08± 0,03
Q (мл/хв.)	1	530± 20	250± 10	320± 11	959 ± 14
	2	1260± 21	780 ±12	312 ±23	734± 12
IR	1	0,71	0,71	0,81	-
	2	0,06	0,63	1,82	-
PI	1	1,61	1,44	2,83	-
	2	1,12	1,12	3,32	-

Для детального вивчення гемодинаміки додатково вивчали такі індекси (табл. 2):

1) печінково-портальне відношення (ППВ), що показує зворотно-пропорційну залежність змін у печінковій артерії і портальній вені:

$$ППВ = Q1 / Q2 \text{ (у нормі відповідає 30\% : 70\%)}$$

де Q1 - об'ємний кровотік у печінковій артерії, Q2- об'ємний кровотік у портальній вені.

2) загальний печінковий об'ємний кровотік (ЗПОК), що показує суму об'ємної швидкості кровотоку в портальній вені (Q2) і печінковій артерії (Q1): ОПОК = Q1 + Q2 (у нормі він становить 100 %).

3) доплерівський перфузійний індекс (ДПІ) - що показує співвідношення об'ємної швидкості кровотоку в печінковій артерії до сумарного об'ємного кровотоку в печінці (печінкова артерія + портальна вена): ДПІ = Q1 / Q1 + Q2 (у нормі він рівний 0,11± 0,04).

4) печінково-судинний індекс (ПСІ) – що показує відношення лінійної швидкості кровотоку в портальній вені (Vп) до пульсаційного індексу в печінковій артерії (PI):

$$ПСІ = Vп / PI \text{ (у нормі він дорівнює 17,2 ± 4,3 см/с).}$$

5) індекс гіперемії (індекс застою) (ІГА) – що показує відношення площі поперечного перетину

портальної вени (S) до середньої лінійної швидкості кровотоку портальної вени (Vп).

$$ІГА = S / Vп \text{ (у нормі він дорівнює 0,03 ± 0,01 см /с).}$$

Таблиця 2

Додаткові гемодинамічні показники

Гемодинамічні показники	Групи хворих	Дані
ППВ	1	0,36± 0,02
	2	0,95 ±0,06
ЗПК	1	1075 ±15
	2	1647 ±23
ДПІ	1	0,24 ±0,12
	2	0,47± 0,14
ПСІ	1	15,1± 3,3
	2	9,3± 2,5
ІГА	1	0,03 ±0,01
	2	0,09 ±0,02

Як видно з даних таблиць 1, 2 і діаграм (рис.1-4), у пацієнтів 2 групи кровотік у басейні ЧС і ЗПА характеризувався високою піковою швид-

кістю систоли, характер же кровотоку у ВБА мав меншу швидкість систоли. Ці дані ми розцінювали як зниження периферичного опору кровотоку в ЧС і ЗПА, порівняно з вищим у руслі діастоли ВБА, що підтвердилося і відмінностями в кількісних характеристиках індексів PI і IR.

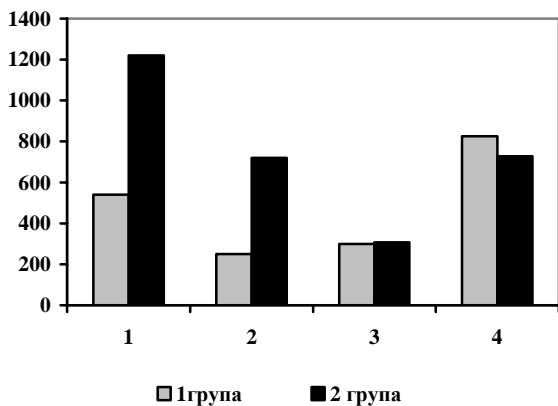


Рис. 1. Зміни об'ємного кровотоку в басейні ЧС (1), ЗПА (2), ВБА (3) і ПВ (4) у хворих 1 і 2 груп

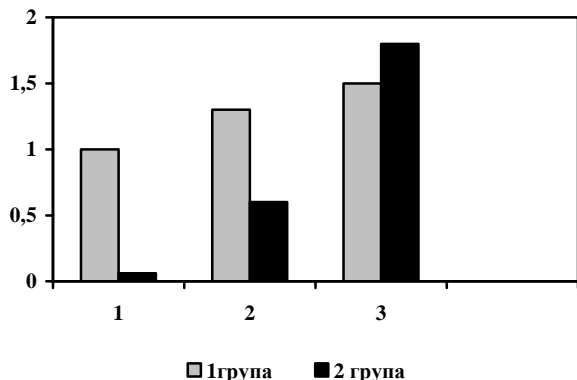


Рис. 2. Зміни індексу резистивності в басейні ЧС (1), ЗПА (2), ВБА (3) у хворих 1 і 2 груп

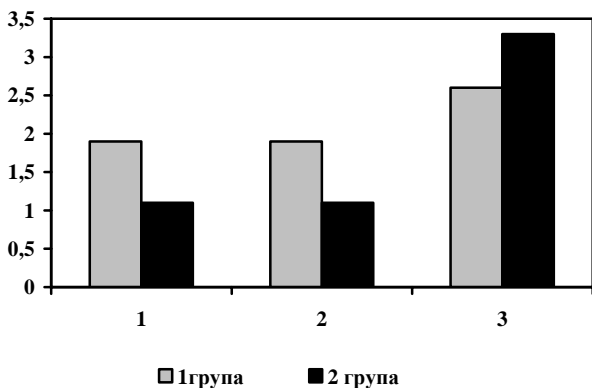


Рис. 3. Зміни пульсаційного індексу в басейні ЧС (1), ЗПА (2), ВБА (3) у хворих 1 і 2 груп

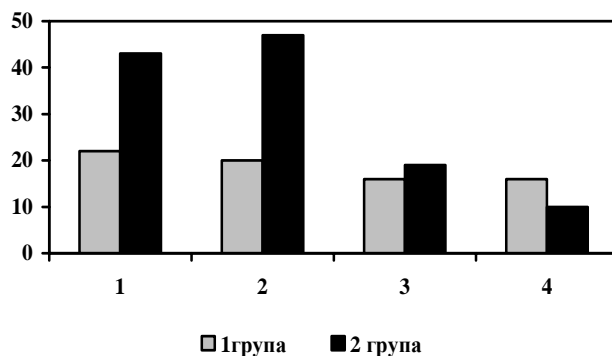


Рис. 4. Зміни лінійній швидкості кровотоку в басейні ЧС (1), ЗПА (2), ВБА (3) і ПВ (4) у хворих 1 і 2 груп

У пацієнтів 1 групи Q у ЗПА приблизно дорівнювала до 250 мл/хв., а Q по ПВ приблизно становила 825 мл/хв., що склало співвідношення 25:75 загального об'єму печінкової перфузії і ППВ = 0,3; ЗПК = 1075. Допплерівський перфузійний індекс (ДПІ) дорівнював 0,23, що дало нам можливість судити про нормальний перерозподіл крові в системі портальної вени і ЗПА у пацієнтів 1 групи.

У хворих 2 групи гемодинамічні показники змінювалися, причому приблизно рівною мірою. У цих хворих відзначалася висока пікова швидкість систоли у ЧС і ЗПА приблизно в 2 рази вище, ніж у пацієнтів 1 групи; трохи збільшилася V і у ВБА, причому виявлялося значне зменшення лінійного кровотоку в басейні ПВ. Ці дані свідчать про зменшення периферичного опору в басейні ЧС і ЗПА порівняно з його збільшенням у дистальному руслі ВБА. Відмінності в кількісних характеристиках PI і IR ще раз підтверджували цю закономірність.

Лінійний кровотік у ПВ знижувався до 10%, проте у ЗПА різко збільшувався (приблизно у 2 рази). Аналогічні зміни відбувалися і з показниками об'ємного кровотоку. Причому перерозподіл кровотоку відбувався таким чином, що об'ємна швидкість кровотоку у пацієнтів 2 групи становила приблизно рівні величини й ППВ дорівнювало приблизно 0,9. Проте загальний об'єм перфузії печінкової крові збільшувався порівняно з пацієнтами 1 групи і становив 1447 ± 25 мл/хв. Свідченням перерозподілу крові на користь артеріального русла було також і зменшення такого показника як ПСІ зі збільшенням ПА.

Отримані приблизно рівні показники об'ємного кровотоку у ЗПА і ПВ свідчили про збільшення артеріального кровотоку більшою мірою за рахунок зниження венозного. Причому у

хворих 2 групи співвідношення ЗПК становило 1:1. Показово й збільшення судинного опору артеріального кровотоку у ВБА. Ця реакція супроводжує, мабуть, початкову фазу обтурації жовчних проток і приводить до зменшення кровотоку у ВБА та, як наслідок, і в ПВ.

Діаметр печінкової артерії зростає паралельно зі збільшенням середньої швидкості кровотоку в ній, тоді як діаметр портальної вени збільшувався у міру зниження середньої швидкості кровотоку. Таким чином, відбувався перерозподіл печінкової перфузії між печінковою артерією і портальною веною. З розвитком жовтяниці посилювався перерозподіл крові у басейнах печінкової артерії і портальної вени. Відбувалася

так звана «артеріалізація» печінкового кровопостачання. Зниження перфузії виникало у результаті одночасного зниження периферичного судинного опору й критичного падіння пікової швидкості систоли кровотоку в ЗПА.

ПІДСУМОК

Проведені дослідження показали, що розлади кровопостачання печінки при обтураційній жовтяниці характеризуються зростанням судинного опору і зниженням загальної печінкової перфузії в результаті зменшення припливу крові по портальній вені, яке до певної міри компенсується «артеріалізацією» кровопостачання печінки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Берестень Н.Ф. Допплерэхография в комплексной оценке нарушений печеночной и сердечной гемодинамики: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / Н.Ф. Берестень. – М., 2000. – 42с.
2. Екстракорпоральні методи у лікуванні печінкової недостатності / В.І. Русин, Т.Я. Шляхта, Я.О. Руснак, Н. Маляр [и др.]. – Ужгород, 2007. – 128с.
3. Кунцевич Г.И. Возможности дуплексного сканирования для оценки кровотока в артериях и венах брюшной полости / Г.И. Кунцевич, Н.И. Кокова, Е.А. Белолопатко // Визуализация в клинике. – 1995. – №6. – С.33-39.
4. Лелюк В.Г. Ультразвуковая ангиология / В.Г. Лелюк, С.Э. Лелюк // Реальное время. – 1999. – С.212.
5. Hepatic arterial resistance in without portal vein thrombosis: Relationships with portal hemodynamics /

Saccrdoti D., Merkel C., Bolagliesi M. [et al.] // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 108. – P. 1152-1158.

6. Hepatic artery resistance before and after standard meal in subjects with diseased and healthy livers / L.K. Joynt, J.P. Plott, J.M. Rubin [et al.] // RAD. – 1995. – Vol. 196. – P. 489-492.

7. Pierce M.F. Identification of hepatic cirrhosis by duplex Doppler ultrasound value of the hepatic artery resistive index / M.F. Pierce, R. Swwell // Austral. Radiol. – 1990. – Vol. 34. – P. 331-333.

8. Piscalgia F. US Doppler investigation of hepatic artery hemodynamics in chronic active hepatitis. Abstract / F. Piscalgia, G. Zironi, S. Siringo // The 30th Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver. – Copenhagen, Denmark, 1995.

9. Ralls P.W. Color Doppler sonography of the hepatic artery and portal venous system / P.W. Ralls // A/R. – 1995. – Vol. 155. – P. 517-525.



УДК 616.366-003.7-073.7-089

**А.І. Годлевський,
О.А. Ярмак,
С.І. Саволук,
В.А. Кацал,
А.В. Фуніков**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Прирогова

Ключові слова: холедохолітіаз, інтраопераційна ультразвукова діагностика, якість життя

Key words: choledocholithiasis, intraoperational ultrasonography, quality of life

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА У ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТА ОПЕРАТИВНІЙ КОРЕКЦІЇ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Резюме. В работе приведен опыт применения интраоперационной ультразвуковой диагностики при лечении 90 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Доказано, что его применение дает возможность уменьшить количество холедоходуоденоанастомозов, минимизирует необходимость выполнения холедохотомии с лечебной целью, полностью исключает выполнение ее как диагностического метода, позволяет практически полностью отказаться от применения интраоперационной холангиографии.

Summary. *Experience of intraoperation ultrasonic diagnostics (IUSD) usage in the course of treatment of 90 patients with cholelithiasis complicated with choledocholithiasis is presented. It was proved that IUSD gives possibility to reduce number of choledochoduodenostomoses, to minimize necessity to perform choledochotomy in treatment aims, to completely exclude it as diagnostic method, to refuse from intraoperation cholangiography practically completely.*

Гіподіагностика холедохолітіазу на етапах підготовки та проведення холецистектомії (ХЕ) є однією з основних причин інтра- та післяопераційних ускладнень і незадовільних віддалених результатів хірургічного лікування, рівень котрих не має виразної тенденції до зниження. Тому сьогодні у більшості спеціалістів не викликає сумніву необхідність обов'язкової інструментальної візуалізації жовчовивідних протоків у хворих з хірургічними формами жовчокам'яної хвороби. Проблема полягає у тому, що не існує універсального чи „ідеального” методу (чи програми такої діагностики), і хірург часто стоїть перед нелегким вибором. З огляду літератури видно, що в питанні вибору критеріїв для застосування того чи іншого методу інвазивної візуалізації жовчних шляхів єдиного підходу не існує, думки авторів розбігаються, часом кардинально.

Використання УЗД інтраопераційно підвищує ефективність методу до 98,2% (Данилов М.Б. і співавт., 1989, John T.G., Garden O.J., 1994, Santambrogio R. et al., 1997), що дозволило ряду дослідників висловити думку про те, що інтраопераційне ультразвукове дослідження (ІУЗД) дозволяє відмовитись від інтраопераційної холангіографії (Галкін В.Н., 1996, Ohtanit et al., 1997). Вибір методу завершення холедохолітотомії визначається тяжкістю стану хворого, відповідними показаннями, досвідом, кваліфікацією хірурга. Багато залежить від звичок хірурга і традицій клініки. Остання обставина в невеликому ступені сприяє відсутності єдиних установок щодо тих чи інших методів завершення холедохолітотомії. Аналіз віддалених результатів за даними літератури показав, що незадовільні наслідки після холедоходуоденоанастомозу (ХДА) спостерігаються приблизно у 10% оперованих хворих. У свою чергу, ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) пов'язана з небезпекою розвитку таких серйозних ускладнень як кровотеча, гострий панкреатит, гострий холангіт, ретродуоденальна перфорація та ін. Летальність при ЕПСТ може сягати 1-2%, частота ускладнень коливається від 1% до 19% (Шапвальянц С.П., 1996, Voender J. et al., 1994, Fung A.S. et al., 1997). Сказане дозволяє припустити, що зовнішнє дренивання холедоха (ЗДХ) слід

вважати оптимальним методом завершення холедохолітотомії, котрий в показаних випадках (повне усунення перешкоди для природнього відтоку жовчі й виключення можливості резидуальних конкрементів) здійснює надійну декомпресію протоків і дозволяє контролювати стан жовчних шляхів після операції. Дослідження якості життя в хірургії може дозволити достовірно визначити переваги того чи іншого методу лікування, виходячи не лише з кількісних, але і з якісних характеристик його результатів (Ветшев П.С., 2000, Шевченко Ю.А. 2004).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В основу роботи покладені клінічні спостереження та дослідження, виконані на клінічній базі кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету за період з 2006 по 2011 рік. Проведено аналіз лікування 90 пацієнтів. До I групи включено 45 пацієнтів, оперованих з приводу жовчокам'яної хвороби, калькульозного холециститу, ускладнених холедохолітіазом та механічною жовтяницею, котрим серед методів ревізії жовчних шляхів під час операції застосовувалось ІУЗД. II групу - 45 хворих - склали пацієнти, оперовані з приводу аналогічної патології, котрим інтраопераційно застосовувались лише традиційні методи дослідження жовчних шляхів - огляд, вимір діаметру холедоха, пальпація протоків, діагностичне зондування, пальпація на зонді, за потреби інтраопераційна холангіографія (ІХГ). Серед усіх обстежених було 56 (62%) жінок і 34 (38%) чоловіки. Вік хворих коливався від 45 до 76 років. Пацієнти I і II груп були співставні за статтю, віком, соматичною патологією та соціальним статусом. Питання про показання для холедохолітотомії та метод її завершення вирішували залежно від результатів комплексного інтраопераційного обстеження жовчних шляхів з використанням ІУЗД. У подальшому було досліджено якість життя у 69 пацієнтів до операції та у віддаленому періоді (2-4 роки) після обох методів дренивання холедоха. Вивчення й оцінка якості життя (ЯЖ) була зроблена після ХДА 23 пацієнтам, після зовнішнього дренивання холедоха 46 пацієнтам. Оцінка ЯЖ проводилось за допомогою загального опитувальника MOS SF-36

(Ware J.E. et al., 1989). Враховуючи необхідність формування популяційної норми для порівняльного аналізу отриманих даних при вивченні ЯЖ пацієнтів, нами в дослідження також була включена група здорових людей, що складалась з 20 осіб (12 жінок і 8 чоловіків).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I групі у 9 (20%) пацієнтів інтродуційна сонографія дала змогу уникнути необгрунтованої діагностичної холедохотомії, а видалення дрібних конкрементів, жовчної замазки та повноцінну санацію під контролем УЗ вдалося виконати через культю міхурового протоку, у разі необхідності розширюючи її. У 4 хворих діагноз холедохолітіазу виключено, а підвищені показники білірубіну пов'язані зі значними запальними змінами печінково-дванадцятипалої зв'язки, перихоледохеальним лімфаденітом та реактивним гепатитом, що підтверджувалось даними ІУЗД. У 24 (53,33%) пацієнтів холедохотомію було завершено зовнішнім дрениванням холедоха. Загалом ЗДХ виконано у 33 (73,33%) пацієнтів. У 7 (15,55%) хворих накладено холедоходуоденоанастомоз: у 4 у зв'язку з виявленням хронічним індуративним панкреатитом, що був причиною біліарної гіпертензії; у 1 – індуративний панкреатит спричиняв тубулярний стеноз термінального відділу холедоха на фоні холедохолітіазу. ЗДХ з подальшою ЕПСТ виконано у 5 (11,11%) хворих з приводу папілостенозу. У 2 хворих, незважаючи на повноцінну холедохолітоекстракцію і санацію жовчного дерева під УЗ контролем, холедоходуоденоанастомоз сформовано з причин значного (> 2,5 см) розширення холедоха та вираженої його атонії. У 4 хворих цієї групи ІУЗД в доповнення до камінців у просвіті гепатикохоледоха виявлено конкременти у внутрішньопечінкових жовчних протоках, котрі було видалено під УЗД-контролем за допомогою катетера Фогарті, промивання та електровідсмоктування. ІХГ у I групі було необхідним у 3 хворих (6,66%) при сумнівних даних візуалізації термінального відділу холедоха. У II групі патологію загального жовчного протоку спостерігали у 43 (95,55%) хворих, конкременти ЗЖП - у 33 (73,33%), стеноз великого дуоденального сосочка (ВДС) - у 4 (8,88%), поєднання патології ВДС і холедохолітіазу - у 3 (6,66%), індуративний панкреатит – у 4 (8,88%), в поєднанні з холедохолітіазом – у 1 хворого. Діагностична холедохотомія застосована у 5 (11,11%) хворих. Хворим з папілостенозом виконано ЗДХ, у разі необхідності літоекстракцію, а в подальшому ЕПСТ. По завершенні холедохолітотомії ушивання ЗЖП з його зовнішнім дрениванням

виконано загалом 22 хворим (48,88%). Холедоходуоденостомія виконана 16 хворим (35,55%). Показаннями були множинні конкременти ЗЖП у 9 хворих, стеноз ВДС в поєднанні з хронічним індуративним панкреатитом у 1 хворого, індуративний панкреатит у 5 пацієнтів, у 2 з котрих – на фоні холедохолітіазу. ІХГ в II групі була потрібна в 24 випадках. При порівнянні результатів по групах встановлено, що в основній вдалося на 20% зменшити кількість використання ХДА, як методу завершення холедохолітотомії, на користь ЗДХ. Застосування холедохотомії вдалося зменшити з 100% до 80%, крім того, в основній групі діагностична холедохотомія як метод взагалі не застосовувалась, на відміну від 4 (13,33%) діагностичних холедохотомій у II групі. У групі з інтраопераційним застосуванням УЗД-ревізії виконання холангіографії було необхідне лише в 3 (6,66%) випадках, порівняно з 24 (53,33%) у II групі.

При порівнянні ЯЖ пацієнтів після ЗДХ (Ia група) та ХДА (IIa група) до операції, показники фізичного та психологічного компонентів якості життя у хворих знаходились на низькому рівні й не мали достовірної ($p > 0,05$) різниці в обох групах. У хворих після ЗДХ було виявлено зниження показників загальної якості життя (статистично достовірне $p < 0,05$ і $p < 0,001$) за шкалами: ФА на 15%, РФ на 8%, і ОЗ на 12%. Серед показників фізичного здоров'я незначне статистично недостовірне зниження виявлено лише за шкалою больових відчуттів (Б). Якість життя за шкалами Ж, СФ, РЕ і ПЗ наближалась до популяційної норми. У хворих, що перенесли ХДА, ФА, РФ і ОЗ, порівняно з контрольною групою, були на 17%, на 27%, та на 40% відповідно нижчі ($p < 0,001$). Показник больових відчуттів був нижчим на 39% ($p < 0,001$). Дослідження психологічного здоров'я (ЖС, СА, РЕ, ПЗ) у хворих IIa групи виявило значне зниження показників ($p < 0,001$). Виражене погіршення компонентів психологічного здоров'я у хворих після ХДА пояснюється розвитком психосоматичних розладів на ґрунті присутньої персистуючої патології. Порівняльний аналіз показників ЯЖ, проведений у хворих з різними методами дренивання жовчних шляхів, виявив статистично достовірні ($p < 0,01$, $p < 0,001$) відмінності показників за шкалами РФ, Б, ОЗ, ЖС, СА, РЕ, ПЗ, з найбільшою різницею за показником больових відчуттів Б - 32%. Відмінність за шкалою ФА визнана незначною і статистичної достовірності не мала ($p > 0,001$). Таким чином, показники загальної ЯЖ у хворих після ХЕ з ХДА чи ЗДХ визначались видом оперативного втручання.

Нижчі показники загальної ЯЖ було виявлено в групі хворих після ХДА.

ПІДСУМОК

Аналіз загальної ЯЖ у віддаленому післяопераційному періоді показав переваги ЗДХ порівняно з ХДА при оперативному лікуванні ускладненого холелітіазу. Використання ІУЗД дає змогу зменшити кількість ХДА як операцій, що порушують анатомо-фізіологічні взаємовідноси-

ни біліопанкреатодуоденальної зони й, відповідно, погіршують якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді. Крім того, ІУЗД мінімізує необхідність холедохотомії з лікувальною метою, цілком виключаючи її як діагностичний метод. ІУЗД дозволяє практично повністю відмовитись від застосування ІХГ, окрім поодиноких випадків з труднощами у візуалізації термінального відділу холедоха.



УДК 616-089.163-089.819-053.9

**Ю.О. Площенко,
Н.М. Чупахіна**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЯХ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра анестезіології, інтенсивної терапії і медицини невідкладних станів ФПО

Збільшення чисельності пацієнтів похилого віку на сьогоднішній день починає ставати проблемою і для хірургів, і для анестезіологів. Очікується, що кількість операцій у групі геріатричних хворих може перевищити 25% від усіх хірургічних втручань.

Серцево-судинна система в умовах загальної анестезії навіть під час малоінвазивних хірургічних втручань перебуває під дією різних негативних впливів, таких як зміни тиску в черевній порожнині, зміни газообміну, дія анестетиків на міокард, у післяопераційному періоді навантаження не зменшується. Як наслідок, доведено, що найбільший відсоток усіх смертельних випадків в некардіальній хірургії відбувається внаслідок серцево-судинних ускладнень.

Пацієнти старше 70 років з супутньою ІХС належать до найвищих класів за ступенем ризику розвитку серцево-судинних ускладнень під час хірургічного втручання. Недостатня або неправильно підібрана периопераційна інтенсивна терапія може значно збільшити й без того чималий ризик розвитку ускладнень.

Тому вибір методу й компонентів анестезії при некардіальних операціях у геріатричних пацієнтів з супутньою ІХС повинен бути зроблений після детальної оцінки загального стану пацієнта, його кардіологічного статусу та ступеня ризику серцево-судинних ускладнень.

За умов короткотривалого перебування пацієнта в стаціонарі однією з головних завдань анестезіолога є максимально підготувати пацієнта до анестезії без зайвих втрат часу. Тому частину лікувальних заходів можна перенести на амбулаторний прийом.

У нашій клініці передопераційна оцінка загального та кардіологічного статусу пацієнтів похилого віку проводиться обов'язково спільно анестезіологом та кардіологом. У разі необхідності лікувальна премедикація різної тривалості проводиться в строки від 1 до 3 тижнів амбулаторно. Підбір препаратів здійснюється з урахуванням клінічних проявів ішемії міокарда, супутніх порушень ритму й провідності серця, ефективності попереднього лікування, наявності цукрового діабету, ознак судинного тромбозу. Для збільшення резервів серцево-судинної системи призначається тивортин до 10 діб передопераційно, причому можливий як парентеральний, так і ентеральний прийом препарату.

Таким чином, успішний перебіг периопераційного періоду у хворих похилого віку з супутньою ІХС забезпечується виконанням таких кроків: 1) прицільне передопераційне обстеження; 2) оцінка функціональних можливостей пацієнта й визначення ступеня кардіального ризику; 3) завчасна медикаментозна підготовка пацієнта.



УЧБОВИЙ ПРОЦЕС

УДК 617-089.819:378.147

*В.В. Иващенко,
А.В. Иващенко*

ВОПРОСЫ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ИЗУЧЕНИИ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Сегодня становится совершенно очевидной необходимость выделения V периода развития хирургии – периода органосохраняющей и миниинвазивной хирургии. Его начало положено в 1987 году немецким хирургом Мюге, который впервые в клинике выполнил лапароскопическую холецистэктомию, явившуюся первым спутником хирургии будущего – лапароскопической хирургии. Что дает здравоохранению, хотя бы условно, определение периода хирургии? С практической точки зрения понимание наличия происходящих перемен и тенденций диктует необходимость своевременного реагирования к изменению в подготовке врачебных кадров, которая, не смотря на быстрое и широкое внедрение современных технологий, требует создания определенных условий для подготовки хирургов по вопросам традиционной хирургии (сохранение разумного консерватизма). Во время выполнения любого миниинвазивного вмешательства может возникнуть необходимость перехода на традиционное вмешательство, которое должен выполнять хирург, владеющий новыми современными методами оперирования. Но в новых условиях обучать элементам традиционной хирургии становится все труднее. Так, на кафедре общей хирургии Донецкого медуниверситета 80% оперативных вмешательств сегодня выполняется миниинвазивными методами (начиная с

1993 года выполнено около 15000 лапароскопических вмешательств).

Используя представленные министерством образования возможности кафедральным коллективам самостоятельно проводить коррекцию учебного плана в пределах 10-15% нагрузки, мы отдельное занятие посвящаем изучению общих вопросов органосохраняющей и миниинвазивной хирургии. Кроме этого, при проведении занятий, посвященных клиническому, лабораторному и инструментальным методам исследования, закрытым повреждениям груди, живота, черепа, общим вопросам онкологии, семиотики и диагностики трофических расстройств, пред- и послеоперационного периода, нами разработаны и широко внедрены в учебный процесс мультимедийные презентации для демонстрации возможностей традиционной и миниинвазивной хирургии в сравнительном аспекте. В связи с этим, на занятии „Основы реабилитации хирургического больного (амбулаторно-поликлиническая помощь)” уделяем особое внимание вопросам рационального использования койки стационара в плане хирургии „одного дня”.

Следовательно, подобный подход обусловлен временем и обеспечивает подготовку необходимого фундамента для обучения студентов хирургии на 4, 5, 6 курсах как с учетом современных достижений, так и элементов традиционной хирургии.



**Я.С. Березницкий,
Р.В. Дука**

МЕТОДИКИ ОСВОЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В УСЛОВИЯХ ТРЕНАЖЕРНОГО УЧЕБНОГО КЛАССА

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра хирургии №1
(зав. – д. мед. н., проф. Я.С. Березницкий)*

В Днепропетровской медицинской академии на кафедре хирургии №1 открыт учебный центр по обучению практическим навыкам в лапароскопической хирургии.

Центр оборудован четырьмя лапароскопическими стойками Карл Шторц и мультицелевым тренажером. Учебный центр предназначен для врачей хирургических специальностей, гинекологов, урологов и для врачей интернов, которые проходят интернатуру на базе кафедры.

Программа обучения разбита на 5 этапов. На первом этапе курсант работает с мелкими предметами и осваивает навыки ориентирования в условиях двухмерного изображения, за 70 секунд должен сложить двадцать горошин в контейнер. На втором этапе курсанты переходят к упражнениям, благодаря которым обретаются навыки работы обеими руками. На третьем этапе идет работа по освоению завязывания лапароскопических узлов. Курсанты учатся завязывать ла-

пароскопические узлы правой и левой рукой, нормативом является завязывания трех узлов подряд за 45 секунд. На четвертом этапе курсант обучается навыкам лапароскопического шва. Программа этапа считается освоенной, когда в течение полутора минут курсант может выполнить шов и завязать три узла. На пятом этапе курсанты переходят к работе на органном комплексе свиньи, который располагается в мультицелевом тренажере и позволяет создать условия, приближенные к реальным операционным.

Обучение на данном этапе позволят освоить навыки обращения с тканями, моно- и биполярную коагуляцию, клипирование и гемостаз, а также отработать этапы различных оперативных вмешательств. Полный цикл обучения занимает 72 академических часа и позволяет курсантам уверенно освоить основные мануальные лапароскопические навыки.



ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.24-008.4/8-022.7:616.24-002-089.168

О.С. Мунтян

**ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ
ТА БАКТЕРІАЛЬНИЙ СТАН БРОНХО-
АЛЬВЕОЛЯРНОЇ СИСТЕМИ – ГОЛОВНІ
ЧИННИКИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
ПНЕВМОНІЙ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ключові слова: функція зовнішнього дихання, бронхо-альвеолярна рідина, бактеріограми, післяопераційна пневмонія

Key words: function of external respiration (FER), broncho-alveolar fluid (BAF), bacteriograms, post-operative pneumonia

Резюме. У 310 больних после плановых и ургентных операций изучались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и бактериограммы бронхо – альвеолярной жидкости (БАЖ). Нарушения ФВД диагностировали с помощью комплекса “Спиролан” до операции, на 3-4 сутки послеоперационного периода (ПОП) и перед выпиской больного. Расстройства ФВД до операций наблюдали в 56,8% случаев с умеренными нарушениями по смешанному типу. После плановых операций изменения углублялись у 77,1% больных, после ургентных вмешательств у 95,4%. Объёмные и скоростные показатели ФВД у оперированных ургентно значительно превышали подобные после плановых операций и углублялись в зависимости от степени тяжести и типа бронхо – легочных нарушений. После лапаротомных операций нарушения ФВД разной тяжести установлены у 20,7%, из них умеренных и тяжёлых - 39,1%. После лапароскопических операций нарушения ФВД установлены у 57,1% больных. Умеренных и тяжёлых из них было 40,1%. Изменения отсутствовали в 50,3%. После прочих операций у 31,9% выявлены умеренные и тяжёлые нарушения. Состояние микрофлоры БАЖ характеризовались увеличением колоний микробов при углублении нарушений ФВД - при тяжёлой степени в 2,5 раза в сравнении с контрольными. Выделение чистых культур показало высокую чувствительность возбудителей к пеницилинам, бета-лактамам, цефалоспорином II - III - IV поколения, аминогликозидам. Изменения ФВД ПОП, состояние микрофлоры БАЖ свидетельствуют о необходимости рационального подбора антибактериальной терапии.

Summary. In 310 patients after elective and emergency operations indexes of FZD and (BAF) bacteriogram (BAR) were investigated. Violations of FZD were diagnosed by a complex “Spirolan” before the operation, on 3-4 days of POP and before discharge of patients. Disorders of FZD before operations were in 56,8% of cases with moderate violations by mixed type (29,7%). After the elective operations changes deepened in 77,1% patients, after emergency procedures- 95,4%. Volume and speed indexes of FZD in emergency operation considerably exceeded similar after the planned operations and deepened depending on the degree of severity and type of bron-co - pulmonary violations. After laparotomy disorders of FZD of different grade were in 20,7%, from them moderate and heavy in 39,1%. After laparotomy FZD violation was in 57,1% of patients. Moderate and heavy – in 40,1%. Changes were absent in 50,3%. After operations in 31,9% moderate and heavy disorders were found out. State of BAR microflora was characterized by increase of microbe colonies deepening on FZD disorders - at heavy degree in 2,5 times in comparing to control. Clean cultures showed high sensitiveness to penicillins, beta- lactams, cefalosporins of the II - III - IV generation, aminoglyco-sides. Changes of FZD in POP, state of BAR microflora testify to the necessity of rational choice of antibacterial therapy.

Особливе місце серед ускладнень у післяопераційний період належить пневмонії, представнику так званої “великої четвірки” основних форм нозокоміальної інфекції. Згідно з даними Національної системи Епідеміологічного Нагляду за Нозокоміальними Інфекціями США (NNIS), шпитальні пневмонії є третьою за частотою формою внутрішньолікарняних інфекцій [2, 3, 12]. Частота розвитку шпитальних пневмоній становить від 13% до 18% в структурі лікарняної інфекції, а за рівнем летальності сягає від 30% до 80%, посідаючи перше місце [5, 6, 14]. Післяопераційні пневмонії (ПП) залежно від характеру операції зустрічаються в середньому у 1,1% всіх оперованих, що становить 12% інфекційних ускладнень і як безпосередня причина смерті в середньому становить 21% [4, 16]. Термін тимчасової непрацездатності в середньому 25,6 доби. Одним із факторів ризику виникнення нозокоміальної пневмонії є післяопераційний період (ПОП) [4, 6, 17]. Частота та тяжкість ПП залежить від характеру, поширеності, тривалості хірургічного втручання, локалізації операційної травми, виду наркозу та інших факторів на фоні зростання резистентності збудників пневмоній до антибактеріальних препаратів [1, 6, 7, 19]. Основними клінічними критеріями тяжкості захворювання є ступінь дихальних розладів, характер та варіабельність мікрофлори, вираженість інтоксикації, наявність ускладнень, декомпенсація супутніх захворювань [19].

Метою нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку змін функції зовнішнього дихання (ФЗД) та стану мікрофлори бронхо – легеневої системи для покращення профілактики та лікування ПП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під спостереженням знаходилися 310 хворих з різною хірургічною патологією, у яких після планового й ургентного оперативного втручання вивчалися показники ФЗД та бактеріограми бронхо – альвеолярної рідини (БАР).

У досліджуваній групі порушення ФЗД вивчали з використанням діагностичного автоматизованого комплексу “Спіролан” до проведення оперативного втручання, на 3-4 добу ПОП і безпосередньо перед випискою хворого зі стаціонару. Обстеження проводили згідно з наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”. Програмне забезпечення комплексу надає можливість фіксувати графічно й математично такі спірографічні дослідження: спокійне дихан-

ня; життєву ємність легенів (ЖЄЛ); форсовану життєву ємність легенів (ФЖЄЛ); максимальну вентиляцію легенів (МВЛ); об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), середню об'ємну швидкість (СОШ); пікову об'ємну швидкість (ПОШ); миттєву об'ємну швидкість на рівні видиху (МОШ) та ін. Контрольними були розрахункові належні показники ФЗД. За нижню межу норми для ФЖЄЛ, ОФВ1 та співвідношення між ОФВ1 й ФЖЄЛ приймали 80% від належних величин. Зниження цих показників до 79 - 60% від належних розцінювали як помірне, 59 - 40% - як значне, 39% та нижче – як різке. За нижню межу норми показників потоку СОШ 25-75 та ПОШ приймали 60% від належних величин. Зниження показників до 59 – 40% від належних розцінювали як помірне, 39 – 30% - як значне, 29% та нижче – різке [8].

Відомо, що пневмонія є гострим інфекційним захворюванням, переважно бактеріального походження, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень і присутністю внутрішньоальвеолярної ексудатії [4, 10]. Тому в діагностиці запального процесу при патології легень особливе значення має характер мікрофлори, яка при розвитку пневмонії дуже варіабельна. Незважаючи на великий арсенал сучасних антибактеріальних засобів, завжди стоїть проблема вибору оптимального препарату. Для підвищення ефективності антибактеріальної терапії нами проведено вивчення бактеріограм у бронхоальвеолярній рідині, яку вилучали через інтубаційну трубку на початку проведення загального знеболювання.

Мікробіологічне дослідження збудників запального процесу проводили згідно з наказом МОЗ СРСР від 22.04.1985 №535 “Про уніфікацію мікробіологічних (бактеріологічних) методів дослідження, що використовуються у клініко – діагностичних лабораторіях ЛПЗ.” Визнається, що інфекційні агенти є обов'язковою складовою формування захворювання і навіть у період ремісії беруть участь у прогресуванні патологічного процесу [12, 15], при цьому роль різних мікроорганізмів у виникненні та підтримці локального й системного хронічного запального процесу при патології легень має свої особливості. Особливістю мікробіологічного дослідження при інфекціях дихальних шляхів є обов'язкова присутність у матеріалі кількох видів мікроорганізмів. При мікроскопії оцінювали загальну картину мікрофлори та сіяли матеріал на 5% кров'яний агар, проводили 18-24-годинну інкубацію при 37°C. Враховували кількість колоній, співвідношення асоціантів, виділяли чисті

культури мікробів, проводили їх ідентифікацію та визначали чутливість до антибіотиків. Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів виконували згідно з Наказом №167 від 05.04.2007р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів» [13].

Диско-дифузійним методом визначали чутливість носія до антибіотиків. Міжнародно визаними середовищами для визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків є агар або бульйон Мюллер-Хінтона. Для визначення чутливості використовували стандартизовані диски з антибіотиками. На одну чашку укладали не більше 6 дисків з антибіотиками. Діаметр зон затримки росту вимірювали з точністю до 1мм. Посівна доза мікроорганізму – важливий фактор:

при низькій посівній дозі зона затримки росту більша, при вищій – менша. Мікробна суспензія досліджуваного мікроорганізму визначалася у колонієутворюючих одиницях (КУО /мл).

Усі розрахунки проводилися з використанням електронно-обчислювальної техніки – РС IBM Pentium IV у середовищі Windows XP.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При надходженні хворих до стаціонару розлади ФЗД спостерігали у 56,8% випадків, більшість хворих мала помірні порушення за змішаним типом (29,7%). Після планових операцій ці зміни поглиблювалися і простежувалися у 77,1% хворих. Найбільш переконливі зміни відбувалися у хворих після ургентних хірургічних втручань – 95,4% (табл. 1).

Таблиця 1

Зміни вентиляційної функції легень після планових та ургентних оперативних втручань залежно від тяжкості ступеня та типу порушень

Ступінь обструктивних порушень	До операції (n = 310)		Після планових операцій (n = 223)		Після ургентних операцій (n = 87)	
	кількість хворих	%	кількість хворих	%	кількість хворих	%
Відсутні	134	43,23	51	22,87	4	4,6
Легкі	58	18,71	55	24,66	35	40,23
Помірні	105	33,87	69	30,94	43	49,42
Тяжкі	13	4,19	48	21,53	5	5,75
Тип порушень	кількість хворих	%	кількість хворих	%	кількість хворих	%
Обструктивний	77	24,84	52	23,32	32	36,78
Рестриктивний	7	2,25	2	0,90	6	6,90
Змішаний	92	29,68	118	52,91	45	51,72
Всього	176	56,77	172	77,13	83	95,40

Зміни окремих об’ємних та швидкісних показників ФЗД у оперованих ургентно перевищували подібні після планових операцій і погіршувалися залежно від ступеня тяжкості та типу бронхо – легеневих порушень.

Для вивчення змін показників ФЗД хворі були розподілені залежно від виду оперативного

втручання: лапаротомні операції виконані 64 хворим, лапароскопічні – 177, операції без втручання у черевну порожнину – у 69. Розлади функції зовнішнього дихання після виконання різних оперативних втручань представлені в таблиці 2.

Ступінь післяопераційних дихальних розладів залежно від виду хірургічного втручання

Хірургічні втручання	Обструктивні порушення (%)				
	відсутні	легкі	помірні	тяжкі	всього
Лапаротомні	19 (29,69)	20 (31,25)	17 (26,56)	8 (12,50)	64 (20,66)
Лапароскопічні	89 (50,28)	17 (9,60)	68 (38,43)	3 (1,69)	177 (57,10)
Операції без втручання у черевну порожнину	26 (37,68)	21 (30,43)	20 (28,99)	2 (2,90)	69 (22,26)
Всього	134 (43,23)	58 (18,71)	105 (33,87)	13 (4,19)	310 (100)

Підводячи підсумок досліджень, слід зазначити, що зміни ФЗД залежно від виду оперативних втручань визначають напрямки щодо вибору індивідуальної тактики профілактики виникнення пневмоній та їх лікування.

Поряд з аналізом розладів ФЗД, для призначення адекватної терапії вкрай важливим є дослідження бактеріологічного стану бронхолегеневої системи. Найважливіша роль у виникненні та розвитку ПП належить колонізації нижніх дихальних шляхів [9, 18]. При цьому на частку грамнегативних бактерій припадає близько 60% всіх нозокоміальних інфекцій, грам-позитивних – 30 – 35% та грибів – 5 – 10% [1, 11, 15].

Стан мікрофлори дихальних шляхів був вивчений у 120 хворих (оперованих у плановому порядку – 82, невідкладному стані – 38). Кон-

трольну групу склали 34 практично здорові людини.

У контрольній групі кількість мікробних колоній становила $28,5 \pm 2,2$. До 30 колоній мікробів знайдено у 48 хворих до початку операцій (40,0%). У 72 хворих (60,0%) кількість колоній перевищувала 30 ($44,8 \pm 0,8$).

При відсутності дихальних розладів до операцій у БАР були виявлені: пневмококи – 5,88%, *St.aureus* – 2,94%, *St. epidermidis* – 11,77%, *St. sapro-phyticus* – 5,88%, *Str. oralis* – 8,82%, *Str.mitis* – 5,58%, *Candida spp.* - до 2,94% і 2,94% випадків *Ps.aeruginosa*. У цілому вказана вище мікрофлора виявлена у 47,06% досліджень. У хворих з розладами ФЗД і ризиком виникнення ПП зростання мікрофлори зареєстроване у 100% посівів. Домінували зазначені вище мікроорганізми (табл. 3).

Стан мікрофлори бронхо – альвеолярної рідини у хірургічних хворих залежно від ступеня вентиляційних порушень (%)

Ступінь розладів дихання / стан мікрофлори	Контрольна група n = 34	Легкий ступінь n = 56	Середній ступінь n = 52	Тяжкий ступінь n = 12
Пневмококи	5,88	10,71	13,46	33,33
<i>St. epidermidis</i>	11,77	16,07	13,46	16,67
<i>St.saprophyticus</i>	5,88	7,14	9,62	8,33
<i>St.aureus</i>	2,94	16,07	15,38	16,67
<i>Str. oralis</i>	8,83	12,50	7,69	-
<i>Str.mitis</i>	5,88	14,29	15,38	-
<i>Candida spp.</i>	2,94	5,36	7,69	8,33
<i>Ps.aeruginosa</i>	2,94	7,14	5,36	-
Гемофільна паличка	-	5,36	11,54	16,67
Росту не було	52,94	5,36	-	-
Кількість колоній	$28,47 \pm 2,20$	$34,26 \pm 0,45$	$50,89 \pm 4,56$	$70,45 \pm 0,79$

При мікробіологічному дослідженні БАР у 52 хворих з середнім ступенем спостерігали зростання колоній до $50,9 \pm 4,6$ (51,4%), умовно патогенної та патогенної мікрофлори до 55,6%. При тяжких дихальних розладах у 12 хворих кількість мікробних колоній зростала до $70,5 \pm 0,8$ (70,8%). При кількісному розрахунку бактерій БАР значущим для діагностики є виявлення пневмококів та гемофільної палички у концентрації 10^4 КУО/мл. Збудники у концентрації $> 10^4$ КУО/мл були виявлені у 43 (35,8%) хворих. Концентрацію збудників 10^2 КУО/мл встановили у 8 хворих (6,7%), 10^6 КУО/мл у 54 (45,0%). Росту мікрофлори не було у 11 (9,2%) обстежених.

Виявлення збудника в концентрації – 10^4 КУО/мл дає змогу розцінювати діагноз за наявності інших ознак ПП як вірогідний. У хворих при підозрі на виникнення ПП аналіз БАР (поріг чутливості – 10^6 КУО/мл) має задовільну діагностичну цінність.

Таким чином, кількісний метод забезпечує виділення чистих культур, надає можливість більш точно судити про етіологічну значущість виділених мікроорганізмів та проводити детальний раціональний підбір антибактеріальної терапії. Висіяні збудники показали високу чутливість до пеніцилінів, бета - лактамів, цефалоспоринів II - III - IV покоління, аміноглікозидів.

ВИСНОВКИ

1. Розлади ФЗД до операцій спостерігали у 56,8% випадків. Після планових операцій ці зміни поглиблювалися у 77,1% хворих, після ур-

гентних втручань – 95,4% і у 49,4% відповідали помірним за змішаним типом. Зміни об'ємних та швидкісних показників ФЗД у оперованих ургентно значно перевищували подібні після планових операцій і заглиблювалися залежно від ступеня тяжкості та типу бронхо – легеневих порушень.

2. Після лапаротомних оперативних втручань розлади ФЗД різного ступеня тяжкості визначені у 20,7% випадках, з них помірні та тяжкі виявлені у 39,1%. Після лапароскопічних операцій порушення ФЗД встановлено у 57,1% випадків. Помірних та тяжких з них було 40,1%. Відсутність змін спостерігали у 50,3%. При інших видах операцій у 31,9% були виявлені помірні та тяжкі дихальні розлади. Порівняння розладів ФЗД після різних операцій не виявило достовірних змін при легкому, середньому й тяжкому ступенях.

3. Стан мікрофлори БАР при хірургічному лікуванні характеризувався збільшенням колоній мікробів при заглибленні розладів ФЗД - при тяжкому ступені у 2,5 разу порівняно з контрольними показниками. Виділення чистих культур показало високу чутливість збудників до пеніцилінів, бета-лактамів, цефалоспоринів II – III – IV покоління, аміноглікозидів.

4. Зміни дихальних розладів у оперованих хворих, стан мікрофлори БАР свідчать про необхідність раціонального підбору антибактеріальної терапії у поєднанні з медикаментозною активацією адаптаційної системи неспецифічного захисту легень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антибиотикорезистентность грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии России / Г.К. Решедько, Е.Л. Рябкова, О.И. Кречикова [и др.] // Клинич. микробиология, антимикробная химиотерапия. - 2008. - Т.10, №1. - С. 12 - 17.
2. Вандерлинг Р.Дж. Нозокомиальная пневмония. Секреты пульмонологии / Р.Дж. Вандерлинг, П.Э. Парсонз, Д.Э. Хеффнер [пер. с англ.]- М.: МЕДпрессинформ, 2004. - С. 187 - 195.
3. Гельфанд Б.Р. Нозокомиальная пневмония в хирургии / Б.Р. Гельфанд – М., 2004. – 213 с.
4. Глумчер Ф.С. Профилактика и лечение послеоперационной пневмонии / Ф.С. Глумчер, А.В. Макаров, С.А. Дубров // Клініч. хірургія. - 2003. - №4-5. - С.15 - 16.
5. Госпитальная пневмония у взрослых: диагностика, оценка тяжести заболевания, начальное антимикробное лечение и стратегии профилактики / Американское торакальное общество, Медицинское

отделение американской пульмонологической ассоциации // РМЖ, спец. приложение. – 1998. – Т.2, №5.

6. Зубков М.Н. Госпитальные пневмонии: этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение / М.Н. Зубков, М.М. Зубков // Consilium medicum.- 2007.- Т.3, №4. - С. 347 – 353.

7. Козлов Р.С. Резистентность к антимикробным препаратам основных бактериальных возбудителей нозокомиальных инфекций: взгляд в будущее / Р.С. Козлов, О.У. Стецюк, И.В. Андреева // Медичні перспективи. - 2009.-Т14, №1.- С.101 – 112.

8. Организация работы по исследованию функционального состояния легких методом спирометрии и пневмотахографии и применение этих методов в клинической практике: метод. указания / И.О. Турчина, И.М. Лаптева, О.М. Калечку [и др.]. – Минск, 1999. – 56 с.

9. Перцева Т.О. Роль колонізації нижніх дихальних шляхів бактеріальною флорою у формуванні хронічного системного запалення при хронічному об-

структивному захворюванні легень / Т.О. Перцева, Л.І. Конопкіна, О.В. Братусь // Медичні перспективи. - 2009. - Т.14, №1. - С. 126 - 131.

10. Рекомендации по оптимизации антимикробной терапии нозокомиальных инфекций, вызванных грамотрицательными бактериями в отделениях интенсивной терапии: пособие для врачей / Л.С. Страчунский, Г.К. Решедько, Е.Л. Рябкова [та ін.]. - 2002. - 22с. Available from: <http://www.antibiotic.ru/files/pdf/metod/opnziorit.pdf>.

11. Состояние антибиотикорезистентности грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций в отделениях интенсивной терапии: информ. письмо / Н.А. Семина, Л.С. Страчунский, Р.С. Козлов [и др.].-2009.-23с. Available from: <http://www.antibiotic.ru/iacmac/ru/pub/letters/argrmnoz/>.

12. Суворова М.П. Проблемы диагностики и антибактериальной терапии госпитальной пневмонии / М.П. Суворова, С.В. Яковлев, Л.И. Дворецкий // Антибиотики и химиотерапия. - 2001. - Т.46, №9. - С.40 - 44.

13. Шаповал С.Д. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам с

использованием классического и модифицированного экспресс – метода / С.Д. Шаповал // Клініч. хірургія.- 2008.- №4 - 5.- С.36.

14. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assesment of severity, antimicrobial therapy and prevention / Am. J. Respir. Crit. Care Med.- 2001.- Vol 163.- P. 1730–1754.

15. Bariffi F. Epidemiology of lower respiratory tract infections / F. Bariffi, A. Sanduzzi, A. Ponticiella // J. Chemoth. - 1995.- Vol. 7, N 4.- P. 263 – 276.

16. Graybill J. R. Nosocomial pneumonia / J.R. Graybill, L. W. Marshall, P. Charache // Am. Rev. Respir. Dis. - 1993. - Vol. 108. - P. 1130 - 1140.

17. Johnston B. L. Nosocomial pneumoniae / B.L. Johnston // Curr. Opin. Infect. Dis. - 1990. - Vol. 3. - P. 517 - 520.

18. Read R. C. Respiratory tract infection / R.C.Read, J.E. Pennington. - Oxford: Health Press Limited, 1998. - P. 7-26.

19. Weber D.J. Nosocomial infections of antibiotic-resistant pathogens / D. J. Weber, R. Raashc, W. A. Rutala // Chest. -1999. -Vol. 115, N 3. - P. 34-41.



УДК 616.24-002.3-008.811.9-08

**Я.Г. Колкин,
В.В. Хацко,
Е.С. Першин,
О.Н. Ступаченко,
Д.П. Филахтов**

БРОНХООККЛЮЗИЯ – КАК ЛЕЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ В УСЛОВИЯХ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
ДОКТМО*

Настоящее исследование основано на опыте наблюдения 81 пациента в возрасте от 15 до 59 лет с острой деструкцией лёгких, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна (1993-2011 г.), и подвергшихся временной окклюзии долевых или сегментарных свищесущих бронхов, в связи с образованием лёгочно-плевральных свищей. У 51 больного процесс локализовался в правом лёгком, у 26 - в левом, в 4 случаях заболевание имело двухсторонний характер.

Первоначально окклюзия выполнялась «сплошным» обтуратором (55 пациентов). Однако, в связи с неоднократными рецидивами воспали-

тельного процесса ниже места обтурации (11 больных), в последние годы у 20 пациентов для временной окклюзии свищесущего бронха был применен обтуратор конструкции авторов, со встроенным в него санационным катетером.* Это обеспечило, в условиях выполненной окклюзии, возможность непрерывной санации пораженной бронхолегочной зоны, в сочетании с постепенным расправлением коллабированного лёгкого.

* Патент Российской Федерации № 2092108

Положительные результаты (выздоровление) получены у 77 из 81 пролеченных этим способом пациентов (97%). Умерло 4 больных. Полученные результаты свидетельствуют о результативности способа временной окклюзии свищесущего бронха, предложенного авторами.

Таким образом, предложенный способ временной окклюзии свищесущего бронха вполне эффективен и может быть методом выбора при лечении пациентов с острой гнойной деструкцией лёгких.



УДК 616.25-003.219-036.87-089

***А.Г. Гринцов,
А.Г. Высоцкий,
Г.А. Гринцов,
О.В. Совпель,
Ю.А. Шаповалова***

МОТИВАЦИЯ ВЫБОРА ОБЪЕМА И ХАРАКТЕРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса (СП) является дискуссионным. Значительная часть работ посвящается какому-то одному подходу или способу в хирургическом лечении СП. Для решения вопроса об избрании объема и характера операции является ведущим изучение паренхимы легкого и измененной висцеральной плевры на границе со здоровой тканью.

Работа основана на изучении результатов хирургического лечения 262 больных с рецидивным СП за период с 1996 по 2003 гг. Выбор доступа и характера оперативного пособия должен быть дифференцированным - индивидуально в каждой конкретной интраоперационной ситуации. Поскольку при локальных и генерализованных поражениях висцеральной плевры и тканей легкого имеется значительное морфологическое различие, следовательно, технические

приемы также разнообразны. Более того, если при локальных изменениях возможно применение одной из рациональных методик, то при генерализованных, где характер и распространенность изменений переменны, необходимо применять несколько различных доступов и хирургических приемов. Учитывая различия, причины рецидивов при локальных и распространенных изменениях легких должны рассматриваться отдельно, т. к. при локальных изменениях легких условия для выполнения радикальной операции есть всегда. Что касается генерализованных изменений в легких, в большинстве случаев выполнить радикальное вмешательство, используя даже несколько технических приемов, не всегда возможно в силу необратимых морфологических изменений прогрессивного характера. Такой подход позволил снизить рецидивы на 62 %.



АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.381-002-089.819:616.94

*С.О. Мунтян,
В.П. Кришень,
П.В. Лященко*

ТРАНСМЕМБРАННИЙ ДІАЛІЗ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ключові слова: перитоніт, хірургічне лікування, трансмембранний діаліз
Key words: peritonitis, operation, transmembranous dialysis

Резюме. На основі порівняння результатів лікування 2 груп больних с разлитым перитонитом (23 человека) сделан вывод об эффективности применения в послеоперационном периоде трансмембранного диализа с сорбентом «Силикс».

Summary. On the basis of comparison of treatment results of 2 groups of patients with diffuse peritonitis (23 patients) the conclusion on efficacy of use of transmembranous dialysis with "Silix" sorbent was drawn.

Перитоніт в абдомінальній хірургії на сьогоднішній день є актуальною проблемою та характеризується високим числом хворих та високою летальністю – від 19% до 70% [6,8].

Абдомінальний сепсис та синдром поліорганної недостатності (СПОН) є головними причинами летальних випадків при перитоніті, ступінь тяжкості яких безпосередньо залежить від тяжкості ендотоксикозу [4]. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає на поліпшення результатів лікування хворих на перитоніт, що має важливе значення в профілактиці й лікуванні СПОН. Основними джерелами ендогенної токсемії при перитоніті є вогнище запалення в черевній порожнині, очеревина залучена у запальний процес, а також вміст кишечника при розвитку синдрому ентеральної недостатності, пов'язаного з транслокацією токсинів [1,6].

При перитоніті до патологічного процесу залучається парієтальна й вісцеральна поверхня очеревини, навіть повна ліквідація й санація первинного вогнища запалення повною мірою не вирішує проблеми профілактики й лікування тяжкого ендотоксикозу при СПОН, оскільки розпочався каскад некерованих патохімічних реакцій з вивільненням біологічно активних речовин у кров'яне русло. Загальноприйняті методи екстракорпоральної детоксикації припускають видалення токсинів із загального кровотоку [3]. У зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до вивчення відомих та розробки нових способів детоксикації, що запобігають тією або іншою мірою вступу токсинів у кровотік з вогнища запалення [7].

Вітчизняними науково-медичними закладами вперше в світі розроблений, досліджений і упро-

ваджений у медичну практику новий препарат сорбційно-детоксикаційної дії «Сілікс» на основі нанокремнезему. Встановлено, що суспензія нанодисперсного кремнезему за фармакологічною активністю перевищує препарати звичайного кремнезему та інші сорбенти [5].

Мета роботи – поліпшити результати комплексного лікування хірургічних хворих на перитоніт за рахунок інтраабдомінального застосування напівпроникних мембран з використанням сорбенту «Сілікс».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Клінічна частина роботи заснована на аналізі результатів обстеження й хірургічного лікування 23 хворих на перитоніт. Усі хворі були госпіталізовані в хірургічний стаціонар КЗ «Дніпропетровської КОШМД Державної обласної ради» в екстреному порядку. Залежно від особливостей вживаної лікувальної тактики післяопераційного періоду, всі хворі на перитоніт були розподілені на дві групи:

Основна група (ОГ) – 11 хворих на перитоніт, яким у післяопераційному періоді проводили трансмембранний діаліз.

Група клінічного порівняння (ГКП) – 12 хворих на перитоніт, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз не застосовували. Хворі обох груп порівняні за статтю, віком, супутніми захворюваннями, характером основного патологічного процесу.

Для оцінки стану хворих у динаміці (початково та у процесі лікування) застосовували комплекс сучасних клініко-лабораторних та інструментальних методів досліджень.

Для визначення фази перебігу процесу у хворих на перитоніт використовували критерії синдрому системної запальної реакції (ССЗР, SIRS), виділяючи, залежно від ступеня вираженості синдрому, поняття «сепсис» (SIRS 2-4), «тяжкий сепсис» (BC) та «септичний шок» (CШ).

Лейкоцитарний індекс інтоксикації за Кальф-Каліфом при перитоніті служить високочутливим та простим для визначення параметром системної запальної реакції й ступеня токсемії, а також показником ефективності лікування, що проводиться. Його розраховували згідно з формулою:

$$ЛІІ = \frac{(4M_i + 3Ю + 2П + C) \times (Пл + 1)}{(Л + M) \times (E + 1)}$$

ЛІІ в нормі у здорових людей дорівнює $1,0 \pm 0,5$. Збільшення ЛІІ до 3,5 і більше розцінювали як ознаку значної ендогенної інтоксикації.

Оцінку показників проводили початково (під час надходження до стаціонару, до операції), а також у першу і на 3-ю, 5-ту, 10-ту добу після операції.

Після виконання основного етапу операції і ліквідації вогнища запалення всім хворим виконували санацію і дренивання черевної порожнини, інтубацію тонкої кишки за допомогою тубажного зонда.

Черевна порожнина всіх хворих ОГ під час закінчення операції також дренивалася ПХВ дренажами діаметром 1 см для забезпечення відтоку перитонеального ексудату додатково в черевну

порожнину, через ці ж контрапертури встановлювали діалізатори (пристрої з штучної напівпроникної мембрани) і розташовували їх у місцях найбільшого скупчення запального ексудату. У зовнішні кінці діалізаторів вводили сорбент «Сілікс» у кількості 6 г, розведений стерильним фізіологічним розчином із здобуттям 4,8% розчину, після чого зовнішні кінці трубок герметично закривалися. Заміну розчину, що діалізує, у діалізаторах здійснювали кожні 12 годин, що зумовлено сорбційною здатністю препарату. На добу використовували 12 г сорбенту. У післяопераційному періоді діаліз проводили постійно, припиняли при появі об'єктивних ознак ліквідації перитоніту.

Як штучну напівпроникну мембрану використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози з діаметром просвіту $20 \pm 2,0$ мм і товщиною стінки 0,2 мм, яка використовується в харчовій промисловості, медицині для раневого діалізу, а також в апаратах для гемодіалізу.

Вибір компонентів розчину, що діалізує, був визначений необхідністю створення умов для постійного видалення (діалізу) токсичних речовин, що містяться в перитонеальному ексудаті.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи те, що основним чинником несприятливого результату при перитоніті є СПОН, найбільшу увагу при оцінці стану хворих приділяли критеріям ССЗР – тяжкий сепсис і септичний шок.

Для оцінки фази перебігу процесу у хворих на перитоніт на різних етапах комплексного лікування використовували критерії ССЗР (SIRS) (табл. 1).

Таблиця 1

Стан хворих ГКП за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерії	Терміни після операції (доба)				
	початково (n=12) абс. (%±S%)	1 (n=12) абс. (%±S%)	3 (n=11) абс. (%±S%)	5 (n=10) абс. (%±S%)	10 (n=9) абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 2	1 (8,3±7,9)	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (16,6±10,7)	1 (8,3±7,9)	1 (9,0±8,6)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	4 (33,3±13,6)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
BC ¹	2 (16,6±10,7)	3 (25,0±12,5)	4 (36,3±14,5)	2 (20,0±12,6)	2 (22,2±13,8)
CШ ²	3 (25,0±12,5)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)

Примітки: 1 – тяжкий сепсис, 2 – септичний шок.

Початково у 7 (58,3±14,2%) хворих ГКП було виявлено 2 і більше симптомів ССЗР, у 2 (16,6±10,7%) хворих був ВС, а у 3 (25,0±12,5%) – СШ. Отже, у всіх хворих ГКП початково були ознаки сепсису, а у 41,6±14,2% (5/12) випадків – об'єктивні ознаки СПОН.

На момент першої доби після виконання операції у більшості хворих ГКП спостерігали зростання проявів ССЗР, що було пов'язане з прогресом запального процесу в черевній порожнині й операційною травмою. Збільшилася кількість хворих – 11 (91,6±7,9%) з наявністю 4 і більше симптомів ССЗР та хворих – 7 (58,3 ± 14,2%) з ознаками СПОН (ВС і СШ) порівняно з вихідними даними.

На 3-ю добу після операції у хворих ГКП значущих відмінностей за тяжкістю ССЗР порівняно з першою добою не відзначено: у всіх хворих зберігалася картина сепсису, один хворий помер, у 4 (36,3±14,5%) – зберігалися 3-4 симптоми ССЗР, а у 7 (63,6±14,15%) хворих – СПОН.

На 5-ту добу у 1 (11,1±7,4%) хворого не було ознак сепсису, а у 4 (33,3±11,1%) – зберігалися ознаки СПОН. Таким чином, на 5-ту добу у хворих ГКП відмічений значний прогрес ознак ССЗР порівняно з даними, отриманими на момент першої доби після операції: істотне зменшення частоти проявів СПОН – з 58,3±14,2% (7/12) до 40,0±15,4% (4/10) спостережень.

На 10-ту добу у 2 (22,2±13,8%) хворих не було ознак сепсису, у 2 (22,2±13,8%) – зберігалися 3-4 критерії ССЗР, а у 3 (33,8±15,7%) хворих – виявлені ознаки СПОН.

Середнє значення показника ЛШ у хворих

ГКП початково значно перевищило нормальний діапазон і в середньому становило 3,9, коливаючись від 3,5 до 4,9. У першу добу після первинної операції зберігалися високі значення показника ЛШ, порівняно з вихідними даними. Крім того, незважаючи на комплексне лікування, що проводилось, у хворих цієї групи відмічено збільшення середніх значень показника ЛШ аж до 3-ї доби після операції, коли він становив у середньому 4,7, коливаючись від 3,4 до 6,3, що достовірно перевищило вихідне середнє значення показника. Лише на 5-ту добу післяопераційного періоду сталося зниження показника ЛШ, що в середньому становило 3,2, коливаючись від 2,3 до 4,0 відносно вихідних даних. На 10-ту добу в більшості хворих ГКП аналізований показник зменшився до норми.

Таким чином, результати аналізу критеріїв ССЗР і ЛШ свідчать про те, що у більшості хворих ГКП захворювання супроводжувалося тяжкими формами сепсису з ознаками СПОН початково й на тлі хірургічного лікування. Крім того, незважаючи на комплексне лікування, явища системного запалення і СПОН у більшості з них прогресували або зберігалися в перші 3 доби після операції.

Сепсис різного ступеня був констатований початково у всіх хворих ОГ: у 6 (54,5±15,0%) хворих встановлено 2 і більше симптомів ССЗР, у 2 (18,1±11,6%) хворих – ВС, а у 3 (27,2±13,4%) хворих – СШ. Таким чином, початково у 5 з 11 (45,4±15,0%) хворих ОГ були об'єктивні ознаки СПОН, що порівняно з даними ГКП.

У таблиці 2 представлена характеристика хворих ОГ за критеріями ССЗР.

Таблиця 2

Стан хворих ОГ за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерії	Термін після операції (доба)				
	початково (n=11) абс. (%±S%)	1 (n=11) абс. (%±S%)	3 (n=11) абс. (%±S%)	5 (n=10) абс. (%±S%)	10 (n=9) абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	4 (44,4±16,5)
SIRS 2	1 (9,0±8,6)	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (18,1±11,6)	1 (9,0±8,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	3 (27,2±13,4)	5(45,4±15,0)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
ВС	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
СШ	3 (27,2±13,4)	3 (27,2±13,4)	1 (9,0±8,6)	1 (10,0±9,4)	0

У першу добу після операції у більшості хворих ОГ, як і в ГКП, відзначена тенденція до прогресу ССЗР: у 10 (90,9±8,6%) хворих виз-

начено 4 й більше симптомів ССЗР, а кількість хворих із СПОН дорівнює 5 (45,4±15,0%). Проте порівняльний аналіз показав відсутність значу-

щого збільшення кількості хворих зі СПОН в першу добу після операції в ОГ, на відміну від даних у ГКП.

На 3-ю добу після операції в ОГ відмічено істотне зменшення числа хворих із СПОН порівняно з даними на першу добу перитоніту: 3 (27,2±13,4%) хворих проти 5 (45,4±15,0%). Встановлено зменшення цього показника в ОГ порівняно з даними ГКП. Крім того, в ОГ на 3-ю добу не було летальних випадків, на відміну від таких результатів у ГКП.

На 5-ту добу у хворих ОГ зберігалася позитивна динаміка їх загального стану: у 3 з 10 (30,0±14,4%) хворих не було клінічних проявів сепсису, а у 3 (30,0 ± 14,4%) – зберігалися лише 2 симптоми ССЗР. Порівняно з даними ГКП виявлено значуще збільшення числа хворих з відсутністю ознак сепсису.

Проте зменшення кількості хворих з тяжкими формами сепсису у ОГ було несуттєвим при порівнянні з даними на 3-ту і 5-ту добу в ГКП.

На 10-ту добу в ОГ, порівняно з даними ГКП, було істотно більше хворих з відсутністю ознак сепсису: 4 з 9 (44,4 ± 16,5%) проти 2 з 9 (22,2 ± 13,8%). У 2 (22,2 ± 13,8%) хворих ОГ зберігалися 2 симптоми ССЗР, а у 1 (11,1 ± 10,4%) – ознаки СПОН.

У хворих ОГ відзначено більш раннє зменшення клінічних проявів сепсису: вже на 3-ю добу в ОГ було істотно менше хворих з ВС і СШ, а на 5-ту – відмічено значно більше хворих без ознак сепсису або з мінімальними його проявами (не більше 2 симптомів ССЗР).

У хворих ОГ початково і в першу добу показник ЛШ значно перевищував нормальні значення і становив у середньому 4,3, коливаючись від 3,4 до 5,0 та 4,2, коливаючись від 3,2 до 5,1 відповідно, що порівняно з даними ГКП. Проте у ОГ на 3-ю добу вже не спостерігалось значущого

зростання ЛШ відносно їх же вихідних даних – у середньому становило 3,7, коливаючись від 3,0 до 5,2, а у подальшому відзначено стійке зниження цього показника відносно їх же значень і показників у хворих ГКП. Це підтверджують дані у хворих ОГ: на 5-ту добу в середньому становило 1,8, коливаючись від 1,6 до 1,9 і на 10-ту добу, що в середньому становило 1,2, коливаючись від 0,9 до 1,8.

Отже, у першу добу в ОГ у 5 з 11 (45,4±15,0%) хворих були ознаки тяжких форм сепсису, що порівняно з даними ГКП. На 5-ту добу число таких хворих зменшилося до 2 з 10 (20,0±12,6%), що виявилось значущо менше порівняно з їх даними в першу добу після операції. Крім того, при порівнянні з даними ГКП встановлено, що в ОГ на 5-ту добу було менше випадків тяжких форм сепсису.

Незважаючи на адекватне хірургічне лікування та інтенсивне комплексне лікування, у деяких хворих прогресували прояви ендогенної інтоксикації і СПОН, що призвело до летального випадку. Загальна летальність серед всіх хворих на перитоніт становила 21,7±8,6% (5 з 23), у ОГ – 18,1±11,6% (2 з 11), у ГКП – 25,0±12,5% (3 з 12). Таким чином, летальність в ОГ була значно нижчою, ніж у ГКП.

ПІДСУМОК

Застосування сорбенту «Сілікс» в трансмембранному діалізі у хірургічних хворих на перитоніт забезпечує:

1. Зменшення кількості ускладнень у післяопераційному періоді.
2. Проведення активної корекції ендогенної токсемії.
3. Профілактику синдрому поліорганної недостатності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы / И. А. Ерюхин, С. Ф. Багненко, Е. Г. Григорьев [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2007. – № 1. – С. 6-11.
2. Алиева Э. А. Пути повышения эффективности послеоперационной санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните (экспериментально-клиническое исследование) / Э.А. Алиева, Г.Б. Исаев, Ф.Д. Гасанов // Анналы хирургии. – 2008. – № 5. – С. 57-59.
3. Антропова Н. М. Современные технологии экстракорпоральной детоксикации при перитоните /

- Н.М. Антропова, Н.Г. Колосов, А.К. Ровина // Вестник новых мед. технологий. – 2007. – № 2. – С. 69-70.
4. Бактериальная транслокация при релапаротомии в условиях распространённого перитонита / К.А. Апарцин, Ю.Б. Лишманов, Ю.М. Галеев [и др.] // Бюл. СО РАМН. – 2009. – № 2. – С. 95-99.
5. Нанотехнологии, наномедицина: перспективы научных исследований и внедрение их результатов в медицинскую практику /Л.Г. Розенфельд, В.Ф. Москаленко, И.С. Чекман, Б.А. Мовчан // Укр. мед. журнал. – 2008. – № 5. – С. 63–68.

6. Плоткин Л.Л. Эпидемиология абдоминального сепсиса / Л.Л. Плоткин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – № 4. – С. 23-26.

7. Рыбачков В.В. Перитонит / В.В. Рыбачков, К.В. Костюченко, С.В. Маевский. – Ярославль: ЯрМедиаГруп. – 2010. – 305 с.

8. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis / R. Gauzit, Y. Péan, X. Barth [et al.] // A French prospective observational multicenter study. Surg. Infect. – 2009. – Vol. 10, N 2. – P. 119-127.



УДК 616.34-089.86:616.381-002-089.17

**Р.В. Бондарев,
Я.Я. Маслов**

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН В СТЕНКЕ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА КАК ФАКТОР, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА, СФОРМИРОВАННОГО В УСЛОВИЯХ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии
(зав. – д. мед. н. проф. В.И. Бондарев)*

Ключевые слова: перитонит,
межкишечный анастомоз,
несостоятельность швов
Key words: peritonitis, inter-
intestinal anastomosis

Резюме. Матеріалом дослідження послужили шматочки тканин тонкої кишки із зони анастомозу, взяті при лікуванні 32 хворих з розлитим перитонітом, яким за екстремними показаннями була виконана резекція ділянки тонкої кишки і формування ентеро-ентероанастомоза. Визначено морфологічні зміни колагенових волокон тонкої кишки в зоні міжкишкового анастомозу, сформованого в умовах розлитого перитоніту, для прогнозування неспроможності швів анастомозу.

Summary. Parts of tissues from small intestine taken from anastomosis zone of 32 patients with diffuse peritonitis who underwent resection of small intestine portion by emergent indications and formation of entero-entero-anastomosis was the material for this research. Morphologic changes of collagen fibers of small intestine in the zone of inter-intestinal anastomosis formed in conditions of diffuse peritonitis for prognosis of raphorrhesis in anastomosis was defined.

Одной из актуальных задач современной хирургии является проблема несостоятельности кишечных швов. Вероятность несостоятельности увеличивается при формировании анастомозов в условиях «компрометированной» кишечной стенки при перитоните и кишечной непроходимости [6]. На долю послеоперационной летальности в результате несостоятельности швов анастомозов приходится 27,5-66,7% [2, 3, 4].

В экспериментальных работах, посвященных изучению заживления анастомозов, была показана важная роль коллагена при формировании соустья. Структурные изменения, происходящие в соединительнотканной основе тонкой кишки в

зоне сформированного анастомоза в условиях острого разлитого перитонита (ОРП), имеют одно из решающих значений для сохранения целостности и герметичности кишечного шва. Повреждения коллагеновых волокон подслизистой основы тонкой кишки в зоне сформированного анастомоза различной степени выраженности приводят в некоторых случаях к его несостоятельности. Сегодня отсутствуют морфологические критерии прогноза несостоятельности межкишечного анастомоза, созданного в условиях ОРП.

В связи с этим одним из перспективных направлений в хирургии является определение

структурных изменений коллагеновых волокон в зоне анастомоза для выработки четких критериев прогноза его несостоятельности. Полученные результаты позволят в дальнейшем выбрать пути профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза, сформированного в условиях разлитого перитонита.

Цель исследования – определить морфологические изменения коллагеновых волокон тонкой кишки в зоне межкишечного анастомоза, сформированного в условиях ОРП, для прогнозирования несостоятельности анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Материалом настоящего исследования послужили кусочки тканей тонкой кишки из зоны анастомоза, взятые при лечении 32 больных с ОРП, которым по экстренным показаниям была выполнена резекция участка тонкой кишки и формирование энтеро-энтероанастомоза. Рассмотрены больные с благоприятным течением послеоперационного периода. Возраст больных варьировал от 32 до 78 лет. Мужчин – 19, женщин – 13.

Сопутствующая соматическая патология выявлена у 65,6% больных. В основном преобладали поражения сердечно-сосудистой системы – 81%, дыхательной системы – 38%, нервной – 19%, мочевыделительной – 19%. Большинство было с патологией 2-3 и более систем организма.

Сроки поступления больных в стационар с момента заболевания колебались от 18 часов до 3 суток.

Причиной перитонита явились: ранение тонкой кишки – 2, острые язвы тонкой кишки – 3, заворот тонкой кишки – 4, странгуляционная кишечная непроходимость (ущемленные грыжи: ventральная – 4, бедренная – 1, пахово-мошоночная – 1; спаечная кишечная непроходимость – 16), перфорация дивертикула Меккеля – 1.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом через 1-2 часа после проведения кратной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию обменных нарушений. Была выполнена лапаротомия и резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок». Операцию заканчивали интубацией тонкой кишки. Проводили санацию и дренирование брюшной полости. Перед формированием анастомоза проводили резекцию кусочков кишки в зоне предполагаемого анастомоза. Резецированные кусочки ткани кишки фиксировали в 10% растворе холодного нейтрального формалина, обезвоживали в спиртах восходящей концентрации, заливали в парафиновые блоки по стандартной методике,

изготавливали гистологические срезы 5 ± 1 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизону, по Вергоффу, по Массону, на фибрин по Шуенинову, толуидиновым синим при pH 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Поляризационная микроскопия нами применялась для изучения гисто-физических свойств коллагеновых волокон подслизистой основы тонкой кишки в зоне анастомоза. Количественно определяли оптические показатели коллагеновых волокон [1, 7]. Гистологическое исследование осуществлялось с помощью микроскопа Hund H500 (Германия). Все микрофотографии выполнены с помощью цифровой видеокамеры для микроскопа DCM510 (USB 2.0) 5M pixels CMOS chip, соединенной с персональным компьютером, и сохраняются в базе данных компьютера OEM IBM PC/AT Pentium. Микрофотографирование и морфометрическое изучение препаратов нами осуществлено с использованием программы AnalySIS Pro 3.2 (фирма Softlmaing, Германия) согласно рекомендациям производителя программного обеспечения. Для проведения статистического анализа результатов исследования использовались статистические пакеты Statistica 5.5 (StatSoft Inc., 1999) и MedStat версия 3 № MS 00032 [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного лечения было выделено две группы больных. Первая группа (n=18) с благоприятным клиническим исходом, у которых сформированный межкишечный анастомоз был состоятелен. Вторую группу (n=14) составили пациенты с несостоятельностью анастомоза. В данной группе после релапаротомии произведено ушивание недостаточности швов анастомоза. В последующем 7 больных перенесли 2 релапаротомии, 1 больной – 3. Всем больным при повторной релапаротомии выполнено реанастомозирование в связи с недостаточностью швов анастомоза и необеспеченностью состоятельности швов на большей протяженности анастомоза и в 1 случае при третьей релапаротомии произведено повторное реанастомозирование.

Морфологическое исследование кусочков тонкой кишки в зоне анастомоза у больных I группы с благоприятным клиническим исходом показало, что в собственной пластинке слизистой оболочки в единичных участках отмечается умеренный отек основного вещества. Коллагеновые волокна тонкие, извитые, при окраске гематоксилином и эозином бледные, слабо фуксинофильные по Вергоффу и умеренно ШИК-позитивные.

Большинство пучков однотипны по толщине и длине, ориентированы параллельно по отношению к слизистой оболочке и друг другу. В подслизистой основе на большем протяжении выявляется также разрыхление и набухание основного вещества рыхлой волокнистой соединительной ткани. Большинство коллагеновых волокон извитые, сохраняют правильное строение, формируют плотные, ярко-красные по Вергоффу пучки, с ярким двойным лучепреломлением. При PAS-реакции коллагеновые волокна умеренно ШИК-позитивны, со слабой метахромазией при окраске толуидиновым синим и с выраженным дихроизмом, что указывает на небольшое накопление несulfатированных гликозаминогликанов и свидетельствует о незначительном повреждении подслизистой основы тонкой кишки в зоне анастомоза. В единичных очагах отек основного вещества значительный, с фрагментацией и лизисом отдельных правильно ориентированных пучков коллагеновых волокон. Некоторые волокна утолщены за счет набухания и разволокнения, имеют эозинофильное окрашивание, четкие контуры.

При поляризационной микроскопии коллагеновые волокна обладают высокой степенью анизотропии, характеризуются ярким зеленовато-беловатым свечением в поляризованном свете, дихроизм у них четко выражен. Шаг двойного лучепреломления (исходная оптическая сила двойного лучепреломления - G_0) коллагеновых волокон составляет $4,8572 \pm 0,0428$, фенольный индекс (G_f) - $1,4931 \pm 0,0172$, индекс содержания нейтральных мукополисахаридов равен $1,4123 \pm 0,0315$, гликозаминогликанов - $1,3267 \pm 0,0234$. Значения количественных поляризационно-оптических параметров коллагеновых волокон свидетельствуют о сохранении гистологической структуры коллагеновых волокон, что обеспечивает состоятельность энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита.

У больных II группы, кроме сосудистых нарушений в тонкой кишке, имели место деструктивные изменения коллагеновых волокон собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы, что и привело к несостоятельности анастомоза.

При микроскопическом изучении тонкой кишки в слизистой оболочке отмечаются мелкие очаги деструкции подслизистой основы с разрушением коллагеновых волокон. Волокна представляют собой гомогенные и рыхлые, эозинофильные мелкие массы без четких контуров.

В подслизистой основе на фоне выраженного нарушения кровообращения отмечается резкий отек с обширными очагами некроза. На большем протяжении коллагеновые волокна не имеют пучковости строения, ориентированы в различных направлениях с формированием сетчатых структур. Часть из них резко истончены, извитые, слабо эозинофильные с нечеткими контурами, слабо ШИК-положительные. Часть коллагеновых волокон резко набухшие, разволокненные, фрагментированные, различной интенсивности эозинофильного окрашивания. На многих участках отмечается полная деструкция соединительной ткани с фибриноидным некрозом коллагеновых волокон. Данные участки представлены аморфным детритом с наличием плотных гомогенных образований различной формы и размеров, без четких контуров, с резко эозинофильным окрашиванием.

Поляризационно-микроскопическое исследование коллагеновых волокон выявило резко сниженное двойное лучепреломление коллагеновых волокон, очень слабое беловато-голубоватое свечение в поляризованном свете. На отдельных участках отмечается утрата коллагеновыми волокнами анизотропных свойств, свечение на этих участках полностью отсутствует в результате лизиса коллагеновых волокон. Дихроизм выражен слабо. Оптическая сила G_0 составляет $3,1087 \pm 0,1413$. Параллельно со снижением оптической силы двойного лучепреломления происходит снижение G_f (не превышает $1,2938 \pm 0,0264$) и повышение индексов накопления нейтральных мукополисахаридов (индекс содержания нейтральных мукополисахаридов - $1,4932 \pm 0,0115$) и несulfатированных гликозаминогликанов (индекс содержания несulfатированных гликозаминогликанов - $1,5137 \pm 0,113$) в результате их накопления в участках выраженной деструкции коллагеновых волокон. Эти показатели служат проявлением дезорганизации соединительной ткани и отображением развития белковой мезенхимальной дистрофии, которая варьирует по интенсивности от мукоидного набухания до фибриноидных изменений и значительных очагов некроза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение количественных поляризационно-оптических параметров коллагеновых волокон в зоне энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита, показало, что анастомоз был состоятелен, если межчисловые значения G_0 находятся в пределах $4,8572 \pm 0,0428$, G_f - $1,4931 \pm 0,0172$, индекса содержания нейтральных

мукополисахаридов – $1,4123 \pm 0,0315$ и индекса содержания гликозаминогликанов – $1,3267 \pm 0,0234$. При выраженных структурных изменениях коллагеновых волокон и выражающихся в значениях равных $\Gamma\alpha - 3,1087 \pm 0,1413$, $\Gamma\phi -$

$1,2938 \pm 0,0264$, индекс содержания нейтральных мукополисахаридов – $1,4932 \pm 0,0115$, индекс содержания гликозаминогликанов – $1,5137 \pm 0,0113$, послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов анастомоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казаков В.Н. Поляризационная микроскопия в биологии и медицине: монография / В.Н. Казаков, В.Г. Шлопов - Донецк: Каштан, 2008. – 320 с.

2. Корепанов В.И. Кишечный шов / В.И. Корепанов, Р.Б. Мумладзе, И.Н.Марков. – М., 1995. - 74 с.

3. Крючков И.М. Компрессионный анастомоз толстой кишки имплантатами с памятью формы (экспериментально-клиническое исследование): дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.03.27 / И.М. Крючков. - Тюмень, 1992. - 189 с.

4. Назоинтестинальная декомпрессия и детоксикация в лечении тяжелых форм острых перитонитов / А.И. Фетюков, Н.Д. Ушаков, В.А. Шорников, Е.В.

Агапитова // Всероссийская конференция хирургов: тез. докл. - Тюмень, 2003. - С.81-82.

5. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. - Д.: Папаница Е.К., 2006. - 214 с.

6. Шуркалин Б.К. Актуальные вопросы хирургии. Проблема надежности кишечного шва / Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, И.В. Леоненко // Consilium medicum. - 2004. - Т. 6, №6. – С. 25.

7. Scheuner G. Polarisationsmikroskope in der Histophysik / G. Scheuner, J. Hutschenreiter. – Leipzig: VEB Georg Thieme, 1972. – 179 p.



УДК 616.381-002:616.34-007.272-084

**Р.В. Бондарев,
А.А. Орехов,
В.В. Лесной**

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии
(зав. – д. мед. н. проф. В.И. Бондарев)

Ключевые слова: перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость, профилактика
Key words: peritonitis, early adhesive obstruction, prevention

Резюме. Проведено аналіз оперативного лікування 44 хворих з гострим розлитим перитонітом. Встановлено, що кишковий лаваж лікувальними бактеріофагами в комплексному лікуванні гострого розлитого перитоніту є ефективним методом корекції прогресування синдрому ентеральної недостатності, відновлює ранню функціональну активність кишечника і тим самим знижує частоту виникнення ранньої спайкової кишкової непрохідності.

Summary. Analysis of surgical treatment of 44 patients with acute diffuse peritonitis was made. It was established that intestinal lavage with treatment bacteriophages in a complex treatment of acute diffuse peritonitis is an effective method of correction of progressing syndrome of enteral insufficiency; it restores early functional intestinal activity, decreasing incidence of development of early adhesive obstruction.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) является частым и опасным осложнением после выполнения операций на органах брюшной полости и сопровождается высокой летальностью – 15-55% [1, 2, 3, 4]. Около трети

больных с послеоперационным парезом кишечника оперируются по поводу острой хирургической патологии с явлениями перитонита и признаками эндотоксикоза.

Основным источником эндогенной интоксикации (ЭИ) с развитием синдрома избыточной колонизации микрофлоры дистальных отделов кишечника и бактериальной транслокации в стенку кишки и кровь является тонкая кишка [5].

Транслокация токсинов и бактерий, при отсутствии декомпрессии тонкой кишки, происходит под действием высокого внутрикишечного давления через разрушенный гематоэпителиальный барьер воспаленной и паретичной кишки. РСКН является одним из многих последствий развития гнойно-воспалительного и фибринопластического процессов в брюшной полости. Важным фактором раннего восстановления функции кишечника и профилактики послеоперационных осложнений, в частности развития РСКН, является метод селективной деконтаминации тонкой кишки.

Целью исследования явилась разработка метода раннего восстановления функциональной активности кишечника путем применения адаптированных бактериофагов для селективной деконтаминации кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведен анализ лечения 44 больных с острым разлитым перитонитом (ОРП), причинами которого явились: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - 17, острый аппендицит, осложненный перфорацией - 5, острая непроходимость кишечника различной этиологии - 13, послеоперационный перитонит - 5, травматические повреждения органов брюшной полости - 4. Возраст пациентов варьировал от 23 до 75 лет. Мужчин - 30, женщин - 14. Оценку тяжести физического состояния больных проводили в пред- и послеоперационном периодах по шкале SAPS. В исследуемые группы вошли пациенты со II и III степенью тяжести ЭИ с суммой баллов $>10 < 20$ и >20 соответственно по шкале SAPS.

Все больные после проведения предоперационной подготовки оперированы. После выполнения основных этапов операции проводили блокаду корня брыжейки и паранефральной области раствором новокаина. Операция завершалась дренированием брюшной полости, декомпрессией тонкой кишки и созданием условий для проведения этапных программных санаций брюшной полости.

Для интубации тонкой кишки использовали многоканальный зонд (Декларационный патент Украины № 7543), который позволяет проводить при помощи одного инструмента декомпрессию кишки, селективную деконтаминацию и энтеральное питание.

Контрольную группу составили 23 пациента (со II степенью ЭИ - 15, III степенью ЭИ - 8), которым проводили интестинальный лаваж, включающий внутриспросветное введение физиологического раствора и антибактериальных препаратов в сочетании с зондовой энтеросорбцией по стандартной методике.

В основной группе (21 пациент со II степенью ЭИ - 12, III степенью - 9) проведение кишечного лаважа осуществляли путем последовательного введения 3 раза в сутки каждые восемь часов в объеме по 200 мл (на одну процедуру) адаптированных бактериофагов (колипротейный бактериофаг, пиобактериофаг, поливалентный (сектофаг), интенсти-бактериофаг). Введение проводили через назоинтестинальный зонд с экспозицией в течение 40 минут, после чего просвет зонда открывался и восстанавливался пассивный отток тонкокишечного содержимого. Объем бактериофагов и кратность процедур варьировали в зависимости от выраженности кишечного дисбактериоза. По мере восстановления функционального состояния тонкой кишки, купирования проявлений энтеральной интоксикации, кратность проведения процедур и объем вводимых бактериофагов уменьшали. Продолжительность интубации варьировала от 5 до 9 суток.

В послеоперационном периоде проводился комплекс консервативных мероприятий: инфузионная терапия, включающая антибиотикотерапию, продленная перидуральная анестезия, медикаментозная стимуляция кишечника, очистительные клизмы.

В диагностической программе использовали на разных этапах лечения клинические и лабораторные исследования, мониторинг УЗИ брюшной полости, рентгенологические методы, лапароскопию. Для оценки тяжести ЭИ определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень пептидов средней молекулярной массы в плазме крови.

Исследование бактериальной контаминации стенки и видовой принадлежности микрофлоры осуществляли методом прямой фазово-контрастной микроскопии нативных и окрашенных по Грамму мазков.

Результаты исследований обрабатывались по общим правилам вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнение результатов лечения проводили на основании оценки клинических симптомов острого разлитого перитонита (ОРП), длительности

пареза кишечника, частоты возникновения РСКН.

Микрофлора кишечного содержимого в динамике подтверждена как в количественном, так и в качественном отношении.

У больных со II степенью тяжести ЭИ в тощей кишке преобладали представители семейства Enterobacteriaceas (70,6%). Среди них, главным образом, были E.coli и Enterobacter. Средняя концентрация их варьировала в пределах $5,6 \times 10^9$ КОЕ/мл. У 41,2% пациентов в содержимом верхнего отдела кишечника выделен протей ($2,3 \times 10^3$ КОЕ/мл), у 53% клебсиелла в концентрации от $1,8 \times 10^3$ до $8,2 \times 10^8$ КОЕ/мл. Обращает на себя внимание тот факт, что представители семейства Pseudomonadaceae обнаружены в тощей кишке у половины больных со средней концентрацией $6,7 \times 10^5$ КОЕ/мл.

Грамположительные микроорганизмы были представлены стафилококками - 35,3% и энтерококками - 53%. Бактериальное число их составило от 1×10^6 до $4,2 \times 10^8$, составляя в среднем $9,3 \times 10^7$ КОЕ/мл.

У больных с III степенью тяжести ЭИ полностью сглаживался физиологический градиент аэробных микроорганизмов от проксимальных к дистальным отделам тонкой кишки. Различие между бактериальной концентрацией в тощей и подвздошной кишках не прослеживалось, составляя в среднем $5,3 \times 10^9$ КОЕ/мл. Во всех пробах определялись лактобактерии, клостридии, бифидобактерии. В подвздошной кишке их количество достигало $1,7 \times 10^9$ КОЕ/мл. В содержимом подвздошной кишки у 61,5% больных наблюдались штаммы бактериоидов с бактериальной концентрацией $8,3 \times 10^4$ КОЕ/мл.

У больных со II степенью ЭИ в основной группе перистальтика кишечника восстанавливалась на 4-5-е сутки. В эти же сроки наблюдения после клизмы наблюдали отхождение газов. К 6-м суткам практически восстанавливался физиологический уровень бактериальной контаминации тонкой кишки, тогда как в контрольной группе выраженные явления дисбактериоза сохранялись вплоть до выписки больного из стационара.

При УЗИ прослеживалось уменьшение диаметра тонкой кишки и толщины ее стенки, отсутствовала антиперистальтика, появлялась складчатость, исчезал застой в желудке и желчном пузыре. Сопоставление клинико-микробиологических обследований показало, что в основной группе пациентов в среднем на двое суток раньше восстанавливалась функция ки-

шечника. Это, в свою очередь, позволило сократить продолжительность назоинтестинальной интубации в среднем до 5-8 суток.

У 2 больных: основная группа - 1, контрольная - 1 в первые двое суток после удаления тубажного зонда развился выраженный парез кишечника. В связи с неэффективностью проводимых консервативных мероприятий для выявления причины неразрешающейся кишечной непроходимости, указанным больным в основной и контрольной группах на 3-е и 4-е сутки соответственно произведена диагностическая лапароскопия. Пациенту основной группы диагностирована паретическая кишечная непроходимость, продолжена консервативная терапия, в контрольной группе верифицирована РСКН, выполнена релапаротомия с назогастральной реинтубацией тонкой кишки.

У больных основной и контрольной групп с III степенью ЭИ при оценке функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в первые двое суток проявления паретической непроходимости кишечника были идентичны. Однако при благоприятном течении послеоперационного периода у больных основной группы восстановление перистальтики кишечника наблюдалось уже на 6-8-е сутки послеоперационного периода. По данным УЗИ: уменьшался диаметр тонкой кишки и толщина ее стенки, отсутствовала антиперистальтика, появлялась складчатость слизистой кишки, значительно уменьшался застой в желудке и желчном пузыре. Исходный показатель КОЕ в 1 мл содержимого тонкой кишки на 6-е сутки снижался до 10^3-10^4 . Продолжительность назоинтестинальной интубации в среднем составила 7-9 суток. В то же время у больных контрольной группы с благоприятным исходом активная перистальтика появлялась на 10-е сутки. Исходный показатель КОЕ в 1 мл содержимого тонкой кишки на седьмые сутки снижался до 10^5 .

По поводу РСКН оперировано 3 больных. В основной группе - 1 на 5-е сутки и в контрольной - 2 пациента на 3-и и 4-е сутки с момента удаления тубажного зонда. Всем больным после адгезиолизиса выполнена интубация тонкой кишки через аппендикоцекостому.

Анализ результатов лечения показал, что в основной группе по сравнению с контрольной значительно снижались показатели бактериотоксемии, раньше происходило восстановление функции кишечника и уменьшалась частота возникновения РСКН в 2,7 раза.

На протяжении всего периода наблюдения у больных контрольной группы в портальном и общем кровотоке отмечены высокие цифры ЛИИ (соответственно $9,4 \pm 1,3$; $7,1 \pm 1,4$).

На этом фоне у больных основной группы оказались более низкие значения ЛИИ в портальном и общем кровотоке, которые уже в первые сутки после операции были в 1,3 раза ниже, чем в группе сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кишечный лаваж лечебными бактериофагами в комплексном лечении ОРП является эффективным методом коррекции прогрессирующего синдрома энтеральной недостаточности, восстанавливая раннюю функциональную активность кишечника и тем самым снижая частоту возникновения РСКН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гузев А.И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии / А.И. Гузев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Т. 161, № 2. – С. 92-95.
2. Диагностические и тактические вопросы ранней острой спаечной непроходимости кишечника / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов, О.Е. Зубков [и др.] // Клініч. хірургія. – 2004. - №11-12. – С. 36.
3. Жебровский В.В. Релапаротомия при ранней спаечной непроходимости кишечника после операций

на органах брюшной полости / В.В. Жебровский, Е.Б. Чемоданов, И.А. Аль-Ола Мухомед // Клініч. хірургія. – 2003. - №3. – С. 20-21.

4. Мальцев В.П. Непроходимость кишечника / В.П. Мальцев // Проблемы медицины. – 2000. - № 1-2. – С. 47-50.

5. Спаечная болезнь брюшной полости / А.Г. Бембуришвили, А.А. Воробьев, И.В. Михин [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2003. - №1. – С. 51-63.



УДК 616.341-007.253-08

**В.В. Бойко,
Г.И. Андреев,
В.К. Логачев,
И.В. Белозеров**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ НЕСФОРМИРОВАВШИМИСЯ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»
г. Харьков

Ключевые слова:

несформировавшиеся кишечные свищи, эффективность лечения, обтурация

Key words: small intestine, fistula, treatment

Резюме. Вивчені результати лікування 72 хворих з кишковими норцями за період 2001 - 2011р.р., що знаходилися на лікуванні в ДУ «ІЗНХ НАМН Україна» і КУОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. Мещанінова А.І.». Ефективність обтурації несформованих зовнішніх норць тонкої кишки в основному визначається типом використовуваних конструкцій і при адекватному їх доборі досягає 100%.

Summary. Treatment results of 72 patients with intestinal fistules treated at SI of NAMS of Ukraine and KUOZ "Charkiv city clinical hospital of emergency help named after Prof. Meshchaninov A.I" over 2001-2011 yers period were studied. Efficacy of obturation of non-formed external fistules of the small intestine in the main is defined by the type of used constructions and in their adequate selection reaches 100%.

Среди всех дефектов кишечной стенки свищи тонкой кишки встречаются в 42% [3, 4]. В числе несформировавшихся свищей их часть еще больше, достигая 75-78% [1, 5]. Это объясняется тем фактом, что свищи тонкой кишки в значительной мере вносят нарушения в систему гомеостаза и,

при недостаточной или несвоевременной коррекции последнего, могут приводить к летальному исходу еще на стадии несформировавшегося свища. Это требует, в свою очередь, срочных мер по их "ликвидации" [2, 5].

В последние годы наблюдается увеличение количества послеоперационных осложнений, в том числе тонкокишечных свищей. Это обусловлено как социальными проблемами (экономическими, экологическими, низким уровнем жизни больных, отсутствием социальной информированности и, как следствие, поздней обращаемостью пациентов), так и частыми случаями послеоперационных осложнений и несовершенством проблемы профилактики послеоперационных свищей [4].

Особые сложности при лечении больных со свищами тонкой кишки возникают в случае несформировавшегося кишечного дефекта [1]. По мнению ряда авторов, данная патология является одной из наиболее сложных и обусловлена высоким риском развития неблагоприятных осложнений и летальных исходов [1, 3, 5]. Последнее возникает не столько при отсутствии консервативного лечения, как вследствие скорости развития тяжелого и крайне тяжелого состояний больного, невозможностью подготовки и проведения оперативного лечения в данной категории больных (восстановления целостности и проходимости кишечной трубки) [5].

Для лечения тонкокишечных свищей в настоящее время существуют следующие консервативные методы: применение калорийного питания, коррекция нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, obturация свища с помощью различных устройств (obturatorы, мазевые тампоны и т.п.), уход за кожей вокруг свища [4]. Однако возникает ряд вопросов по поводу выбора форм закрытия свища (например, изучение проблем профилактики возникновения тонкокишечных свищей, выбор типов obturatorов для данной патологии) [1]. Obturator (каждый из их видов) прежде всего предназначен для закрытия дефекта кишки, уменьшения дебита содержимого и сокращения минимальных потерь через свищ. Однако, по многолетнему опыту, известно, что большинство obturatorов подобраны неточно относительно локализации свища, чаще всего - "у постели больного" [3]. Подбор конфигурации obturatorов под данный определенный свищевой дефект, оценка деформации кишки obturatorом и ее устранение, оптимизация лечения индивидуально для каждого больного ННТКС мало изучено.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами были проанализированы 196 историй болезни больных с кишечными свищами за период 2001 – 2011гг., находившихся на лечении в ГУ «ИОНХ НАМН Украины» и КУОЗ «Харь-

ковская городская клиническая больница скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова », из которых были отобраны 72 больных, соответствовавших теме исследования. Больные разделены на две группы (основную и группу сравнения), в которых проводилось изучение особенностей течения заболевания.

Оценка общего состояния больных в исследовании проводилась на основании клинических данных, данных инструментального и лабораторного обследований. По половому, возрастному признакам и патологии, непосредственно приведшей к фистулогенезу, все группы были сопоставимы. Нами применялось оригинальное стендовое макетирование, производимое следующим образом. При осмотре больного изучались размеры свища, расположение его по отношению к стенкам раны и оси кишки; устанавливался вид расположения свищесущей петли по отношению к ране. Затем свищевой дефект моделировался на оригинальном стенде (Пат. Украины № 60703), на основании чего производился подбор конструкции для герметизации конкретного дефекта.

При успешной obturации модели дефекта на стенде, оригинальная obturирующая конструкция, представляющая оригинальный трехэлементный obturator с моделируемым внутрикишечным элементом (№ и 2011 07083, приоритет от 06.06.2011, положительное решение от 14.11.2011), устанавливалась в свищевой дефект пациента.

Методика оценки качества герметизации, применяемая в нашей работе, включала в себя оценку по трехбалльной шкале качества установки obturирующих устройств и уровня герметизации свищевых дефектов. Шкала оценки представляет собой следующее: 0 баллов – не удалось достичь герметизации (либо не удалось установить конструкцию); 1 балл – конструкция установлена, но вызывает деформацию аналога; 2 балла – конструкция установлена, герметизация неполная; 3 балла – герметизация является аналогом физиологического состояния стенки кишки. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием стандартных параметров вариационной статистики, критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Были проведены стендовые испытания различных конструкций obturирующих устройств, как широко известных, так и разработанных в клинике ГУ «ИОНХ НАМН Украины». Испытания проводились на оригинальном стенде на аналоге кишки (отрезке трупной тонкой кишки)

и на макете кишки - поливинилхлоридной трубке диаметром 25 мм. Последняя в силу прозрачности стенок позволяла визуально оценивать деформацию внутрикишечного элемента обтуратора. В ходе испытаний было установлено, что если возможно установить конструкцию в "свищевое отверстие" макета кишки, то введение внутрикишечного элемента в "свищевой" дефект аналога кишки происходит без деформации последнего. Иными словами - конструкция, которая может быть установлена в отверстие поливинилхлоридной трубки, может быть установлена и в реальный кишечный свищ («на больном») без отрицательных последствий для стенки кишки.

Из 38 пациентов группы сравнения, у которых применялись традиционные методы обтурации, положительные результаты, заключающиеся в формировании полного герметизма, получены у 18±3,05 больных (47,4±8,08%) при $p < 0,05$, у 5

пациентов (13,2%) конструкции требовали частой смены (1 раз в 1-3 дня), что послужило поводом к раннему оперативному лечению без летальных исходов. 16 пациентов были оперированы по компенсации состояния в сроки от 3-х недель до 2 месяцев с 4 летальными (10,5%) исходами. У остальных пациентов (39,4%) наблюдались отрицательные эффекты применения устаревших конструкций: увеличение размеров свищей, превращение неполных несформированных кишечных свищей в полные, нарастание процессов мацерации, при Г-, S- и U-образной форме свищесущей петли эффективность линейных конструкций обтураторов была недостаточной. В 14 случаях данная ситуация явилась показанием к оперативному вмешательству с 6 (15,8%) летальными исходами. Эффективность обтурации основной группы получена у 29±0,58 (85,3±4,65%) (табл.1, 2).

Таблица 1

Эффективность применения обтурирующих конструкций у пациентов группы сравнения

Группа сравнения (n=38)	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
		1-2 дня	3-5 дней	5 и более дней		
Кишечный дефект						
Линейный	17	-	1	2	-	20
U-образный вертикальный	-	1	2	-	1	4
U-образный горизонтальный	-	1	1	1	2	5
S-образный	-	2	-	-	2	4
Г-образный	-	1	-	-	2	3
X-образный	1	-	-	1	-	2
Всего	18 (47,4±8,08%)	5 (13,2%)	4 (10,5%)	4 (10,5%)	7 (18,4%)	38 (100%)

В основной группе у всех 34 пациентов, которым были установлены оригинальные трехэлементные обтураторы с моделируемым внутрикишечным элементом (№ и 2011 07083, приоритет от 06.06.2011, положительное решение от 14.11.2011), с помощью стендового макетирования был достигнут достаточный эффект, который оценивался в 5,80±0,03 (96,6%) балла

($p < 0,05$). В то же время общая эффективность конечного результата лечения составила 5,49 ± 0,16 (91,5%) ($p > 0,05$).

Таким образом, проблема лечения несформированных наружных свищей тонкой кишки продолжает оставаться актуальной и требует последующих исследований.

**Эффективность применения обтурирующих конструкций
у пациентов основной группы**

Основная группа (n=34)	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
		1-2 дня	3-5 дней	5 и более дней		
Кишечный дефект						
Линейный	11	-	-	1	-	20
U-образный вертикальный	5	-	-	1	-	4
U-образный горизонтальный	6	-	-	2	-	5
S-образный	2	-	-	1	-	4
Г-образный	4	-	-	-	-	3
X-образный	1	-	-	-	-	2
Всего	29(85,3±4,65%)	-	-	5(14,7%)	-	34(100%)

ВЫВОДЫ

1. Эффективность обтурации несформированных наружных свищей тонкой кишки в основном определяется типом используемых конструкций и при адекватном их подборе может достигать 100%.

2. Предварительное стендовое макетирование оригинальным методом является основой алгоритма помощи больному при подборе и моделировании обтуратора установленного типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконев В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И. Белоконев, Е.П. Измайлов; Самар. гос. мед. ун-т. - Самара: Перспектива, 2005. - 238 с.

2. Зовнішні нориці дванадцятипалої кишки: класифікація, діагностика та лікування / В.Ф. Саєнко, В.В. Кучерук, А.С. Лаврик [та ін.] // Харків. хірургічна школа. – 2006. - №1. – С. 77-80.

3. Логачев В. К. Усовершенствование тактики и

техники обтурации несформированных наружных кишечных свищей / В.К. Логачев, Р.Р. Османов // Харків. хірургічна школа.- 2004.- № 3. - С.18– 22.

4. Шапринський В. О. – Зовнішні кишкові нориці: монографія / В.О. Шапринский. – Вінниця: ДІЛО, 2004. – 162с.

5. Meier R.. Treatment of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage / R. Meier, A. Wettstein // Digestion – 1999. – Vol. 60, Suppl. – P. 47 – 52.



**Ю.А. Діброва,
І.М. Тодуров,
А.А. Пустовіт,
Н.Г. Давиденко**

ОРГАНО- ТА ПІЛОРОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗОК ШЛУНКА І ТИПУ

*Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України
м. Київ*

Ключові слова: виразка шлунка, органозберігаючі оперативні втручання, пілорозберігаючі оперативні втручання

Key words: gastric ulcers, organ-saving and pylor-saving operations

Резюме. Оперировано 187 больных с язвами желудка I типа. Пилоросохраняющая резекция желудка была выполнена 83 (44,4%) пациентам, сегментарная медиогастральных резекция желудка проведена 20 (10,7%) пациентам; 36 (19,3%) пациентам, у которых имела место желудочная гиперацидность в обеих фазах желудочной секреции, были выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства. Проведение детального обследования больных язвой желудка I типа позволило обосновать у 74,3% пациентов применение орган- и пилоросохраняющих оперативных вмешательств, после которых функциональные результаты и показатели качества жизни были значительно лучше в сравнении с классическими резекциями желудка.

Summary. 187 patients with gastric ulcers, type I were operated. Pylor-saving resection was performed in 83 (44,4%) of patients, segment media-gastric in 20 (10,7%) of patients; 36 (19,3%) of patients with gastric hyperacidity in both phases of gastric secretion underwent organ-saving surgeries. Profound examination of patients with gastric ulcer, type I allowed to justify usage of organ-saving surgeries; their results and life quality indices were significantly higher as compared to conventional gastric resections.

Застосування сучасних противиразкових препаратів не призвело до зниження захворюваності на виразкову хворобу взагалі і виразкову хворобу шлунка зокрема. При цьому, на фоні скорочення кількості планових операцій, з приводу ускладнень виразкової хвороби більше ніж у два рази збільшилося число екстрених оперативних втручань, які в переважній більшості мають характер паліативних. Це, в свою чергу, супроводжується зростанням числа післяопераційних ускладнень та летальності. При цьому після паліативних втручань виразки рецидивують майже у 80% хворих, а більше ніж 20% із них потребує проведення повторних втручань [1, 6, 8, 11, 12, 13].

Надмірне захоплення консервативним лікуванням та звуження показань до планових оперативних втручань сприяє збільшенню частоти «гігантських» виразок, які потребують проведення атипичних чи обширних резекцій, що також супроводжується зростанням частоти післяопераційних ускладнень та зниженням якості життя пацієнтів [3, 4, 5, 10].

Одним із факторів, які сприяють покращенню результатів хірургічного лікування виразкової хвороби, є розширення показань до планових оперативних втручань, які запобігають виникненню ризиків наслідків невідкладних втручань.

На цей час функціональні результати оперативних втручань та якість життя пацієнтів, прооперованих з приводу виразок шлунка, можна поліпшити шляхом максимально повного збереження чи відновлення форми й функції шлунка та основних анатомо-фізіологічних співвідношень у травній системі, диференційовано впливаючи на патогенетичні чинники виразкоутворення [2, 7, 9].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням знаходилось 187 хворих з виразками шлунка I типу. Чоловіків було 140 (74,8%), жінок - 47 (25,2%). 70,0% хворих були віком до 50 років. Тривалість виразкового анамнезу коливалась від 1 до 20 років (у середньому $4,7 \pm 0,6$ року).

До госпіталізації в клініку 11 (5,9%) пацієнтам були проведені оперативні втручання з приводу ускладнень виразки. Зокрема, ушивання перфоративної виразки проведено 6 (3,2%) хворим, прошивання кровотоливої виразки виконано у 3 (1,6%) пацієнтів. Двом (1,1%) хворим були виконані експлоративні втручання з приводу пенетруючих у суміжні органи виразок шлунка з масивним периульцерозним набряком.

Усім хворим проводилось комплексне обстеження, яке включало ендоскопічне та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка та

кишечнику, 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 гіперечинивмісного фотосенсибілізатора „Гіперфлав” та наступним опроміненням слизової оболонки шлунка лазером з відповідною довжиною хвилі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними обстеження, у верхній третині тіла шлунка виразки локалізувались у 51 пацієнтів (27,3%), у середній третині - у 46 випадках (24,6%), а 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 були 2 см та більше. У хворих, у яких виразки шлунка локалізувались у 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 був у 3 випадках (1,6%), середній ступінь ДГР був - у 5 пацієнтів (2,7%) та легкий ступінь ДГР - у 15 спостереженнях (8,0%). Причому в усіх випадках середнього та тяжкого ступеня ДГР виразки шлунка мали розміри понад 2,0 см.

Для визначення показань до органочиліторозберігаючих 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).

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

Гелікобактерне інфікування шлунка було виявлене у 68,2% випадках. Середній і сильний ступінь інфікування були в 37,1% пацієнтів, яким проводилася ерадикаційна терапія згідно з протоколом Маастріхського консенсусу.

Результати дослідження шлункової кислотопродукції показали, що показники базальної кислотопродукції (БКП) коливались у 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. Позитивні результати тесту медикаментозної ваготомії найчастіше спостерігалися у пацієнтів з нетривалим виразковим анамнезом (3,2±1,1 років) та в більш молодому віці (до 40 років), у той час як негативні результати тесту були в пацієнтів з більш тривалим терміном виразкового анамнезу (8,6±2,1 років) віком понад 45 років ($p < 0,05$). Це свідчить про доцільність виконання ваготомії у пацієнтів молодого віку з коротким виразковим анамнезом.

За результатами дослідження моторної активності шлунка було встановлено, що при великих та гігантських виразках спостерігалось зниження моторної активності в дистальних, по відношенню до виразки, відділах шлунка на 40–50% порівняно 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% рівня шлункового кровотоку порівняно з показниками у пацієнтів з виразками малого та середнього розміру.

Операцією вибору при виразках шлунка І типу була пілорозберігаюча резекція шлунка (ПЗРШ), яка проводилася при доброякісній виразці, локалізації її не ближче 4–6 см від пілоруса, відсутності запального процесу й рубцево-виразкової деформації в ділянці воротаря та його функціональній спроможності. Наявність супутнього хронічного панкреатиту з гіпертензивним синдромом, декомпенсованого дуоденостазу та парапапілярних дивертикулів з явищами дивертикуліту були протипоказаннями до проведення ПЗРШ. Окрім цього, обережно визначалися на користь ПЗРШ у пацієнтів з гіперсекреторним станом шлунка (БКП > 10,0 ммоль/год., а МКП > 30,0 ммоль/год.) та при проксимальній локалізації виразок у зв'язку з ризиком виникнення синдрому «малого шлуночка».

ПЗРШ була виконана 83 (44,4%) пацієнтам з виразками шлунка І типу, у тому числі і 18 (9,6%) пацієнтам з гігантськими виразками. Середня тривалість виразкового анамнезу становила 3,6±0,5 року. 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 ділянці кутової вирізки.

Рівень БКП був у межах від 1,5 до 9,8 ммоль/год. (БКП=5,4±0,7 ммоль/год), а МКП – від 3,3 до 22,7 ммоль/год. (МКП=12,7 ± 2,2 ммоль/год.). Загалом показники шлункової кислотопродукції у цих пацієнтів відповідали рівню шлункової нормацидності.

За даними результатів гастробіопсії морфологічні ознаки дизрегуляторних змін периульцерозної слизової оболонки були у 19 (22,8%) пацієнтів. Ці зміни були обмежені лише ділянками слизової оболонки шлунка навколо виразки, які повністю видалалися під час оперативного втручання.

Однією з відносно мало вивчених методик хірургічного лікування виразок шлунка І типу є сегментарна медіогастральна резекція шлунка (СМРШ) зі збереженням іннервованого антрального відділу шлунка. Виконання такого 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 кислотопродуруючої функції шлунка, а також анатомо-функціональній спроможності пілороантрального відділу шлунка. Окрім цього, у слизовій оболонці тих частин шлунка, які залишаються, повинні бути відсутні ознаки тяжких дизрегуляторних змін.

Ця операція поєднує позитивні сторони селективної проксимальної ваготомії (СПВ) та ПЗРШ. При цьому проводиться пристіночна мобілізація медіогастрального сегменту шлунка зі збереженням цілісності нервів Латарже дистально до рівня антрального відділу шлунка, а проксимально – на 3–4 см вище виразки.

СМРШ проведена 20 (10,7%) пацієнтам. У 12 (60,0%) пацієнтів виразки локалізувались у нижній третині тіла шлунка, у середній третині тіла – у 7 (35,0%) хворих та ще у 1 (5,0%) пацієнта – у верхній третині тіла шлунка. Розміри виразок не перевищували 1,5 см. Ознаки ДГР легкого ступеня мали були у 4 пацієнтів. Показники шлункової кислотопродукції були в межах норми та становили відповідно: БКП= 3,9±1,2 ммоль/год. та МКП=8,9±1,3 ммоль/год. За даними результатів дослідження гастробіопсії у 9 пацієнтів були морфологічні ознаки дизрегуляторних змін, які були обмежені саме периульцерозною 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 периульцерозної слизової оболонки не слугували обмеженням для проведення сегментарної резекції шлунка.

36 (19,3%) пацієнтам, у яких була шлункова гіперацидність в обох фазах шлункової секреції, були виконані органозберігаючі оперативні втручання. Протипоказаннями 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 підозра на малігнізацію виразки. За даними результатів дослідження гастробіопсії, морфологічні зміни периульцерозної слизової оболонки шлунка відповідали картині помірно вираженого гастриту з поодинокими вогнищами початкової стадії атрофії. Локалізація виразок була такою. У верхній третині тіла шлунка виразки локалізувались у 18 (50,0%) пацієнтів, у середній третині тіла – у 5 (13,9%) випадках та в нижній третині й ділянці 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 стовбутова чи селективна ваготомія з висіченням виразки та дренажним втручанням.

У віддаленому періоді рецидив виразки був у 4 пацієнтів. Зокрема, у 2 із них після двобічної стовбурової ваготомії з висіченням виразки та пілоропластики причиною рецидиву були моторно-евакуаторні розлади шлунка у вигляді гастростазу. 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.

Таким чином, проведення детального обстеження хворих на виразку шлунка І типу дали змогу обґрунтувати у 74,3% пацієнтів застосування органо- та пілорозберігаючих оперативних втручань, після яких функціональні результати та показники якості життя у них були значно кращі порівняно з класичними резекціями шлунка.

ВИСНОВКИ

1. Для визначення тактики хірургічного лікування хворих на виразку шлунка І типу слід проводити комплексне обстеження для визначення функціонального стану шлунка та суміжних органів.

2. Проведення за показаннями органо- та пілорозберігаючих оперативних втручань у пацієнтів з виразкою шлунка І типу сприяє покращенню

результатів хірургічного лікування та якості життя хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Афендулов С.А. Хирургический гамбит язвенной болезни / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев // Первая междунар. конф. по торакоабдоминальной хирургии посвященной 100-летию со дня рождения акад. Б. В. Петровского: сб. тезисов. – М., 2008. – С. 256.
2. Гринберг А.А. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв / А.А. Гринберг, И.Г. Джитава, Е.Г. Казакова // Рос. мед. журнал. – 2000. – № 5. – С. 38 – 40.
3. Гурин Н.Н. Отдаленные результаты оперативного лечения язв желудка / Н.Н. Гурин, К.В. Логунов, А.И. Солдатов // Вестник 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. Таджибаев // Клинич. хирургия. – 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. Лечение больных перфоративными пилородуоденальными язвами / А.А. Гуляев, Г.В. Пахомова, П.А. Ярцев [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2005. – № 1. – С. 38 – 40.
7. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В.М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
8. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И. Лупальцов. – К.: Лига – Информ, 2009. – 133с.
9. Помелов В.С. Надпривратниковая резекция желудка у больных язвенной болезнью желудка / В.С. Помелов, В.А. Смагин // Хирургия. – 1999. – № 1. – С. 21 – 24.
10. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни желудка / И.А. Шляховский, Б.Д. Комаров, И.А. Чекмазов [и др.] // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 185 – 186.
11. 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.
12. 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.
13. 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.



УДК 616.36-005.4-089

**В.В. Бойко,
М.Э. Писецкая,
Д.И. Скорый**

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»
г.Харьков

Ключевые слова: резекция печени, сосудистая изоляция печени, кровопотеря
Key words: hepatic resection, vascular isolation, bleeding

МЕТОДЫ СОСУДИСТОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ РЕЗЕКЦИЯХ

Резюме. У статті дана характеристика різних методів печінкової судинної ексклюзії. Вибір методу судинної ексклюзії визначається низкою факторів, основні з яких: локалізація і розміри патологічного вогнища, обсяг передбачуваної резекції печінки, стан печінкової паренхіми, індивідуальні анатомічні особливості, супутні патології, технічне оснащення клініки, а також досвід хірургів.

Summary. Article characterizes various methods of vascular occlusion of the liver. Choice of method of vessels occlusion is defined by number of factors they are: localization and parameters of focus pathology, volume of future liver resection, state of liver parenchyma, individual anatomic peculiarities, concomitant pathologies, technical equipment in clinic, and master-level of surgeons.

Кровопотеря во время резекции печени является главной причиной высокого уровня послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности [2, 4, 3, 7, 25]. Кровопотеря в сочетании с гемотрансфузией еще в большей степени увеличивают риск развития послеоперационных осложнений, особенно у больных с хронической патологией печени [2, 7, 16]. Способы профилактики и снижения объема интраоперационной кровопотери можно условно разделить на две категории. Первая – методы «бескровного» разделения печеночной паренхимы, вторая – методы, направленные на уменьшение кровенаполнения печени, т.е различные методы ее сосудистой эксклюзии. Среди хирургов существуют противоречивые мнения относительно эффективности и безопасности применения сосудистой изоляции [3, 17]. Разработка и изучение различных техник печеночной сосудистой эксклюзии – одно из основных прогрессивных направлений развития современной печеночной хирургии [2, 3, 4, 17, 22, 26].

Методы печеночной сосудистой эксклюзии могут быть классифицированы следующим образом:

- I. Аfferентная сосудистая эксклюзия;
 - a. Тотальная аfferентная эксклюзия (Pringle maneuver);
 1. Продолжительный Pringle maneuver;
 2. Прерывистый Pringle maneuver;
 3. Pringle maneuver с предварительной ишемической тренировкой;
 - b. Селективная аfferентная окклюзия;
 1. Аfferентная гемигепатэкссклюзия;
 2. Сегментарная аfferентная эксклюзия;
- II. Аfferентная и эfferентная печеночная эксклюзия;
 - a. Тотальная печеночная сосудистая изоляция;
 - b. Тотальная печеночная сосудистая изоляция с пережатием нижней полой вены [26].

Применение сосудистой эксклюзии существенно снижает кровопотерю на этапе разделения печеночной паренхимы. Однако, как следствие ишемии с последующей реперфузией, развиваются сложные метаболические, иммунологические и патофизиологические процессы в гепатоцитах, которые приводят к развитию гепатоцеллюлярной дисфункции. Комплекс этих патофизиологических изменений назван ишемически-реперфузионным синдромом (ИРС) [12, 13]. Снизить проявления ИРС можно за счет применения различных режимов пережатия сосудистых элементов печени, использования

предварительной ишемической тренировки, предварительной гипертермии, гипотермии (*in situ*), а также применения различных фармакологических агентов в сочетании с васкулярной окклюзией [9, 15, 18].

Рассмотрим различные варианты сосудистой эксклюзии печени. Pringle S.H. впервые в 1908 г. предложил пережимать гепатодуоденальную связку для уменьшения кровопотери при травмах печени. Pringle maneuver – самый простой и самый старый метод сосудистой изоляции печени: гепатодуоденальную связку выделяют и накладывают зажим до прекращения пульсации дистального отдела печеночной артерии. Прингл-маневр в целом хорошо переносится, не вызывает значимых гемодинамических нарушений, однако может вызывать ИРС в остающейся ткани печени, причем степень повреждения тканей увеличивается у больных с циррозом печени [5, 16, 27]. Для уменьшения проявлений ИРС используют прерывистое пережатие портальной триады. Недостатками этого метода являются кровопотеря в периоды снятия зажима и увеличение длительности операции [26]. В литературе описаны различные методы применения предварительной ишемической подготовки. Так, P.A. Clavien et al. [5] описывает исследование, в котором больным при обширных резекциях печени применялась предварительная ишемическая тренировка в режиме 10 мин. ишемии/10 мин. реперфузии, после чего производилось пережатие портальной триады на 30-35 мин. В ходе исследования отмечено, что уровень трансаминаз в 1-е и 3-и сутки после операции в основной группе больных по сравнению с контрольной группой (где не применялась предварительная ишемическая тренировка) был значительно ниже, при том что кровопотеря и длительность операции были приблизительно равны. S.Q. Li et al. [11] описывает применение предварительной ишемической подготовки в режиме 5 мин ишемии/5 мин реперфузии перед длительной сосудистой окклюзией. Niteen Tapuria et al. [18] предлагают использовать отдаленную ишемическую тренировку. В эксперименте создавали ишемию конечностей у животных, после чего вызывали ишемию печени в течение 45 мин. с последующей микроскопией ткани органа. Замечено, что печень животных, у которых применялась подобная тренировка, лучше реагировала на ишемию по сравнению с животными контрольной группы

M. Makuuchi в 1987 г. предложил технику селективной сосудистой эксклюзии. Методика состоит в прерывании венозного и артериального

притока к правой или левой доле печени. Преимущества этой техники в сохранении кровотока в доле печени, которая сохраняется, отсутствии гемодинамических нарушений и застойных повреждений в органах брюшной полости. Недостатком является риск кровотечений из резекционной поверхности контрлатеральной доли печени. Сегментарная сосудистая окклюзия была впервые описана Y. Shimamura в 1986 г. для ограничения ИРС печени. Суть метода в определении точной анатомической границы резекции путем ишемической демаркации на печеночной поверхности. Под УЗ-контролем пунктируют сегментарную вороную вену иглой Chiba, затем в вену вводят баллон, раздувая который добиваются полной окклюзии сосуда. Соответствующую печеночную артерию выделяют и пережимают на уровне печеночной ножки, чтобы очертить удаляемый сегмент. Главный недостаток этого метода – техническая сложность его выполнения [26].

Heaney впервые описал резекцию печени с тотальной сосудистой изоляцией (ТСИ). Выключение печени из кровообращения достигается после ее полной мобилизации, пережимается гепатодуоденальная связка (Pringle maneuver), а потом накладывают зажимы на нижнюю полую вену под печенью, выше впадения почечных вен и правой надпочечниковой вены и над печенью, выше печеночных вен. После завершения резекции и контроля гемостаза зажимы снимают в обратной последовательности [27]. Этот метод очень сложен технически, выполняется при опухолях с инвазией в печеночные или нижнюю полую вену. А также при наличии опухолевых тромбов в нижней полой вене, так как применение ТСИ препятствует интраоперационной миграции тромба и позволяет произвести реконструкцию печеночных вен или нижней полой вены. Также применение ТСИ приводит к значительным гемодинамическим нарушениям и требует тщательного инвазивного мониторинга. Другой вариант ТСИ – комбинация полной афферентной эксклюзии с внепаренхимным зажатием печеночных вен, что приводит к полной изоляции печени из системного кровотока, но без нарушения кровотока в нижней полой вене [14]. Таким образом, нивелируются гемодинамические и биохимические недостатки ТСИ, а также кровотечения из веточек печеночных вен за счет ретроградного кровотока. Тем не менее, этот метод тщательного выделения печеночных вен

является технически сложной и потенциально небезопасной процедурой, особенно в неопытных руках [26].

Используются различные группы фармакологических средств для профилактики развития и уменьшения проявления ИРС. Так, применяют противовоспалительные препараты (метилпреднизолон [24]), антиоксиданты (α -токоферол [21]), различные вазоактивные препараты (например, допамин), антиангинальные средства (триметазидин [15]).

Патогенетические аспекты ИРС при различных вариантах сосудистой эксклюзии печени являются не до конца изученным вопросом. Известно, что ключевой механизм в развитии ишемически-реперфузионных повреждений – это воспалительная реакция, которая развивается в фазу реперфузии. Ишемия активирует клетки Купфера, которые являются основными источниками активного кислорода в начальный период реперфузии, что в дальнейшем ведет к развитию оксидантного стресса. При реперфузии образуется эндотелин – мощный вазоконстриктор. В ответ на выброс вазоконстрикторов, NO (который накапливается в фазу ишемии) может вызвать расширение кровеносных сосудов на уровне синусоид. Кроме того, образование медиаторов воспаления и активация макрофагов, нейтрофилов и лимфоцитов может способствовать усугублению травмы, отеку органелл [12]. Сложная патофизиология ИРС объясняет сложности в разработке защиты от развития ИРС. По данным литературы [5, 12, 18], самым перспективным методом защиты от ИРС является предварительная подготовка, суть которой в увеличении резистентности гепатоцитов к ишемии и реперфузии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следовательно, применение сосудистой эксклюзии существенно снижает объем кровопотери, а следовательно, уменьшает риск развития послеоперационных осложнений у больных, особенно когда речь идет об обширных резекциях печени. Выбор метода сосудистой эксклюзии определяется рядом факторов, основные из которых: локализация и размеры патологического очага, объем предполагаемой резекции, состояние печеночной паренхимы, индивидуальные анатомические особенности, сопутствующие патологии, техническое оснащение клиники, а также опыт и мастерство хирургов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Операции на печени / В.А. Вишневский, В.А. Кубышкин, А.В. Чжао, Р.З. Икрамов. – М.: Миклош, 2003.

2. Основные осложнения обширных резекций печени и пути их предупреждения / В.Д. Фёдоров, В.А. Вишневский, Н.А. Назаренко, Р.З. Икрамов [и

др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – №13. – С. 16-21.

3. Способ воротного доступа к сосудисто-секреторным элементам при анатомических сегментарных резекциях печени / В.А. Вишнеvский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов [и др.] // Хирургия. – 2008. – №9. – С. 33-40.

4. Хирургическое лечение первичного рака печени / Ю.И. Патютко, И.В. Сагайдак, Е.С. Чучуев [и др.] // Практическая онкология. – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 197-201.

5. A prospective randomized study in 100 consecutive patients undergoing major liver resection with versus without ischemic preconditioning / P.A. Clavien, M. Selzner, H.A. Rudiger [et al.] // Ann. Surg. 2003. – Vol. 238. – P. 843-852.

6. Enhanced post-ischemic liver injury in iNOS-deficient mice: a cautionary note / I.N. Hines, H. Harada, S. Bharwani [et al.] // Biochem Biophys Res Commun. – 2001. – Vol. 284. – P. 972-976.

7. Intraoperative blood loss is a risk factor for complications in donors after living donor hepatectomy / S. Ibrahim, C.L. Chen, C.C. Lin [et al.] // Liver Transplant. – 2006. – N12. – P.950-957.

8. Ischaemic preconditioning of cadaver donor livers protects allografts following transplantation / W. Jassem, S.V. Fuggle, L. Cerundolo [et al.] // Transplantation. – 2006. – Vol. 81. – P. 169-174.

9. Ischaemic preconditioning for major liver resection under vascular exclusion of the liver preserving the caval flow: a randomized prospective study / D. Azoulay, V. Lucidi, P. Andreani [et al.] // J. Am. Coll Surg. – 2006. – Vol. 202. – P. 203-211.

10. Ischemic preconditioning of the liver in rats: implications of heat shock protein induction to increase tolerance of ischemia-reperfusion injury / M. Kume, Y. Yamamoto, S. Saad [et al.] // J. Lab. Clin. Med. – 1996. – Vol. 128. – P. 251-258.

11. Ischemic preconditioning protects liver from hepatectomy under hepatic inflow occlusion for hepatocellular carcinoma patients with cirrhosis / S.Q. Li, L.J. Liang, J.F. Huang, Z. Li // World. J. Gastroenterol. – 2004. – N 10. – P. 2580-2584.

12. Hartmut Jaeschke. Molecular mechanisms of hepatic ischemia-reperfusion injury and preconditioning / Hartmut Jaeschke // Am. J. Physiol Gastrointest Liver Physiol. – 2003. – Vol. 284. – P. 15-26.

13. Kupiec-Weglinski J.W. Ischaemia and reperfusion injury in liver transplantation / J.W. Kupiec-Weglinski, R.W. Busuttill // Transplant Proceed. – 2005. – Vol. 37. – P. 1653-1656.

14. Liver resection under total vascular exclusion with or without preceding Pringle manoeuvre / S.Y. Fu, W.Y. Lau, A.J. Li [et al.] // Br. J. Surg. – 2010. – Vol. 97. – P. 50-55.

15. Mahmoud Abu-Amara. Systematic review of randomized controlled trials of pharmacological interventions to reduce ischaemia-reperfusion injury in elective liver resection with vascular occlusion / Mahmoud Abu-Amara, Kurinchi Gurusamy // HPB. – 2010. – N 12. – P. 4-14.

16. Mathilde Steenks. Intermittent ischaemia maintains function after ischaemia reperfusion in steatotic livers / Mathilde Steenks, Mark C.P.M van Baal. // HPB. – 2010. – N 12. – P. 250-261.

17. Methods of vascular occlusion for elective liver resections / K.S. Gurusamy, H. Sheth, Y. Kumar [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. – N 21. – CD007632.

18. Niteen Tapuria. Modulation of microcirculatory changes in the late phase of hepatic ischaemia-reperfusion injury by remote ischaemic preconditioning / Niteen Tapuria, Sameer Junnarkar // HPB. – 2012. – N 14. – P. 87-97.

19. Protective strategies against ischemic injury of the liver / N. Selzner, H. Rudiger, R. Graf, P.A. Clavien // Gastroenterol. – 2003. – Vol 125. – P. 917-936.

20. Risk factors for postoperative delirium after liver resection for hepatocellular carcinoma / Y. Yoshimura, S. Kubo, K. Shirata [et al.] // World. J. Surg. – 2004. – Vol.28. – P. 982-986.

21. Soltys K. Oxidative stress in fatty livers of obese Zucker rats: rapid amelioration and improved tolerance to warm ischaemia with tocopherol / K. Soltys, G. Dikdan, B. Koneru // Hepatology. – 2001. – Vol. 34. – P. 13-18.

22. Muller M.K. Techniques of vascular control and protective strategies for parenchymal transection / M.K. Muller, H. Petrowsky, P.A. Clavien // Hepatocellular Carcinoma Lau WY (ed). – Singapore: World Scientific Publishing, 2008. – P. 507-528.

23. The contemporary role of antioxidant therapy in attenuating liver ischemia-reperfusion injury: A review / G.K. Glantzounis, H.J. Salacinski, W. Yang [et al.] // Liver Transplant. – 2005. – N 11. – P. 1031-1047.

24. The effect of methylprednisolone on warm ischaemia-reperfusion injury in the liver / R.F. Saidi, J. Chang, S. Verb [et al.] // Am. J. Surg. – 2007. – Vol. 193. – P. 345-347.

25. Tolerance of the Liver to Intermittent Pringle Maneuver in Hepatectomy for Liver Tumors / Kwan Man, MB, PhD; Sheung-Tat Fan, MS, MD, FRCS(Glasg & Edin); Irene O. L. Ng. // ARCH SURG. – 1999. – Vol. 134.

26. Wan-Yee Lau Lau. Methods of vascular control technique during liver resection: a comprehensive review / Wan-Yee Lau, Eric C. H. Lai and Stephanie H. Y. Lau. // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. – 2010. – Vol. 5. – P. 9.

27. Vascular control during hepatectomy: review of methods and results / V. Smyrniotis, C. Farantos, G. Kostopanagiotou, N. Arkadopoulos // World. J. Surg. – 2005. – N 29. – P. 1384-1396.



УДК 616.346.2-002-089.819-009.1

**А.Б. Кутовой¹,
А.В. Мелешко²,
Е.М. Перцева³**

МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹
СМСЧ-6²

м. Днепропетровск
16 ГКБ³

м. Днепропетровск

Ключевые слова:

*лапароскопическая
аппендэктомия, моторно-
эвакуаторная функция кишечника*

Key words: *laparoscopic
appendectomy, motor-evacuative
function of intestine*

Резюме. Проанализовано результаты 209 аппендектомий, выполненных при флегмонозной форме острого аппендицита в период 2007-2009 гг. Встановлено, что клинические проявления нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта в раннем периоде после аппендектомии ввиду флегмонозных форм аппендицита встречаются с частотой 2,7-13,4%. При этом лапароскопическая аппендэктомия по сравнению с традиционной сопровождается менее выраженными нарушениями.

Summary. Results of 209 appendectomies performed because of flegmon form of acute appendicitis over 2007-2009 years were analyzed. It was established that clinical manifestations of disorders of motor-evacuative function of gastro-intestinal tract in early period after appendectomy because of flegmon form of acute appendicitis occur in 2,7% - 13,4%. Therewith laparoscopic appendectomy is accompanied by less expressed disorders as compared with traditional one.

Угнетение двигательной активности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) возникает в той или иной мере после каждого хирургического вмешательства на органах брюшной полости и часто осложняет течение послеоперационного периода [3, 5, 7]. Так, легкий метеоризм после аппендектомии встречается в 39,3-45,7%, тяжелые формы кишечной непроходимости - в 0,13-4,8% [2, 6]. Основными причинами нарушения моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) ЖКТ в раннем послеоперационном периоде являются: характер и длительность воспалительных изменений брюшины, степень растяжения стенок кишечника, механические повреждения брюшины, нарушения обмена электролитов и другие [2, 4, 8]. В комплексе профилактических мероприятий одно из важных мест занимают особенности проведения хирургического вмешательства [1, 6].

Цель исследования: изучение состояния моторно-эвакуаторной функции ЖКТ при использовании различных методов аппендектомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализированы результаты 209 аппендектомий, выполненных по поводу флегмонозной формы острого аппендицита в период 2007-2009 гг. на базе клиники. Все больные были условно разделены на 2 группы. В I группу вошли 112 (53,6%) пациентов, аппендэктомия которым

была выполнена лапароскопически. Во II группу - 97 больных (46,4%), операция которым выполнена традиционным способом. Критериями включения больных в исследуемые группы были: а) возраст от 18 до 59 лет; б) отсутствие послеоперационных осложнений; в) отсутствие явлений разлитого или местного фибринозного перитонита; г) отсутствие выраженной сопутствующей патологии, способной оказать влияние на состояние моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) ЖКТ.

Все операции проходили под комбинированным внутривенным обезболиванием с эндотрахеальной искусственной вентиляцией легких. Лапароскопические аппендектомии выполняли лигатурным способом путем интра- или экстракорпоральной обработки культи червеобразного отростка. Традиционные аппендектомии производили через доступ Волковича-Мак-Бурнея кистетным способом.

У всех пациентов изучались клинические (вздутие живота, задержка отхождения газов и стула), рентгенологические (пневматоз кишечника, наличие «чаш Клойбера») и сонографические признаки нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника (феномен «секвестрации жидкости» в полости тонкой кишки, гиперпневматоз кишечника, наличие возвратно-поступательных движений содержимого кишки,

диаметр кишки, высота керкринговых складок, расстояние между керкринговыми складками, толщина стенки кишки) в 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода. УЗД в послеоперационном периоде выполняли через 2 часа после приема пациентами жидкости в течение 10-15 минут с использованием конвексного (3,5-5,0 МГц) и линейного (7,5 МГц) датчиков.

Осмотр петель тонкой кишки производили в 4 областях брюшной полости: в эпигастральной области (уровень ДПК), в левом подреберье и левом мезогастррии (уровень тощей кишки), в левой и правой подвздошных областях. Толстую кишку осматривали в правой подвздошной и мезогастральной областях (проекция слепой, восходящей и поперечно-ободочной кишки).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наблюдение за больными в раннем послеоперационном периоде подтвердило общеизвестные факты: использование лапароскопии способствовало снижению болевых ощущений, соответственно, более ранней физической реабилитации пациентов и сокращению сроков лечения в стационаре до $4,4 \pm 0,7$ суток против $7,1 \pm 1,2$ суток после традиционной аппендэктомии. Анализ клинических признаков нарушения МЭФ кишечника у больных I и II групп позволил выявить статистически достоверные отличия ($p < 0,05$; $p < 0,01$) в частоте проявлений отдельных из них в разные сроки послеоперационного периода (табл.).

Частота (%) выявляемости признаков нарушения МЭФ ЖКТ у больных разных клинических групп в ранние сроки после аппендэктомии

Признаки	I группа (n = 112)		II группа (n = 97)	
	1 сутки	3 сутки	1 сутки	3 сутки
	1	2	3	4
Вздутие живота	8,0	4,5	10,3	13,4 P ₂₋₄ *
Задержка газов и стула	9,8	2,7 P ₁₋₂ *	10,3	6,2
Пневматоз кишечника	14,3	5,4 P ₁₋₂ *	16,5	8,2
Феномен «секвестрации жидкости» в полости тонкой кишки	15,2	4,5 P ₁₋₂ *	18,6	6,2 P ₃₋₄ *
Наличие возвратно-поступательных движений содержимого кишки	92,9	99,1 P ₁₋₂ *	91,8	92,8 P ₂₋₄ *
Диаметр тонкой кишки свыше 2 см	8,9	2,7	9,3	7,2
Высота керкринговых складок больше 0,3 см	14,3	2,7 P ₁₋₂ **	14,4	5,2 P ₃₋₄ *
Расстояние между керкринговыми складками больше 0,4 см	8,0	3,6	9,3	6,2
Толщина стенки тонкой кишки больше 0,25 см	7,1	2,7	8,2	3,1
Феномен секвестрации жидкости в просвет кишки	10,7	1,8 P ₁₋₂ **	17,4	8,2 P ₂₋₄ *
Диаметр слепой кишки больше 7,0 см	2,7	0,9	9,3	4,1
Наличие возвратно-поступательных движений химуса	-	-	2,1	1,0

Примечание: достоверность отличий p между показателями на разных этапах исследования: * - $< 0,05$; ** - $< 0,01$. n – количество больных.

В частности, у больных, перенесших лапароскопическую аппендэктомию, наблюдали более быстрое восстановление отхождения газов и дефекации к 3 суткам после операции и в этот же период с меньшей частотой проявления вздутия живота по сравнению с больными второй группы.

Проведенные специальные исследования, направленные на углубленную оценку состояния моторно-эвакуаторной активности ЖКТ, позволили детализировать представления об изменениях МЭФ разных отделов ЖКТ в раннем послеоперационном периоде в зависимости от метода хирургического лечения. Так, у больных

первой группы отмечали заметное сокращение частоты возвратно-поступательных движений содержимого тонкой кишки по данным эхотомоскопии не только к третьим суткам после операции по сравнению с результатами оценки показателя на первые сутки, но и по сравнению с аналогичным показателем у больных второй группы. Такие же закономерности имели место при исследовании феномена секвестрации жидкости в просвет кишки. Кроме того, после лапароскопических аппендэктомий мы не наблюдали возвратно-поступательных движений хмуса, в то время как после традиционных операций это явление проявлялось с частотой от

1,0% до 2,1% случаев в разные сроки исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клинические проявления нарушений МЭФ ЖКТ в раннем периоде после аппендэктомии по поводу флегмонозных форм аппендицита встречаются с частотой 2,7-13,4%, а частота рентгенологических и сонологических признаков достигает 16,5% и 18,6% соответственно, как за счет тонкой, так и за счет толстой кишки. При этом лапароскопическая аппендэктомия по сравнению с традиционной сопровождается по отдельным критериям значительно менее выраженными нарушениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алтін І.В. Нові малоінвазивні способи апендектомії / І.В. Алтін, В.І. Ороховський // Шпитальна хірургія. – 2006. – №4. – С.67-68.
2. Диагностика и тактика лечения больных острой кишечной непроходимостью: учеб. пособие / Т.И. Тамм, А.Я. Бардюк, А.Б. Даценко, Е.А. Богун. – Харьков: ХМАПО, 2003.
3. Закиров Д.Б. Оценка моторно-эвакуаторной функции органов желудочно-кишечного тракта у хирургических больных: дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Д.Б. Закиров. - М., 1994. - 123 с.
4. Коррекция барьерной и моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки у больных острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде / А.Н. Довженко, Б.И. Пеев, В.И. Бильченко, Ю.С. Ребров // Укр. журнал хірургії.- 2011.-№3 (12).- С. 74-78.
5. Ли Л.Г. Информативные показатели периферической электрогастроэнтерограммы в оценке функ-

ционального состояния желудка и тонкой кишки: дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Л.Г. Ли. - М., 2009. - 135 с.

6. Саданов В.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В.С. Саданов, И.В. Шмарина // Эндоскоп. хирургия. – 2008. –№1. – С.26-27.

7. Способ оценки тяжести состояния больных, прогнозирования исхода и коррекции иммунных нарушений при абдоминальном сепсисе: инструкция по применению / Ю.М. Гаин, В.Г. Богдан, С.А. Алексеев [и др.]. – Минск. – 2004.

8. Тропская Н.С. Механизмы послеоперационных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки и их фармакологическая коррекция : дис. на соискание учен. степени д-ра биол. наук. – М., 2009.- 278 с.



УДК 617.55–089.168-06-07

В.В. Прутесей

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*Буковинський державний медичний університет
кафедра хірургії
(зав. – проф. І.Ю. Полянський)
м. Чернівці*

Ключові слова: оптична густина плазми венозної крові, діагностика, післяопераційні ускладнення
Key words: optical density of venous blood plasma, diagnostics, postoperative complications

Резюме. Представлены результаты мониторинга оптической плотности плазмы венозной крови в послеоперационном периоде, проведенного у 117 больных. Выявлено, что развитие интраабдоминальных послеоперационных осложнений сопровождается ростом показателей оптической плотности. Такой рост предшествует клинической и лабораторной манифестации осложнений, что позволяет проводить их раннюю диагностику.

Summary. The results of monitoring of optical density of venous blood plasma in a postoperative period conducted in 117 patients are presented. It is set that the development of intraabdominal postoperative complications is accompanied with growth of indexes of optical density. It is important that such growth precedes clinical and laboratory manifestation of complications; this allows making their early diagnostics.

Рання діагностика післяопераційних ускладнень є складною проблемою хірургії [3,4]. Вже тривалий час вона засновується переважно на клінічних та лабораторних показниках, які недостатньо інформативні [4]. Це робить актуальним пошук нових діагностичних критеріїв.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Матеріал дослідження склали дані 117 хворих. Серед них гострий апендицит був у 43 пацієнтів, гострий холецистит – у 34, перфораційні виразки – у 14, кишкова обструкція у 16 хворих. У 24 пацієнтів діагностовані післяопераційні ускладнення, серед яких неспроможність міхурової протоки – 2 випадки, інфільтрат черевної порожнини – 5, триваючий перитоніт – 6, евентрація – 3, нагноєння рани – 8 випадків.

Після операції проводили моніторинг оптичної густини плазми венозної крові (ОГПВК)

хворих за методом, розробленим у нашій клініці [1]. Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро – Вілкі, гіпотезу про рівність середніх перевіряли за допомогою критерія Стюдента–Фішера для нормально розподілених вибірок і критеріїв Уїлкоксона та Уїлкоксона–Манна–Уїтні для вибірок, розподіл яких відрізнявся від нормального [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих з неускладненим перебігом післяопераційного періоду показники ОГПВК змінювались із загальними закономірностями, незалежно від виду основного захворювання (рис. 1), що проявлялось періодичними коливаннями показників. Перед випискою вони знижувались за межі вихідних.

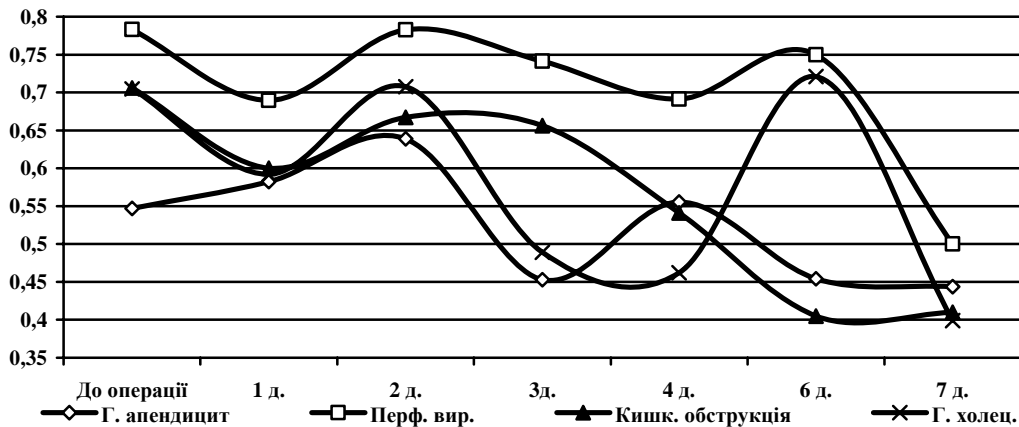


Рис. 1. Динаміка параметрів оптичної густини плазми крові у хворих з неускладненим післяопераційним періодом

1 – гострий апендицит, 2 – перфораційна виразка, 3 – кишкова обструкція, 4 – гострий холецистит.

У хворих, де відмічені інтраабдомінальні ускладнення, спостерігались характерні відмінності динаміки параметрів ОГПВК (рис. 2).

Це проявлялось повторними зростаннями показника в різні часові проміжки, залежно від виду ускладнення. Звернуло на себе увагу, що означені зміни виникали раніше за клінічні та лабораторні прояви таких ускладнень.

У 6-ти випадках нагноєння післяопераційної рани оптична густина не змінювалась, а у двох – зростала.

Наведена кількість спостережень та відмінностей ускладнень не дають змоги зробити остаточні висновки щодо діагностичної цінності методу. Проте отримані дані свідчать про перспективність його застосування.

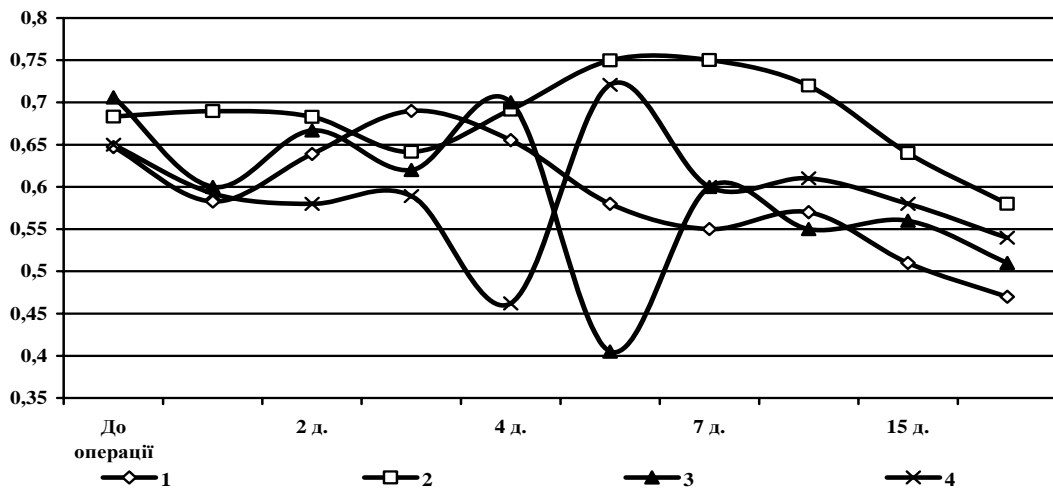


Рис. 2. Динаміка параметрів оптичної густини плазми крові у хворих з післяопераційними ускладненнями

1 – неспроможність міхурової протоки, 2 – інфільтрат черевної порожнини, 3 – триваючий перитоніт, 4 – евентрація.

ВИСНОВКИ

1. Розвиток післяопераційних абдомінальних ускладнень супроводжується зростанням оптичної густини плазми венозної крові.

2. Зміни параметрів оптичної густини виникають раніше за лабораторні та клінічні прояви ускладнень, що дозволяє вчасно їх запідозрити і цілеспрямовано діагностувати.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пат. 4766, Україна, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб спектрофотометричної діагностики запально – деструктивних захворювань в черевній порожнині / Полянський І.Ю., Ніцович Б.М., Гумінецький С.Г., Гринчук Ф.В., Бродовський С.П.-№ 2003077018; заявл. 25.7.03, опубл. 15.07.2004. Бюл. №7.
 2. Сергиенко В.К. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.К. Сергиенко, И.Б. Боднарева.– М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001.– 256 с.

3. Behal R. Complications, failure to failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in medicare patients / R. Behal, J. Finn // Ann. Surg.– 2009.– Vol.250, N 6.– P.129–134.
 4. Gogos C.A. Clinical prognostic markers in patients with severe sepsis: a prospective analysis of 139 consecutive cases / C.A. Gogos, A. Lekkou, O. Papageorgiou // J. Infect. – 2003.– Vol.7, N 4.– P.300–306.



УДК 616.366-003.7-002.3-089.819

**В.Г. Ярешко,
 А.А. Кипшидзе**

НОВЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕСОВ ПЕЧЕНИ

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Холангиогенные абсцессы печени остаются одним из самых сложных осложнений в хирургической гепатологии. Чаще они наблюдаются при остром гнойном холангите и механической желтухе, обусловленной желчнокаменной болезнью и её осложнениями. Традиционно используемые при хирургическом лечении раз-

личные способы внутри – и внебрюшинных доступов являются достаточно травматичными и, зачастую, недостаточно адекватными, особенно при множественных абсцессах, а также при развитии сепсиса.

Широкое внедрение малоинвазивных методик в виде вмешательств под контролем ультра-

звуковой диагностики (УЗД), эндоскопии и лапароскопии позволило качественно улучшить результаты лечения этой сложной категории больных.

Нами разработан метод лечения холангиогенных абсцессов, который заключается в назобилиарном дренировании желчных протоков через большой сосочек двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии и одновременном дренировании полости абсцесса одной или двумя трубками под контролем УЗД. В послеоперационном периоде проводилась санация пиогенных очагов через наружные дренажи, а также через назобилиарный дренаж. Для этого использовался водный антисептик широкого антимикробного действия декасан.

Всего по предложенной методике пролечено 89 больных. Результаты их лечения сравнивались с результатами лечения больных (74 больных), оперированных открытым лапаротомным доступом. Предложенный метод лечения отличается малотравматичностью, возможностью контроля эффективности проводимого лечения, положительными результатами у 80% больных. Причинами неэффективности методики у 4 больных были мультифокальность поражения, неустранённая билиарная обструкция, выраженная пиогенная капсула абсцесса.

В целом, метод позволил уменьшить число развития сепсиса с 11,3% до 2,2% , а общую послеоперационную летальность до 1,7%.



ГЕРНІОЛОГІЯ

УДК 616.26-007.43-001.35-07-089

**Я.Г. Колкин,
Д.В. Вегнер,
А.М. Дудин,
С.В. Межаков**

**ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В СТАДИИ
УЩЕМЛЕНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: травма груди, повреждение диафрагмы, посттравматические ущемлённые диафрагмальные грыжи

Key words: chest injury, damage to the diaphragm, disadvantaged post-traumatic diaphragmatic hernia

Резюме. Оперовано 102 пацієнти, причому 24 з них – вже у стадії защемлення грижового вмісту. У 19 випадках операційно констатовані хибні грижі задньобічних відділів, а у шести хворих - передніх відділів діафрагми. У 13 випадках защемленню піддавалася тонка кишка, у 6 – шлунок, ще в 6 - товста кишка. Один хворий не оперований, і помер відразу після доставки в клініку, знаходячись в інкурабельному стані. З 102 оперованих пацієнтів видужав 101 пацієнт, у тому числі 23 пацієнти у стадії защемлення грижового вмісту.

Summary. 102 patients were operated, 24 of them – already in the stage of hernia content restriction. 19 patients during surgery were found to have false hernias of posterior-lateral areas of diaphragm, and 6 – anterior areas. A thin bowel was exposed to the restriction in 13 cases, stomach – in 6, colon in 6. One patient was not operated, and died right after delivery to the clinic being in incurable state. Of 102 operated patients, 101 patients recovered, including 23 patients in the stage of restriction of hernia content.

По литературным данным некоторых авторов, травматические повреждения диафрагмы встречаются довольно часто и составляют от 0,8% до 4,7% [1,2,4]. При этом диафрагма не только подвержена нарушениям анатомической структуры наряду с другими внутренними органами, но и весьма длительно сохраняет патологические изменения, впоследствии проявляющиеся в виде диафрагмальных грыж. Данная патология нередко вызывает серьёзные диагностические затруднения, особенно при встрече с таким грозным осложнением, как ущемление грыжевого содержимого, которое в 6-8% случаев заканчивается гибелью больного [1,4,5].

Цель: проанализировать результаты диагностики и лечения пациентов с ущемлёнными посттравматическими диафрагмальными грыжами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Настоящая работа основана на опыте изучения 103 пациентов с посттравматическими грыжами, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К. Т. Овнатаняна, за период 2002 – 2011гг. Оперировано 102 пациента, причём 24 из них – уже в стадии ущемления грыжевого содержимого. В 19 случаях констатированы ложные

грыжи заднебоковых отделов, а у шести больных - передних отделов диафрагмы. В 13 случаях ущемлению подвергалась тонкая кишка, в 6 - желудок, ещё в 6 - толстая кишка.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ущемление грыжевого содержимого в дефекте диафрагмы мы наблюдали в сроки от 3 месяцев до 30 лет. Клиническая картина ущемления посттравматической грыжи купола диафрагмы характеризовалась появлением или внезапным усилением болей в соответствующей половине грудной клетки и живота, наличием перистальтических шумов в плевральной полости. К ним присоединялись рвота, затруднённое дыхание, одышка, сердцебиение, задержка стула, вздутие живота. Постепенно рвота учащалась, усиливалась одышка, нарастал болевой синдром, присоединялся цианоз. По своему течению посттравматические ущемлённые диафрагмальные грыжи нередко напоминают мезентериальный тромбоз, инфаркт миокарда, кишечную непроходимость, почечную колику, стеноз выходного отдела желудка и т.д. Именно с такими диагнозами часто и поступали больные в клинику, иногда спустя несколько суток после начала развития осложнения.

Правильная и своевременная диагностика ущемлённых посттравматических диафрагмальных грыж представляет порой весьма непростую задачу, в особенности в случаях, когда после травмы проходит много лет и данный факт стирается в памяти пациента. В литературе часто приводятся наблюдения запоздалой или неверной диагностики данной патологии. В ряде случаев правильный диагноз не устанавливается даже во время операции и сущность патологического процесса становится очевидной только во время патологоанатомического вскрытия [3,5,6]. Иногда это происходит в связи с отсутствием характерных клинических признаков болезни, но в ряде случаев вследствие того, что врачи не всегда помнят о возможности развития такого осложнения и, неверно расценивая отдельные симптомы, редко прибегают к своевременному рентгенологическому исследованию. А между тем, высокое стояние и ограничение подвижности соответствующего купола диафрагмы, затемнение нижнего легочного поля на поражённой стороне, иногда перекрывающегося полостью с горизонтальным уровнем жидкости, смещение средостения в противоположную сторону часто в сочетании с метеоризмом или наличием чаш Клойбера должны заставить задуматься о возможности данного осложнения.

Последующее рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта обычно даёт возможность быстро уточнить характер заболевания, не прибегая к длительному наблюдению, и тем самым решить диагностическую задачу.

Оперативному лечению подверглись 24 пациента. Один больной не оперирован и умер сразу после доставки в клинику, находясь в инкурабельном состоянии в связи с развившимся разлитым перитонитом и токсико-инфекционным шоком. Из числа оперированных по поводу ущемлённой диафрагмальной грыжи умер один пациент.

Объём хирургического вмешательства при ущемлённой посттравматической диафрагмальной грыже обычно заключался в пластике грыжевых ворот с помощью наложения двухрядного лавсанового шва на дефект купола ди-

афрагмы после мобилизации из сращений и репозиции грыжевого содержимого. При этом у 4 больных понадобилась резекция тонкой кишки и в 2 случаях оказалась необходимой резекция некротизированной части толстой кишки, ущемлённой в грыжевых воротах левого купола диафрагмы. В одном случае в дефекте левого купола диафрагмы был ущемлён селезеночный угол ободочной кишки с перфорацией последней в зоне странгуляционной борозды и большой сальник. В связи с трудностью мобилизации из сращений и необходимостью низведения толстой кишки в брюшную полость, лапаротомия у данного пациента была дополнена левосторонней боковой торакотомией. Выполнена резекция некротизированной части большого сальника с выведением на кожу места перфорации ободочной кишки в виде колостомы. Таким образом, из 102 оперированных пациентов выздоровел 101 пациент, в том числе 23 пациента (из 24) в стадии ущемления грыжевого содержимого.

В связи с неточной и в ряде случаев запоздалой диагностикой этого осложнения, результаты оказываемого лечебного пособия в настоящее время не могут считаться удовлетворительными. Поэтому вопросы профилактики, раннего распознавания и своевременного оперативного лечения посттравматических ущемлённых диафрагмальных грыж имеют важное значение.

ВЫВОДЫ

1. Ущемление – нередкое осложнение посттравматических диафрагмальных грыж, дающее высокую летальность.

2. Решающая роль в распознавании и дифференциальной диагностике данного заболевания принадлежит манифестирующей клинической картине и рентгенологическому методу исследования, преимущественно рентгенконтрастному исследованию желудочно-кишечного тракта.

3. Прогноз при ущемлении посттравматической диафрагмальной грыжи во многом зависит от своевременного распознавания осложнения и максимально скорого и адекватного хирургического пособия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жестков К.Н. Хирургическая тактика при травмах органов грудной клетки / К.Н. Жестков // Новости медицины и фармации. -2002. №21-22.-С.24 – 25.
2. Омаров И.Ш. Диагностика и хирургическое лечение разрывов диафрагмы при закрытой травме

груди и живота: автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 / Омаров И.Ш. - Санкт-Петербург, 2007. - 22 с.

3. Ошибки диагностики и хирургической тактики при разрывах диафрагмы / Б.А. Сотниченко [и

др.] // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2008. - Т. 167, № 3. - С. 19-23.

4. Разрыв диафрагмы / Н.В. Комаров [и др.] // Хирургия. - 2009. - № 7. - С. 62.

5. Уманець М.С. Шляхи покращення хірургічного лікування защемлених діафрагмальних гриж з гнійно-септичними ускладненнями / М.С. Уманець,

Б.С. Полінкевич, М.М. Уманець // Галицький лікарський вісник. - 2002. - N3. - С. 270-271.

6. Da Via G. P. Le rotture traumatiche del diafragma / G.P. Da Via // A. Proposito di 16 osservazioni. - 2004. - N 6. - P. 1438-1442.

7. Gregory P., Management of the polytrauma patients / P. Gregory, R. Sanders // Clin. Orthopaed. Relat. Res. - 2004. - Vol. 318. - P. 2-3.



УДК 616.329+616.26-007.43:616.34-008.1-092

**Б.О. Матвійчук,
А.А. Гураєвський,
А.Р. Стасишин,
А.В. Москва,
В.В. Колодій,
Т.І. Вихтюк,
А.В. Чемес,
Т.Б. Гудзенко**

ГРИЖІ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ, АСОЦІЙОВАНІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ: РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра хірургії факультету післядипломної освіти*

Ключові слова: грижі
стравохідного отвору діафрагми,
хірургічне лікування

Key words: hiatal hernias,
operation, gastroesophageal reflux
disease

Резюме. Проанализированы 200 медицинских карт стационарных больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, ассоциированными с ГЭРБ, находившихся на лечении в период с 2006 по 2011гг. Видеолaparоскопические оперативные вмешательства позволяют эффективно устранить симптомы, связанные с ГСОД и ГЭРБ, сокращают продолжительность пребывания в стационаре и повышают качество жизни пациентов.

Summary. 200 patients cards of in-patients with hiatal hernias of diaphragm, associated with GERD being treated over 2006-2011 years were analysed. Videolaparoscopic surgical interventions allow to efficiently eliminate symptoms associated with GERD and GEAD, to reduce hospital stay and increase patients' life quality.

Грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) є зміщенням органів черевної порожнини в грудну через розширене діафрагмальне кільце. Вперше описана в 1579 році французьким хірургом Амбруазом Паре і в 1769 році — італійським лікарем Дж. Морганьї [2].

У нормі при вдиху в результаті скорочення діафрагмальних ніжок відбувається стискання стравоходу й закриття його просвіту. Під час видиху ступінь стиснення стравоходу послаблюється. Серед основних причин ГСОД виділяють ембріональні порушення й аномалії розвитку шлунково-кишкового тракту: нерівномірний розвиток м'язів і отворів діафрагми, неповне опущення шлунка в черевну порожнину, короткий стравохід та ін. Причинами ГСОД можуть бути вторинна слабкість м'язового тону

діафрагми, зумовлена порушенням інервації при натальній травмі хребта, слабкість сполучної тканини при синдромі недиференційованої й диференційованої дисплазії. Згодом діафрагмальне кільце розширюється внаслідок постійного розтягування пролабованим шлунком. Зсув кардії зі звичайного положення призводить до її недостатності з розвитком гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) [1, 4]. Класифікації ГСОД за анатомічними особливостями [5]:

1. Ковзна (аксіальна) грижа, при якій абдомінальна частина стравоходу, кардіальна й фундальна частини шлунка можуть вільно проникати в грудну порожнину через розширений стравохідний отвір діафрагми й повертатися назад у черевну порожнину.

2. Параезофагеальна: дистальна частина стравоходу й кардії залишаються під діафрагмою, а частина фундального відділу шлунка проникає в грудну порожнину й розташовується поруч із грудним відділом стравоходу.

3. Змішаний варіант, при якому поєднуються аксіальна й параезофагеальна грижі.

Виділяють також фіксовані й нефіксовані ГСОД. Фіксація грижі в середостінні зумовлена не спайковим процесом, а негативним внутрішньогрудним тиском: чим менша грижа, тим більші її рухливості і тенденція до росту, і навпаки, чим більша грижа, тим частіше вона фіксована й більш стабільна в розмірах.

Грижі розподіляють і залежно від органів, що входять до складу грижевого мішка: стравохідні, кардіальні, фундальні, антральні, субтотально- й тотально-шлункові, кишкові, сальникові. Серед ускладнень ГСОД виділяють: рефлюкс-езофагіт, вкорочення стравоходу в результаті рубцево-запального процесу, кровотеча, защемлення шлунка, некроз стінки шлунка, здавлення органів середостіння [3].

Гастроезофагеальна хвороба (ГЕРХ) - хронічне, поліетіологічне захворювання, в основі якого лежить ретроградне надходження шлункового чи кишкового вмісту до стравоходу, з наступним ушкодженням його слизової. Вперше гастроезофагеальний рефлюкс був описаний німецьким лікарем Генріхом Квінке у 1879 році.

Мета - провести ретроспективний аналіз результатів лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми, асоційованими з ГЕРХ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовано 200 медичних карт стаціонарних хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми, асоційованими з ГЕРХ, які перебували на лікуванні в клініці хірургії ФПДО за період з 2006 по 2011рр. Чоловіків було 109 (54,5%), жінок – 91(45,5%). Середній вік пацієнтів - 52,4 року. Вік жінок коливався від 19 до 85 років (середній - 56,7). Вік чоловіків - від 19 до 78 років (середній – 49,2). Для опису змін у стравоході при рефлюкс-езофагіті ми використували Лос-Анжелеську класифікацію (1994). З метою виявлення грижі стравохідного отвору діафрагми і ГЕРХ аналізували скарги хворого, анамнез захворювання, дані фіброгастродуоденоскопії, 24-годинної стравохідної рН-метрії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту та грудної клітки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі пацієнти були розділені на 6 груп: 1 група – пацієнти до 30 років (22), з них 5 жінок та 17

чоловіків, що становили 11% від всіх досліджуваних; 2 група – пацієнти віком 31-40 років (30) - 15% всіх спостережень: 7 жінок та 23 чоловіки; 3 група – пацієнти віком 41-50 років (42) - 21%, з них - 21 жінка та 21 чоловік; 4 група – пацієнти віком 51-60 років (43) - 21,5% всіх спостережень: 25 жінок та 18 чоловіків; 5 група – пацієнти віком 61-70 років (26) - 13%, з них жінок – 10, чоловіків – 16; 6 група – пацієнти старше 70 років (37) - 18,5%: 23 жінки та 14 чоловіків.

Ступінь езофагіту А відзначався у 75% хворих 1-ї і 6-ї групи, ступінь езофагіту В (45%) – пацієнти 2-ї і 5-ї груп, ступінь езофагіту С (55%) – 3-я і 4-а групи, ступінь езофагіту D виявлено у 6 хворих. Неерозивна форма ГЕРХ виявлена у 13% - 12 жінок та 14 чоловіків. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 85% хворих з ГЕРХ. Середніх розмірів - у 20,6% пацієнтів, великих – у 48,2 % хворих, змішану гігантську > 8 см – у 13,5 % оперованих, параезофагеальну - у 5 випадках.

Середня тривалість захворювання 24 місяці. Всі хворі отримували консервативну терапію із застосуванням інгібіторів протонної помпи до операції протягом 1-6 місяців. Прооперовано 155 пацієнтів. Відеолапароскопічну задню круорофаію, фундоплікацію за Ніссеном виконано у 52,3% хворих, фундоплікацію за Тупе – 12,9%, фундоплікацію за Дором – 5,8%, за модифікованою методикою відеолапароскопічної операції при ковзній ГСОД (патент на корисну модель 59772 UA) прооперовано 45 хворих. Тривалість операції у середньому становила 110±5,4 хвилини.

Найчастішими діагнозами при госпіталізації були: грижа стравохідного отвору діафрагми у 80 пацієнтів, шлунково-кишкова кровотеча – 32, ГЕРХ – 23, загострення хронічного гастриту – 19, загострення виразкової хвороби шлунка – 13, інші захворювання – 33 пацієнти. Найчастішими клінічними діагнозами були: ковзна грижа стравохідного отвору діафрагми – 102 пацієнти, ГЕРХ – 34. Серед супутньої патології переважала ІХС у 21% та гіпертонічна хвороба у 7% пацієнтів. Середній ліжко-день становив 3 дні.

ВИСНОВКИ

1. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у 85% хворих асоціюється з грижами стравохідного отвору діафрагми.

2. Ступінь езофагіту А відмічається у 75% хворих до 30 і старше 70 років, ступінь езофагіту В (45%) – у пацієнтів віком 31-40, ступінь езофагіту С (55%) – 41-60 років, ступінь езофагіту D виявлено у 6 хворих.

3. Відеолапароскопічні операційні втручання дають можливість ефективно усунути симптоми, пов'язані з ГСОД та ГЕРХ, скорочують три-

валість перебування у стаціонарі й підвищують якість життя пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусов Ю.В. Гастроентерология детского віку: підручник. — К.: СПД Коляда О.П., 2007. — 440с.

2. Вегетативные проявления грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Эволюция понятия / Я.Г. Колкин, Ю.Т. Могилевский, В.Я. Колкина [и др.] // Архив клинич. и эксперим. медицины. — 2002. — Т. 11, №2.—С.169-172.

3. Гастроентерология / за ред. Н.В. Харченко, О.Я. Бабак. — К., 2007. — 720с.

4. Грїжі стравохідного отвору діафрагми: класифікація, клініка, діагностика, лікування / М.П. Павловський, М.П. Попик, О.Д. Плахтін [та ін.] // Харків. хірургічна школа. — 2007. — № 4. — С.155-157.

5. Пучков К.В. Грїжі пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов. — М.: Медпрактика, 2003. — 172 с.



УДК 616.329+616.26-007.43-089

В.І. Десятерик,
С.П. Міхно,
В.М. Мірошніченко,
М.О. Єжеменський

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГРІЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
(зав. — д. мед. н., проф. В.І. Десятерик)

Ключові слова: *грїжі стравохідного отвору діафрагми, хірургічне лікування*

Key words: *hiatal hernia, surgery treatment*

Резюме. *Проведен анализ хирургического лечения 175 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, прооперированных за период 2005-2011гг. Применяемая лечебно-диагностическая программа позволила улучшить эффективность диагностики и результаты хирургического лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.*

Summary. *Analysis of surgical treatment of 175 patients with hiatal hernias operated on over 2005-2011 years period was done. Applied treatment-diagnostic program allowed to improve diagnostic efficacy and treatment results of hiatal hernias.*

Грїжі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), на які страждають 12-15% населення, залишаються актуальною проблемою торакальної хірургії та гастроентерології. Це зумовлено різноманітністю клінічних проявів, можливістю розвитку тяжких ускладнень при відсутності лікування, необхідністю комплексної різнобічної діагностики та диференційованого вибору методу хірургічного лікування, а також комплексної післяопераційної реабілітації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз хірургічного лікування 175 пацієнтів з ГПОД, прооперованих на базі то-

ракального відділення клінічної лікарні за період 2005-2011 рр. Серед пацієнтів 57,2% становили чоловіки й 42,8% - жінки. Вік пацієнтів коливався від 17 до 72 років, причому основну частку (47,3%) становили пацієнти вікової групи 30-49 років. Обробка результатів здійснювалась із використанням комп'ютерної бази даних Der4S.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із 175 пацієнтів основну частину — 170 (97,1%) прооперовано у плановому порядку та 5 (2,9%) — за невідкладними показаннями. З метою покращення ефективності медичної допомоги пацієнтам із ГСОД у регіоні розроблено й впро-

ваджено у практику методичну розробку для лікарів загального профілю, у тому числі сімейних медиків, у якій сформовано діагностично-лікувальний алгоритм. Він включав проведення скринінгу на основі характерних скарг із формуванням групи ризику (в середньому 65% від загальної кількості опитаних пацієнтів). Пацієнтам групи ризику виконувалась комплексна діагностична програма, адаптована до умов регіону, яка включала: виконання відеофіброгастроуденоскопії (ВФГДС) з одномоментним проведенням рН-метрії, визначення хелікобактерної інвазії та за необхідності - прицільної біопсії та езофагохромографії; поліпозиційну рентгеноскопію і рентгенографію шлунково-кишкового тракту (ШКТ); ультразвукове дослідження черевної порожнини (УЗД); електрокардіографію (ЕКГ); загальне лабораторне дослідження. Після цього пацієнти групи ризику підлягали комісійному огляду в консультативному кабінеті торакального центру клінічної лікарні. На цьому етапі на основі визначення загальновідомих клінічних варіантів захворювання формувалися дві групи пацієнтів: для оперативного лікування та для динамічного спостереження на фоні консервативної терапії. Показанням до хірургічного втручання вважали ускладнений перебіг ГСОД з розвитком ерозивно-виразкового езофагіту й порушенням прохідності стравоходу, а також топографо-анатомічних особливостей захворювання (короткий стравохід, ковзна грижа, значні розміри дефекту стравохідного отвору діафрагми).

Хірургічне лікування виконувалось із урахуванням ускладнень та супутньої патології та обов'язковим виконанням патогенетично зумовлених оперативних етапів: адекватного виділення нижньої третини стравоходу → формування шлункової манжети → крурорафії (при необхідності пластики з використанням ало-трансплантату) → гастропексії.

Зважаючи на ускладнені форми ГСОД, хірур-

гічні втручання проводились із торакотомних і абдомінальних доступів. У плановому порядку прооперовано 170 (97,1%), в ургентному (у зв'язку із защемленням) – 5 (2,9%) пацієнтів. При планових оперативних втручаннях переважно використовувалась операція Белсі – 158 (92,9%), рідше – 8 (4,7%) - операція Ніссена та у 4 (2,4%) – операція Люсса (при стенозуючому езофагіті та формуванні стравоходу Баретта). При цьому у 7 хворих виконана симультантна холецистектомія з приводу ЖКХ ; у 1 – висічення виразки ДПК із СПВ.

При невідкладних втручаннях з приводу ускладнень ГСОД у вигляді її защемлення у 2 випадках виконано операцію Белсі, в 1 – Ніссена, у 2 – тотальну гастректомію із накладанням езофагоєюноанастомозу з приводу гангренозних змін стінок защемленого тривалий час шлунка.

Летальних наслідків не спостерігалось. Ускладнення були у 7 (4%) пацієнтів: тривалий плеврит при торакотомному доступі – 2 випадки; торакалгії – 3; рецидив грижі – 2.

Визначення якості життя на післяопераційному етапі виконувалось за допомогою опитувальної анкети та лабораторного й інструментального обстеження пацієнтів. Обстежено 98 прооперованих пацієнтів. «Відмінний» результат констатовано у 72 (73,5%) пацієнтів, «добрий» - у 17 (17,3%), «задовільний» - у 8 (4,6%), «незадовільний» у вигляді рецидиву захворювання з виконанням повторного хірургічного втручання - 1(0,6%).

ВИСНОВКИ

1. Застосована діагностично-лікувальна програма дозволила покращити ефективність діагностики та результати хірургічного лікування пацієнтів з ГСОД.

2. Для покращення якості життя після хірургічної корекції ГСОД необхідна подальша оптимізація застосування сучасних медичних технологій та розробка їх чітких критеріїв.



ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ЗНАЧНИХ ДЕФЕКТІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

*Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни
м. Вінниця*

Ключові слова: *дефекти передньої черевної стінки, особи похилого та старечого віку, ожиріння, хірургічне лікування*
Key words: *defects of anterior abdominall wall, old and elderly patients, obesity, surgical treatment*

Резюме. *На основаних результатів хірургического лечения 128 больных с обширными дефектами передней брюшной стенки при ожирении у лиц пожилого и старческого возраста сделаны выводы об особенностях подготовки к операции и выборе способа закрытия дефекта.*

Summary. *Treatment of anterior abdominal wall defects of 128 patients with obesity are analyzed. Conclusions on peculiarities of preparation to surgery and choice of means of defect closure in old and elderly patients were drawn.*

Лікування дефектів передньої черевної стінки (ДПЧС), особливо післяопераційного походження, залишається актуальним і на цей час в реконструктивній хірургії черевної стінки. Така ситуація зумовлена зростанням кількості та об'єму оперативних втручань на органах черевної порожнини, й особливо їх виконання у хворих похилого та старечого віку, що сприяє закономірному зростанню частоти ДПЧС [1].

Найчастіше післяопераційні ДПЧС відзначають у пацієнтів з надлишковою вагою тіла (70-90%) [1]. Психологічний та фізичний стан хворих, що мають вентральну грижу в поєднанні з ожирінням, страждає через відсутність співчуття та розуміння не тільки в суспільстві, а й серед лікарів, що знижує їх соціальну адаптацію [2]. Медичні працівники не завжди сприймають те, що значна кількість захворювань є наслідком ожиріння, а не навпаки, де в такій ситуації створюється хибне коло: наявність ожиріння сприяє розвитку ДПЧС, знижує і без цього низьку фізичну активність хворого, що, у свою чергу, сприяє збільшенню маси тіла та ступеня ожиріння, погіршенню перебігу супутньої патології [7]. Все це значно знижує якість життя, спричиняє нездатність повною мірою доглядати за собою, знижується соціальна активність, часто призводить до депресії та суїцидальних спроб. Таким чином, виконання хірургічного втручання в такій категорії хворих завжди супроводжуються ризиком, внаслідок підвищеної потреби до діяльності серцево-судинної та дихальної систем, а також більш вірогідного розвитку раневої інфекції [4,8]. Наявність вираженого надлишку маси тіла у хворих з ДПЧС в поєднанні з іншою супутньою патологією, у розвитку якої основну роль зіграло те ж саме ожиріння, часто змушує

відмовитись від хірургічного втручання навіть досвідчених хірургів [5].

Часто ожиріння призводить до утворення нависання шкірно-жирового “фартуха”, який крім естетичних незручностей додає гігієнічні: у складці шкіри утворюються опрілість, мацерація шкіри, приєднання грибкової та іншої патогенної флори [7]. Значна товщина підшкірної клітковини не дозволяє правильно визначити наявність та розміри ДПЧС, їх кількість у черевній стінці. І навіть застосування сучасної медичної апаратури не завжди дає позитивний ефект у діагностиці цієї патології [3].

Велика кількість існуючих методів оперативного лікування хірургічної корекції ДПЧС із застосуванням синтетичних протезів на основі поліпропілену, що значно досконаліші за своїми властивостями за попередні, не вирішало проблему їх корекції, частота рецидивів становила до 35% [1]. Деякі автори вважають однією з причин виникнення рецидивів захворювання значну масу тіла [6].

Мета роботи – покращити результати оперативного лікування ДПЧС у хворих похилого та старечого віку з ожирінням за рахунок розробки патогенетичних принципів пластики із застосуванням синтетичних пластичних матеріалів в поєднанні з реконструктивно-косметичними хірургічними втручаннями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За період з 2002 по 2011 р. в умовах хірургічного відділення Вінницького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни було прооперовано 128 хворих зі значними ДПЧС, де у 94 (73,4%) випадках були післяопераційні великі та гігантські грижі, 30 (23,4%) – евісцерації,

6 (4,7%) – евентрації. Вік хворих коливався від 60 до 88 років. Чоловіки склали 36 (28,1%) осіб, жінок – 92 (71,9%).

У цій групі хворих слід відзначити поєднання супутньої патології, що зустрічалось у всіх 128 (100%) хворих, а саме: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 128 (100,0%) випадках; гіпертонічна хвороба – у 86 (67,2%); ожиріння – у 84 (65,6%); хронічні обструктивні захворювання легень – у 62 (48,4%); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлестивулярним та атаксичним синдромом - у 40 (31,3%); захворювання опорно-рухової системи – у 48 (37,5%); цукровий діабет – у 44 (34,4%); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 36 (28,1%); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше ніж 50 мл – 32 (25,0%).

Враховуючи наявність у структурі супутньої патології ожиріння, а також мету визначення його в розвитку післяопераційних ускладнень та інших невдач, цю групу хворих виділили в окрему групу, яку склали 84 (65,6%) пацієнти. Ступінь ожиріння вираховували за показниками індексу маси тіла (ІМТ) – $\text{кг}/\text{м}^2$. Потрібно зазначити, що хворі з I ступенем ожиріння (27,0-29,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) взагалі не враховувались ні статистично, ні клінічно. Серед них II ступінь (30,0-34,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) спостерігали у 38 (45,2%) осіб, III ступінь (35,0-39,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) – у 32 (38,1%), IV ступінь ($\geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$) – 14 (16,7%).

У групі хворих з ожирінням у 56 (66,7%) випадках були післяопераційні великі та гігантські грижі, що становило 59,6% від їх загальної кількості; 24 (28,6%) – евісцерації, де їх відсоток становив 80,0%; 4 (4,8%) – евентрації, тобто 66,7%. Причому, при II ступені ожиріння спостерігали 22 (23,4%) випадки з післяопераційними великими та гігантськими грижами, 8 (26,7%) – з евісцераціями; при III ступені – 24 (25,5%) з післяопераційними великими та гігантськими грижами, 12 (30,0) – з евісцераціями, 4 (66,7%) – евентраціями; при IV ступені - 10 з післяопераційними великими та гігантськими грижами, 4 (13,3%) – з евісцераціями, 2 (33,3%) – евентраціями.

У комплекс доопераційних досліджень були включені: лабораторні дослідження, моніторинг серцево-судинної системи, спірографія, рентгеноскопичні дослідження. Проводили ультразвукове та комп'ютерно-томографічне дослідження не тільки органів черевної порожнини, а й структурних змін ДПЧС, їх розмірів та кількості, вмісту самого дефекту, виявлення додаткових дефектів післяопераційного рубця, лігатурних аб-

сцесів, інфільтратів черевної стінки, товщини апоневрозу, ширини діастазу прямих м'язів та ступеня їх атрофії. Вважаємо, що дані дослідження найбільш інформативні, дозволяють на доопераційному періоді визначитись з методом та об'ємом хірургічного втручання, оскільки у хворих з ожирінням діагностика ДПЧС шляхом пальпації черевної стінки та ділянки рубцево-змінених тканин є складною та малоінформативною.

Знеболювання хворим забезпечували у 19 (14,8%) пацієнтів за допомогою спинномозкової анестезії, у 11 (8,6%) - ендотрахеального наркозу, епідуральної анестезії – у 78 (60,9%) випадках, у 20 (15,6%) хворих поєднували ці види знеболень.

Післяопераційна летальність становила 6 (3,9%) випадків, де в 2-х причиною стала серцево-судинна недостатність, в 1-му – гостре порушення мозкового кровообігу, в 1-му – злукова хвороба черевної порожнини, що призвела до нездатності тонко-тонкокишкового анастомозу та перитоніту та у 2-х хворих з евісцерацією при гнійному перитоніті. Всі хворі мали надлишкову вагу, що поєднувалась зі супутньою патологією, що й стало причиною смерті хворих.

Тривалість оперативного втручання була від 2-х до 5-ти годин. Тактика лікування та метод оперативного втручання залежали від виду дефекту (післяопераційна грижа, евісцерація, евентрація) та його діаметру за класифікацією Chevrel і Rath, ступеня ожиріння та наявності деформації живота, кількості попередніх оперативних втручань, розвитку післяопераційної злукової хвороби з проявами хронічної кишкової непрохідності. Дані наведені в таблиці.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оперативного втручання враховували товщину прошарку підшкірної клітковини, який досягав у деяких випадках до 28 см, його травматизацію, утворення “кишень” під час виділення грижового мішка. 22 (26,2%) хворим з ожирінням виконали в різному об'ємі дерматоліптектомію, де 12 (14,3%) - було висічено шкірно-жировий “фартух” об'ємом від 1500 см^3 до 1900 см^3 .

У випадках евісцерації висікали некротичні ділянки тканин, видаляли старі шви. Після цього виконували ревізію та промивання черевної порожнини, випорожнення наявних гнійників. Черевну порожнину дренивали через контрапертуру хлорвініловими “спареними” дренажами. Після цього гострим і тупим шляхом на 3-5 см від країв рани відшаровували підшкірну клітковину, поліпропіленовими швами через м'я-

зово-апоневротичні тканини зшивали краї черевної стінки. Зверху виконували фіксацію імплантату onlay. В умовах, де зближення країв апоневрозу було неможливе через виражене натягнення, внутрішні органи прикривали великим чепцем, а зверху фіксували імплантат за методом inlay.

У групі хворих з ожирінням гнійно-запальні ускладнення передньої черевної стінки в після-

операційному періоді були у 18 (21,4%) випадках, а саме нагноєння післяопераційної рани – у 2 (2,4%), сероми – у 12 (14,3%), множинні абсцедуючі лігатурні нориці – у 4 (4,8%). У групі хворих без ожиріння – 9 (20,5%), нагноєння післяопераційної рани – у 2 (4,5%), сероми – у 5 (11,4%), множинні абсцедуючі лігатурні нориці – у 2 (4,5%). Як бачимо, достовірної різниці за кількістю ускладнень групи не мають.

Характеристика хворих та виконаних операцій

Назва параметру	Кількість спостережень (%)	
	без ожиріння	з ожирінням
Кількість попередніх операцій:		
одна	22	35
більше 2-х	22	49
Вид дефекту: п/о грижа	36	56
евісцерация	6	24
евентрація	2	4
Діаметр дефекту Chevrel и Rath:		
W ₃	32	38
W ₄	12	46
Операції		
а) метод: onlay	8	6
inlay	2	4
sublay	34	74
в) злуковий процес з хронічною непрохідністю кишечника:		
присутній	12	34
відсутній	32	52

ПІДСУМОК

Наявність ожиріння у хворих похилого та старечого віку зі значними ДПЧС утруднює хід оперативного втручання та процес реабілітації в післяопераційному періоді, особливо при поєднанні з іншою віковою супутньою патологією. Проте це не є протипоказанням для його прове-

дення, потребує всебічного обстеження та комплексної підготовки пацієнтів для раціонального вибору методу герніопластики. Дерматоліпектомія, що виконувалась симультанно з алогерніопластикой, підвищувала її надійність, усувала гігієнічні незручності і є перспективним напрямком у хірургії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гербали О.Ю. Актуальные аспекты лечения послеоперационной грыжи живота у больных с ожирением / О.Ю. Гербали // Клініч. хірургія. – 2010. – №3. – С. 45-49.
2. Грунелле Б. Дермопластика / Б. Грунелле, П. Бойвин, Л.Ванренгем // Эстетическая медицина. – 2002. – Т.1, №3. – С. 254-267.
3. Жебровский В.В. Атлас операций на органах брюшной полости / В.В. Жебровский. – М.: Мед. Информ. Агентство, 2009. – 464 с.
4. Леонтьева М.С. Корректирующие пластические операции в комплексном лечении больных морбидным ожирением: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / М.С. Леонтьева. – М., 2006. – 31с.
5. Особливості хірургічного лікування гігантсь-

- ких дефектів черевної стінки у хворих з масивною втратою м'язових опірних структур / Л.С. Білянський, С.В. Косюхно, А.В. Перехрестенко, Л.М. Коба // АМЛ. – 2009. – Т. XV, №3. – С. 54-57.
6. Славин Л.Е. Осложнения хирургии грыж живота / Л.Е. Славин, И.В. Федоров, Е.И. Сигал. – М.: Профиль, 2005. – 176 с.
7. Юрасов А.В. Качество жизни в отдалённом периоде у тучных пациентов, которым выполнялось грыжесечение с использованием различных способов герниопластики / А.В. Юрасов // Анналы хирургии. – 2009. - №1. – С.28-31.
8. Sedrak M. Simple fluid-column manometry to monitor for the development of compartment syndrome / M. Sedrak, K. Major, M. Wilson // Dowden Health Media. – 2002. – Vol. 58, N 5. – P. 227-229.



**Я.П. Фелештинський,
В.Ф. Ватаманюк,
В.В. Сміщук,
В.В. Преподобний**

ОПЕРАЦІЯ RAMIREZ У ПОЄДНАННІ З ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЮ АЛОПЛАСТИКОЮ ПРИ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
м. Київ*

Хірургічне лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж (ПВГ) у 3-7% пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді супроводжується абдомінальним компартмент-синдромом (АКС), що є основною причиною післяопераційної летальності (1-3%). Виникнення абдомінального компартмент-синдрому зумовлюється надмірним підвищенням внутрішнього черевного тиску (ВЧТ) при виконанні традиційної алогерніопластики. У зв'язку з цим, нами було розроблено спосіб хірургічного лікування ПВГ живота, який передбачає створення оптимального об'єму черевної порожнини.

Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування гігантських ПВГ та зменшити частоту виникнення абдомінального компартмент-синдрому.

Проведено аналіз хірургічного лікування 124 хворих віком від 35 до 75 років з ПВГ гігантських розмірів з використанням двох способів алогерніопластики. Супутні захворювання з переважанням серцево-судинної патології спостерігались у 70 (57%) пацієнтів, ожиріння у 86 (69%) хворих, цукровий діабет у 4 (3%) пацієнтів. Залежно від способу операції пацієнти були розподілені на дві групи.

У першій групі (62 хворі) застосовувалася операція за методикою «inlay» з використанням поліпропіленової сітки, при цьому внутрішні органи відокремлювалися від імплантанта клап-

тями грижового мішка. У другій групі (62 хворі) використовували модифіковану нами операцію Ramirez у поєднанні з інтраабдомінальною пластикою. Як сітчасті імплантати використовували «пролен» та «просід».

Безпосередні результати лікування показали, що в ранньому післяопераційному періоді на другу добу після операції серед хворих першої групи у 3 пацієнтів (4,8%) виник абдомінальний компартмент-синдром. ВЧТ у цих пацієнтів становив $21,3 \pm 2,1$ мм рт.ст. Завдяки інтенсивній терапії та активній медикаментозній і механічній стимуляції функції кишечника та ліквідації його парезу на третю добу після операції явища АКС були ліквідовані у 2 пацієнтів. Померла 1 (1,6%) хвора при наростанні серцево-легеневої та ниркової недостатності.

У другій групі хворих явищ АКС не спостерігалось. ВЧТ після операції становив $10,2 \pm 1,4$ мм рт.ст. Це свідчить про те, що виконання модифікованої нами операції за Ramirez створює оптимальний об'єм черевної порожнини.

Отже, операція Ramirez у поєднанні з інтраабдомінальною алогерніопластикомою при хірургічному лікуванні гігантських ПГЖ забезпечує створення оптимального об'єму черевної порожнини без підвищення ВЧТ та забезпечує надійну профілактику абдомінального компартмент-синдрому.



КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.345-006-06-089.86

В.Н. Косован

ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

КУ «Одесская областная клиническая больница»

Ключевые слова: толстая кишка, операция, параколомические осложнения

Key words: large intestine, operation, paracolostomic complications

Резюме. На підставі аналізу результатів лікування 390 хворих з колостомами після обструктивних втручань з приводу обтуруючого раку лівої половини товстої кишки зроблено висновки про необхідність подальшої розробки та удосконалення методів втручання.

Summary. On the basis of analysis of results of treatment of 390 patients after obstructive interventions due to cancer of the left half of the large intestine, the conclusions were drawn on necessity of further improvement of surgery method.

Большая часть хирургических вмешательств при осложненном раке левой половины толстой кишки (ОРЛПТК) заканчивается формированием временной или постоянной одно- либо двухствольной колостомы [4, 7, 8, 9]. Хирургическая тактика при ОРЛПТК широко обсуждается в отечественной и зарубежной литературе, постоянно совершенствуется благодаря достижениям медицинской науки, новым технологиям и подходам [2, 6].

По литературным данным, параколомические осложнения регистрируются в 25,5-90,1% случаев: из них отек колостомы наблюдается практически у всех больных и самостоятельно регрессирует на 3-4 сутки, парастомальный дерматит в 2,5-6,8%, параколомические абсцессы и флегмоны в 1,4-6,3%, ретракции и некрозы колостомы в 0,75-6,6%, параколомические свищи до 4,5% случаев, параколомические грыжи до 6,6% случаев [5, 10]. Наличие парастомальных осложнений снижает качество жизни больных в послеоперационном периоде, препятствует проведению ранних реконструктивно-восстановительных операций, неоправданно затягивает проведение восстановительного этапа операции, особенно если это касается случаев радикального удаления опухолевого процесса [3].

Внедрение новых методик формирования колостом, наличие большого выбора оборудования и средств ухода за стомами, совершенствование хирургической техники, сокращение сроков для проведения восстановительных операций значительно повлияло на структуру и количество

параколомических осложнений. В связи с этими тенденциями заслуживает внимания оценка, изучение структуры, количества и места параколомических осложнений у больных со сформированными временными колостомами, оперированными по поводу ОРЛПТК, что и явилось целью данного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В исследование включено 390 больных с ОРЛПТК, у которых экстренное оперативное вмешательство завершено формированием временной одно- либо двухствольной колостомы.

Из них в 219 (56,15%) случаях (I группа) при имеющихся показаниях проведены обструктивные резекции тех или иных отделов левой половины толстой кишки с удалением опухоли: операции Гартмана в 117 (53,42%) и левосторонняя гемиколэктомия в 102 (46,58%) случаях с формированием временной одноствольной стомы. Причинами выполнения обструктивных резекций левой половины и сигмовидного отдела толстой кишки были локализации рака в селезеночном отделе в 40 (18,26%), нисходящем отделе - в 62 (28,31%) и сигмовидном отделе - в 117 (53,43%) случаях. Осложнениями рака у больных выступали кишечная непроходимость - 158 (72,15%) случаев, перитонит - у 26 (11,87%) больных, перифокальное воспаление - в 13 (5,93%) случаях, перфорация опухоли - у 22 (10,05%) больных.

У 171 (43,85%) больного (II группа) с опухолями левой половины толстой кишки при тяжелом состоянии больных, запущенности воз-

никшего осложнения, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний сформирована только двухствольная стома. Двухствольная колостома сформирована в 29 (16,96%) случаях из локального доступа и в 142 (83,04%) - со срединной лапаротомии. Причинами формирования стомы являлись обтурационная толстокишечная непроходимость, обусловленная опухолями нисходящей (70 случаев) и сигмовидной (96) кишок, в 5 (5,95%) случаях – перфорацией опухоли сигмовидной кишки. В работе использована классификация колостом, предложенная А.В. Воробей (1996) [1], который распределил их по этиологическому фактору, времени возникновения, степени выраженности.

Всем больным проводились общеклинические методы обследования, рентгенологическое исследование легких, брюшной полости и толстой кишки, УЗИ печени и забрюшинных лимфоузлов, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия. Оперативное вмешательство проводилось по ургентным показаниям. Предоперационная подготовка и послеоперационная терапия проводилась в условиях отделения интенсивной терапии с мониторингом и своевременной коррекцией основных показателей сердечно-сосудистой системы, дыхания, компенсацией сопутствующих заболеваний. Метод обезболивания - общая анестезия, с последующим обезболиванием при помощи противвос-

палительных нестероидных препаратов. Антибиотикопрофилактика перед и во время операции, последующая антибактериальная терапия в течение 5-7 дней проводилась антибиотиками цефалоспоринового ряда II и III поколений и метронидазолом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационные осложнения возникли у 53 (24,21%) пациентов I и 26 (15,21%) II групп. Все выявленные осложнения были разделены на общие, внутрибрюшные, параколостомические (ранние и отдаленные). Общие осложнения развились в 4 (1,83%) случаях I и 4 (2,33%) случаях II групп, внутрибрюшные осложнения – у 1 (0,46%) и 1 (0,59%), параколостомические осложнения у 48 (21,92%) и 21 (12,29%) I и II групп соответственно. Послеоперационные осложнения, возникшие у больных, оперированных по поводу ОРЛПТК, приведены в таблице.

Следует отметить, что параколостомические осложнения составили 48 (90,57%) случаев из всех имеющихся осложнений I группы и 21 (80,77%) - II группы. Количество ранних параколостомических осложнений практически не отличается в обеих группах, не зависит от вида сформированной колостомы, только различается по количеству, видам и срокам развития осложнений.

Послеоперационные осложнения, возникшие у больных, оперированных по поводу ОРЛПТК

Виды осложнений	I группа n=219	II группа n=171
Общие осложнения:	4 (1,83%)	4 (2,33%)
- тромбоз/эмболия ветвей легочных артерий	-	(0,58%)
- послеоперационное воспаление легких	4 (1,83%)	3 (1,75%)
Внутрибрюшные осложнения:	1 (0,46%)	1 (0,59%)
- внутрибрюшное кровотечение	1 (0,46%)	-
- продолжающийся перитонит	-	1 (0,59%)
Параколостомические осложнения:	48 (21,92%)	21 (12,29%)
Ранние:	23 (10,50%)	18 (10,53%)
- ретракция колостомы	5 (2,28%)	1 (0,59%)
- парастомальный дерматит	7 (3,20%)	8 (4,68%)
- абсцессы и флегмоны	5 (2,28%)	6 (3,51%)
- нагноение срединной раны	4 (1,83%)	3 (1,75%)
- некроз колостомы	2 (0,91%)	-
Отдаленные:	25 (11,42%)	3 (1,76%)
- параколостомические свищи	4 (1,83%)	1 (0,59%)
- стриктуры колостомы	3 (1,37%)	-
- параколостомические грыжи	12 (5,48%)	-
- эвагинация слизистой колостомы	6 (2,74%)	2 (1,17%)
Всего:	53 (24,21%)	26 (15,21%)

Существенно большая разница в количестве отдаленных параколомических осложнений: в I группе они составили 25 (11,42%) и соответственно - 3 (1,76%) во II группе. Значительно меньшее количество отдаленных параколомических осложнений во II группе объясняется тем, что больные этой группы были в дальнейшем оперированы через 1-1,5 месяца после формирования колостомы, учитывая наличие не удаленной опухоли, опасность развития метастазирования. Отдаленные осложнения в этой группе из-за достаточно раннего проведения восстановительной операции не успели развиваться.

ВЫВОДЫ

1. Параколомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки, составляют

от 80,77% до 90,57% от всех возникших послеоперационных осложнений.

2. Количество ранних параколомических осложнений продолжает оставаться на прежнем уровне и соответствует литературным данным, не зависит от вида сформированной колостомы.

3. Количество отдаленных параколомических осложнений претерпело значительное снижение, особенно у пациентов с двухствольными колостомами, которым в течение ближайших 1-1,5 месяцев проводится восстановительная операция.

4. Необходимы разработка и совершенствование методов колостомии, направленных на снижение количества ранних параколомических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробей А.В. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение / А.В. Воробей, М. Щеповски // *Новости хирургии.* - 1996. - №1. - С.13-17.

2. Захараш М.П. Хирургическое лечение осложненного рака правой половины толстой кишки / М.П. Захараш, А.И. Пойда, В.М. Мельник // *Материалы XXI з'їзду хїрургїв України.* - Запорїжжя, 2005. - Т. 1. - С. 338 - 339.

3. Калашникова И.А. Кожные перистомальные осложнения и качество жизни пациентов с кишечной стомой / И.А. Калашникова, С.И. Ачкасов // *Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы.* - Одесса, 2011. - С.261-262.

4. Косован В.М. Відновлювальні операції після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки в ранні терміни / В.М. Косован // *Вісник Вінниць. нац. мед. ун-ту.* - 2010. - №14(1). - С.119-122.

5. Матвійчук Б.О. Колостомія в практичному лікуванні обструктивного раку ободової кишки /

Б.О. Матвійчук // *Практична медицина.* - 1999. - №5-6. - С. 53-57.

6. Мельник В.М. Хирургическая тактика при осложненных формах рака правой половины толстой кишки / В.М. Мельник. - Харків. хїрургїчна. школа. - 2005. - № 4. - С. 11 - 15.

7. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г.В.Бондар, В.Х.Бакшеев, Ю.В. Думанский [и др.] // *Новоутворення.* - 2009. - №3-4. - С.85-91.

8. Сафронов Д.В. Двухэтапная хирургическая реабилитация больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки: дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» - Чита, 2004. - 174 с.

9. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М.П. Захараш, А.И. Пойда, В. М. Мельник [та ін.] // *Хирургия.* - 2006. - № 7 - С. 35-40.

10. Robertson I. Prospective analysis of stoma-related complications // *Colorectal Dis.* - 2005. - N 3. - P. 279-285.



**Д.Ю. Юдін,
А.А. Руфанова**

Міська клінічна лікарня № 6
м. Дніпропетровськ
Обласне проктологічне відділення

Ключові слова: внутрішній
геморой, малоінвазивні методики,
латексні кільця

Key words: hemorrhoids, latex rings,
ligation

ЛІГУВАННЯ ГЕМОРОЇДАЛЬНИХ ВУЗЛІВ ЛАТЕКСНИМИ КІЛЬЦЯМИ У ПАЦІЄНТІВ З ВНУТРІШНІМ ГЕМОРОЄМ

Резюме. В статті представлені результати лікування пацієнтів з внутрішнім гемороєм з допомогою лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями. Це малоінвазивна методика лікування геморою, яка виконується амбулаторно і не потребує госпіталізації хворого. Правильно вибрані показання для лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів дозволяють уникнути гемороїдэктомії у 80% хворих.

Summary. In the article of means treatment by ligation of hemorrhoidal nodes with latex rings in patients with inner hemorrhoid are presented. This minimally invasive treatment procedure is performed in ambulatory and does not require hospitalization. Correctly chosen indications for ligation of inner hemorrhoid nodes allow to avoid hemorrhoidectomy in 80% of patients.

Геморой - одне з найпоширеніших захворювань людини, яке виявляють у 10-15% дорослого населення, а його питома вага серед захворювань прямої кишки становить 42%. Широке поширення цього захворювання набуває в індустріально розвинутих країнах характеру епідемії, що призводить до ураження великої кількості людей працездатного віку, тривалої тимчасової непрацездатності тощо. У зв'язку з цим геморой відносять до числа актуальних медичних та соціально-економічних проблем. За даними провідних проктологічних центрів, хірургічному лікуванню підлягають близько 30% хворих на хронічний геморой. Такі операції посідають перше місце в структурі хірургічних втручань будь-якого проктологічного відділення чи центру.

Геморой – це переважно судинна патологія клінічного (хірургічного) анального каналу, зокрема нормальних кавернозних утворень підслизового шару його слизової оболонки. Дуже важливим для розуміння патогенезу та методів лікування геморою є те, що у функціональному відношенні кавернозні структури термінального відділу прямої кишки є своєрідним гідравлічним механізмом: заповнюючись кров'ю і збільшуючись у розмірах, вони стискають складки слизової оболонки та герметизують анальний отвір. Фактично кавернозні структури, збільшуючись у розмірах за рахунок кровонаповнення, забезпечують «дозакриття» отвору прямої кишки, крім тоничного скорочення внутрішнього сфінктеру. Вказані кавернозні тільця анатомічно пов'язані із системою верхньої прямокишкової артерії: наближаючись безпосередньо до прямої кишки, ця артерія розгалужується на три гілки,

що йдуть по лініях, які проектується на 3, 7 та 11 годинах за умовним циферблатом годинника (у положенні хворого на спині). Враховуючи те, що скупчення найбільш функціонально активної кавернозної тканини локалізуються саме в проекції вказаних напрямів розгалуження артерії, у цих ділянках і відбувається її гіперплазія та утворення гемороїдальних вузлів.

В останні роки в клінічній практиці більш широкого застосування в лікуванні хронічного геморою набувають так звані малоінвазивні методи – коагуляція гемороїдальних вузлів інфрачервоним випромінюванням, лікування латексними кільцями - лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями (ЛГВ), кріотерапія, склеротерапія, монополярна та біполярна коагуляція, а також лазерна коагуляція. Наразі типову гемороїдектомію у США та більшості країн Європи виконують лише у 17-21% пацієнтів. У той же час в Україні саме гемороїдектомія залишається найбільш поширеним методом лікування, вона виконується у 75% пацієнтів, а вказані вище методи застосовують лише у 3% хворих. Це пояснюється недостатньою оснащеністю проктологічних кабінетів та стаціонарів відповідною апаратурою.

Слід пам'ятати, що протипоказаннями до застосування цих методів лікування є тромбоз гемороїдальних вузлів, гострий і хронічний парaproктит та інші запальні захворювання анального каналу та промежини.

Також зазначимо, що вказані малоінвазивні методи лікування не є гарантовано радикальними й вимагають обов'язкового динамічного професійного спостереження за хворими з визначен-

ням подальшої лікувальної тактики. Якщо консервативна терапія геморою не дала очікуваного результату, а хвороба прогресує й супроводжується різким зниженням працездатності, при кожній дефекації з'являються випадіння внутрішніх вузлів, кровотечі, тромбози, необхідно рекомендувати хірургічне втручання.

На сьогодні більша частина лікарів при лікуванні хворих на геморою надає перевагу малоінвазивним та медикаментозним методам, а гемороїдектомію здійснюють тільки за відсутності ефекту від цієї терапії, анемії тяжкого ступеня або у випадку загрози розвитку гнійно-некротичних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У статті представлено результати лікування пацієнтів із внутрішнім гемороєм за допомогою ЛГВ латексними кільцями.

Протягом 2011-2012 рр. на базі консультативного проктологічного кабінету обласного проктологічного відділення міської клінічної лікарні №6 м. Дніпропетровська перебувало 124 особи з різним формами геморою. Внутрішній геморою I - II ступеня виявлено у 22 (17,7%) хворих віком 20-55 років. Чоловіків було 18 (18,8%), жінок – 4 (18,2%). Внутрішній геморою III-IV ступеня виявлено у 102 (82,3%) хворих віком від 20-55 років. Чоловіків було 54 (53,9%), жінок – 48 (47,05%).

Термін від появи симптомів захворювання до виконання ЛГВ латексними кільцями становив від двох днів до семи місяців. Показанням до виконання ЛГВ латексними кільцями вважали наявність у пацієнта внутрішнього геморою I-II ступеня. ЛГВ не проводили в осіб віком понад 60 років, у хворих на цукровий діабет і в пацієнтів із постгеморагічною анемією (Hb менше 100 г/л).

ЛГВ виконували апаратом фірми Karl Store (Німеччина). Це найбільш проста й ефективна методика малоінвазивного лікування внутрішнього геморою 1-3 стадій. Маніпуляцію здійснювали під місцевим знеболюванням лідокаїновою 10% маззю. У відкритий ректальний дзеркалом відхідниковий канал вводили голівку механічного лігатора, яким захоплювали внутрішній вузол і на його ніжку накладали два латексних кільця вище зубчастої лінії. Вся процедура займає 1,5-2 хвилини. Одночасно лігували один або два вузли. Позбавлений живлення, він через 4-10 днів самостійно відторгається разом з кільцем і виводиться назовні з кишковим вмістом.

Аналогічну маніпуляцію проводили у хворих на внутрішній геморою I-II ступеня у два-три етапи з інтервалом 8-15 днів, оскільки зазвичай є 3 внутрішніх гемороїдальних вузли. Два сеанси

ЛГВ перенесли 17 (77,3%) осіб, три сеанси – 5 (22,7%) хворих. Після ЛГВ один - два рази використовували ненаркотичні анальгетики, пацієнти перебували під амбулаторним наглядом.

При лікуванні геморою III ступеня методом ЛГВ необхідно звертати увагу на анатомічні особливості структури внутрішніх гемороїдальних вузлів: вузли повинні бути вираженими, з чітко окресленою судинною ніжкою та зв'язкою. Таким чином, методика ЛГВ була можливою для лікування 89 хворих (80,3%). Іншим хворим з III ступенем геморою – 13 (19,7%) виконана стандартна гемороїдектомія.

При лігуванні внутрішніх гемороїдальних вузлів III ступеня відторгнення некротизованих гемороїдальних вузлів відбувається на 7-10 добу, після відторгнення вузлів візуально чітко визначається культя некротизованого вузла. Лікування проводилось у 2-3 етапи. Хворі відзначали помірну печію та незначний набряк анальних бахромок у 1-3 добу після накладання латексних кілець на внутрішні гемороїдальні вузли.

У подальшому хворі отримували флеботропні препарати (детралекс, діофлан, флебодія, нормовен). Для місцевої терапії використовували свічки Гепатромбін – Г, аплікації на слизову з маззю метилурацил та левоміколь, мікроклізма та ванночки з розчином протизапальних трав: шалфею, ромашки, календули. Для знеболення призначались місцеві форми - свічки анузол, долопрокт та таблетовані форми - долорен. Лікування переноситься легко, лікарняний лист зазвичай не потрібний.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У термін 6-18 міс. після ЛГВ оглянуто 15 (68,2%) хворих з внутрішнім гемороєм I-II ступеня та 23 (73,3%) хворих з внутрішнім гемороєм III ступеня. Стан пацієнтів був задовільний, рецидивів внутрішнього геморою не виявлено.

Слід зазначити, що крім простоти виконання, малоінвазивності й амбулаторного спостереження, ЛГВ латексними кільцями сприяє швидкому досягненню гемостазу в осіб із кровоточивим гемороєм, а видалення внутрішніх гемороїдальних вузлів запобігає подальшому прогресуванню захворювання.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, поєднання ЛГВ латексними кільцями із медикаментозною терапією дає добрі безпосередні й віддалені результати лікування хворих на внутрішній геморою I-III ступеня.

2. При ЛГВ внутрішніх гемороїдальних вузлів III ступеня необхідно звертати увагу на анатомічну будову гемороїдального вузла - вузли повинні бути вираженими, з чітко окресленою

судинною нішкою та зв'язкою. При відсутності вищезазначених умов ЛГВ внутрішніх гемороїдальних вузлах III ступеня неможливо виконувати у зв'язку з великим ризиком розвитку такого ускладнення, як кровотеча, яка може виникнути при передчасному відторгненні некротизованого гемороїдального вузла.

3. Для більшої частини хворих на внутрішній гемороїд III ступеня ЛГВ є альтернативою лікування традиційним оперативним методом – гемороїдектомією.

4. Для профілактики ускладнень необхідно призначати знеболюючі, протизапальні та флебо-

тропні препарати. ЛГВ – малоінвазивна методика лікування геморою, яка виконується амбулаторно та не потребує госпіталізації хворого. Слід зауважити, що вказані вище малоінвазивні методи лікування, а також оперативні втручання обов'язково повинні здійснюватися у спеціалізованих проктологічних відділеннях і центрах та, як виняток, у загальнохірургічних відділеннях лікарнями, які мають спеціальну підготовку. Правильно вибрані показання для лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів дозволяють уникнути гемороїдектомії у 80% хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананко А.А. Геморрой – старая проблема и новые пути ее решения / А.А. Ананко // Укр. мед. часопис.- 2007.- Т. III, № 4.- С.117-121.

2. Васильев С.В. Сравнительная оценка операции Лонго и шовного лигирования верхней прямокишечной артерии в лечении хронического геморроя / С.В. Васильев, К.Н. Комяк, Недозимованый // Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 2007.-Т.166, №3.-С.70-72.

3. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Митра-пресс, 2002.- 192бс.

4. Нечай И.А. Современные технологии в лечении хронического геморроя / И.А. Нечай, Д.Ю. Гон-

чаров // Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – 2007. – №2. – С.58-62.

5. Палиенко Р.К. Опыт вакуумного лигирования геморроидальных узлов / Р.К. Палиенко, В.С. Андриец // Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия.- 2006.- № 3.- С.41-43.

6. Шельгин Ю.А. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое / Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов // Хирургия. – 2003. – №1.- С.39-44.



УДК 616.147.17-007.64-005.3-089

**Я.С. Березницкий,
В.В. Гапонов,
В.Ф. Сулима,
С.Л. Малиновский,
И.В. Ющенко**

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛЬНОГО СПОНГОСТАНА ДЛЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
кафедра хирургии №1
(зав. – д. мед. н., проф. Я.С. Березницкий)

Несмотря на современное развитие медицинских технологий, основным радикальным хирургическим методом лечения геморроя 3-4 ст. по-прежнему является операция по Миллигану – Моргану в современной модификации. В проктологическом отделении КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» ДООС, которая является базой кафедры хирургии №1,

при геморрое 3-4 ст. также широко используется вышеуказанная операция.

Нами при выполнении гемороидэктомии прошивание и перевязка внутренних геморроидальных узлов с последующим их отсечением проводилась нитью VICRYL*PLUS 2-0 с иглой 5/8. После иссечения наружных геморроидальных узлов пластику кожи выполняли

непрерывным швом нитью VICRYL*rapide 3-0 с иглой 3/8. После завершения операции в анальный канал вводили анальный Спонгостан таким образом, чтобы над кожей его оставалось около 3 см. Выступающую над кожей часть разрезали вдоль на лепестки, которыми прикрывали кожные раны, сверху накладывали стерильную салфетку. Анальный Спонгостан использовали при 23 геморроидэктомиях и 14 геморроидэктомиях

в сочетании с иссечением хронических анальных трещин. Наблюдения показали, что использование анального Спонгостана позволяет добиться стойкого гемостаза, снизить болевые ощущения за счет отведения газов через центральный канал и отсутствия необходимости его извлечения, он разжижается и на 3-4 сутки с первым калом выделяется.



УДК 616.345-089-092.11

***А.В. Гапонов,
І.В. Гапонов****

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

*КЗ «6 МКЛ ДОР»
ДЗ «ДМА МОЗУ»*
М. Дніпропетровськ*

За даними ВООЗ, вивчення якості життя (ЯЖ) хворих є кінцевим етапом оцінки ефективності хірургічного лікування. Для виявлення змін, характерних для окремих захворювань, використовують кілька методик, у тому числі експериментально-психологічну методику оцінки якості життя SF-36.

Метою роботи була оцінка ЯЖ хворих, які перенесли одно- та двоментні оперативні втручання на товстій кишці (ТК).

У 17 хворих, яким оперативні втручання виконувались в два етапи: перший – обструктивна резекція (ОР), другий – реконструктивно-відновлювальна операція (РВО), проведено порівняння ЯЖ після ОР та РВО з використанням загальноклінічних методів та анкетування за методикою SF-36 (36 питань, 8 шкал).

Доведено, що після РВО показники ЯЖ покращилися: фізичне функціонування підвищилось

з $53,33 \pm 5,87$ до $75,00 \pm 5,77$, рольове функціонування зросло з $20,83 \pm 11,93$ до $87,50 \pm 8,54$, тобто в 4,21 разу ($p < 0,05$). Інтенсивність болю зменшилась з $48,33 \pm 4,77$ до $23,33 \pm 4,22$ ($p < 0,05$), а загальний стан поліпшився з $48,33 \pm 4,22$ до $54,17 \pm 3,75$. Життєва активність після другого етапу зросла з $53,33 \pm 10,06$ до $93,33 \pm 2,79$, тобто збільшилась у 1,75 разу ($p < 0,05$). Показник соціального функціонування збільшився вдвічі: з $35,83 \pm 6,25$ до $70,83 \pm 3,52$ ($p < 0,05$), поліпшення психологічного стану зросло в 3,4 разу: з $27,77 \pm 15,91$ до $94,43 \pm 5,57$ ($p < 0,05$).

Таким чином, головними негативними явищами, які спостерігалися у стомованих хворих після ОР, були психологічні розлади, обмеженість фізичних та життєвих запитів, емоційного та рольового функціонування. Порівняння ЯЖ пацієнтів різних груп свідчить на користь оперативних втручань без накладання колостом.



**С.М. Чобей,
А.Ю. Куценко**

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ ПЕЧІНКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
медичний факультет
кафедра хірургічних хвороб*

Відомо, що основна маса хворих на обструктивний рак товстої кишки починає своє лікування при III – IV стадіях захворювання, які супроводжуються тим чи іншим ступенем пухлинного стенозу. Приблизно 10-25% хворих мають метастази печінки під час встановлення діагнозу і ще у 20-25% випадків діагностуються метастази в печінку в перші 12 місяців після хірургічного видалення пухлини.

Залежно від способів комбінованого лікування, хворі з метастатичним ураженням печінки були поділені на шість груп: *I група* – 27 (22,9%) осіб, яким було виконано ліквідацію обструктивного раку товстої кишки + внутрішньоартерійна поліхіміотерапія; *II група* – 27 (22,9%) хворих, яким було виконано ліквідацію обструктивного раку товстої кишки + рентгеноваскулярну оклюзію + видалення метастазів; *III група* – 11 (9,3%) хворих, яким було виконано

ліквідацію обструктивного раку товстої кишки + внутрішньоартерійна поліхіміотерапія + рентгеноваскулярна оклюзія + видалення метастазів; *IV група* - 15 осіб (12,7%), яким було виконано ліквідацію обструктивного раку товстої кишки + внутрішньопортальна хіміотерапія; *V група* - 16 (13,5%) хворих, яким була виконана одномоментна ліквідація обструктивного раку товстої кишки + видалення метастазів печінки; *VI група* - 22 (18,7%) особи, яким було виконано ліквідацію обструктивного раку товстої кишки + системна поліхіміотерапія.

Таким чином, найкращі результати при застосуванні способу комбінованого лікування хворих з метастатичним ураженням печінки спостерігаються при поєднанні рентгеноваскулярної оклюзії з регіонарною інфузійною терапією та хірургічним видаленням метастазів.



О.Н. Попова

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛИМФОЦИТОПЕНИИ КАК ПРЕДИКТОРА ПЕРВИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И ЕГО РЕЦИДИВОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Колоректальный рак (КРР) является широко распространенной в мире патологией, ежегодная заболеваемость достигает 1 миллиона случаев, а ежегодная смертность превышает 500000. Украина относится к странам со средним уровнем распространенности колоректального рака, который составляет 36,5 новых случаев в год на 100 тыс. населения. В 2010 году в Украине было зафиксировано 17400 новых случаев КРР. На данный момент существует необходимость в диаг-

ностических маркерах колоректального рака (как первичного, так и рецидивирующего), которые были бы доступны и просты в техническом исполнении, а также подходили для обследования больших групп населения.

При развитии КРР опухоль начинает продуцировать ряд иммуотропных веществ, таких как интерлейкин-10 (ИЛ-10), циклооксигеназа 2 типа, трансформирующий фактор роста бета, фактор роста эндотелия. Угнетая синтез цито-

кинов, ИЛ-10 приводит к ослаблению лимфоцитарного звена иммунитета, в основном за счет подавления Т-хелперов, а также уменьшения популяции Т-хелперов первого типа, ответственных за клеточный иммунитет и реакцию воспаления соответственно, и увеличения популяции Т-хелперов второго типа, ответственных за активацию гуморального иммунитета и реакции заживления и пролиферации. Также ИЛ-10 сти-

мулирует апоптоз обеих популяций Т-лимфоцитов, и тем сильнее, чем более они насыщены антигенами, т.е. чем большее количество генетически чужеродного материала они в состоянии распознать и уничтожить.

Таким образом, у пациентов с колоректальным раком следует ожидать лимфоцитопению как предиктор первичной опухоли и рецидива.



УДК 616.74-002.3-085:615.281.9

*Н.А. Яльченко,
О.А. Грек,
Н.Н. Нестеренко,
А.Л. Сквирская*

ВЫБОР АДЕКВАТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*ДЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Городская клиническая больница №11
г. Днепропетровск*

Ключевые слова: *гнойное воспаление мягких тканей, антибактериальная терапия, ластинем*

Key words: *purulent inflammation of the soft tissues, antibacterial therapy, lastinem*

Резюме. *Вивчено ефективність антибактеріального препарату «Ластинем» (іміпінем / циластатин) при лікуванні гнійно-запальних процесів м'яких тканин. Ступінь обсіменіння варіювала від 10^6 до 10^9 КУО/мл. Виділено 20 клінічних штамів мікроорганізмів і вивчена їх чутливість до 20 антибіотиків. Найчастіше збудником був *Staphylococcus aureus* (83,3% монокультура й 63,6% в асоціаціях з ентеробактеріями). До ластинему було чутливим максимальне число штамів (95%), до гатифлоксацину - 75%. Ускладнень і зміни антибактеріального препарату при терапії ластинемом не було. Стартова емпірична монотерапія ластинемом була високоефективною при лікуванні тяжкої й середнетяжкої інфекції м'яких тканин у хворих похилого віку з тяжкою супутньою патологією (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет): на п'яту добу обсіменіння ран становило 10^3 - 10^4 КУО/мл, а в 35,7% хворих посів росту не дав. При використанні гатифлоксацину – 10^3 - 10^4 КУО/мл і 27,6% відповідно. Тривалість антибактеріальної терапії ластинемом становила $5,6 \pm 0,4$ дня, а гатифлоксацином - $6,9 \pm 0,6$ дня. Терапія ластинемом дозволяє скоротити тривалість лікування, що перешкоджає розвитку резистентності мікроорганізмів до антибіотика.*

Summary. *Effectiveness of antibacterial drug "Lastinem" (imipinem / cilastatin) in the treatment of pyo-inflammatory processes of soft tissues was studied. The degree of infestation varied from 10^6 - 10^9 CFU/ml. 20 clinical strains of microorganisms were isolated and their sensitivity to 20 antibiotics was studied. Most often the infection was *Staphylococcus aureus* (83.3% of monoculture and 63,6% in associations with enterobacteria). Maximum number of strains (95%) was sensitive to lastinem, 75% – to gatiphlocsacin. Complications and change of antibacterial drug in the treatment with lastinem were not revealed. Starting empirical monotherapy with lastinem was highly effective in the treatment of severe and moderate infections of soft tissue in old-age patients with severe concomitant pathology (cardiovascular disease, diabetes mellitus): on the fifth day infestation of wounds was 10^3 - 10^4 CFU/ml, and in 35,7% of patients growth was absent. When using gatiphlocsacin - 10^3 - 10^4 CFU/ml and 27,6% respectively. Duration of antimicrobial therapy with lastinem was $5,6 \pm 0,4$ days, and with gatiphlocsacin - $6,9 \pm 0,6$ days. Therapy with lastinem allows to reduce the duration of treatment; this prevents development of microbial resistance to the antibiotic.*

В настоящее время гнойные заболевания мягких тканей в структуре хирургической заболеваемости составляют до 30%, сопровождаются значительными материальными затратами, длительными сроками лечения и высокой летальностью. Учитывая ведущую роль микроор-

ганизмов в развитии гнойно-воспалительных процессов, основным методом лечения данной патологии продолжает оставаться антибиотикотерапия, целесообразность которой никто не ставит под сомнение [1,3]. Однако единой унифицированной схемы использования анти-

бактериальных препаратов не существует и не может существовать. Это обусловлено, во-первых, тем, что дозы и длительность антибактериальной терапии зависят от тяжести течения гнойно-воспалительного процесса, его локализации, объема вовлеченных в воспалительный процесс мягких тканей, наличия сопутствующих заболеваний, реактивности организма и выраженности интоксикации и т.п. Во-вторых, тем, что в возникновении и развитии воспаления, как правило, участвуют микробные ассоциации, а штаммы даже одного возбудителя в разных лечебных учреждениях могут обладать различной резистентностью к стандартным антибактериальным препаратам.

Поэтому были разработаны унифицированные требования для выбора антибиотиков, которые будут использоваться для лечения:

- препарат должен быть активен в отношении группы микроорганизмов, которые наиболее часто встречаются в острых гнойных очагах мягких тканей;

- спектр активности антибиотика должен соответствовать наиболее возможным представителям микробной флоры, которая является характерной для анатомической области, где локализуется очаг, и хорошо проникать в ткани этой области;

- концентрация препарата в патологических очагах должна как можно быстрее достигать минимальной подавляющей концентрации (МПК) и поддерживаться на этом уровне в течение необходимого времени;

- препарат должен обладать наименьшей способностью индуцировать резистентность микроорганизмов и давать минимальные побочные эффекты [6].

Вторым очень важным требованием, предъявляемым к адекватной антибактериальной терапии, является соотношение стоимости и эффективности действия препарата. В связи с этим дискутируется вопрос о рациональности использования двух схем антибактериальной терапии: эскалационной и дезэскалационной [7]. В первом случае возможна экономия материальных затрат, которую, впрочем, невозможно прогнозировать, что может привести не к экономии, а возрастанию этих затрат из-за постепенного наращивания мощности антибиотика, а следовательно, и его цены. Во втором случае возможна ситуация «стрельбы по воробьям из пушки» и усугубление ситуации с индуцированием резистентности микроорганизмов. Поэтому одной из актуальных задач для всех областей хирургии является разработка рациональных схем стартовой анти-

бактериальной терапии гнойно-воспалительных заболеваний и оценка эффективности препаратов, которые продолжают появляться на нашем рынке.

Цель работы – изучить эффективность и определить место антибактериального препарата «Ластинем» (имипинем/циластатин) для лечения ограниченных и разлитых гнойно-воспалительных процессов мягких тканей.

Антибактериальный препарат «Ластинем» (имипинем/циластатин), регистрационное свидетельство № UA/8045/01/01 (приказ Министерства здравоохранения Украины № 162 от 31.03.2008), производитель VENUS REMEDIES LIMITED (представительство «American Norton Corporation»). Действующее вещество препарата – имипинем 500 мг, циластин натрия, эквивалентный циластину 500 мг. Ластинем – это антибиотик из группы карбапенемов, обладающий высокой активностью в отношении широкого спектра грамположительных (группы *Staphylococcus aureus*, *epidermidis* – включая штаммы, продуцирующие пенициллиназу, и др.), *Streptococcus*, *Enterococcus* и др.), грамотрицательных (группы *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* и др.) аэробных и анаэробных микроорганизмов (группы *Clostridium*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* и др.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу работы положены результаты лечения 57 больных с гнойно-некротическими процессами (абсцессы, флегмоны мягких тканей, гнойно-некротические раны) за 2009-2010 годы в клинической больнице №11 г. Днепропетровска (табл.1).

Длительность заболевания составила от одних суток до 2 недель. Возраст больных колебался в пределах от 28 до 72 лет. Из них 29 больных в качестве стартовой антибактериальной терапии получали фторхинолон гатифлоксацин по 400 мг в день внутривенно и 28 пациентов получали ластинем в дозе 0,5-1,0 г 2-3 раза в день внутривенно. Ни в одном случае побочных явлений при использовании препаратов отмечено не было. Гатифлоксацин назначался преимущественно больным молодого возраста с ограниченными гнойными процессами. Ластинем в качестве стартовой терапии чаще использовали при флегмонах, глубоких обширных абсцессах и у больных с гнойно-некротическими ранами на фоне сахарного диабета, которым назначение гатифлоксацина нежелательно из-за возможного негативного влияния препарата на уровень глюкозы крови.

Стартовую эмпирическую антибактериальную терапию начинали с другими лечебными мероприятиями сразу же после поступления больного в стационар и хирургического лечения гнойного очага: вскрытия флегмон, абсцессов, обработки гнойных ран.

Для местного лечения применяли антисептики: хлоргексидин, декаметоксин (декосат), октенисепт, диоксидин, повидон – йод (бетадин), цитеал.

Всем больным выполняли посевы на микрофлору и чувствительность к антибиотикам в день поступления или оперативного лечения и через каждые 5 дней от начала антибактериальной те-

рапии. Выделение и культивирование микроорганизмов проводили по стандартным методикам с учетом современных аспектов микробиологических исследований [4]. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом [2]. Клиническую эффективность исследуемых антибактериальных препаратов оценивали в соответствии с Европейскими правилами по клинической оценке антиинфекционных препаратов ESCMID (1993 г.), где основными критериями считаются уровень микробной обсемененности ран и морфология клеточного состава раневых мазков - отпечатков.

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту, нозологии и длительности заболевания

Характеристика пациентов	1 группа (ластинем) n=28		2 группа (гатифлоксацин) n=29	
	абс.	%	абс.	%
Возраст (лет)	От 43 до 72		От 28 до 68	
Мужчины	18	64	16	55
Женщины	10	36	13	45
Длительность заболевания (сутки)	6,4±4,7		6,2±5,7	
Нозологии	Распределение больных по нозологиям			
Абсцессы	4	14	18	62
Флегмоны	10	36	8	28
Гнойно-некротические раны на фоне сахарного диабета	14	50	3	10

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При первичных бактериологических исследованиях установлено, что в 43 (75%) случаях возбудитель был представлен монокультурой, в 13 (22,8%) случаях выделены ассоциации из 2 и более микроорганизмов и у 1 (2,2%) пациента посев роста не дал, что могло быть обусловлено или взятием на посев гноя, или наличием только анаэробной микрофлоры.

Наиболее часто в монокультуре высеивался *Staphylococcus aureus* – 30 (83,3%) штаммов. Он же чаще всего находился и в ассоциациях с другими микроорганизмами, чаще с энтеробактериями (63,6%). Из других микроорганизмов в единичных случаях выделялись коагулазоотрицательные штаммы: *S. epidermidis*, *S. sciuri*, *S. intermedius* и *Klebsiella*. Среди энтеробактерий преобладали *Proteus*, *E. coli* и *Enterobacter*, среди псевдомонад – *Ps. Aeruginosa*.

Степень обсеменения варьировала от 10^6 - 10^9 КОЕ/мл. Доминировали больные с концентрацией микроорганизмов в исследуемом материале $\geq 10^7$ КОЕ/мл (72,9%).

Цитограммы раневых отпечатков у всех больных подтвердили некротический или воспалительно-дегенеративный процесс.

Нами была изучена чувствительность 20 клинических штаммов выделенных микроорганизмов к 20 антибиотикам. Определяли антибиотикограммы следующих микроорганизмов: *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *S. aureus* (по 4 штамма каждого вида), *Enterobacter*, *Serratia* (по 3 штамма), *Enterococcus*, *S. epidermidis* (по 1 штамму). Данные представлены в таблице 2.

К ампициллину и фурамагу были чувствительны 30-35% тест-штаммов; пиперациллину, цефалексину, цефамандолу и цефотаксиму – 50-55%; к цефалотину, цефазолину, цефокситину, цефаклору и норфлоксацину – 60-65%; к амоксициллину, амикацину, гатифлоксацину, цефуроксиму, цефтазидиму, ципрофлорсацину и цефтриаксону – 70-75%. Наиболее чувствительной микрофлора была к азтреонаму (85% штаммов). К ластинему чувствительной оказалось максимальное количество штаммов - 95% выделенной микрофлоры.

Таблиця 2

Чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам

Группы антибиотиков	Антибиотики	Количество чувствительных тест-штаммов	
		абс.	(%)
Аминопенициллины	Ампициллин	6	30
	Амоксициллин	14	70
Аминогликозиды	Амикацин	15	75
Карбенициллины	Пиперациллин	10	50
Цефалоспорины: I поколения	Цефазолин	13	65
	Цефалотин	12	60
	Цефалексин	10	50
II поколения	Цефуросим	14	70
	Цефокситин	12	60
	Цефаклор	13	65
	Цефамандол	11	55
III поколения	Цефотаксим	10	50
	Цефтриаксон	14	70
	Цефтазидим	15	75
Фторхинолоны	Норфлоксацин	12	60
	Гатифлоксацин	15	75
Пенициллины	Пенициллин	1	5
Нитрофураны	Фурамаг	7	35
Монобактамы	Азтреонам	17	85
Карбапенемы	Ластинем	19	95

Все 10 штаммов условно патогенных энтеробактерий, родов *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* (грамотрицательная флора), были чувствительны к азтреонаму и ластинему, 9 из них (90%) к гатифлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, цефтазидиму и цефуросиму, 8 (80%) – к амоксициллину и цефаклору; а 50% исследованных тест-штаммов проявили резистентность к ампициллину и цефалексину.

Полирезистентными проявили себя все 4 тест-культуры синегнойной палочки (*Pseudomonas* spp.), одна из которой была устойчива ко всем апробируемым антибиотикам, три чувствительны к ластинему, две – к амикацину, цефтазидиму, азтреонаму и одна – к амикацину, азтреонаму, цефтриаксону и цефокситину. Поэтому при высеивании полирезистентных штаммов *Pseudomonas* spp. для местного лечения ран дополнительно использовали цитеал, обладающий активностью по отношению к данному возбудителю.

Среди грамположительных микроорганизмов (6 тест-культур) выявлен один полирезистентный штамм (*Enterococcus* spp.), остальные 5 были резистентны только к ампициллину, фурамагу и пенициллину, а в отношении остальных антибиотиков были чувствительными и высокочувствительными.

Динамика течения раневого процесса контролировалась по клиническим проявлениям и микробиологическому исследованию посевов из раны.

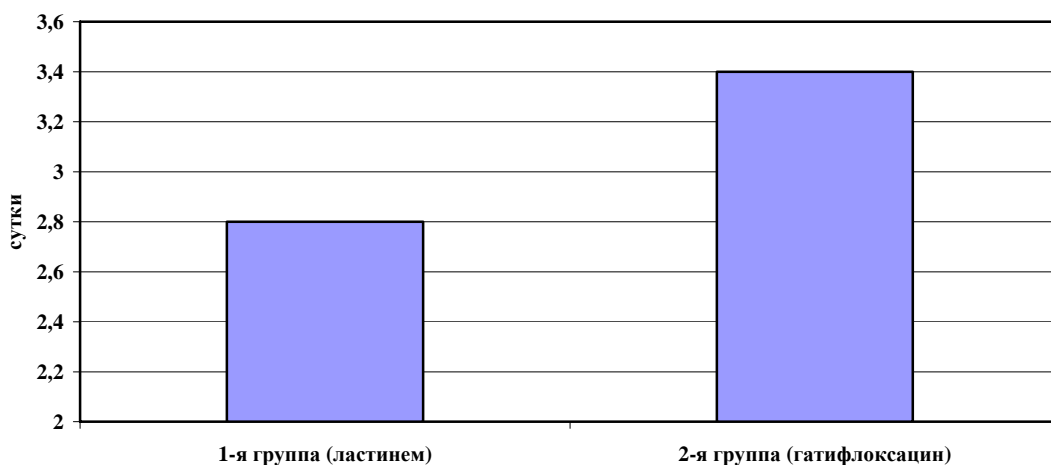


Рис. 1. Нормализация показателей общей воспалительной реакции организма

Клинические проявления стихания реакции организма на воспаление (снижение температур-

ной реакции, уменьшение или исчезновение явлений интоксикации, нормализация лейкоци-

тарной формулы крови и т.п.) при использовании гатифлоксацина наблюдали в сроки $3,4 \pm 0,6$ дня, а при использовании ластинема – $2,8 \pm 0,4$ дня ($p < 0,05$). В эти же сроки отмечали уменьшение воспалительной реакции со стороны раны и окружающих тканей, снижение количества раневого секрета и уменьшение присутствия в нем фибрина и раневого детрита. Причем использование ластинема устраняло специфический запах раневого отделяемого, обусловленный наличием соответствующей микрофлоры, уже через сутки после первого введения, что положительно сказывалось не только на физическом, но и психологическом состоянии пациентов.

Динамику изменений обсемененности ран исследовали на пятые сутки (2-й посев). При использовании гатифлоксацина обсемененность ран составила $10^3 - 10^4$ КОЕ/мл, а при использовании ластинема – $10^2 - 10^3$ КОЕ/мл.

Отсутствие роста микрофлоры у больных, получавших гатифлоксацин, наблюдалось в 8 (27,6%) случаях, а при использовании ластинема в 10 (35,7%) случаях.

У одного пациента, получавшего в качестве стартовой антибактериальной терапии гатифлоксацин, потребовался переход на карбапенемы из-за прогрессирования флегмоны стопы с развитием гнойных затеков. После смены антибиотика и дополнительного хирургического дренирования затеков наступило выздоровление. Во всех случаях применения ластинема смены антибиотиков не потребовалось. Препарат отменяли после стихания клинических признаков реакции системного воспалительного ответа, при позитивной динамике со стороны ран и снижении бактериальной обсемененности раневого экссудата.

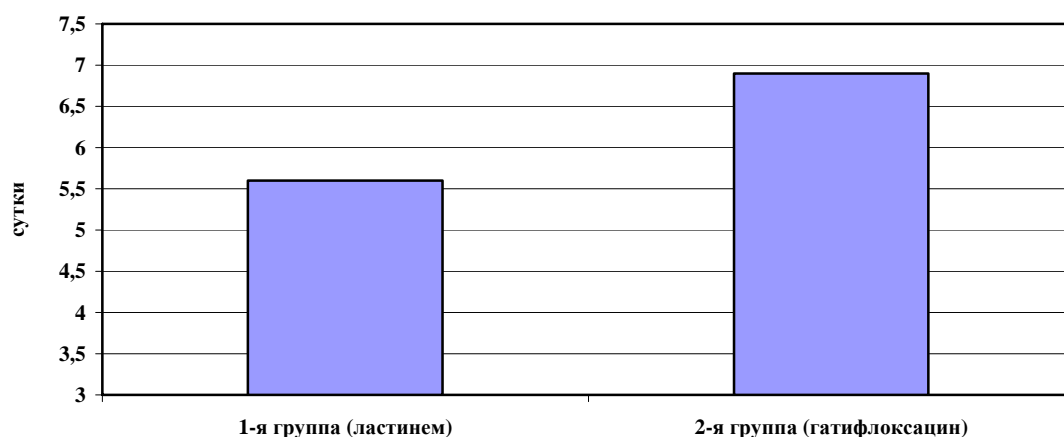


Рис. 2. Длительность антибактериальной терапии

В среднем длительность антибактериальной терапии в 1-й группе (группа ластинема) составила $5,6 \pm 0,4$ дня, а во 2-й группе (группа гатифлоксацина) – $6,9 \pm 0,6$ дня.

На сроки эпителизации раны используемые антибиотики не влияли. Поэтому средние сроки пребывания в стационаре составили $10,2 \pm 2,1$ дня. Все находившиеся на лечении больные выздоровели.

ВЫВОДЫ

1. До 95% штаммов микроорганизмов возбудителей гнойно-воспалительной инфекции мягких тканей являются высокочувствительными к терапевтическим дозам Ластинема, что позволяет применять Ластинем в качестве эмпирической деэскалационной монотерапии у данной категории больных.

2. Быстрое наступление клинического и бак-

териологического эффекта при терапии Ластинемом гнойно-воспалительных инфекций мягких тканей позволяет сократить длительность антибактериальной терапии, что препятствует развитию резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

3. Стартовая монотерапия Ластинемом является высокоэффективной для лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и является предпочтительной при тяжелой и средне-тяжелой инфекции, у пожилых больных с тяжелой сопутствующей патологией (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет).

4. Гатифлоксацин в качестве стартовой антибактериальной терапии целесообразнее использовать при локальной инфекции мягких тканей, у молодых пациентов без сопутствующей патологии.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Киричек Л.Т. Антибиотики в современной химиотерапии / Л.Т. Киричек // Междунар. мед. журнал. – 2003.– Т. 9, № 1. – С. 104-108.
2. Митрохин С.Д. Гнойные экссудаты, раны и абсцессы. Современный алгоритм микробиологического исследования / С.Д. Митрохин // Инфекции и антимикробная терапия. -2002.- Т.4, №3.- С. 90-92.
3. Руднов В.А. Инфекции и антимикробная терапия.- 2002.- Т.4, №6.- С. 60-64.
4. Сидоренко С.В. Антибиотикограмма: диско-диффузионный метод. Интерпретация результатов / С.В. Сидоренко, В.Е. Колупаев. – М.: Sanofi Pasteur, 1999. – 98 с.
5. Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии / А.Л. Авдошенко, В.П. Сажин, В.Н. Емкужев [и др.]. – М., 2001. – С. 72-73.
6. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия: практическое руководство / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов. – М., 2000.- 226 с.
7. Cuncha V.A. Pseudomonas aeruginosa: Resistance and therapy / V.A. Cuncha // Semin. Respir. Infect.- 2002.- Vol. 17.- P. 231-239.



УДК 617.586: 616.379-008.64:616.9

**С.Д. Шаповал,
І.Л. Савон**

ВІДМІННОСТІ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ПЕРВИННОГО ГНІЙНОГО ОСЕРЕДКУ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ПРИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМАХ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Ключові слова: ускладнений синдром діабетичної стопи, первинний гнійний осередок, мікрофлора

Key words: complicated diabetic foot syndrome, primary septic lesion, microflora

Резюме. *Обследовано 1028 пациентов с осложненным синдромом диабетической стопы (СДС) за период 2008-2011 гг. Все больные имели сахарный диабет II типа. Средний возраст пациентов составил 61,5 ± 2,9 года. Установлено, что высеивание аэробной моноинфекции из первичных гнойных очагов у больных с осложненным СДС уменьшилось за счет грамположительной флоры. Отмечен рост доли MRSA стафилококков в монокультуре. Количество микробных ассоциаций из первичных гнойных очагов увеличилось с 46,6% до 51,6%. Основным представителем смешанной инфекции является Staphylococcus aureus, который высеивался вместе с грамположительными палочками Enterococcus faecalis, Corynebacterium xerosis и Staphylococcus epidermidis. Исследование чувствительности микроорганизмов к антибиотикам свидетельствовало о высокой устойчивости микрофлоры к антибиотикам I - II поколения.*

Summary. *A total of 1028 patients with complicated diabetic foot syndrome (DFS) for the period of 2008-2011 were examined. All patients had type II diabetes. The average patients' age was 61,5 ± 2,9 years. It was found that growth of aerobic monoinfection from the primary septic lesion in patients with complicated DFS has decreased due to gram-positive flora. An increase of MRSA staphylococcus monoculture in the proportion was found. The number of microbial associations from the primary septic lesion increased from 46.6% to 51.6%. The main representative of a mixed infection is Staphylococcus aureus, which was grown with gram-positive rods of Enterococcus faecalis, Corynebacterium xerosis and Staphylococcus epidermidis. Investigation of the susceptibility of microorganisms to antibiotics indicated a high stability of microflora to antibiotics of I – II generation.*

Бактеріальна інфекція є одним з трьох провідних патогенетичних чинників, які були виділені у доповіді Міжнародної робочої групи з проблем

діабетичної стопи [3]. Приєднання інфекції є причиною проведення ампутації в 25 - 50% ви-

падків, тому дуже важливо виявити та ідентифікувати збудника на ранніх етапах [4,5].

Непатогенні бактерії в звичайних умовах, у хворих на цукровий діабет (ЦД) можуть призвести до розвитку інфекційного процесу. Наслідки виникнення інфекції більш серйозні через анатомічну будову стопи (наявність сухожилків та клітинних просторів, за якими інфекція поширюється проксимально) [2,6].

Ідентифікація етіологічної структури осередків інфекційно-запального процесу у пацієнтів на синдром діабетичної стопи (СДС) виділяється на сучасному етапі у значущу проблему в численних клінічних дослідженнях. Тому мікробіологічна характеристика бактеріальної флори гнійно-некротичних вогнищ у хворих на ускладнений СДС є основою для формування програми раціональної антибактеріальної терапії та оцінки перебігу ранового процесу [1,7,8].

Мета дослідження - покращити результати лікування хворих на ускладнений СДС шляхом вивчення бактеріологічного стану первинного гнійного осередку та чутливості до антибактеріальних препаратів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 1028 пацієнтів на ускладнений СДС, котрі перебували на лікуванні в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи міської клінічної лікарні № 3 м. Запоріжжя, за період 2008-2011 рр. Усі хворі мали ЦД II типу, його середня тривалість становила $12,6 \pm 2,3$ року. Середній вік пацієнтів становив $61,5 \pm 2,9$ року. Чоловіків було 493 (48%), жінок - 535 (52%).

Згідно з класифікацією СДС за клінічними проявами (Міжнародна робоча група з проблем діабетичної стопи, Нідерланди 1999р.) з нейропатичною формою було 305 (29,7%), ішемічною - 187 (18,2%) та змішаною - 536 (52,1%) хворих.

Враховуючи глибину та поширеність інфекційно-запального процесу у 274 (26,6%) хворих діагностували 2 ступінь, у 333 (32,4%) хворих - 3 ступінь, у 268 (26,1%) хворих - 4 ступінь, у 153 (14,9%) хворих - 5 ступінь ушкоджень, згідно з класифікацією Р.М. Wagner, 1979 р.

Комплекс лікувальних заходів включав обов'язкове використання антибактеріальних препаратів. Для визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів застосовували стандартну диск-дифузійну методику та експрес-метод за С.Д. Шаповалом (2005р.).

Дослідження проводили при госпіталізації та в динаміці.

Статистичний аналіз проводився з використанням програмного пакету «Statgraphics Plus for Windows 7,0».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення висіву мікрофлори у хворих на ускладнений СДС за період 2008 - 2011 рр. показало, що характер ранової інфекції піддався як кількісним, так і якісним змінам.

Висів аеробної моноінфекції первинних гнійних вогнищ у хворих з ускладненим СДС зменшився з 48,3% у 2008 р. до 42,9% у 2011 р. (табл. 1). Проте рівновага серед збудників аеробної флори змінилася на користь грампозитивної флори з 53,4% у 2008 р. до 63,6% у 2011 р.

Основна частка серед грампозитивних аеробів припадала на *Staphylococcus aureus* - 57,5%, другим по кількості висівався *Enterococcus faecalis* - 28,5%.

Динаміка мікробіологічних досліджень свідчить про зростання частки MRSA в монокультурі серед коагулазопозитивних стафілококів: 2008р. - 23,3%, 2009р. - 29,4%, 2010р. - 34,7%, 2011р. - 42,8%.

Аеробна грамнегативна флора первинних гнійних вогнищ у хворих з ускладненим СДС знизилася за досліджуваний період з 46,6% (2008р.) до 36,4% (2011р.), що в процентному співвідношенні до загального висівання дорівнює 21,2% і 16,4%.

Групи *Enterobacter* spp. та *Escherichia coli* висівалися з однаковою частотою 21% (19%) 2008р. - 22% (18%) 2011р., відповідно. Висів *Pseudomonas aeruginosa* в монокультурі серед грамнегативної флори зріс з 17,2% (2008р.) до 31,5% (2011р.).

Виділення анаеробних збудників хірургічної інфекції зберігає актуальність, оскільки патологічний перебіг захворювання має свої відмінності, які необхідно враховувати в лікувальному процесі.

Анаеробна моноінфекція діагностована в 5,1% - 2008р. та в 5,5% - 2011р.

Анаеробний процес характерний для закритих ран, абсцесів, глибоких трофічних виразок, міонекрозу, тому не завжди можливо встановити наявність у рані анаеробної інфекції шляхом висіву ранового відокремлюваного з відкритої рани.

Для анаеробної інфекції специфічним є зовнішній вигляд шкіри, рани, гній, наявність смороду, бактерій при мікроскопії мазків - відбитків, тому при відсутності висіву анаеробних бактерій, але наявності вищезазначених ознак призначали відповідну антибактеріальну терапію.

Кількісна та якісна характеристика збудників у хворих на ускладнений СДС у динаміці

Вид інфекції	2008р. n=242		2009р. n=256		2010р. n=264		2011р. n=266	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аеробна моноінфекція	117	48,3	120	46,8	122	46,3	114	42,9
<i>грампозитивна</i>	62*	53,4*	66*	55,2*	74*	60,4*	73*	63,6*
<i>грамнегативна</i>	55*	46,6*	54*	44,8*	48*	39,6*	41*	36,4*
Анаеробна моноінфекція	12	5,1	12	4,9	14	5,3	15	5,5
<i>кlostридіальна</i>	0**	0**	0**	0**	0**	0**	0**	0**
<i>некlostридіальна</i>	12**	5,1**	12**	5,0**	14**	5,2**	15**	5,5**
Змішана інфекція	113	46,6	124	48,3	128	48,4	137	100
<i>Аеробні асоціації</i>	105***	92,7***	120***	97,5***	125***	97,3***	137***	100***
<i>Анаеробні асоціації</i>	0***	0***	0***	0***	0***	0***	0***	0***
<i>Аеробно-анаеробні асоціації</i>	8***	7,3***	4***	2,5***	3***	2,7***	0***	0***

Примітки: * - процентний вміст у складі аеробної моноінфекції; ** - процентний вміст у складі анаеробної інфекції; *** - процентний вміст у складі змішаної інфекції.

Кількість мікробних асоціацій, що висівались з первинного гнійного осередку хворих на ускладнений СДС, збільшилася з 46,6% до 51,6%. Збільшення відбулося за рахунок висівання аеробних асоціацій. Аеробно-анаеробні асоціації висівали в одиничних випадках, а висівання аеробних асоціацій у хворих з ускладненим СДС за досліджуваній період не відзначалося.

Основним представником змішаної аеробної інфекції був *Staphylococcus aureus*. Найчастіше *Staphylococcus aureus* висівався разом з грам-позитивними паличками *Enterococcus faecalis*, *Corynebacterium xerosis* та *Staphylococcus epidermidis*.

Незважаючи на те, що сімейство *Enterobacteriaceae* належить до одного з основних компонентів кишкової мікрофлори людини, у складі аеробних асоціацій разом з грам-позитивної флорою вони висівались більше ніж у половині випадків – 46,6% (2008р.) та 54,4% (2011р.).

Найбільше клінічне значення з групи неферментуючих мікроорганізмів у складі аеробних асоціацій має *Pseudomonas aeruginosa*. Синьогнійна паличка посідає особливе місце серед гнійної мікрофлори, завдяки своєрідним шляхам

поширення та умовам існування, а також здатності пригнічувати ріст іншої мікрофлори. Висівання синьогнійних паличок у складі мікробних асоціацій становить 10,6% (2008р.) та 13,4% (2011р.). При збільшенні терміну перебування хворих у стаціонарі частота їх висівання зростає.

Acinetobacter spp. посідає друге місце після синьогнійної палички серед неферментуючих мікроорганізмів у складі мікробних асоціацій - 10,2% (2008р.) та 10,8% (2011р.). *Acinetobacter* spp. характеризується високим рівнем природної чутливості до більшості антибіотиків, проте його характерною особливістю є швидке формування стійкості до антибактеріальних препаратів багатьох груп. Госпітальні штами *Acinetobacter* spp., згідно з нашими дослідженнями, як правило, були полірезистентними.

При вивченні мікробного пейзажу у хворих на різні форми ускладненого СДС були виявлені як спільні риси, так і відмінності.

Загальною закономірністю було збільшення в динаміці дослідження висівання грам-позитивної флори й числа мікробних асоціацій, а також зростання MRSA - штамів стафілококів в монокультурі (табл. 2).

**Кількісна та якісна характеристика виділених мікроорганізмів
з урахуванням клінічної форми СДС за 2011р.**

Родова та видова належність мікроорганізмів	Клінічна форма синдрому діабетичної стопи					
	ішемічна форма		нейропатична форма		змішана форма	
	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	112	53,2	222	49,2	415	51,1
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	18	8,8	24	5,3	26	3,2
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	13	6,4	6	1,4	11	1,4
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	0,4	1	0,2	17	2,1
<i>Enterococcus faecalis</i>	20	9,9	73	16,1	15	18,1
<i>Corynebacterium xerosis</i>	11	5,5	18	4,1	21	2,6
<i>Escherichia coli</i>	11	5,5	13	2,8	13	1,6
<i>Proteus mirabilis</i>	3	1,5	1	0,2	7	0,8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10	5,2	83	18,4	116	14,3
<i>Acinetobacter spp.</i>	2	0,8	0	0	5	0,6
<i>Citrobacter spp.</i>	2	0,8	0	0	2	0,4
<i>Enterobacter spp.</i>	3	1,6	2	0,5	13	1,6
<i>Klebsiella spp.</i>	0	0	0	0	2	0,4
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	0	0	1	0,2	0	0
<i>Bacteroides fragilis</i>	0	0	1	0,2	1	0,2
<i>Candida spp.</i>	1	0,4	6	1,4	2	1,6

Відмінність полягала в такому: у хворих з нейропатичною формою висівалась аеробна моноінфекція, серед якої переважали стафілококи. Частота останніх коливалася від 82,3% (2008р.) до 84,6% (2011р.). Група ентеробактерій висівалась в динаміці дослідження з однаковою частотою, а синьогнійна паличка в монокультурі не перевищувала 20%.

При ішемічній формі ускладненого СДС у 18 - 22% випадків було відсутнє зростання мікрофлори або ж були виявлені шкірні сапрофіти та патогенні грибки роду *Candida*.

При змішаній формі ускладненого СДС найчастіше (58,2%) порівняно з вищезазначеними формами захворювання висівали мікробні асоціації. Найчастіше в асоціаціях висівалась *Enterococcus spp.*

Для раціональної антимікробної терапії необхідні відомості про характер збудника та чутливість його до антибактеріальних препаратів. У таблиці 3 наведені дані про чутливість мікроорганізмів до антибіотиків у хворих з ускладненим СДС нашого центру за 2011р.

Визначення чутливості мікрофлори до хіміотерапевтичних препаратів проводили експрес -

методом С.Д. Шаповала, який здійснювався паралельно з «класичною методикою». Проте цей метод дозволяв отримувати результати досліджень лише на третю добу, тоді як починати антимікробну терапію необхідно було при госпіталізації хворих у стаціонар. За допомогою експрес - методу результати про чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів отримували вже через чотири години, у результаті чого пацієнтам на день госпіталізації проводилась вже направлена антибіотикотерапія. Верифікацію збудника отримували через 48 - 72 години. Бактеріоскопію мазків з рани, що дозволяла визначити групову приналежність мікробів, отримували через 1 - 1,5 години.

Маючи результати чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів, керувалися таким принципом: при наявності чутливості до декількох антибіотиків призначали за наростаючою з I покоління й вище. Згідно з груповою належністю - починали з напівсинтетичних пеніцилінів, цефалоспоринов, аміноглікозидів, фторхінолонів, карбапенемів. До призначення антибіотиків «резерву» вдавалися у випадках, коли

ознаки синдрому системної запальної відповіді були незаперечні.

Наприклад, мікроорганізм чутливий до цефалоспоринів всіх генерацій та фторхінолонів

першого - третього поколінь. У таких випадках призначали цефалоспорин I-II генерації або фторхінолон I покоління.

Таблиця 3

Чутливість мікроорганізмів до антибіотиків у хворих з ускладненим СДС за 2011р. (M±m)

Антибактеріальний препарат	Чутливість культури, %	
	S. aureus	Ps. aeruginosa
Азітроміцин	37,4±3,1	0
Амікацин	82,7±2,4	74,3±1,7
Амоксицилін/клавулат	76,3±1,9	0
Ампіцилін/сульбактам	78,6±1,4	0
Ванкоміцин	100,0	0
Гатіфлоксацин	66,3±1,8	31,4±2,4
Гентаміцин	52,3±2,1	23,4±1,1
Імініем/циластатин	94,8±1,7	74,8±3,3
Кліндаміцин	81,4±1,6	0
Ертапенем	96,1±1,3	0
Лінезолід	100,0	0
Лсвофлоксацин	67,4±1,5	68,6±1,7
Лінкоміцин	64,7±2,7	0
Меропенем	95,4±2,1	75,6±2,9
Метронідазол	0	0
Моксифлоксацин	67,1±2,4	32,3±1,7
Норфлоксацин	46,2±1,4	0
Оксацилін	72,4±2,3	0
Офлоксацин	48,4±2,1	34,6±1,2
Пефлоксацин	47,6±1,8	0
Піперацилін/тазобактам	83,2±2,7	69,4±2,2
Ріфампіцин	68,3±3,3	0
Тетрациклін	42,7±1,4	0
Цефазолін	72,3±1,8	0
Цефепім	86,4±1,6	0
Цефоперазон	62,4±2,1	68,4±3,1
Цефоперазон/сульбактам	67,1±1,5	72,9±1,3
Цефотаксим	67,3±2,4	0
Цефтазідим	0	81,2±2,3
Цефтріаксон	66,8±1,6	0
Цефуроксим	66,7±2,4	0
Ципрофлоксацин	51,4±2,2	67,3±2,6
Еритроміцин	28,2±1,8	0

Для стримування резистентності в нашому центрі кожні три місяці проводили зміну найчастіше використовуваних антибактеріальних препаратів. На жаль, в Україні відсутня ефективна політика раціонального використання антибіотиків у державних медичних установах.

Можливо тому спостерігається зайва прихильність хірургів до призначення нових оригінальних препаратів.

Результати дослідження свідчать про високу стійкість виявленої мікрофлори до антибіотиків I - II поколінь.

Антибіотикорезистентність - глобальна проблема людства. Кількість *Staphylococcus aureus*, стійкого до метициліну (оксациліну), зростає. Також відбувається поширення беталактамаз розширеного спектру (БЛРС), оскільки немає реальної альтернативи цефалоспоринам. На жаль, можна припустити, що через декілька років карбапеніми залишаться останнім засобом боротьби з грам (-) мікроорганізмами.

У хворих на ускладнений СДС, яким на догоспітальному етапі антибіотикотерапія не проводилася, як правило, при висіві ранового вмісту спостерігалася моноінфекція, чутлива до більшості антибактеріальних препаратів.

При госпіталізації хворих з інших хірургічних установ або після невдалого лікування в домашніх умовах (як правило, це хворі у тяжкому стані з розповсюдженням гнійної інфекції), була відзначена висока кількість висівання аеробних асоціацій. Найімовірніше, що інфікування ран стало наслідком внутрішньогоспітальної інфекції попередньої хірургічної установи та неконтрольованим застосуванням антибактеріальних препаратів на догоспітальному та госпітальному етапах.

Ці обставини необхідно враховувати в системі комплексної терапії хворих на ускладнений СДС.

Ми пропонуємо використання антибактеріальних препаратів згідно з запропонованими схемами та алгоритмами комплексного лікування ускладненого СДС з урахуванням клінічної форми захворювання, анатомічної локалізації гнійного осередку та етіологічного чинника (Класифікація ускладненого СДС, система CZE, 2010 р.).

ВИСНОВКИ

1. Висів моноінфекції первинних гнійних вогнищ у хворих на ускладнений СДС зменшився з 48,3% в 2008р. до 42,9% в 2011р.

2. Серед моноінфекції домінувала аеробна грампозитивна флора. Основна її частка припадала на *Staphylococcus aureus* - 57,5%, другим по кількості висівався *Enterococcus faecalis* - 28,5%. Відзначається зростання частки MRSA стафілококів з 23,3% в 2008р. до 42,8% в 2011р.

3. Серед аеробної грамнегативної флори домінували *Enterobacter* spp., *Escherichia coli* та *Pseudomonas aeruginosa*.

4. Збільшення кількості мікробних асоціацій, що висівалися з первинного гнійного осередку у хворих на ускладнений СДС, відбулося за рахунок *Staphylococcus aureus*. Найчастіше *Staphylococcus aureus* висівався разом з *Enterococcus faecalis*, *Corynebacterium xerosis* та *Staphylococcus epidermidis*.

5. При вивченні мікробного пейзажу у хворих з різними формами ускладненого СДС серед спільних рис виявлено збільшення в динаміці дослідження висівання грампозитивної флори й кількості мікробних асоціацій, а також зростання MRSA - штамів стафілококів у монокультурі. Відмінність полягала в такому: у хворих з нейрорпатичною формою висівалася аеробна моноінфекція, серед якої переважали стафілококи; при ішемічній формі ускладненого СДС у 18 - 22% випадків було відсутнє зростання мікрофлори або ж були виявлені шкірні сапрофіти та патогенні грибки роду *Candida*; при змішаній формі ускладненого СДС найбільш часто висівали мікробні асоціації.

6. Результати дослідження чутливості мікроорганізмів до антибіотиків у хворих на ускладнений СДС свідчать про високу стійкість виявленої мікрофлори до антибіотиків I - II поколінь.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антибактеріальна терапія гнійно-некротичного ураження стопи у хворих на цукровий діабет / С. Подпрятков, Г. М. Ларіонов, З. Є. Сімонова [та ін.] // Клініч. хірургія. - 2001. - № 8. - С. 42-47.

2. Бойко В. В. Вибір способу антибактеріальної терапії при гнійно-некротичних ускладненнях діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок / В.В. Бойко, В.К. Логачов, І. В. Гусак // Шпитальна хірургія. - 2001. - № 3. - С. 95-97.

3. Горобейко М.Б. Міжнародна угода з проблеми діабетичної стопи / під ред. Горобейко М.Б. - К., 2004. - 96 с.

4. Полищук Е.И. Этиологическая структура и антибиотикорезистентность основных возбудителей инфекций стопы у больных сахарным диабетом / Е.И. Полищук, Е.В. Покас, Е.Г. Василенко // Клинич. микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2009. Т. 11, № 2. - С.31-32.

5. Французов В.Н. Диагностика и лечение хирургических инфекций стопы при сахарном диабете / В.Н. Французов, Е. В. Хайкина, Г. К. Решедько // Клинич. микробиология, антимикробная химиотерапия. - 2005. - № 7(3). - С. 235-244.

6. Ambrosch A. Mikrobiologische Aspekte und rationale antibiotische Therapie des diabetischen Fußsyndroms / A. Ambrosch, H. Lehnert, R. Lobmann // Med. Klin. - 2003. - Vol 98. - P. 259-265.

7. Anaerobic culture of diabetic foot infections: organisms and antimicrobial susceptibilities / L. S. Ng, L.L. Kwang, S. C. Yeow [et al.] // Ann. Acad. Med. Singapore. - 2008. - Vol. 37, N 11. - P. 936-939.

8. Bacteriology of moderate-to-severe diabetic foot infections and in vitro activity of antimicrobial agents / D. M. Citron, E. J. Goldstein, C. V. Merriam [et al.] // J. Clin. Microbiol. - 2007. - Vol. 45, N 9. - P. 2819-2828.

УДК 616.718:616.14-007.64-002.44-036.87:612.017

**І.К. Венгер,
Т.В. Романюк,
М.В. Чоренький**

ІМУННИЙ СТАТУС ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ НА ҐРУНТІ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Державний вищий навчальний заклад
«Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»*

Ключові слова: трофічні виразки,
рецидив варикозної хвороби,
імунологічний статус

Key words: trophic ulcers, relapse of
ulcer disease, immunologic status

Резюме. Работа основывается на результатах обследования 114 больных отделения сосудистой хирургии КУ ТОР «Тернопольская университетская больница» с трофической язвой на почве рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей. Оценка иммунного статуса дана на основании результатов лабораторных исследований: показателей общего анализа крови с определением лимфоцитарно-гранулоцитарного индекса, соотношения функциональных классов лимфоцитов, концентрации в сыворотке крови иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA и циркулирующих иммунных комплексов.

Summary. The work is based on results of examination of 114 patients with trophic ulcer on the background of relapse of varicosity of lower extremities treated in vascular surgery unit in "Ternopol University Hospital". Assessment of immunity status was given on the basis of laboratory results: total blood analysis with defining lymphocytic granulocytic index, ratio of lymphocytic functional classes, concentration of immunoglobulins IgG, IgM, IgA and circulating immuno-complexes.

Причина стійкості до лікування тривалоне-
зживаючих трофічних виразок венозного генезу
залишається не визначеною, однак відомо, що у
цих хворих відбувається перехід нормоергічної
реакції у вторинний імунодефіцитний стан [1, 3].
Важливим фактором зниження імунореактив-
ності є дефіцит споживання імунокомпетентних
ланок, пов'язаних з тривалою антигенною агре-
сією, цитотоксичним ефектом вільнорадикаль-
ного окислення, які перебігають по-різному за-
лежно від тривалості їх дії [2, 3, 4]. Тому ак-
туальним є вивчення імуних зрушень у хворих з
різною тривалістю наявної «хронічної рани».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Робота ґрунтується на результатах обсте-
ження 114 хворих відділення судинної хірургії
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лі-
карня» класу С6 за СЕАР з трофічною виразкою
(ТВ) на ґрунті рецидиву варикозної хвороби вен
нижніх кінцівок (РВХНК). Для контролю підбі-
рано 32 обстежувані здорові особи. Усі хворі
розділені на групи за тривалістю активного
виразкування: 6 – 12 міс. (38 хворих), 12 – 24 міс.
(26 хворих), 2 – 5 років (23 хворих), 5 – 10 років
(17 хворих) та понад 10 років (10 хворих).

Оцінку імунологічного статусу дано на основі
результатів лабораторних досліджень: показ-
ників загального аналізу крові з визначенням
лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ЛГІ),
співвідношення функціональних класів лімфо-

цитів, концентрації в сироватці крові імуногло-
булінів IgG, IgM, IgA та циркулюючих імуних
комплексів (ЦК).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У розгорнутому аналізі виявлено статистично
достовірні зміни ЛГІ, який як інтегральний по-
казник дозволяє віддиференціювати інтокти-
кацію бактеріального генезу (його зниження) та
аутоінтоксикацію (зростання). Результати до-
слідження клітинної ланки імунітету відобра-
жено у таблиці 1.

Зниження показника у хворих з трофічною
виразкою 6-12 міс. пов'язано із активацією гра-
нулоцитарного пулу лейкоцитів. Зниження по-
казника зумовлено зсувом лейкоцитарної фор-
мули ліворуч. Компенсаторні можливості грану-
лоцитарного ростка у таких хворих утримуються
до 2 років, хоча коливання показника були знач-
ними ($4,37 \pm 1,01$), що пов'язано з індивіду-
альними особливостями. Починаючи з другого
року існування ТВ у хворих, показник починає
прогресивно підвищуватись, що зумовлено від-
носним зростанням лімфоцитарного та знижен-
ням гранулоцитарного пулу лейкоцитів. Зростан-
ня його понад удвічі у хворих з ТВ понад 10
років свідчить про виснаження неспецифічних
ланок імунітету, лейкоцитарного фагоцитозу,
пригніченням утворення молодих форм ней-
трофілів.

Показники клітинного імунітету (X±m)

Групи обстежених	ЛГІ	Т-лімфоцити	Натуральні кілери	В-лімфоцити
Здорові особи	4,56 ± 0,37	69,21 ± 2,07	12,45 ± 3,12	14,11 ± 1,23
6 – 12 міс.	3,12 ± 0,22	81,51 ± 6,82*	7,32 ± 0,91**	11,22 ± 1,09*
12 – 24 міс.	4,37 ± 1,01	72,11 ± 6,45	11,72 ± 1,73	16,23 ± 1,34
2 – 5 років	6,38 ± 0,81	64,23 ± 5,96	16,52 ± 1,88	19,32 ± 1,75
5 – 10 років	8,72 ± 0,73*	59,01 ± 5,71*	20,11 ± 2,36*	20,98 ± 2,03
Понад 10 років	10,73 ± 0,90**	53,11 ± 4,32	24,35 ± 2,72**	22,65 ± 2,42*

Примітки: * – достовірна різниця отриманих показників у хворих та здорових осіб $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Абсолютна кількість лімфоцитів знаходилась у межах фізіологічної норми у всіх хворих. Однак виявлено кількісні зміни серед їх основних функціональних класів.

У хворих з ТВ протягом 6-12 міс. виявлено зростання Т-лімфоцитів на 10,35 % вище норми, що свідчить про їх участь в імунних реакціях. Кількість Т-лімфоцитів утримується на нормальних показниках протягом 5-ти років, і є компенсаторною реакцією, пов'язаною з виснаженням гранулоцитарної ланки лейкоцитів. Однак у хворих з ТВ більше 5-ти років відмічаються прояви декомпенсації у системі Т-лімфоцитів, що характеризується їхнім зниженням. Зниження пов'язане з появою в циркулюючій крові великої кількості дегенеративних, неповноцінних форм, які знищуються натуральними кіллерами, рівень яких починає зростати

після 1-го року захворювання, що свідчить про утворення дегенеративних форм саме в цей термін. У подальшому відбувається наростаюче збільшення натуральних кілерів, пік якого приходить з довготривалою незаживаючою ТВ понад 10 років.

Неоднозначні результати отримані при дослідженні В-лімфоцитів. Протягом перших двох років рівень В-лімфоцитів утримується в межах фізіологічної норми. Проте уже з другого року починає поступово збільшуватись рівень В-лімфоцитів, що зумовлено підвищеною продукцією антитіл. Така тенденція зумовлюється активацією автоімунних процесів.

Гуморальну ланку імунітету оцінювали за рівнем у сироватці крові хворих імуноглобулінів та ЦІК (табл. 2).

Показники гуморального імунітету (X±m)

Групи хворих	IgG, г/л	IgM, г/л	IgA, г/л	ЦІК, г/л
6 – 12 міс.	18,35 ± 2,12*	6,58 ± 0,72*	4,37 ± 0,66	1,19 ± 0,17
12 – 24 міс.	10,88 ± 1,53	5,14 ± 0,48*	3,23 ± 0,23	2,09 ± 0,19
2 – 5 років	6,35 ± 0,91	2,94 ± 0,34	2,14 ± 0,21	3,03 ± 0,33*
5 – 10 років	4,72 ± 0,51	1,83 ± 0,11	0,95 ± 0,09	5,41 ± 0,85*
Понад 10 років	3,99 ± 0,54*	0,38 ± 0,05	0,68 ± 0,07	6,23 ± 0,65**

Примітки: * – достовірна різниця норми та отриманих показників $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

У хворих з ТВ протягом 6-12 міс. відзначено зростання рівня імуноглобулінів сироватки: IgG – на 14,69 %, IgM – на 186 %, IgA – на 9,25 %. При дослідженні рівня IgM та IgA хворих в інших вікових групах (1-10 років) виявлено зниження цих імуноглобулінів до нормальних показників (норма IgG становить 7,0 – 16,0 г/л; IgM – 0,4 – 2,3 г/л; IgA – 0,7 – 4,0 г/л). Зниження нижче від рівня норми IgM та IgA як прояв

імунодефіциту відзначено у хворих з ТВ понад 10 років. Патологічне зниження рівня IgG відзначено у хворих з ТВ більше 2-х років.

Гіпогамаглобулінемія, особливо за рахунок IgG, пов'язана з дефіцитом споживання на нейтралізацію великої кількості антигену. Тому актуальним у цих умовах виявилось визначення ЦІК.

У всіх досліджуваних групах виявлено понаднормове зростання рівня ЦІК (норма становить до 0,025 г/л), збільшення яких було прямопропорційне тривалості ТВ у хворих. Зростання концентрації ЦІК в сироватці хворих непрямо свідчить про те, що імунна реакція у цих хворих набуває характеру автоімунної.

ВИСНОВКИ

1. Протягом першого року у хворих відзначено високу напруженість імунних процесів,

компенсаторні можливості яких вичерпуються протягом п'яти років наявної ТВ із розвитком явищ вторинного імунодефіциту.

2. Виявленна імунна недостатність сприяє вегетації на рані умовно-патогенної флори, пригніченню репаративних процесів.

3. Зумовлені порушення змінюють принципи лікувальної тактики у хворих, у тому числі хірургічної, виникненню показань до імунокорекції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Єлісеєв Г.Ю. Дерматолімфангіоаденіт у пацієнтів з хронічною венозною недостатністю / Г.Ю. Єлісеєв, І.І. Кобза // Укр. мед. часопис.– 2001.– №1.– С. 84 – 86.

2. Липницький Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницький.– М. : Медицина, 2001.– 160 с.

3. Романовський А.В. Особенности иммунореактивности у больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами / А.В. Романовський, В.К. Макаров // Флебология. – 2004.– №2.– С. 9 – 11.

4. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В. А. Гологорский, А.И. Кириенко [и др.] – М. : Медицина, 2001.– 664 с.



УДК 616.596-089

**А.Г. Шевчук,
М.Д. Василюк,
С.М. Василюк,
В.М. Федорченко,
О.Л. Беркій*,
В.М. Галюк,
Н.М. Павлюк**

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВРОСЛОГО НІГТЯ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Міська клінічна поліклініка №1
м. Івано-Франківськ*

Ключові слова: *врослий ніготь, резекція нігтя й матрикса, поляризуєче поліхроматичне світло*

Key words: *growing in nail, resection of nail and matrices, polarizing polychromatic light*

Резюме. У 165 больных (132 – I стадии и 23 – III) выполнено маргинальную резекцию ногтевой пластинки и ее матрикса с формированием ногтевого валика швами. У 84 больных швы не накладывались. Больным с наличием абсцесов их раскрывали и выполняли краевую резекцию ногтя или его полное удаление. У 102 больных с I и III стадией заболевания и у 27 со II стадией операцию дополняли сеансами поляризирующей полихроматической светотерапии. Такая тактика дала возможность через один год уменьшить количество рецидивов до 8,8% против 18,3% в контрольной группе.

Summary: In 165 patients (132 pts – stage I and 23 – stage II) marginal resection of nail plate and its matrix with formation of nail fold with sutures was performed. Sutures were not applied to 84 patients. Patients with abscesses underwent their opening and marginal nail resection or its complete removal. In 102 patients with I and III stage of disease and in 27 pts with II stage, surgery was supplemented with series of polarizing polychromatic light therapy. This tactics gave possibility to reduce number of relapses to 8,8% against 18,3% in a control group in a year.

Врослий ніготь (ВН) – Onychocryptosis, є однією з найбільш частих причин звернення до хірурга в амбулаторних умовах – від 0,5% до 10 % хворих [5, 7]. ВН серед амбулаторних гнійно-запальних захворювань посідає друге місце [2]. Для цього захворювання характерною є хронічна патологічна компресія краєм нігтьової пластинки епоніхіального валика та розвиток у ньому хронічного запалення, нерідко з формуванням некрозів та гіпергрануляцій [6]. Унаслідок цього виникає деформація нігтьової пластинки та її ложа, гіпертрофія, гіперемія та набряк епоніхіального валика, і можуть розвиватися симптоми епоніхіального абсцесу [1]. Інфільтративно-серозну стадію змінює гнійно-некротична [8], яка з часом переходить у хронічну форму з формуванням вогнищ некрозів та гіпергрануляцій, які є воротами для проникнення мікст-інфекцій і формування гнійників. Незважаючи на десятки варіантів оперативного лікування, результати їх залишаються невтішними, а рецидиви ВН коливаються від 30 до 90 % [2].

Це пояснюється тим, що на поліклінічному рівні не враховуються особливості патогенетичних змін у зоні ураження і, в першу чергу, локальних змін кровообігу й мікроциркуляції у зв'язку з тромбуванням і стазом крові в термінальних відділах судин пальців і стопи, що призводить до виникнення локального ацидозу й гіпоксії, а вони сприяють прогресуванню гнійно-некротичного процесу. Знизити частоту ускладнень та зменшити інтенсивність нагноєнь у рані можна доповненням радикального оперативного лікування поляризованою, поліхроматичною світлотерапією (ППС). Клініко-експериментальними дослідженнями доведено, що ППС, яке включає видимий діапазон сонячного спектру й частину інфрачервоного (довжина хвилі від 480 до 3400 нм) з питомою потужністю – 40 мВт/см², має протизапальну, імуномодулюючу дію, збільшує кількість рівня факторів росту, зменшує вміст прозапальних цитокінів [3], активує мікроциркуляцію з покращенням трофіки й газообміну тканин, приводить до прискореного перебігу усіх фаз ранового процесу й швидкого загоєння шляхом стимуляції проліферації клітин епітеліального походження, сприяючи утворенню ніжних рубців [4, 9].

Мета роботи: покращити результати комплексного хірургічного лікування хворих на врослий ніготь галюкса шляхом удосконалення оперативної техніки та місцевого застосування поляризованої поліхроматичної світлотерапії апаратом «Біоптрон».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 311 хворих на ВН віком від 18 до 81 року в умовах хірургічного відділення поліклініки № 1 та у стаціонарі МКЛ № 1 за 2008-2009 рр. Більшість з них: 280 (90%) – особи працездатного віку, а 31(10%) були у віці від 61 до 81 року. Переважна частка – 245 осіб знаходились на лікуванні в поліклініці, а 63 – у стаціонарі. Переважали жінки – 180 (58%), чоловіків було 131 (42%). За локалізацією: галюкс правої стопи був уражений у 143 (45,9 %), лівої – 168 (54,1%), обох стіп – у 29 (9,3%) осіб. При розподілі хворих за клінічним перебігом ми використовували класифікацію А.Р. Вергуна (2008). Першу групу – 132 (42,4%) особи з неуспадкованою клінікою ВН складала хворі з початковою (першою) стадією захворювання з явищами незначного інфільтративно-серозного запалення епоніхіального валика. Другу групу – 58 (18,7%) осіб формували хворі з гострою гнійною патологією (епоніхіальний і параніхіальний абсцес) і мали другу стадію захворювання. Третю групу – 121 (38,9%) особа з хронічним гнійно-некротичним запаленням і гіпергрануляціями епоніхіального валика складала хворі з третьою стадією захворювання. За макроскопічною класифікацією змін нігтьових пластинок варіант – нігтьова «шпора» була в 137 (44%); зазубрений край і потовщення нігтьової пластинки у 124 (40%); шатроподібна деформація краю нігтя – у 50 (16%) хворих.

Тактика хірургічного лікування залежала від стадії захворювання та стану нігтьової пластинки. Оперативні втручання в 70% виконували під місцевим знеболенням за методом Оберста-Лукашевича із застосуванням розчину новокаїну або лідокаїну. В останній час використовували анестетик ультракаїн, який забезпечував надійний гемостатичний та тривалий (до 4-6 годин) знеболюючий ефект. При епоніхіальних та параніхіальних абсцесах у 62 хворих виконано розкриття абсцесів (58) і крайову резекцію нігтьової пластинки (35) чи повне її видалення за Дюпюїтреном (27). У 249 хворих виконали маргінальну резекцію нігтьової пластинки та її матрикса, при цьому у 165 (з першою стадією – 132, з третьою – 23) цей етап був доповнений формуванням нігтьового валика шляхом накладання поодиноких швів на м'які тканини та проведення монофіламентної нитки через м'які тканини та термічно сформовані отвори в нігтьовій пластинці (з метою попередження її розшарування). У 84 хворих нами виконано операцію Ванденбоса, що включала маргінальну резекцію нігтьової пласт-

тинки й матрикса без формування епоніхіального валика й створювала умови для загоєння рани вторинним натягом. У 34 хворих з помірними гіпергрануляціями операція була модифікована шляхом накладання 2-3 швів на м'які тканини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою покращення результатів у 102 хворих з I і III стадією захворювання, яким було виконано краєву резекцію нігтя і його матрикса, та 27 з II стадією, операції доповнювали сеансами ППС протягом 6-10 днів з експозицією 8-10 хв. Після цього рани обробляли антисептичним розчином і накладали водорозчинні мазові пов'язки. Усім хворим проводилась адекватна антибактеріальна терапія. При ушиванні рани мазі не використовувалися. Усі 129 хворих склали основну групу, решта 182 були в контрольній групі.

При аналізі результатів лікування хворих контрольної групи з гострими гнійно-некротичними ускладненнями при розкритті гнійника й крайовій резекції пластинки, було встановлено, що через 6-12 місяців настав рецидив у 17 хворих (89 %) із 19, тоді як в основній групі рецидив настав у 11 (74 %) із 15 пацієнтів. При операції Дюпюїтрена рецидив у пацієнтів контрольної групи настав у 14 (87%) із 16, а в основній – у 9 (75%) із 12. У контрольній групі з 97 хворих, яким виконано формування нігтьового валика шляхом накладання швів, рецидив ВН настав у 17 (17,5%), а в основній групі у 6 (8,8%) із 80 хворих. При операції Ванденбоса в контрольній групі кількість рецидивів становила 7 (19%) з 50, а в основній з 34 – 3 (8,5%) хворих. Таким чином, доповнення радикального хірургічного лікування сеансами ППС дозволило значно

покращити його результати при II стадії захворювання, де кількість рецидивів знижувалась з 88,5% до 74%, так і при плановому лікуванні, де кількість рецидивів становила 8,8% проти 18,3% в контрольній групі, тобто в 91,2% випадків вдалося досягти повного клінічного одужання.

ВИСНОВКИ

1. При проведенні комплексного хірургічного лікування хворих з ускладненим перебігом врослого нігтя слід враховувати стадію захворювання. При гострому гнійно-некротичному процесі виконуємо розкриття гнійника, крайову резекцію пластинки або її повне видалення, що навіть при застосуванні ППС дає 74 % рецидивів і вимагає повторних оперативних втручань.

2. При неускладнених формах врослого нігтя необхідно виконувати операції резекції нігтьової пластинки та її матрикса з формуванням нігтьового валика шляхом накладання швів.

3. При виражених гіпергрануляціях проводимо резекцію нігтьової пластинки, матрикса з висіченням нігтьового валика й гіпергрануляцій без накладання швів.

4. З метою прискорення фази ранового процесу та формування ніжного післяопераційного рубця, радикальні операції слід доповнювати сеансами поляризованого поліхроматичного світла апаратом «Біоптрон», що дозволяє знизити кількість рецидивів через один рік до 8,8% проти 18,3% в контрольній групі.

Перспективи подальших досліджень: провести ультраструктурні вивчення параепоніхіальних тканин галюкса, на основі чого модифікувати методику хірургічної санації врослого нігтя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вергун А.Р. / Врослий ніготь клініко-морфологічна класифікація / А.Р.Вергун // Хірургія України. – 2008. - № 3 (27). – С. 54-57.
2. Гуров П.И. / Опыт лечения вросшего ногтя // «История городского муниципального объединения им. С.П. Боткина и современного состояния специальной медпомощи» / П.И. Гуров. – Орел, 1999. – С. 163-164.
3. Жеваго Н.А. Модуляция пролиферации лимфоцитов периферической крови после облучения добровольцев полихроматическим видимым и инфракрасным светом // Н.А. Жеваго, К.А. Самойлов // Цитология. – 2004. - №46 (6). – С. 567-577.
4. Ишмаментьев И.И. Применение поляризованного полихроматического света при омолаживающих операциях на лице: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / И.И. Ишмаментьев. – М., 2009. – 28с.

5. Пермяков Н.И. Сравнительная оценка некоторых способов лечения вросшего ногтя: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Н.И. Пермяков. – Астрахань, 1999. – 23 с.
6. Сокольник С.О. / Клініко-морфологічні особливості інкарнації нігтя у дітей / С.О. Сокольник // Хірургія дитячого віку. – 2006. – Т. III, №2 (II). – С. 50-55.
7. Baran R. Pincer nails: definition and surgical treatment / R. Baran, E. Haneke, B. Richert // Dermatol. Surg. – 2001. – Vol. 27, N 3. – P 261-266.
8. Burkhart C.N. Dermatophytoma: Recalcitrance to treatment because of existence of fungal biofilm / C.N. Burkhart, C.G. Burkhart, A.K. Gupta // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol.4, N 47. – P. 629-631.
9. The effect of polarized light on wound healing / S. Moustrey H. Hocksem, K. Depuydt [et al.] // Eur. J. Plast. Surg. – 2002. – Vol.24. – P. 377-382.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛОЗ ТА ХРЕБТА

УДК 616.441-008.61-089.886

*Ю.А. Сидоренко,
А.Г. Высоцкий,
С.И. Гюльмамедов*

СИНДРОМ КОМПРЕССИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШЕЙНО- МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Ключевые слова: *загрудинный зоб, верхняя грудная апертура, компрессионный синдром*
Key words: *upper thoracic aperture, substernal goiter, compression syndrome*

Резюме. *На підставі аналізу результатів обстеження 105 хворих з патологією щитоподібної залози шийно-медіастинальної локалізації запропоновано об'єктивний кількісний показник міри вираженості компресії, визначуваний за даними КТ. Вивчений вплив компресії на зовнішнє дихання і гемодинаміку в судинах шії. Хірургічне лікування проведено із застосуванням власних методів оптимізації оперативного втручання і профілактики ускладнень, що дозволило виключити операційну летальність і знизити кількість ускладнень на 2,4%.*

Summary. *On the basis of analysis of examination results of 105 patients with pathology of thyroid gland of neck-mediastinal localization the objective quantitative index of degree of expression of compression, determined from CT data is offered. Influence of compression on the external breathing and hemodynamics in the neck vessels is studied. Surgical treatment is conducted with the use of own methods of operative procedure optimization and complications prophylaxis; this allowed to eliminate operating lethality and reduce the amount of complications by 2,4%.*

На фоне возрастающей частоты заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) в ее структуре увеличивается и удельный вес тиреопатологии шейно-медиастинальной локализации (ТПШМЛ), что связано как с расширением консервативной тактики, так и с недостаточной радикальностью оперативного лечения [1, 2, 3, 4]. У 30-40% пациентов течение патологии щитовидной железы с наличием медиастинальной порции осложняется развитием компрессионного синдрома [3, 5], оценка степени выраженности которого и риска развития асфиксии до настоящего времени осуществляется субъективно. Остается высоким уровень осложнений и летальности при операциях по поводу ТПШМЛ [5].

Цель работы – улучшение результатов диагностики и хирургического лечения патологии щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации, осложненной компрессией органов шеи и верхнего средостения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для проведения исследования была сформирована выборка, включившая 105 больных обоего пола с ТПШМЛ, представленной преимущественно узловым зобом, реже – иными забо-

леваниями, в т.ч. в 9,5% – злокачественными. В 62 (59,0%) случаях течение ТПШМЛ было осложнено компрессионным синдромом.

Пациентам проведены клинико-анамнестические, физикальные и инструментальные (рентгенография, КТ, УЗИ, доплерография сосудов, шеи, пневмотахография) исследования. 102 (97,1%) пациента с ТПШМЛ были оперированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ жалоб и клинических симптомов не выявил специфичных для изучаемой патологии. У 59 (56,2%) больных жалобы, описываемые в литературе [1] как характерные для компрессионного синдрома, были вызваны причинами, не связанными с ЩЖ (кардиореспираторная и ЛОР-патология).

Оценка результатов полипозиционной рентгенографии с контрастированием пищевода при ТПШМЛ указывает на низкую информативность данного метода (чувствительность – 80%). Однако в связи с доступностью он может использоваться на начальных этапах обследования.

КТ, по нашим данным, является наиболее информативным (чувствительность – 100%) методом в выявлении и оценке ТПШМЛ и ее ослож-

нений. Для объективизации оценки компрессионных осложнений ТПШМЛ нами разработан и обоснован метод, основанный на количественной оценке КТ-изображений и расчете коэффициента обтурации по формуле: $КО\ ВГА = (S_{ЩЖ} - S_T) / S_{ВГА}$, где $S_{ЩЖ}$ – площадь сечения ЩЖ в избранной проекции; S_T – площадь сечения трахеи в избранной проекции; $S_{ВГА}$ – площадь ВГА. Метод позволяет количественно оценить уровень компрессии, что важно для прогнозирования течения заболевания и выбора тактики лечения.

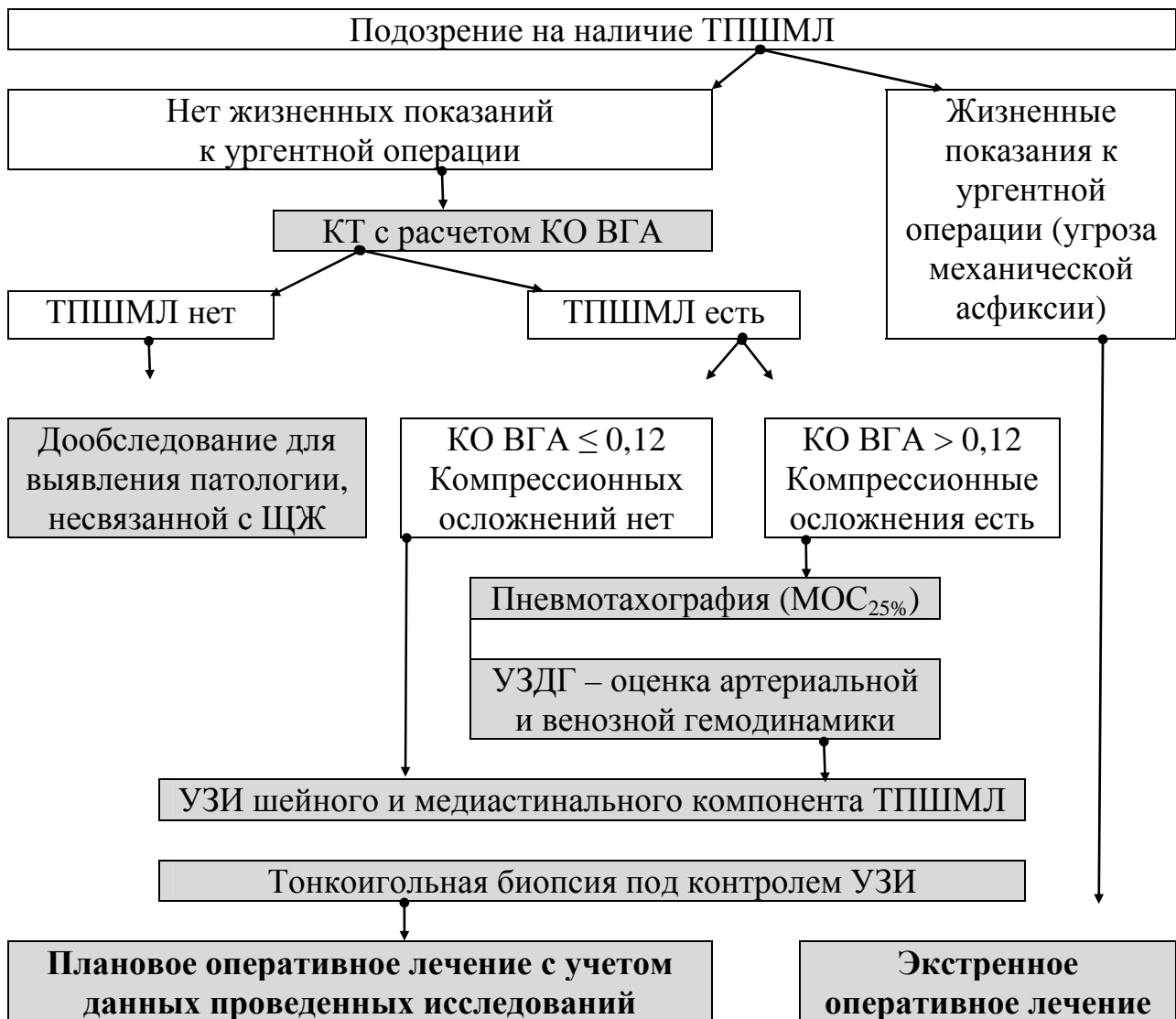
УЗИ по стандартной методике малоинформативно в выявлении медиастинальной порции ЩЖ (чувствительность – 54,8%). Для повышения информативности метода была модифицирована методика проведения исследования (конвексный датчик 3-5 МГц, супрастернальный

доступ), что позволило повысить чувствительность УЗИ в выявлении ТПШМЛ до 100%. Установлено, что в диагностике компрессионных осложнений ТПШМЛ УЗИ малоэффективно.

Пневмотахографические исследования позволили установить, что компрессия трахеи вызывает дыхательную недостаточность. Наиболее информативным показателем таковой является $МОС_{25\%}$, которая находится в достоверной обратной зависимости от КО ВГА ($p < 0,05$).

Ультразвуковая доплерография сосудов шеи при ТПШМЛ позволила выявить зависящее от степени обтурации ускорение артериального и венозного кровотока и увеличение диаметра яремных вен.

На основании проведенных исследований предложен алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на ТПШМЛ (рис.).



Алгоритм обследования пациента при подозрении на ТПШМЛ

102 (97,1%) пациента с ТПШМЛ были оперированы. В основном показаниями к операции выступили компрессионные осложнения различной степени выраженности, в отличие от операций при болезнях ЩЖ типичной локализации, где основным показанием является онкопатология. На основании значений КО ВГА показания разделяли на относительные (21,6%), абсолютные (49,0%) и жизненные (29,4%).

При развитии нарушений дыхания, вызванных ТПШМЛ, методом выбора является наложение трахеостомы с помощью интубационной трубки и проведение последней ниже уровня сдавления, что позволяет восстановить проходимость дыхательных путей; либо, что менее результативно, назо-трахеальная интубация трубой № 5-6 с удлинителем.

Объем операции определяли индивидуально на основании данных обследования. Во всех случаях была использована измененная экстрафасциальная методика, особенностью которой являлась мобилизация ЩЖ без рассечения *m.sternochioidea* и *m.sternothyreoidea*. Преимуществами такой методики являются: возможность выделения медиастинального компонента единым блоком, радикальность операции, удовлетворительная визуализация, в частности, возвратного нерва и паращитовидных желез, при удалении медиастинальной порции, максимально возможная бескровность вмешательства.

У 4 (3,8%) пациентов вследствие выраженного спаечного процесса, практически полного расположения патологического образования в средостении и инвазивного роста в случаях рака была использована частичная продольная стернотомия. Достоинствами таковой является то, что операция производится внеплеврально, обеспечивается хорошая видимость для радикального удаления медиастинального компонента, уменьшается опасность повреждения близлежащих органов и крупных сосудов.

В случаях нарушения проходимости трахеи из-за инвазии опухоли щитовидной железы выполняли удаление пораженного фрагмента трахеи с формированием трахеогортанного анастомоза. В 5 случаях при раке ЩЖ шейно-медиастинальной локализации развитие синдрома верхней полой вены было обусловлено инвазией опухоли во внутренние яремные вены, которые в процессе операции были удалены с опухолью.

Для профилактики внутригрудных осложнений вследствие повреждения медиастинальной плевры была использована методика активного

дренирования зоны хирургического пособия полым трубчатым дренажом с постоянной активной аспирацией, применение которой позволило во всех случаях избежать указанных осложнений. Также была использована методика превентивной перевязки *v. Kocher* с целью предупреждения развития неконтролируемого кровотечения из нее.

Во всех случаях был достигнут удовлетворительный результат операции. Осложнения развились у 6 (5,7%) больных: транзиторная гипокальциемия после тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба – 3 (2,9%), гематома в ложе удаленной ЩЖ – 1 (1,0%), кровотечение из передней яремной вены – 1 (1,0%), иссечение возвратного нерва с последующим односторонним парезом – 1 (1,0%). Все осложнения были купированы. Рецидивов ТПШМЛ не наблюдали.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее информативным методом, позволяющим диагностировать наличие компрессионных осложнений ТПШМЛ, является КТ – 100%, чувствительность рентгенологического исследования составляет – 87,9%, УЗИ по стандартной методике – 54,8%.

2. Объективным количественным показателем степени выраженности компрессии является предложенный КО ВГА.

3. Обтурация ВГА вызывает достоверное ($p < 0,05$) ускорение кровотока в общих сонных и паравертебральных артериях, позвоночных венах, увеличение диаметра яремных вен; при усилении компрессии до выраженной линейная скорость крови в артериях снижается.

4. Компрессия трахеи со стороны ТПШМЛ вызывает статистически значимую вентиляционную недостаточность, что проявляется снижением МОС25% ($r = -0,5692$, $p < 0,01$); угроза механической асфиксии требует проведения экстренных мероприятий: формирование высокой трахеостомы с проведением интубационной трубки ниже места сдавления либо, при невозможности таковой, назо-трахеальная интубация.

5. Внедрение усовершенствованных приемов оперативного вмешательства на ЩЖ при синдроме компрессии позволило исключить операционную летальность и снизить количество осложнений с 8,1% до 5,7%, в т.ч. потребовавших хирургической коррекции – с 3,6% до 0,9%.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: руководство / Е. А. Валдина. — СПб.: Питер, 2006. — 368 с.
2. Діагностика та лікування вузлового зоба з шийно-загрудинним розташуванням / В.І. Десятерик, С.П. Міхно, Л.М. Поліщук [та ін.] // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2003. — № 2(3). — С. 53—56.
3. Романчишен А.Ф. Вузловий зоб шийно-загрудинної локалізації / А.Ф. Романчишен, В.А. Колосюк, Е.А. Федоров // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1 (1). — С. 18—20.
4. Черенько С.М. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зоба: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань / С.М. Черенько // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1 (1). — С. 7—9.
5. Ahmed M.E. Retrosternal goiter: the need for median sternotomy / M.E Ahmed, E.O. Ahmed, S. Mahadi // World J. Surg. — 2006. — Vol. 30, N 11. — P. 1945—1948.



УДК 616.45-006-089(477.63)

**А.Б. Кутовой,
И.В. Дейнеко,
М.А. Кутовой,
С.П. Меренкова**

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова

Цель исследования – оценка результатов обследования и хирургического лечения больных с опухолями надпочечников.

За период с 2009 по 2012 г. нами было обследовано и оперировано 25 больных в возрасте от 47 до 76 лет с опухолями надпочечников. Из них 8 мужчин и 17 женщин. В 21 случае патологический процесс располагался слева, в 4 – справа. Обследование больных включало: УЗИ, спиральную КТ, определение кортизона, альдостерона, при необходимости дегидроэпиандростерона-сульфата, ренина и адренокортикотропного гормона в сыворотке крови, метанефрина в моче.

Опухоли размерами 3,5-6,0 см были у 13 больных, 6,1-10,0 см – у 11, более 10,0 см – у 1. В 1 случае перед операцией была выявлена умеренная гиперальдостеронемия (935 пмоль/мл), в 2- гиперметанефринемия (361 и 375 мкг/сут.). В 21 случае произведены тотальные, в 3 (при аде-

номах и кисте) - субтотальные адреналэктомии. У 10 больных использована срединная лапаротомия, у 6 операция выполнена лапароскопически (1 конверсия в связи с кровотечением), у 9 – лапароскопически методом «hand-assisted» с использованием системы для ручного доступа dextrus фирмы Ethicon. Последние два варианта гарантировали почти эквивалентный отличный косметический эффект, быструю физическую реабилитацию пациентов. Ручное ассистирование обеспечивало дополнительные удобства при выделении и удалении опухолей, в том числе больших размеров. По данным гистологического исследования в 15 случаях имела место аденома, в 5 – адренокортикальный рак, в 2 – феохромоцитомы, в 1 – альдостерона, в 1- ганглионеврома, в 1 – дермоидная киста. В послеоперационном периоде значимых нарушений со стороны гормонального статуса не отмечали.



УДК 616.428-002-072.1

**В.В. Соколов,
В.Г. Гетьман,
О.В. Лінчевський**

ШИЙНА МЕДІАСТІНОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
м. Київ*

Диференціальна діагностика захворювань, що супроводжуються збільшенням внутрішньогрудних лімфовузлів, залишається інвазивною. Ми використовували шийну медіастіноскопію для біопсії лімфовузлів середостіння як один з методів інвазивної діагностики, що мала значні переваги перед іншими.

З 2006 по 2011 рік виконано 83 шийні медіастіноскопії, останні чотири з них - у вигляді відеомедіастіноскопії. 50 пацієнтів мали збільшення внутрішньогрудних лімфовузлів нез'ясованої етіології, 31 – рак легенів, 2 – інші захворювання. Серед пацієнтів з лімфаденопатією було 32 жінки та 18 чоловіків віком від 18 до 71 року, середній вік 33,4 року. Найчастіше (40) біоптати брались з однієї зони медіастінальних лімфовузлів. У решті випадків (10) – із двох зон. На основі гістологічного дослідження встановлений діагноз саркоїдозу в 32 випадках,

лімфоми середостіння – в 12 випадках, туберкульозу внутрішньогрудних лімфовузлів – в 1 випадку, метастазів карциноми нирки – в 2, карциноми нез'ясованої первинної локалізації – в 1, норма - у 2 випадках. Периопераційних ускладнень не було. Строк перебування у стаціонарі становив 2 доби у всіх пацієнтів. Чутливість та специфічність методу становила 100%.

Мінімальна інвазивність, відсутність периопераційних ускладнень, короткий строк перебування у стаціонарі та 100% чутливість і специфічність методу робить шийну медіастіноскопію головним засобом діагностики внутрішньогрудних лімфаденопатій.

Шийна медіастіноскопія є оптимальним методом отримання біопсійного матеріалу при локалізації патологічного процесу в паратрахеальній та підбіфуркаційній ділянці, межах аортального вікна та головних бронхів.



УДК 616.711-001.5-089.819

**О.В. Лінчевський,
С.О. Панфьоров,
В.В. Соколов,
В.Г. Гетьман**

ПЕРЕДНІЙ ДОСТУП ДО ГРУДНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА: РОЗМІР НЕ МАЄ ЗНАЧЕННЯ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Київська міська клінічна лікарня №17*

Оперативне лікування «вибухових» переломів тіл грудних та поперекових хребців передбачає виконання корпоректомії, вертебропластики та переднього спондилодезу. Такий обсяг втручання може успішно виконуватись через класичний торакотомний та відеоторакоскопічний доступи. У дослідженні ми порівнюємо ці доступи при виконанні передньої стабілізації хребта у пацієнтів з поєднаною травмою.

У віділенні політравми КМКЛІ 17 впродовж 2004 – 2010 років проліковано 5837 пацієнтів з тяжкою закритою поєднаною травмою. Серед

них у 445 пацієнтів з переломами хребта виконано 257 операцій з приводу спінальної травми. Трансторакальний, передній доступ застосований у 61 пацієнта з переломами типу А3, В та С, з локалізацією від Th3 до L2. У всіх випадках виконувалась корпоректомія уражених тіл хребців, декомпресія каналу, заміщення тіла хребця титановою конструкцією та накладання системи передньої стабілізації. Втручання на рівні Th11 – L2 потребувало виконання діафрагмотомії. Ретроспективно порівняні результати оперативного лікування 44 пацієнтів, оперованих у 2004-2008

роках через торакотомний доступ, та 17 пацієнтів, оперованих в 2009 – 2010 роках відеоторакоскопично.

Тяжкість травми була однакова в обох групах і становила за ISS 21 (11 – 41) бал. Діафрагматомія виконувалась у 8 з 17 VATC та у 19 з 44 пацієнтів, оперованих через торакотомію. Медіана часу відеоторакоскопії становила 340 (200 – 545) хв., при торакотомії час втручання становив 325 (115 – 525) хв. Крововтрата становила 500 (100 – 1600) мл та 500 (200 – 1800) мл відповідно. Плевральну порожнину було дреновано 4 (2 – 7) дні в групі VATC та 4 (3 – 14) дні при торакотомії. Серед ускладнень, пов'язаних з виконанням доступу, у 44 пацієнтів з торако-

томією спостерігали накопичення рідини у 6, ателектаз у 2 та серому рани у 2 хворих. Серед 17 пацієнтів, оперованих торакоскопично, спостерігалось 3 випадки накопичення рідини та 1 некроз шкірних країв рани. Всі розбіжності статистично не значущі. Жодного випадку нестабільності конструкції або зміщення елементів не було в обох групах.

Передній доступ до грудного та поперекового відділу хребта може бути однаково успішно забезпечений і через класичну торакотомію, і через відеоторакоскопію. Переваги відеоторакоскопії з огляду на меншу хірургічну травму та косметичність є очевидними, особливо для втручань на рівні Th3-Th4 та Th11-L2.



ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ТА РІЗНОЇ КІЛЬКОСТІ КУРСІВ АСИТ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ

Міський алергологічний Центр (міська клінічна лікарня № 7)
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: поліноз, алерген-специфічна імунотерапія, клінічна картина, рівень цитокінів, імуномодулятор галавіт

Key words: pollinosis, allergen-specific immune therapy, clinical picture, cytokines level, immunomodulator galavit

Резюме. В статті представлені дані впливу різних методів і різного количества курсів АСИТ на клінічну симптоматику, ФВД, рівень Ig E, динаміку IL-4, 5, 10, 12, IFN- γ у больових полінозом з різним стажом хвороби, визначені кореляційні зв'язки між рівнем Ig E і цитокінів в процесі проведення АСИТ. Отримані дані, підтверджують, що своєчасне призначення АСИТ дозволяє уникнути прогресування полінозу і розвитку бронхіальної астми. Ефективність АСИТ підтверджена достовірним зниженням рівня IL-4, 5, підвищенням IL-12, IFN- γ і зниженням Ig E. Проведення АСИТ на фоні імуномодулятора галавіт є найефективнішою схемою профілактики загострення полінозу. Найкраща динаміка клінічних симптомів і імунологічних показників спостерігається після 3 і 5 курсів АСИТ.

Summary. This paper presents data on influence of different methods and different number of ASIT courses on clinical symptoms, the level of Ig E, dynamics of IL-4, 5, 10, 12, IFN- γ , in ERF patients with pollinosis with different disease experience, correlation between the level of Ig E and cytokines in the treatment of ASIT was identified. Evidence obtained showed that timely ASIT administration can prevent the progression of pollinosis and bronchial asthma development. The effectiveness of ASIT is confirmed by a significant decrease in the level of IL-4, 5, increased IL-12, IFN- γ and decreased Ig E. Conducting of ASIT accompanied by immunomodifier galavit is the most effective scheme in prevention of pollinosis exacerbation. The best dynamics of clinical symptoms and immunological parameters was observed after 3 and 5 ASIT courses.

Поліноз (Пз) належить до числа найпоширеніших алергічних захворювань, на яке страждають від 5% до 30% населення різних країн світу, і характеризується гострими алергічними запальними змінами переважно у слизових оболонках дихальних шляхів і очей. Розвитку клінічних проявів Пз передують період сенсibiliзації, у результаті якого відбувається підвищення рівня специфічних IgE-антитіл до пилку рослин. Для кожного регіону характерний свій «графік пилкування» рослин. Так, для м. Дніпропетровська найбільш характерною є III пилкова хвиля (липень-серпень-жовтень), коли відмічається пилкування полину, амброзії, лободи, соняшнику, кукурудзи, циклахени.

Головною метою лікування хворих на Пз є зменшення вираженості ринокон'юнктивальних симптомів, досягнення тривалої ремісії хвороби, покращання якості життя пацієнта і попередження розвитку бронхіальної астми, що можливо досягти лише при проведенні алерген-специфічної імунотерапії (АСИТ). Існують різні підходи до її проведення, які постійно вдоско-

налюються, але їх ефективність і безпечність потребують подальшого дослідження. Саме тому метою нашої роботи стало вивчення впливу різноманітних методів та різної кратності курсів АСИТ пиловими алергенами на динаміку клінічної симптоматики, функції зовнішнього дихання (ФЗД) та показників стану імунної системи хворих на Пз.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням перебували 324 хворих на поліноз, мешканців м. Дніпропетровська, віком від 18 до 57 років. Середній вік ($M \pm s$) пацієнтів становив $36,8 \pm 11,2$ року, серед них жінок було 186 (57,4%), чоловіків – 138 (42,6%). При цьому 110 (34,0%) пацієнтів були віком до 30 років, 143 (44,1%) – 31-50 років, 71 (21,9%) – старше 50 років. Тобто переважна частина хворих на Пз знаходилася в активному працездатному віці, що додатково підкреслювало медико-соціальну значущість проблеми.

Основними клінічними проявами Пз у пацієнтів на початку дослідження були: сезонний

алергічний риніт (n=313; 96,6% пацієнтів) і кон'юнктивіт (n=288; 88,9%), переважно у поєднаній формі ринокон'юнктивіту (n=287; 88,6%). Тривалість захворювання (від моменту постановки діагнозу) коливалась від 1 до 36 років, в середньому становила $9,6 \pm 7,0$ року. Стаж хвороби до 5 років мали 87 (26,9%) пацієнтів, від 5 до 10 років – 129 (39,8%), більше 10 років – 108 (33,3%) хворих.

У всіх хворих на Пз при проведенні прик-тесту виявлена сенсibiliзація до пилоквих рослин літньо-осінньої (n=318; 98,2%) і/або весняно-літньої полінації (n=40; 12,4%). Причому у переважної кількості хворих (83,6%) виявлена позитивна алергічна реакція на пилок трьох і більше рослин, у тому числі у 40,7% – на 4 алергени, а майже у кожного п'ятого пацієнта (18,5%) – на 5 і більше алергенів. В середньому в одного хворого виявлялось ($M \pm s$) $3,6 \pm 1,09$ причинно-значущих пилоквих алергени. Майже у половини хворих на поліноз (n=133; 41,0%) виявлено полівалентну сенсibiliзацію до пилоквих і побутових алергенів, переважно до домашнього пилу (n=110; 34,0%) і кліщів *Dermatophagoides farinae* і *pteronysinus* (n=72; 22,2%).

У подальшому 262 (80,9%) пацієнтам була проведена передсезонна АСИТ причинно-значущими пилоквими алергенами за експрес-схемою, у процесі якої 100 (30,9%) хворих одержали один курс, 64 (19,8%) – два курси, 33 (10,2%) – три курси, 65 (20,1%) пацієнтів – п'ять курсів АСИТ. Інші 62 (19,1%) пацієнти, які отримували тільки стандартну фармакотерапію (H_1 -антигістамінні препарати, кромони, топічні глюкокортикостероїди), склали групу порівняння. Всі виділені групи були порівняними за статтю пацієнтів ($p > 0,20$ при всіх порівняннях).

Крім того, у 75 хворих на Пз дослідження проводилось у дизайні паралельних груп. Всі пацієнти були розділені на три клінічні групи залежно від методу АСИТ: I група – 36 (53,8%) пацієнтів, які одержували АСИТ причинно-значущими алергенами методом підшкірних ін'єкцій за експрес-схемою. II група – 24 (32,0%) пацієнти, одержували АСИТ методом підшкірних ін'єкцій за експрес-схемою з додаванням імуномодулятора галавіт. Препарат призначали у дозі 10мг внутрішньом'язово протягом 10 днів. III група – 15 (20,0%) пацієнтів, які одержували пероральну АСИТ у вигляді драже. Всі вказані групи хворих на Пз також були порівняними за віком ($p > 0,50$), статтю ($p > 0,30$) пацієнтів, тривалістю захворювання ($p > 0,20$).

У всіх хворих до і після проведення АСИТ визначався рівень IL-4, 5, 10, 12, IFN- γ у сироватці

крові методом твердофазного імуносорбентного ензимозв'язаного аналізу за допомогою діагностичних реагентів компанії «Diacione» (Франція). Рівень загального IgE досліджувався за допомогою твердофазного імуоферментного методу на тест – системах виробництва DRG (Німеччина) за допомогою анти-IgE сироватки.

Оцінку ступеня вираженості основних клінічних симптомів Пз проводили тричі (до початку АСИТ і протягом двох сезонів полінації після її проведення) за бальною оцінкою: 0 – симптом відсутній, 1 – легко виражений, 2 – помірно виражений, 3 – сильно виражений, 4 – дуже сильно виражений. Інтегральна оцінка інтенсивності клінічної симптоматики полінозу обчислювалась як сума балів за основними симптомами. Крім того, за допомогою стандартизованої анкети вивчалась задоволеність пацієнтів результатами лікування, яка оцінювалась у 0 балів при відсутності ефекту, 1 бал – задовільний, 2 – добрий, 3 – відмінний результат.

Обробка отриманих даних проводилась з використанням пакету програм Statistica v6.1® (Statsoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження показали (табл. 1), що вже в перший після АСИТ сезон полінації рослин кількість пацієнтів, у котрих зникають основні клінічні симптоми Пз, практично не змінюється, але при цьому інтенсивність їх проявів знижується вірогідно ($p < 0,001$) – у середньому на 20,2-25,7%. У другий після АСИТ сезон полінації вірогідно зменшується як кількість пацієнтів з проявами алергічного риніту і кон'юнктивіту ($p < 0,01-0,001$), так і майже вдвічі знижується інтенсивність їх вираженості. Дещо повільніше до цього часу зменшується кількість хворих з бронхіальними симптомами Пз ($p > 0,30$), проте ступінь вираженості їх проявів також вірогідно (у 1,8 рази; $p < 0,001$) зменшується порівняно з вихідним рівнем.

Динаміка інтенсивності клінічної симптоматики Пз у хворих групи порівняння мала протилежні тенденції (табл.2) – вираженість назальних ($p < 0,10$) і, особливо, кон'юнктивальних та бронхіальних симптомів ($p < 0,05-0,001$) стійко зростала з часом. Інтегральна (сумарна) оцінка вираженості клінічних проявів захворювання до другого дослідження зросла на 17,4% ($p < 0,05$), а до третього – на 33,3% ($p < 0,05$). Особливу увагу викликають дані про збільшення у 2,5 рази ($p < 0,001$) кількості пацієнтів з ознаками бронхообструктивного синдрому в цій групі вже через рік спостереження.

**Динаміка ступеня вираженості основних клінічних симптомів полінозу
під впливом АСІТ (n=262)**

Симптом		До АСІТ (1 дослідження)	Після АСІТ	
			2 дослідження	3 дослідження
Чхання	Абс. (%)#	260 (99,2%)	259 (98,9%)	246 (93,9%)**
	M±s	2,63±0,59	2,10±0,64**	1,35±0,61**
Свербіння і подразнення слизової оболонки носа	Абс. (%)	255 (97,3%)	253 (96,6%)	238 (90,8%)*
	M±s	2,43±0,71	1,89±0,68**	1,19±0,64**
Кон'юнктивіт	Абс. (%)	247 (94,3%)	240 (91,6%)	189 (72,1%)**
	M±s	2,18±0,80	1,62±0,76**	0,90±0,69**
Бронхоспазм	Абс. (%)	93 (35,5%)	95 (36,3%)	83 (31,7%)
	M±s	0,82±1,18	0,65±0,95**	0,46±0,75**
Інтегральна оцінка	M±s	8,07±2,04	6,26±1,98**	3,90±1,71**

Примітки: 1. # – кількість осіб з наявністю симптому; 2. * – p<0,01; ** – p<0,001 порівняно з дослідженням до АСІТ.

Іншою метою нашої роботи було вивчення впливу різних методів проведення АСІТ на клінічну симптоматику Пз. Результати дослідження (табл. 3) показали, що в I клінічній групі в перший після АСІТ сезон полінації рослин кількість пацієнтів, у котрих зникають назальні й кон'юнктивальні симптоми Пз, практично не змінюється (p>0,30), але при цьому інтенсивність їх проявів знижується вірогідно (p<0,01) – в середньому на 13,2-14,0%. У другий після АСІТ сезон полінації в цій групі спостерігається стійка

тенденція до зменшення кількості пацієнтів з проявами алергічного риніту й кон'юнктивіту (p>0,10) і майже вдвічі (на 42,2-45,9%) порівняно з початковим станом знижується інтенсивність їх вираженості (p<0,001). Кількість хворих з бронхообструктивними проявами Пз до цього часу практично не змінюється, проте ступінь вираженості їх проявів також вірогідно (у 1,8 разу; p<0,01) зменшується порівняно з вихідним рівнем.

**Динаміка ступеня вираженості основних клінічних симптомів полінозу у пацієнтів
групи порівняння (n=62)**

Симптом		Вихідний рівень (1 дослідження)	2 дослідження	3 дослідження
Чхання	Абс. (%)	53 (85,5%)	62 (100%)**	59 (95,2%)
	M±s	2,10±0,82	2,32±0,62	2,50±1,28
Свербіння і подразнення слизової оболонки носа	Абс. (%)	53 (85,5%)	61 (98,4%)**	58 (93,5%)
	M±s	1,90±0,92	2,11±0,66	2,34±1,21
Кон'юнктивіт	Абс. (%)	41 (66,1%)	61 (98,4%)**	53 (85,5%)*
	M±s	1,24±0,99	1,50±0,62*	1,66±1,01*
Бронхоспазм	Абс. (%)	16 (25,8%)	40 (64,5%)**	39 (62,9%)**
	M±s	0,52±0,97	0,82±0,74**	1,18±1,03**
Інтегральна оцінка	M±s	5,76±2,91	6,76±1,56*	7,68±4,08*

Примітка. * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 порівняно з 1-им дослідженням.

Динаміка ступеня вираженості основних клінічних симптомів полінозу під впливом підшкірної АСИТ (n=36)

Симптом		До АСИТ (1 дослідження)	Після АСИТ	
			2 дослідження	3 дослідження
Чхання	Абс. (%)#	35 (97,2%)	35 (97,2%)	33 (91,7%)
	M±s	2,72±0,70	2,36±0,72*	1,50±0,61**
Свербіння і подразнення слизової оболонки носа	Абс. (%)	35 (97,2%)	34 (94,4%)	32 (88,9%)
	M±s	2,42±0,77	2,08±0,73*	1,31±0,71**
Кон'юнктивіт	Абс. (%)	35 (97,2%)	33 (91,7%)	32 (88,9%)
	M±s	2,25±0,69	1,94±0,58*	1,30±0,58**
Бронхоспазм	Абс. (%)	11 (30,6%)	11 (30,6%)	10 (27,8%)
	M±s	0,69±1,12	0,58±0,97	0,39±0,69*
Інтегральна оцінка	M±s	8,08±1,87	6,97±1,90**	4,50±1,56**

Примітки: 1. # – кількість осіб з наявністю симптому; 2. * – p<0,01; ** – p<0,001 порівняно з дослідженням до АСИТ.

З даних таблиці 4 видно, що під впливом підшкірної АСИТ на тлі імуномодулятора галавіт також відбувається поступове зменшення кількості хворих з проявами алергічного риніту й кон'юнктивіту впродовж двох періодів спостереження і вірогідне зниження (p<0,05-0,001) інтенсивності їх проявів, починаючи з першого сезону полінації (в середньому на 19,0-20,8%), а до другого – на 41,4-51,1%. Слід відмітити, що в

цій групі було в 1,8 разу більше пацієнтів з проявами бронхообструктивних симптомів Пз, ніж у I групі ($\chi^2=3,35$; p=0,067), проте додаткове включення до АСИТ імуномодулятора галавіт призвело до вірогідного зменшення інтенсивності проявів бронхоспазму до другого дослідження в середньому на 16,3% (p<0,05), до третього – на 51,2% (p<0,001).

Динаміка ступеня вираженості основних клінічних симптомів полінозу під впливом підшкірної АСИТ на тлі імуномодулятора галавіт (n=24)

Симптом		До АСИТ (1 дослідження)	Після АСИТ	
			2 дослідження	3 дослідження
Чхання	Абс. (%)#	23 (95,8%)	22 (91,7%)	20 (83,3%)
	M±s	2,63±0,82	2,13±0,74**	1,54±0,59***
Свербіння і подразнення слизової оболонки носа	Абс. (%)	23 (95,8%)	22 (91,7%)	20 (83,3%)
	M±s	2,25±0,90	1,79±0,78*	1,17±0,76***
Кон'юнктивіт	Абс. (%)	21 (87,5%)	20 (83,3%)	18 (75,0%)
	M±s	2,21±1,06	1,75±0,90**	1,08±0,65***
Бронхоспазм	Абс. (%)	13 (54,2%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)
	M±s	1,29±1,33	1,08±1,10*	0,63±0,77***
Інтегральна оцінка	M±s	8,38±2,22	6,75±2,01***	4,42±1,82***

Примітки: 1. # – кількість осіб з наявністю симптому; 2. * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 порівняно з дослідженням до АСИТ.

У хворих на Пз, які одержували АСИТ пилюковими алергенами пероральним методом у вигляді драже, також відмічалась стійка тенденція ($p < 0,10$) до зменшення ринокон'юнктивальних симптомів відразу в перший після АСИТ сезон полінації рослин, а до другого сезону, як і в попередніх випадках, інтенсивність їх проявів зменшувалась в 1,7-2,1 разу ($p < 0,001$) (табл. 5). Кількість пацієнтів з бронхообструкцією за цей період не змінилась, але їх вираженість зменшилась у 1,5 рази ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз впливу різних методів АСИТ на динаміку клінічної симптоматики Пз показав, що для всіх її методів характерні загальні тенденції: стійке, починаючи з першого

сезону полінації після АСИТ, зниження інтенсивності вираженості назальних (в середньому на 13,2-20,4%; $p < 0,10-0,01$), кон'юнктивальних (на 13,8-20,8%; $p < 0,10-0,01$) та бронхіальних симптомів (на 15,9-16,3%; $p < 0,10-0,05$ після підшкірних методів АСИТ). До третього дослідження (другий сезон полінації алергенів після АСИТ) вказані показники вірогідно ($p < 0,05-0,001$) зменшились на 33,8-52,9% від початкового рівня в усіх групах. При цьому найкраща динаміка показників інтенсивності вираженості бронхіальної симптоматики відзначалась при проведенні передсезонної АСИТ із застосуванням імуномодулятора галавіт.

Таблиця 5

Динаміка ступеня вираженості основних клінічних симптомів полінозу під впливом пероральної АСИТ у вигляді драже (n=15)

Симптом		До АСИТ (1 дослідження)	Після АСИТ	
			2 дослідження	3 дослідження
Чхання	Абс. (%)#	15 (100%)	15 (100%)	14 (93,3%)
	M±s	2,53±0,52	2,07±0,59*	1,53±0,64**
Свербіння і подразнення слизової оболонки носа	Абс. (%)	15 (100%)	14 (93,3%)	13 (86,7%)
	M±s	2,20±0,41	1,80±0,68*	1,13±0,64**
Кон'юнктивіт	Абс. (%)	15 (100%)	14 (93,3%)	13 (86,7%)
	M±s	2,27±0,46	1,87±0,64*	1,07±0,59**
Бронхоспазм	Абс. (%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)
	M±s	0,80±1,21	0,73±1,10	0,53±0,83*
Інтегральна оцінка	M±s	7,80±1,70	6,47±2,20*	4,27±1,71**

Примітки: 1. # – кількість осіб з наявністю симптому; 2. • — $p < 0,10$; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$ порівняно з дослідженням до АСИТ.

У таблиці 6 нами наведені дані щодо динаміки рівня цитокінів у хворих на Пз під впливом АСИТ. Так, після її проведення у обстежених відзначається вірогідне зниження вмісту у сироватці крові протизапальних ІЛ-4 і ІЛ-5 ($p < 0,001$), підвищення продукції прозапальних ІЛ-12 і ІFN- γ ($p < 0,001$), а також тенденція до зниження вмісту ІЛ-10 ($p > 0,30$). Ці дані ствердно свідчать про позитивний вплив АСИТ на цитокіновий профіль хворих на Пз і перемикання відповіді з Тх2 на Тх1 – клітини, що необхідно для ефективного лікування хворих на алергічні захворювання.

Аналіз впливу різних за кількістю курсів АСИТ на динаміку вищеперелічених цитокінів у хворих на Пз дозволив установити такі закономірності (рис. 1). Вже після першого курсу

лікування відзначаються основні тенденції, характерні для всієї групи хворих на Пз, описані вище: вірогідне зниження рівнів ІЛ-4 ($p < 0,05$) і ІЛ-5 ($p < 0,001$) та збільшення вмісту ІЛ-12 ($p < 0,05$) і ІFN- γ ($p < 0,001$), що також свідчить про перемикання на Тх1-відповідь. Проте активність ІЛ-12 зросла меншою мірою, ніж у цілому по групі – на 18,4% проти 44,1% відповідно, а рівень протиалергічного ІЛ-10 залишився незмінним ($p > 0,90$). Після двох курсів АСИТ статистично значущі зміни середніх рівнів цитокінів відбулися тільки за показниками ІЛ-4 ($p < 0,05$) і ІFN- γ ($p < 0,01$). Збільшення продукції ІЛ-12 з одночасним зменшенням утворення ІЛ-5 і ІЛ-10 мало характер слабковираженої тенденції ($p > 0,30$). Найкраща динаміка показників цитокінового профілю виявлялася після проведення

трьох курсів АСІТ, оскільки під її впливом відбулося вірогідне зниження вмісту протиалергічних цитокінів ІЛ-4 ($p < 0,05$) і ІЛ-5 ($p < 0,001$) з суттєвим підвищенням продукції ІФН- γ ($p < 0,003$) і ІЛ-12 ($p < 0,05$), а також тенденцією до зниження вмісту ІЛ-10 ($p > 0,30$). Особливо слід

відзначити позитивну динаміку вмісту ІЛ-12 і ІФН- γ , середній рівень яких збільшився після АСІТ відповідно в 2,6 і 2,4 разу. Ці дані знов підтверджують достовірне перемикання імунної відповіді з Тх2 на Тх1 тип при проведенні АСІТ.

Таблиця 6

Динаміка цитокінів у хворих на поліноз під впливом АСІТ (n=90)

Показник	M \pm s (Me), пг/мл		Рівень значущості різниці (p) за критерієм	
	до АСІТ	після АСІТ	Стьюдента	Вілкоксона
ІЛ-4	0,65 \pm 0,32 (0,56)	0,53 \pm 0,27 (0,48)	p<0,001	p<0,001
ІЛ-5	4,64 \pm 1,92 (4,31)	3,62 \pm 1,48 (3,32)	p<0,001	p<0,001
ІЛ-10	6,15 \pm 1,55 (5,70)	5,87 \pm 2,23 (5,75)	p=0,328	p=0,544
ІЛ-12	82,2 \pm 60,9 (63,0)	118,4 \pm 72,6 (116,2)	p<0,001	p<0,001
ІФН- γ	3,39 \pm 1,93 (3,00)	9,93 \pm 8,17 (8,45)	p<0,001	p<0,001

Далі ми вивчили динаміку цитокінового профілю у хворих на Пз при проведенні АСІТ за допомогою різних методів. Отримані результати показали, що після парентеральної АСІТ за експрес-схемою (табл. 7) відзначається вірогідне зниження вмісту у сироватці крові ІЛ-4 ($p < 0,05$ за критерієм Вілкоксона) і ІЛ-5 ($p < 0,001$), що відповідає за пізню фазу алергічного запалення й

еозинофільну інфільтрацію тканини. Одержані дані підтверджують інгібіцію активності Тх2-клітин. У динаміці показників ІЛ-10 вірогідних змін не виявлено ($p > 0,70$). Водночас відзначено суттєве підвищення продукції ІФН- γ ($p < 0,001$) і тенденцію до зростання ІЛ-12 ($p > 0,10$), що вказує на активність Тх1- клітин.

Таблиця 7

Динаміка цитокінів у хворих на поліноз під впливом підшкірної АСІТ (n=36)

Показник	M \pm s (Me), пг/мл		Рівень значущості різниці (p) за критерієм	
	до АСІТ	після АСІТ	Стьюдента	Вілкоксона
ІЛ-4	0,65 \pm 0,27 (0,57)	0,56 \pm 0,35 (0,46)	p=0,122	p=0,047
ІЛ-5	4,66 \pm 2,10 (4,24)	3,35 \pm 1,26 (3,10)	p<0,001	p<0,001
ІЛ-10	5,79 \pm 1,47 (5,60)	5,91 \pm 1,51 (5,55)	p=0,727	p=0,770
ІЛ-12	86,2 \pm 69,4 (63,8)	98,9 \pm 46,2 (90,3)	p=0,198	p=0,113
ІФН- γ	3,25 \pm 2,09 (2,65)	11,38 \pm 9,78 (9,50)	p<0,001	p<0,001

У таблиці 8 представлена динаміка цитокінів у хворих на Пз (24 пацієнти), які одержували підшкірну АСІТ на тлі імуномодулятора галавіт. Так, під впливом АСІТ відбувається вірогідне зниження ІЛ-4 ($p < 0,05$) і ІЛ-5 ($p < 0,01$) з тенденцією до зменшення вмісту ІЛ-10 ($p > 0,10$). Всі

вищезгадані зміни вказують на інгібіцію Тх2-відповіді на ранній і пізній фазі алергічного запалення. Активність Тх1- відповіді підтверджується вірогідним збільшенням середнього рівня ІЛ-12 в 1,7 разу ($p < 0,003$) і ІФН- γ в 2,7 разу ($p < 0,002$).

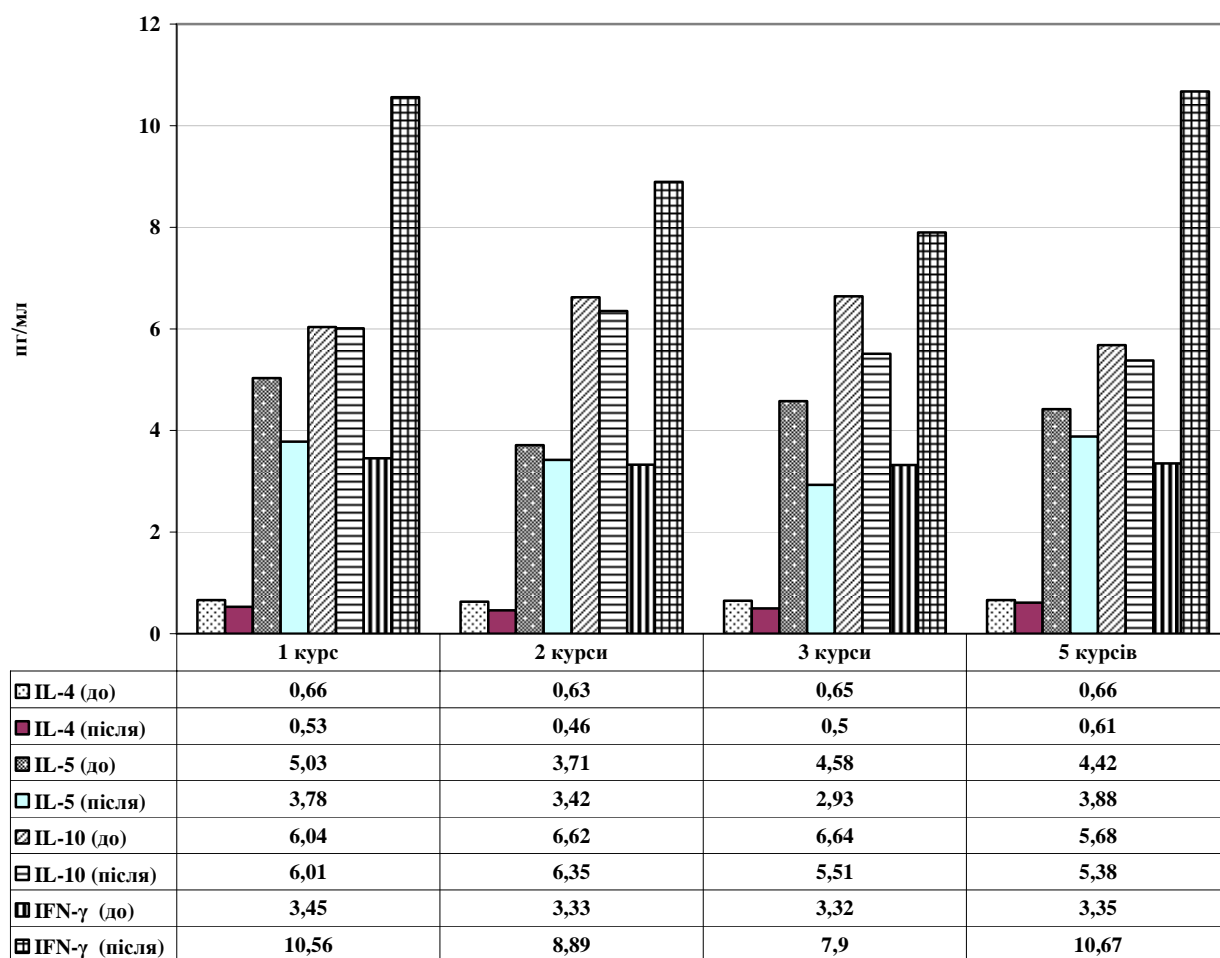


Рис. 1. Динаміка середніх рівнів цитокінів алергічного запалення під впливом різних за кількістю курсів АСІТ у хворих на поліноз

Як видно з даних таблиці 9, у хворих на Пз, які одержували АСІТ пилковими алергенами пероральним методом у вигляді драже, також відбувається вірогідне зниження вмісту ІЛ-4 ($p < 0,05$) і підвищення активності ІЛ-12 ($p < 0,05$) і ІFN- γ ($p < 0,003$). Зменшення утворення ІЛ-5 мало

характер тенденції ($p < 0,15$), а вміст ІЛ-10 майже не змінився ($p > 0,70$). Тобто дані свідчать про тенденції до зниження маркерів активності Тх2-відповіді і вірогідну активацію маркерів Тх1-відповіді.

Таблиця 8

Динаміка цитокінів у хворих на поліноз під впливом підшкірної АСІТ на тлі імуномодулятора галавіт (n=24)

Показник	M \pm s (Me), пг/мл		Рівень значущості різниці (p) за критерієм	
	до АСІТ	після АСІТ	Стьюдента	Вілкоксона
IL-4	0,70 \pm 0,39 (0,60)	0,53 \pm 0,20 (0,50)	p=0,050	p=0,028
IL-5	5,19 \pm 2,64 (4,50)	3,69 \pm 1,74 (3,22)	p=0,010	p=0,009
IL-10	6,45 \pm 1,53 (6,10)	5,42 \pm 2,78 (5,25)	p=0,132	p=0,179
IL-12	69,3 \pm 42,0 (59,3)	119,2 \pm 65,0 (121,9)	p=0,003	p=0,002
IFN- γ	3,36 \pm 1,72 (3,15)	9,00 \pm 8,79 (6,95)	p=0,002	p<0,001

Динаміка цитокінів у хворих на поліноз під впливом пероральної АСІТ у вигляді драже (n=15)

Показник	M±s (Me), пг/мл		Рівень значущості різниці (p) за критерієм	
	до АСІТ	після АСІТ	Ст'юдента	Вілкоксона
IL-4	0,66±0,38 (0,55)	0,52±0,22 (0,49)	p=0,018	p=0,015
IL-5	4,26±1,84 (3,83)	3,88±1,48 (3,63)	p=0,128	p=0,112
IL-10	5,85±1,59 (5,40)	5,59±2,14 (5,30)	p=0,756	p=0,955
IL-12	69,5±47,9 (50,2)	141,6±101,6 (125,9)	p=0,026	p=0,012
IFN-γ	3,82±2,58 (2,60)	8,34±4,43 (8,80)	p=0,003	p=0,005

Цікавими, на наш погляд, виявилися результати визначення рівня загального IgE в процесі проведення АСІТ (рис. 2). Так, вірогідних розбіжностей між вихідними і кінцевими (до і після АСІТ) рівнями IgE залежно від кількості курсів нами не відмічено (p>0,60 і p>0,90 відповідно за непараметричним дисперсійним аналізом Крус-

кала-Уолліса). Водночас відзначена зворотна кореляція між темпами зниження показника під впливом АСІТ (Δ, %) і кратністю курсів (коефіцієнт кореляції Спірмена r=-0,21 (p<0,05), тобто чим більше проводиться курсів, тим значніше зменшується рівень IgE .

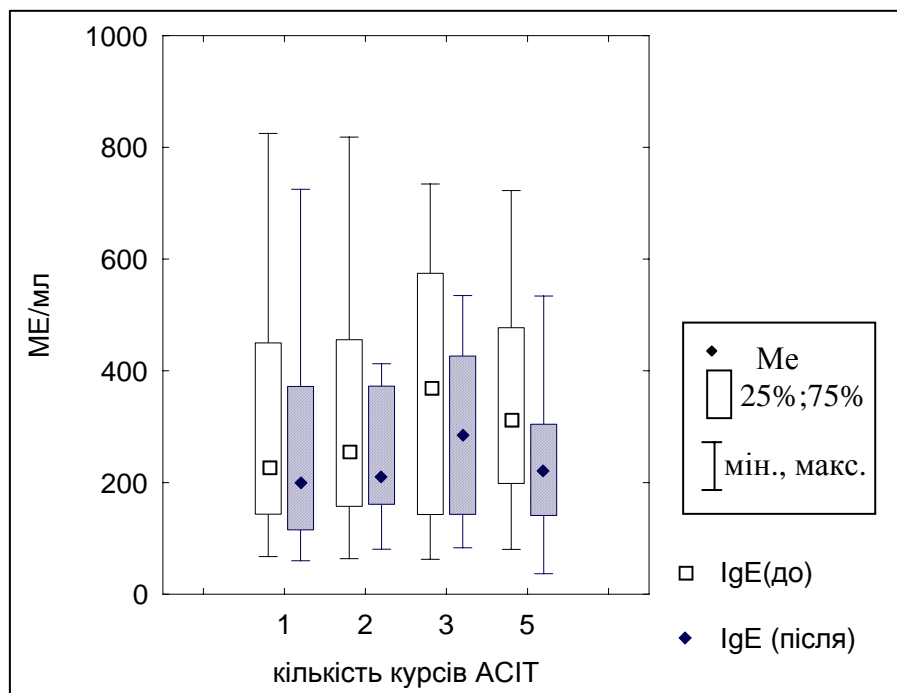


Рис. 2. Динаміка середнього рівня IgE у хворих на поліноз під впливом різних за кількістю курсів АСИТ

Як показав аналіз індивідуальних даних, переважна більшість хворих на поліноз (близько 90%) як до, так і після АСИТ, мала значення загального IgE, які суттєво перевищували відповідні рівні у дорослих здорових осіб (<100 МО/мл). Зазначена вище динаміка до зниження

показника під впливом АСИТ була характерною для більшості обстежених хворих (72,2%).

Другим завданням нашої роботи було дослідити динаміку рівня загального IgE у сироватці крові хворих на Пз залежної від того чи іншого методу проведення АСИТ. Відповідні

результати, які наведені наведені в табл. 18, продемонстрували, що вірогідних розбіжностей між вихідним і кінцевим (до і після АСИТ) рівнем IgE залежно від методів проведення АСИТ не було ($p > 0,50$ і $p > 0,20$ за дисперсійним аналізом Крускала-Уолліса, відповідно). Отже, за цим критерієм всі підходи (парентеральний, парен-

теральний із додаванням імуномодулятора галавіт, пероральний) до проведення АСИТ у хворих на Пз майже однаково ефективні, що дозволяє лікарям-алергологам мати широкий вибір підходів до специфічного лікування цього захворювання.

Таблиця 10

Динаміка вмісту загального імуноглобуліну Е (МО/мл) у сироватці крові хворих на поліноз під впливом різних методів АСИТ

Метод АСИТ	Me (25%; 75%)		Рівень значущості різниці показників у динаміці за критерієм Вілкоксона
	до АСИТ	після АСИТ	
Підшкірний (n=36)	237,1 (140,2; 456,4)	190,3 (109,3; 366,3)	p=0,017
Підшкірний на тлі імуномодулятора галавіт (n=24)	260,4 (164,6; 488,1)	192,7 (135,6; 328,7)	p=0,002
Пероральний (n=15)	278,8 (174,0; 532,4)	233,3 (170,3; 380,0)	p=0,047

ВИСНОВКИ

1. Для мешканців м. Дніпропетровська характерною є множинна сенсибілізація до алергенів третьої пілкової хвилі (серпень, вересень та жовтень).
2. АСИТ сприяє стійкому зниженню інтенсивності клінічних ознак полінозу та рівня загального IgE в сироватці крові, що найбільш виражено після 3-х і 5-ти курсів АСИТ.

3. Найбільш виражені позитивні зміни цитокінового профілю хворих на поліноз відмічаються після 3-х курсів АСИТ.
4. Серед різних методів проведення АСИТ (парентеральний, пероральний, парентеральний в поєднанні з імуномодулятором галавіт) останній за клінічними та лабораторними імунологічними даними є найбільш ефективним.
5. АСИТ залишається найбільш ефективним методом лікування хворих на поліноз.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Альошина Р.М. Алерген-специфічна імунотерапія: механізми і ретроспективний аналіз ефективності / Р.М. Альошина, В.Т. Германов // Астма та алергія. – 2005. – №1. – С.33-35.
2. Алешина Р.М. Комбинированная алерген-специфическая иммунотерапия у больных поллинозом и объективные критерии ее эффективности / Р.М. Алешина, В.В. Лейкина // Астма та алергія. – 2003. – №4. – С.14-17.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и алергология / Г.Н. Дранник. – К., 2006. – 190с.
4. Оценка эффективности ускоренных методов специфической алерговакцинации больных бронхиальной астмой / Л.Р. Выхристенко, Н.К. Новиков, Т.С. Колосова, В.В. Янченко [и др.] // Тезисы докладов 55-й научной сессии ВГМУ. – 2000. – С.5.
5. Пухлик Б.М. Элементарная алергология / Б.М. Пухлик. – Винница, 2002. – 148с.
6. Пухлик Б.М. Алергология / Б.М. Пухлик. – Винница, 2004. – 240 с.
7. Хутуева С.Х. Астма и алергический ринит / С.Х Хутуева // Алергенспецифическая терапия атопической бронхиальной астмы // Европейский конгресс по астме: научные труды. – М., 2002 – Т.2 – С.142-143.
8. A double-blind placebo-controlled evaluation of SLIT with a standardized ragweed extract in patients with seasonal rhinitis / С. Andre, M. Perrin-Fayolle, M. Grosclaude, P. Couturier [et al.] // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2003. – Vol. 131. – P. 111-118.
9. Allergen immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases. A WHO position paper // Int. J. Immunoreabil. – 2000. – Vol. 2.– N 3.– P.52-57.
10. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) allergy – 2008 Update / J. Bousquet, N. Khaltaev, A.Cruz [et al] // Allergy. – 2008. - Vol. 63, Suppl.86. – P.1-160.
11. Canonica G.W. Non injection routes for immunotherapy / G. Canonica, G. Passalacqua // J. Allergy Clin. Immunol. –2003. – Vol. 111. – P. 437-448.
12. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study) / C. Moller, S. Dreborg, H. Ferdousi [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2002.– Vol. 109. – P. 251-256.

