Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10.2 (892) жовтень 2016
Щомісячний науково–практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, http://hirurgiya.com.ua
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 30.09.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 12
Обл. вид. арк.11,61. Тираж 500.
Замов. 292
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130

КЛІНІЧНА
ХІРУРГІЯ

№ 10.2 (892) жовтень 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреєщев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилєв
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятов
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130

ДО УВАГИ АВТОРІВ

Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами. Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e–mail.

3. Статтю надсилати в двох примірниках, обсяг її 9–10 с., коротких повідомлень 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці без будь-якого форматування та на електронних носіях (IBM сумісні PC) у форматах *.doc, *.rtf без OLE–об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (15–20 рядків, обгрунтування, методики, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, *у порядку цитування*. Автори відповідальні за правильність даних, наведених у списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

Бібліографічний опис літературних (інформаційних) джерел складати за стандартом "Бібліографічний запис. Бібліографічний опис" (ДСТУ 7.1:2006), використовувати нумераційний спосіб розстановки бібліографічних описів джерел (в порядку цитування посилань у тексті роботи).

Наводимо приклади бібліографічного опису літературних (інформаційних) джерел

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori : метод. рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто–стегнового сегмента / А. Б. Доміняк (Україна); заявник і власник патенту ІХТ АМН України. – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.
6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико–лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 —хірургія / А. В. Сивожелезов; Харьк. мед. ин–т. – Х., 1999. – 18 с.
7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben–Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.
8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб — за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, стать і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну–виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилати у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на електронних носіях (IBM сумісні PC) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, рисунки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ РИСУНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатися негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходять всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилати.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Л. С. Білянський, Р. Н. Абу Шамсія
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Реферат
Цель работы — улучшение результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости путем использования разработанных и усовершенствованных эндовидеохирургических технологий.
Проведен ретроспективный анализ 442 видеолапароскопических операций по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у 207 (46,8%) мужчин и 235 (53,2%) женщин в возрасте 17—84 (57±19,8) лет на кафедре хирургии № 1 Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца за период с 2010 по 2015 г.
Из 317 больных, оперированных по поводу острого холецистита, осложнения наблюдались у 43 (13,5%). Из местных осложнений следует выделить кровотечение из пузырной артерии и ее ветвей — у 11 (3,4%), из передней брюшной стенки — у 9 (2,8%), из ложа желчного пузыря — у 18 (5,8%), из сращений — у 12 (3,7%), термический ожог серозной оболочки двенадцатиперстной кишки — у 3 (0,9%), повреждения гепатикохоледоха — у 1 (0,3%). Интраоперационные осложнения удалось устранить, не применяя конверсию. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 пациентов (1,5%): нагноение операционной раны, через которую извлекали желчный пузырь — у 3 (0,9%), послеоперационный панкреатит — у 1 (0,3%), подпеченочный абсцесс — у 1 (0,3). Из 16 больных, оперированных по поводу острого панкреатита, санационно—диагностическая видеолапароскопия была эффективной у 9 (2,03%), у 2 (0,45%) сформировались отграниченные жидкостные скопления с последующим образованием псевдокист, которые были санированы с помощью пункций под контролем УЗИ.
Ключевые слова: лапароскопическая холецистотомия, диагностическая видеолапароскопия.

Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування, дозволяють виключити проміжні етапи лікування, зменшити загальні терміни лікування та реабілітації хворих, досягти в найближчому і віддаленому періоді високу якість життя оперованих хворих [1—4].

Мета роботи — покращення результатів лікування хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини шляхом використання розроблених і вдосконалених ендовідеохірургічних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено ретроспективний аналіз 442 відеолапароскопічних операцій з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у 207 (46,8%) чоловіків і 235 (53,2%) жінок у віці 17—84 (57±19,8) років на кафедрі хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця за період з 2010 по 2015 роки. Структуру хворих і кількість виконаних операцій представлено в *таблиці*.

Переважну кількість відеолапароскопічних втручань (71,7%) було виконано з приводу гострого деструктивного холециститу. Вибір обсягу втручання визначали залежно від ступеня тяжкості хворого, зумовленого проявами як основної, так і супутньої патології. У хворих з високим ступенем операційного ризику застосовували двоетапну методику. На першому етапі під контролем УЗД виконували черезшкірну черезпечінкову холецистотомію, що дозволила купувати гострий напад захворювання, домогти стиханню гострих запальних явищ, компенсувати стан хворого, всебічно його обстежити і підготувати до радикальної операції в максимально сприятливих умовах.

Структура хворих та кількість виконаних операцій

Захворювання	Кількість операцій	
	абс.	%
Гострий деструктивний холецистит	317	71,7
Гострий панкреатит	16	3,6
Гострий апендицит	76	17,1
Перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки	13	2,9
Гостра злукова тонкокишкова непрохідність	7	1,5
Травма живота	13	2,9
Всього ...	442	100

Мікрохолецистотомію виконували за допомогою ультразвукової навігації під місцевою анестезією. Проводили динамічне УЗД для оцінки змін у жовчному міхурі, підшлунковій залозі, прохідності жовчовивідних шляхів.

Відеолапароскопію при гострому панкреатиті було виконано у 16 (3,6%) хворих.

З приводу гострого апендициту було виконано 76 (17,1%) відеолапароскопічних операцій, з них ендохірургічних апендектомій — 61 (80,3%). В інших випадках діагноз апендициту було виключено.

При перфоративній виразці шлунка чи 12—палої кишки у 13 (2,9%) хворих виконано лапароскопічні втручання, з них у 8 (1,8%) виконано ушивання виразки й дренування черевної порожнини, у 5 (1,1%) спостереженнях виставлено покази до конверсії.

Розширення показів до відеолапароскопічних операцій при гострій злуковій тонкокишковій непрохідності висунуло на перший план питання безпеки цих втручань. Застосування мініінвазивних технологій у гострому періоді обмежувалися дилятацією петель тонкої кишки і, як наслідок, малим вільним простором у черевній порожнині, що прогнозувало високий ризик інтраопераційних ускладнень. У таких умовах втручання представляє технічні труднощі навіть для досвідчених хірургів.

У 4 хворих після ліквідації злукової непрохідності тонкої кишки виконано відеолапароскопічний адгезіолізіс. Для встановлення лапароскопу використовували

доступ по Хасану. Ускладнень і летальності після ендохірургічного адгезіолізису не відзначено.

Відеолапароскопію було включено в лікувально—діагностичний алгоритм у 13 (2,9%) хворих із закритою травмою живота. Лапароскопію застосовували як з діагностичною — у 9 (2,03%) хворих, так і з лікувальною метою — у 4 (0,9%). Для оцінки глибини пошкодження паренхіматозних органів застосовували інтраопераційне ультразвукове дослідження. У 4 (0,9%) спостереженнях показаннями до лапаротомії були: гемоперитонеум більше 500 мл, перитоніт, травма порожнистих органів, глибокі (3 і більше ступінь за Moore) пошкодження паренхіматозних органів з активною кровотечею.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З 317 хворих, прооперованих з приводу гострого холециститу, ускладнення спостерігали в 43 (13,5%). У хворих з серцево—судинною недостатністю після створення карбоксіперітонеума при тиску газу 14 мм рт. ст. наступало погіршення стану, що проявлялося серцевою слабкістю різного ступеня тяжкості. На фоні медикаментозної підтримки і зниження внутрішньочеревного тиску до 6—8 мм рт. ст. усім хворим вдалося виконати намічений обсяг втручання. З місцевих ускладнень слід виділити кровотечу з міхурової артерії та її гілок — у 11 (3,4%), з ран передньої черевної стінки — у 9 (2,8%), з ложа жовчного міхура — у 18 (5,8%), зі зрощень — у 12 (3,7%), термічний опік серозної оболонки дванадцятипалої кишки — у 3 (0,9%), пошкодження гепатикохоледоха — у 1 (0,3%). Інтраопераційні ускладнення вдалося усунути, не застосовуючи конверсію. Післяопераційні ускладнення виявлено у 5 пацієнтів (1,5%): нагноєння операційної рани, через яку витягували жовчний міхур — у 3 (0,9%), післяопераційний панкреатит — у 1 (0,3%), підпечінковий абсцес — у 1 (0,3).

Наш досвід показав, що лапароскопічні операції при гострих захворюваннях і травмах органів черевної порожнини дозволяють верифікувати діагноз, зменшити число невиправданих втручань, особливо при діагностиці гострого апендициту в жінок репродуктивного віку. При цьому підвищується точність діагностики хірургічної патології, що дозволяє обрати оптимальний обсяг втручання. У післяопераційному періоді у пацієнтів менш виражений больовий синдром, з'являється можливість активізації їх у перші години після операції.

З 16 хворих, прооперованих з приводу гострого панкреатиту, санаційно—діагностична відеолапароскопія була ефективною у 9 (2,03%), у 2 (0,45%) сформувалися відмежовані рідинні скупчення з подальшим утворенням псевдокіст, які були сановано за допомогою пункцій під контролем УЗД .

Протипоказаннями до виконання операцій лапароскопічним методом є інфільтративно—запальні зміни тканин, що утрудняють анатомічну орієнтацію хірурга, різко збільшують кровоточивість. Пацієнти з розповсюдженим злуковим процесом, різким здуттям кишкових петель також не можуть бути оперовані лапароскопічно, зважаючи на небезпеку їх пошкодження та відсутність можливості адекватного огляду органів черевної порожнини.

Перебування хворих у стаціонарі після лапароскопічних операцій тривала від 3 до 10 діб. Більше 5 діб перебували хворі з перитонітом або перфорацією виразок шлунка.

ВИСНОВКИ

1. Оперативні втручання з використанням ендовідеохірургічних технологій є ефективним, безпечним, патогенетично обґрунтованим способом діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини завдяки поєднанню діагностичних і лікувальних процедур.

2. Широке впровадження ендовідеохірургічних технологій в ургентній хірургії дозволяє скоротити час діагностичного етапу й зменшити операційну травму, що сприяє швидкій післяопераційній реабілітації хворих і зниженню кількості ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии. / Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2007. — №7. — С. 57—59.
2. Мальчиков А.Я. Стандартизированный подход к диагностике острого аппендицита. / Мальчиков А.Я., Крюков А.Н., Стеньшин А.С. // Труды конгресса "Новые технологии в хирургии", 5—7 октября 2005 г., Ростов—на—Дону. — М., 2005. — С. 223—224.
3. Шаваев Х.Б. Причины наиболее частых осложнений послеоперационного периода после лапароскопической аппендэктомии. / Шаваев Х.Б. // Труды конгресса "Новые технологии в хирургии", 5—7 октября 2005 г., Ростов—на—Дону. — М., 2005. — С. 256—256.
4. Денисенко В.Л. Трансанальные эндоскопические операции в комплексном лечении осложненного колоректального рака. / Денисенко В.Л. — Хирургия. — 2013. — №.11. — С. 67—68.

ГНІЙНО—ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН В СТРУКТУРІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

О. О. Біляєва, І. В. Кароль

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Реферат

Проведено аналіз архівного матеріалу Броварської центральної районної лікарні за 2014 рік. У хірургічному відділенні за цей період часу було проліковано 2772 пацієнта, з яких у 533(19,2%) були гнійно—запальні захворювання м'яких тканин. В групу дослідження увійшли 196(36,8%) пацієнтів з такими нозологіями: панариції —12(6,1%), абсцедуючі фурункули — 35(17,9%), інфіковані посттравматичні рани — 13(6,6%), нагноєні атероми — 21(10,7%), нагноєні гематоми — 6(3,1%), гнійні мастити — 4(2,0%), запальні інфільтрати — 2(1,0%), карбункули — 5(2,6%), гідраденіти — 7(3,6%), посттравматичні некрози м'яких тканин — 4(2,0%), гнійні лімфаденіти — 14(7,1%), флегмони — 30(15,3%), абсцеси — 43(22,0%). 181(92,3%) пацієнту було виконано оперативні втручання, з них 7(3,9%) потребували повторних втручань. Частина пацієнтів отримувала фізіотерапевтичні методи лікування: 85(43,4%) пацієнтам призначалася УВЧ—терапія, яку у 48 (56,5%) випадках доповнили УФО—терапією, що покращило результати лікування.

Ключові слова: гнійно—запальні захворювання, м'які тканини, УВЧ—терапія, УФО—терапія.

Актуальною проблемою в сучасній хірургії є лікування гнійно—запальних захворювань м'яких тканин. Це пов'язано з їх значним поширенням, важкістю перебігу та частими несприятливими результатами [3,7,8,9]. Частота цієї патології серед хірургічних пацієнтів досягає 40%. Тому проблема має велику соціально—економічну значимість [1,2].

Багато пацієнтів з гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин пізно звертаються за медичною допомогою через те, що самостійно лікуються в домашніх умовах. Це призводить до масивного поширення інфекційного процесу, що потребує проведення хірургічної санації в декілька етапів. Повторні хірургічні втручання, тривалий реабілітаційний період та болючі перев'язки зумовлюють погіршення якості життя пацієнта та втрату працездатності на тривалий час [4,6].

По наших даних, більшість таких пацієнтів після стаціонарного лікування направляються на його продовження в амбулаторних умовах хірургами поліклінік, яке може тривати ще декілька тижнів і навіть місяців.

Значні труднощі лікування цих пацієнтів пов'язані також з резистентністю багатьох мікроорганізмів до антибіотиків, що потребує впливу на рану різних фізичних факторів. Одним із таких методів є ультрависокочастотна терапія (УВЧ—терапія) — метод лікування, який полягає у дії на організм електричним полем ультрависокої частоти і має такі ефекти: протизапальний, знеболюючий, десенсибілізуючий, покращує трофіку тканин та їх регенерацію [5].

Метою даного дослідження було вивчити кількість гнійно—запальних захворювань м'яких тканин в структурі хірургічної патології.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено аналіз результатів лікування пацієнтів з гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин Броварської центральної районної лікарні за 2014 рік. У хірургічному відділенні за цей період часу було проліковано 2772 пацієнта, з яких у 533 (19,2%) були гнійно—запальні захворювання м'яких тканин. В групу дослідження не увійшли 337 (63,2%) пацієнтів з гнійно—некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи

Розподіл пацієнтів за нозологіями, статтю та локалізацією патологічного процесу

Назва захворювання	стать		локалізація	%
	ч	ж		
Панарицій	7	5	кисть – 9 стопа – 3	4,6 1,5
Абсцедуючий фурункул	20	15	обличчя – 15 шия – 1 верхні кінцівки – 2 грудна клітка – 2 спина – 1 сідниці – 7 нижні кінцівки – 7	7,7 0,5 1,0 1,0 0,5 3,7 3,7
Інфікована посттравматична рана	4	9	верхні кінцівки – 2 нижні кінцівки – 11	1,0 5,7
Нагноєна атерома	16	5	обличчя – 5 шия – 4 верхні кінцівки – 1 молочна залоза – 1 грудна клітка – 2 спина – 4 сідниці – 3 нижні кінцівки – 1	2,6 2,0 0,5 0,5 1,0 2,0 1,5 0,5
Нагноєна гематома	1	5	верхні кінцівки – 2 грудна клітка – 1 нижні кінцівки – 3	1,0 0,5 1,5
Гнійний мастит	0	4	молочна залоза – 4	2,0
Запальний інфільтрат	2	0	обличчя – 1 нижні кінцівки – 1	0,5 0,5
Карбункул	3	2	шия – 2 верхні кінцівки – 1 нижні кінцівки – 2	1,0 0,5 1,0
Гідраденіт	3	4	пахвова ділянка – 7	3,7
Посттравматичний Некроз м'яких тканин	2	2	верхні кінцівки – 1 нижні кінцівки – 3	0,5 1,5
Гнійний лімфаденіт	6	8	голова – 2 шия – 4 пахвова ділянка – 2 пахова ділянка - 6	1,0 2,0 1,0 3,1
Флегмона	21	9	верхні кінцівки – 12 пахвова ділянка – 1 грудна клітка – 1 спина – 1 передня черевна стінка – 1 пахова ділянка – 1 нижні кінцівки – 13	6,1 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 6,7
Абсцес	22	21	обличчя – 2 молочна залоза – 1 спина – 1 передня черевна стрінка – 4 пахова ділянка – 1 сідниці – 26 нижні кінцівки – 8	1,0 0,5 0,5 2,0 0,5 13,3 4,1

та облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок, трофічними виразками на фоні хронічної венозної та артеріальної недостатності, парапроктитом, нагноєною кистою куприка, остеомієлітом та бешихою у зв'язку з відмінностями в підходах до їхнього лікування.

Гнійно—запальні захворювання м'яких тканин у групі дослідження, яка включала 196 (36,8%) пацієнтів, були представлені наступними нозологіями: панариції — 12 (6,1%), абсцедуючі фурункули — 35 (17,9%), інфіковані посттравматичні рани — 13 (6,6%), нагноєні атероми — 21 (10,7%), нагноєні гематоми — 6 (3,1%), гнійні мастити — 4 (2,0%), запальні інфільтрати — 2 (1,0%), карбункули — 5 (2,6%), гідраденіти — 7 (3,6%), посттравматичні некрози м'яких тканин — 4 (2,0%), гнійні лімфаденіти — 14 (7,1%), флегмони — 30 (15,3%), абсцеси — 43 (22,0%).

Розподіл пацієнтів за статтю був таким: 89 (45,4%) пацієнтів — жіночої статі, 107 (54,6%) — чоловічої. Середній вік пацієнтів склав 40,0±1,5 років (від 2 до 86 рр.), середня вага — 67,2±1,3 кг (від 13 кг до 102 кг). Середня тривалість перебування в стаціонарі — 10,8±0,91 ліжко/днів (від 4 до 20 л/д).

Статистична обробка даних проводилася за допомогою програм WHONET 5,6 та STATISTICA 6,0. Статистичну значимість різниць показників тестували за допомогою критерія Фішера. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

181 (92,3%) пацієнту було виконано оперативні втручання з приводу вказаних патологій, з них 7 (3,9%) потребували повторних втручань. Операція полягала у розкритті гнійника, евакуації гнійного вмісту та видаленні некротичних тканин. Всім пацієнтам була призначена антибактеріальна та протизапальна терапія, при необхідності — дезінтоксикаційна та симптоматична. Частина з них отримувала фізіотерапевтичні методи лікування: 85 (43,4%) пацієнтам призначалася УВЧ—терапія, яку у 48 (56,5%) випадках доповнили УФО—терапією, що покращило результати лікування.

В *таблиці* показано розподіл пацієнтів групи дослідження із гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин за нозологіями, статтю та локалізацією патологічного процесу.

З таблиці видно, що частіше гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин хворіють чоловіки, аніж жінки. В переважній більшості випадків, абсцедуючі фурункули локалізувалися на обличчі, інфіковані посттравматичні рани — на нижніх кінцівках, флегмони — на верхніх та нижніх кінцівках, абсцеси — в ділянці сідниць. Серед інших нозологій чіткої тенденції до локалізації не спостерігалося.

Пацієнтів з гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин у віці від 2 до 60 років було — 162 (82,1%), від 61 до 80 років — 31 (15,8%), старіше 80 років — 4 (2,1%). Тому найчастіше гнійно—запальними захворюваннями м'яких тканин хворіють люди працездатного віку.

ВИСНОВКИ

1. Гнійно—запальні захворювання м'яких тканин посідають вагоме місце серед хірургічних захворювань і складають — 19,2%, більшість пацієнтів (92,3%) потребує оперативного втручання.

2. Найчастіше цими захворюваннями страждають люди працездатного віку, тому це велика соціально—економічна проблема.

3. Доповнення лікувальної тактики фізіотерапевтичними методами (УВЧ— та УФО—терапія) покращує результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Ю.К. Абаев. — Ростов на—Дону: Феникс, 2006. — 427 с.
2. Дігтяр І.І. Комплексне лікування запально—гнійних уражень м'яких тканин у хворих похилого та старечого віку (клініко—експериментальне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 / І.І. Дігтяр. — К., 2009. — 20с.
3. Исмайлова Л.В. Алгоритм мероприятий для профілактики и лечения гнойных ослонений ран у онкологических больных / Л.В.Исмайлова // Российский онкологический журнал. — 2010. — №2. — С.39 — 44.
4. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням / Ю.В. Лобзин. — Спб.: Фолиант, 2000. — 932 с.
5. Муравянникова Ж.Г. Основы стоматологической терапии / Ж.Г.Муравянникова. — Ростов—на—Дону: Феникс, 2002. С. 68—104, С. 107—134, С. 146—157.
6. Экспериментальная апробация метода термоструйной обработки инфицированных и гнойных ран мягких тканей / Ю.А. Фурманов, В.С. Гвоздецкий, Г.В. Терехов [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2010. — №1. — С. 43 — 45.
7. Lee J.C., Greenwich J.L., Zhanel G.G. et al. Modulation of the Local Neutrophil Response by a Novel Hyaluronic Acid—Binding Peptide Reduces Bacterial Burden during Staphylococcal Wound Infection // Infect. Immun. — 2010. — Vol.78. — P. 4176 — 4186.
8. Petherick E.S., Dalton J.E., Moore P.J., Cullum N. For Identifying Surgical Wound Infection After Discharge From Hospital: a systematic review // BMC Infect Dis. — 2006. — Vol.6. — P. 170.
9. Tillotson G.S., Draghi D.C., Sahm D.F. et al. Susceptibility of Staphylococcus aureus isolated from skin and wound infections in the United States 2005 — 07: laboratory—based surveillance study // J. Antimicrob. Chemother. — 2008. — Vol.62. — P. 109 — 115.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ БЕШИХИ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О. О. Біляєва, В. В. Крижевський, М. І. Балінська, В. Г. Шендрик, Т. С. Галицький

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Київська міська клінічна лікарня № 6

Реферат

ХВН — це виражені хронічні венозні порушення, котрі викликають набряки, зміни шкіри чи венозні виразки (С4—С6, згідно класифікації CEAP, прийнятої консенсусом 1994 року) та діагностуються у третини населення розвинутих країн і є найпоширенішою патологією периферичних судин. Бешиха часто виникає (від 20 до 30%) на фоні хронічної лімфовенозної недостатності (ХЛВН) нижніх кінцівок, для якої характерне зниження місцевого імунітету. Протягом 2013—2014 року в II хірургічному відділенні КМКЛ № 6 було проліковано 260 пацієнтів з різними видами хронічних захворювань вен нижніх кінцівок та їхніми ускладненням. Пацієнтів з бешихою було проліковано 124. У 35 хворих на тлі ХВН відмічалось приєднання бешихи, а у 17 з них, були наявні венозні трофічні виразки. У цих хворих обчислювали лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ). Показник ЛІІ у хворих при ХВН (стадії С2—С5) з бешихою практично в нормі, а при наявності ХВН в стадії С6 з бешихою — зростає. ХВН нижніх кінцівок, особливо при наявності трофічних виразок, є ризиком виникнення бешихи. Частота поєднання бешихи і ХВН склала 13,5%.

Ключові слова: бешиха, хронічна венозна недостатність, трофічна виразка.

Хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок — це виражені хронічні венозні порушення, котрі викликають набряки, зміни шкіри чи венозні виразки (С4—С6, згідно класифікації CEAP, прийнятої консенсусом 1994 року) та діагностуються у третини населення розвинутих країн і є найпоширенішою патологією периферичних судин [2,13]. Венозною недостатністю нижніх кінцівок страждає не менше 17% населення України [8]. Згідно останнього американського видання під венозною виразкою слід розуміти шкірний дефект гомілки чи стопи, що виникає в зоні, ураженій венозною гіпертензією. Даний патологічний стан вимагає чіткого дообстеження для виявлення істинної причини виразки [3]. За даними програми "Детект" (2006 р.), що розроблена на базі Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова, венозні трофічні виразки виникають у 12,9% хворих з ХВН. Відомо, що бешиха часто виникає (від 20 до 30%) на фоні хронічної лімфовенозної недостатності (ХЛВН) нижніх кінцівок, для якої характерне зниження місцевого імунітету [12]. Бешиха — одне з найбільш поширених інфекційних захворювань, що зустрічається з частотою 15—20 випадків на 10000 дорослого населення [4]. До основних клінічних аспектів проблеми бешихи відносяться висока захворюваність, зростання геморагічних форм, що веде до тяжких гнійно—некротичних ускладнень, тенденція хвороби до хронічно—рецидивуючого перебігу [1, 14]. Характерним є те, що захворювання не сприяє виробленню імунітету і має схильність до повторів [6,7]. За даними різних авторів частота розвитку рецидивів серед офіційно зареєстрованих випадків бешихового запалення складає від 32 до 48%, при чому має місце тенденція до подальшого збільшення частоти розвитку рецидивів [5,10]. Не зважаючи на довготривале вивчення етіопатогенезу та лікування бешихи, відмічається тенденція до зростання числа випадків цього захворювання та його ускладнень [11].

У разі наявності у венозній виразці та навколишніх тканинах проявів запального процесу хворим показана системна антибіотикотерапія на період до двох тижнів із врахуванням чутливості мікрофлори (рекомендація 1С) (рекомендації видані у серпні 2014 року американським Товариством Судинної Хірургії та Венозним Форумом) [3, 15]. Важливим методом боротьби з інфекцією при бешисі також є системна антибактеріальна терапія. При ХВН нижніх кінцівок, ускладненій бешихою, комплексне лікування включає антибіотики широкого спектру дії, дезінтоксикаційна, антикоагулянтна, нестероїдна протизапальна терапія, судинні препарати, вітаміни та серата , а також місцеве лікування ураженої кінцівки. Препарат серата вміщує активний компонент сератіопептидазу — фермент, що має протеолітичну активність. Препарат має фібринолітичну і протизапальну активність, а також у нього відмічається значний протинабряковий ефект.

Мета дослідження. Визначення частоти виникнення бешихи на фоні ХВН нижніх кінцівок.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 2013—2014 року в II хірургічному відділенні КМКЛ № 6 було проведено обстеження та проліковано 2999 хворих з різноманітними хірургічними захворюваннями, з них 260 пацієнтів з різними видами хронічних захворювань вен нижніх кінцівок та їхніми ускладненнями, що склало 8,7%. Пацієнтів з бешихою було проліковано 124, що склало 4,1% від загальної кількості хворих. Хворі з ХВН були у віці від 25 до 94 років. Тривалість захворювання в середньому складала 13,5 років.

У 35 (13,5%) хворих на тлі ХВН відмічалось приєднання бешихи. Варто відзначити, що у 17 хворих з 35, у яких відмічалось поєднання ХВН з бешихою нижніх кінцівок, були наявні венозні трофічні виразки (стадія С6 за CEAP).

В *таблиці 1* показано поділ пацієнтів в залежності від віку та статі.

У всіх пацієнтів запальний процес був локалізований в області гомілок.

Як видно з таблиці — значна кількість пацієнтів — це хворі працездатного віку, частіше хворіють жінки.

Таблиця 1. **Розподіл пацієнтів по віку і статі**

	Чоловіки		Жінки		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ХВН у пацієнтів середнього віку (до 59 років)	56	21,54	69	26,54	125	48,08
ХВН у пацієнтів похилого та старечого віку (більше 60-и років)	50	19,23	85	32,69	135	51,92
Бешиха у пацієнтів середнього віку (до 59 років)	20	16,13	28	22,58	48	38,71
Бешиха у пацієнтів похилого та старечого віку (більше 60-и років)	35	28,23	41	33,06	76	61,29
ХВН в стадії С6 (трофічна виразка) без бешихи	26	29,89	44	50,57	70	80,46
ХВН в стадії С6 в поєднанні з бешихою	6	6,89	11	12,65	17	19,54

Таблиця 2. **Показники ЛІІ**

Форма ХВН	При поступленні	Час знаходження в стаціонарі (доба)		
		3	5	7
ХВН (стадії С2-С5) з бешихою	2,1 ± 0,2	1,9 ± 0,4	1,5 ± 0,5	1,3 ± 0,6*
	(n=18)	(n=18)	(n=18)	(n=18)
ХВН (стадія С6 – відкрита виразка) з бешихою	3,3 ± 0,3	3,0 ± 0,5	2,5 ± 0,6	1,9 ± 0,8*
	(n=17)	(n=17)	(n=17)	(n=17)

Примітка. * - Достовірність показників (P < 0,05).

Алгоритм обстеження пацієнтів з ХВН включав: клінічне обстеження (з'ясування динаміки розвитку захворювання — анамнестичні дані, фізикальне обстеження із застосуванням клінічних проб), загальноклінічні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма. Обов'язковим методом обстеження було ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) — провідний метод неінвазивної діагностики, а також реовазографія нижніх кінцівок, ЕКГ, рентгенографія грудної клітки, ЕХО—кардіографія.

Хворим з трофічними виразками проводилось бактеріологічне дослідження, яке показало, що St.aureus є домінуючим збудником при трофічних виразках нижніх кінцівок і склав 29,8%. Також висівались такі збудники, як: Ps.aeruginosa 14,8%, Str.epidermidis 12,3%, Pr.mirabilis 7,8%, E.coli 5,1%. Встановлено, що у вогнищі ураження мікроорганізми знаходились як у вигляді монокультури , так і в асоціаціях 15,2%, а у 11,3% ріст був відсутній.

Додатково за результатами загального аналізу крові обчислювали

лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), який слугує маркером розвитку гнійно—запальних ускладнень у хворих на бешиху та критерієм ефективності лікування. За показники норми прийнято величини ЛІІ 1 ± 0,07.

Показники ЛІІ у хворих з ХВН в поєднанні з бешихою, в залежності від наявності трофічної виразки показані в *таблиці 2*.

Отже, показник ЛІІ у хворих при ХВН (стадії С2—С5) з бешихою близькі до норми, а при наявності ХВН в стадії С6 (відкрита трофічна виразка) з бешихою — зростає.

Усім хворим з ХВН в поєднанні з бешихою призначались антибіотики широкого спектру дії, дезінтоксикаційна, антикоагулянтна, нестероїдна протизапальна терапія, вітаміни та серата , місцеве лікування ураженої кінцівки.

В роботі, крім лабораторних, інструментальних, бактеріологічних методів, використовувалась статистична обробка отриманих результатів дослідження на персональному комп'ютері з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Windows 10, Microsoft Office 2010 та Statistica [9]. Вірогідність відмінностей середніх величин оцінювали за критерієм Ст'юдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих, в яких ХВН з трофічними виразками поєднувалась з бешихою, не спостерігалось геморагічних та некротичних форм бешихи. Це обумовлене тим, що при наявності виразки і приєднанні бешихи, відмічається загострення процесу (підвищення температури тіла, озноб, гіперемія шкіри в зоні ураженої кінцівки) і такі пацієнти рано звертаються за медичною допомогою. В усіх пацієнтів з показником ЛІІ 3 і більше, відмічались явища інтоксикації (нудота, озноб, тахікардія, шлуночкові екстрасистоли, загальна слабкість, головний біль, сонливість, подразливість). У частини хворих з високим ЛІІ в периферичній крові визначались плазматичні клітини Тюрка. Характерною особливістю ХВН в поєднанні з бешихою є те, що трофічні виразки мають підриті краї, покриті некротичними тканинами, відмічається значний набряк кінцівки та виражений больовий синдром, особливо в зоні виразки. При проведенні комплексного лікування, яке включало препарат серату, очищення виразки у пацієнтів з ХВН без бешихи відбувалось на 4 ± 1,1 день, а у пацієнтів з ХВН з приєднанням бешихи на 6,1 ± 1,4 день (P<0,05). В першій групі хворих купування больового синдрому відбувалось на 3,1 ± 1,2 день, в другій на 7,03 ± 1,1 день (P<0,05), поява грануляцій відбувалась значно швидше в групі хворих з ХВН без бешихи, на 4,1 ± 2,5 дні (в групі з бешихою на 9,6 ± 1,3 дня), а також крайова епітелізація виразки відмічалась на 8,7 ± 1,1 день і 10,5 ± 1,5 день відповідно (P<0,05).

ВИСНОВКИ

Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок, особливо при наявності трофічних виразок, є ризиком виникнення бешихи, що значно погіршує результати лікування та подовжує терміни одужання. Частота поєднання бешихи і хронічної венозної недостатності склала 13,5%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амбалов Ю. М. Особенности течения рожи на современном этапе и перспективы улучшения способов ее диагностики, прогноза, лечения. Сосудистая и общая хирургия, Ростов—н/Д., 1991. С. 179—182.
2. Влайков Г. Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Новые альтернативы / Г. Г.Влайков, А. А. Гуч // Хірургія України. — 2002. — № 1. — С.26—28.
3. Гудз І. М. Актуальні питання лікування венозних виразок / І. М. Гудз // Клінічна флебологія. — 2015. — Том 8, №1. — С. 15—16.
4. Еровиченков А. А. Актуальные аспекты современной клиники, лечения и реабилитации больных рожей / А.А. Еровиченков. // Фарматека. — 2012. — № 20. — С. 62—67.
5. Зєльоний І. І. Динаміка імунологічних показників у хворих на рецидивуючу бешиху в ході медичної реабілітації при застосуванні лікопіду / І. І. Зєльоний // Український медичний альманах. — 2012. — Т. 15, № 1. — С. 45—50.
6. Комплексне лікування бешихи / І. А. Тарабан, Г. І. Гербенко, А. І.Сєроштанов [та.ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2012. — №? 5 (56). — С. 61—65.
7. Лечение рожистого воспаления в условиях хирургического стационара / И. В. Гусак, А. Н. Шевченко, Т. В. Козлова [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 4 (42). — С. 129—132.
8. Лікування пацієнтів з трофічними виразками нижніх кінцівок / І.І.Кобза, І. Р. Терлецький, М. Р. Верхола [та.ін.] // Клінічна флебологія. — 1'2016. — Т. 9. — С. 43—47.
9. Лях Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко. — Донецк: изд—во Донецкого ун—та, 2006. — 214 с.
10. Пересадин Н. А. Анализ клинического течения рожи в современных условиях / Н. А. Пересадин, Л. Ф. Антонова, Я. Л. Юган // Український медичний альманах. — 2011. — Том 14, № 1. — С. 149—152.
11. Хірургічне лікування ускладнених форм бешихи / Б. Г. Безродний, О. М. Петренко, Л. Д. Мартинович [та.ін.] // Таврический медико—биологический вестник. — 2012. — Т.15, №2. — Ч. 3 (58). — С. 31—33.
12. Чернышёв О.Б. Иммунокоррекция рожистого воспаления на фоне заболевания вен и лимфатических сосудов нижних конечностей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.17 —"Хірургія", 14.03.09 — "Клінічна імунологія, алергологія" / О.Б. Чернышёв. — Санкт—Петербург, 2010. — 20с.
13. Чернуха Л. М. Заболевание вен — проблема, требующая решения / Л. М. Чернуха // Здоров'я України. — 2011. — № 6. — С. 2— 3.
14. Cunningram M. W. Patogenesis of Group A Streptococcal Infections / M. W. Cunningram // Clinical Microbiology Reviews. — 2000.— Vol. 13, N 3. — P.470—511.
15. Management of venous legulsers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum / O'Donnell T. F. Jr, Passman M. A., Marston W. A. [et al.] // J Vasc Surg. — 2014. — Vol. 60, Suppl. 2. — P.3—59.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ПЕРИТОНІТІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

О. О. Біляєва, В. В. Крижевський, А. П. Радзіховський, М. І. Знаєвський, Ю. В. Риб'янець, Є. О. Ханін, Є. Є. Крижевський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Реферат

Проаналізовано результати лікування 931 хворих на перитоніт за 2015р. (місцевий — 85.5%, дифузний — 6.0%, розлитий — 6,8%, загальний — 1,7%). Гострі захворювання органів черевної порожнини, ускладнюються перитонітом в 74,8%, летальність складає 33,3%. МСМ, лейкоцитоз, ШОЄ є об'єктивними критеріями оцінки ефективності лікування. Проаналізовано вартість медикаментозного лікування хворого з гострим флегмонозним апендицитом ускладненим місцевим серозним перитонітом, сума витрат склала — 3649 грн., при лікуванні хворого з гангренозно—перфоративним апендицитом, гнійним перитонітом — 24204грн., що перевищує в 6,6 разів.

Ключові слова: перитоніт, лабораторна діагностика (лейкоцити, МСМ, ЛІІ, ШОЄ), вартість лікування.

Запалення — це одна з найдавніших і універсальних форм відповідної реакції макроорганізму на дію ушкоджуючого чинника (механічного, термічного, хімічного, ішемічного та інших). Участь макроорганізмів надає запального характеру інфекційному процесу, в якому втілюється діагностична складність взаємодії чинників життєзабезпечення макроорганізму з різними екологічними чинниками [2].

Перитоніт — гостре запалення очеревини, одне з найбільш важких ускладнень захворювань та пошкодження органів черевної порожнини з високою летальністю. Актуальність проблеми перитоніту обумовлена: широкою розповсюдженістю перитоніту, високою летальністю, складністю та множинними порушеннями гемостазу при перитоніті [1]. Досить серйозною проблемою в абдомінальній хірургії, є наслідки післяопераційного перитоніту [3—4], післяопераційний перитоніт є найбільш частою причиною виконання релапаротомій [5—7], та летальністю від 50 до 86% [5—7].

Науково—технічний прогрес, досягнення в галузі хірургії, анестезіології, імунології, новітніх хірургічних технологій не вирішують цю проблему і ми продовжуємо втрачати хворих. По даним різних авторів від 15 до 25% захворювань органів черевної порожнини ускладнюються перитонітом.

Мета дослідження — вивчення лабораторних данних в динаміці у хворих з перитонітом, підрахування вартості медикаментозного лікування перитоніту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За 2015 рік в хірургічне відділення госпіталізовано 3400 хворих, оперовано 2546 (74,8%). З гострою патологією органів черевної порожнини оперовано 1245 (48,9%), з них ускладнених перитонітом 931 (74,8%) та розподілено за нозологією: гострий апендицит — 778 (83,8%), перфоративна виразка — 46 (4,9%), гостра кишкова непрохідність — 15 (1,6%), защемлена кила — 2 (0,2%), гострий холецистит — 25 (2,7%), гострий панкреатит — 3 (0,3%), перфорація пухлини кишки — 31 — (3,3%), абсцес черевної порожнини — 8 (0,8%), тромбоз мезентеріальних судин — 5 (0,5%), травма черевної порожнини 6 (0,6%). Померло 16 хворих з діагнозом перитоніт, що складає 33,3% від всіх померлих. Одною з причин незадовільних результатів лікування хворих перитонітом є пізня госпіталізація. Причиною летальних наслідків були гнійно—септичні ускладнення та поліорганна недостатність.

В роботі використані лабораторні методи дослідження, рентгенологічні, УЗД, ендоскопічні та статистичні.

Лабораторні дослідження виконували при госпіталізації хворого, на першу добу, та в динаміці через дві доби.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі з перитонітом були в віці від 18 до 90 років. Таким чином серед хворих перитонітом переважна кількість жінок.

На долю людей працездатного віку приходиться 82,6% хворих на перитоніт, що обумовлює соціальну проблему.

Серед причин перитоніту, гострий аппендицит займає перше місце і складає 83,8%, на другому місці — перфоративна виразка шлунку та ДПК (4,9%).

Як відомо результати лікування хворих на перитоніт та летальність залежать від стадії перитоніту.

К. С. Сімонян (1971р.) запропонував класифікацію перитоніту по стадіям: реактивна, токсична, термінальна.

Летальність при термінальній стадії перитоніту коливається від 42 до 92—100%.

По нашим даним термінальна стадія перитоніту спостерігалася у 129 хворих, що склало 21,5%.

Велике значення має розповсюдження перитоніту, що дуже впливає на результати лікування.

Розподіл хворих в залежності від причини та розповсюдженості перитоніту наведені в *табл. 1*.

Як видно з таблиці 1, у більшості хворих відмічається місцевий перитоніт 796 (85,5%), дифузний, розлитий та загальний у 135 (14,5%).

Одним з критеріїв ефективності проведення лікування перитоніту та своєчасної діагностики ускладнень є лабораторні дослідження.

Для оцінки перебігу післяопераційного періоду та вибору приоритетного напрямку комплексного лікування цієї категорії хворих виконано порівняльне дослідження основних клінічних, лабораторних та біохімічних показників.

При вивченні моторно—евакуаторної функції шлунково—кишкового тракту на першу добу після операції

Таблиця 1. **Розподіл хворих в залежності від причини та розповсюдженості перитоніту**

Причини перитоніту	Розповсюдженість								Разом
	Місцевий		Дифузний		Розлитий		Загальний		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Гострий апендицит	766	82,3	10	1,1	2	0,2			778
Перфоративна виразка шлунку та ДПК	-	-	16	2,0	28	3,1	2	0,2	46
Гострий холецистит	24	2,6	-	-	1	0,1	-	-	25
Гострий панкреатит			1	0,1	2	0,2			3
Гостра кишкова непрохідність	1	0,1	7	0,7	6	0,6	1	0,1	15
Защемлена кила	1	0,1	1	0,1	-	-	-	-	2
Запальні процеси додатків матки	-	-	5	0,5	6	0,6	1	0,1	12
Перфорація пухлини товстої кишки	4	0,4	12	1,2	10	1,1	5	0,6	31
Абсцес черевної порожнини	-	-	2	0,2	3	0,3	3	0,3	8
Тромбоз мезентеріальних судин	-	-	-	-	3	0,3	2	0,2	5
Травми черевної порожнини	-	-	1	0,1	3	0,3	2	0,2	6
Всього …	796	85,5	55	6,0	64	6,8	16	1,7	931

Таблиця 2. **Зміст МСМ в сиворотці крові у хворих з розлитим та загальним перитонітом в залежності від стадії (мкг/мл)**

Причини перитоніту	Стадії перитоніту		
	Реактивна	Токсична	Термінальна
Гострий апендицит	708,3±110,5	1326,2±96,5	1595,1±143,1
Перфоративна виразка шлунка та ДПК	636,2±92,3	1212,4±210,6	1619,3±205,3
Гострий холецистит	727,5±95,1	1116,2±176,2	1596,1±176,1
Гострий панкреатит	810,2±112,4	1316,4±207,4	1852,2±210,2
Гостра кишкова непрохідність	843,5±110,5	1596,2±239,2	1796,1±196,3
Защемлена кила	710,2±102,4	1217,4±188,4	1471,1±148,9
Запальні процеси додатків матки	642,7±98,4	1102,2±156,4	1486,1±156,1
Перфорація пухлини товского кишки	656,2±96,7	1232,4±203,6	1605,3±198,7
Абсцес черевної порожнини	858,5±112,3	1192,4±199,7	1602,3±205,3
Тромбоз мезентеріальних судин	865,5±116,8	1557,2±228,2	1732,1±183,4
Травма черевної порожнини	592,7±94,3	1103,2±156,7	1376,1±146,2
Середній показник	731,9±103,8	1270,2±196,6	1611,9±179,1

відмічається відсутність перистальтики у всіх хворих в токсичній та термінальній стадіях, тобто динамічна кишкова непрхідність зберігалась і в післяопераційному періоді, що обумовило виникнення диспептичних явищ.

У зв'язку з активацією процесів білкового катаболіму і зниженням екскреторної функції нирок, відмічено достовірне збільшення в сироватці крові сечовини.

Найбільшу діагностичну цінність має такий показник, як рівень МСМ в сиворотці крові, який знаходиться в корелятивній залежності від стадії перитоніту та від характеру захворювання, яке є причиною перитоніту. Вміст МСМ в сиворотці крові у хворих з місцевим, дифузним, розлитим, та загальним перитонітом в залежності від стадії (мкг/мл), наведений в *табл. 2*.

Найбільш низький вміст МСМ в сироватці крові в токсичні стадії перитоніту, відмічається у хворих з гострим холециститом (1116,2±176,2), а найбільш високий у хворих з гострою кишковою непрохідністю ускладненою перитонітом (1596,2±239,2). При перфорації чи пошкодженні порожнистого органа рівень МСМ в токсичній стадії, в порівнянні з реактивною збільшується в 1,9 рази, а термінальна в 2,5 рази. Високий вміст МСМ відмічено при післяопераційному перитоніті в обох стадіях (токсичній та термінальній). У хворих з перитонітом обумовленим перфорацією порожнистого органа при гострому винекненні перитоніту, підвищення МСМ в сиворотці крові було найменшим.

В динаміці всі ці показники змінювалися не однотипно і знаходились в коррелятивній залежності від перебігу перитоніту та виникнення ускладнень.

Варто відмітити, що рівень МСМ являється об'єктивним показником, відображаючим рівень токсимії, проте це дослідження являється складним і не завжди є можливість для його виконання. Досить об'єктивно перебіг перитоніту, виникнення ускладнень, відображає такі показники, як лейкоцитоз, ШОЄ, рівень сечовини та інші.

В гемограмі спостерігалось найчастіше однотипні зміни. Характерним являється лейкоцитоз, здвиг лейкоцитарної форма вліво. Лейкопенія являється поганою прогностичною ознакою. Анемія виникає частіше всього у хворих в термінальній стадії перитоніту.

Варто відмітити, що практично у всіх хворих з розлитим та загальним перитонітом, особливо в токсичній і термінальній стадіях, відмічалась диспротеїнемія, що свідчить про порушення динамічної рівноваги в протеїназно—інгібіторній системі. Відзначалась гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, зниження альбуміно—гло-

булінового коефіцієнта. Нелімітований ендогенний протеоліз сприяє виникненню і накопиченню в сироватці крові продуктів проміжного та кінцевого метаболізму білка.

Важливу роль в ранньому післяопераційному періоді для виявлення гнійно—септичних ускладнень надається лабораторним даним, здебільшого динаміці лейкоцитозу, ШОЄ, білірубіна, загального білка, сечовини.

При дослідженні рівня лейкоцитів спостерігається його підвищення перед операцією у всіх групах хворих. Достовірна різниця лейкоцитозу в групах хворих з нагноєнням післяопераційної рани спостерігається на третю добу. Достовірне підвищення лейкоцитозу відмічається на 7—9 добу у хворих з нагноєнням післяопераційної рани, також тенденція відмічається в динаміці ЛІІ.

Клінічні ознаки інтоксикації (нудота, підвищення температури, тахікардія, шлуночкова екстрасистолія, загальна слабкість, головний біль, сонливість, роздратованість, неадекватність), були більше виражені при підвищеному показнику ЛІІ.

У всіх хворих ЛІІІ 3,0 і більше відмічались виражені явища інтоксикації. У більшості хворих з високим показником ЛІІ в периферичній крові виявлялись плазматичні клітини Тюрка. Досить часто їх поява співпадала з зникненням еозинофілів і різким зменшенням лімфоцитів. Можна допустити, що в цих хворих ЛІІ відображав не тільки ступінь інтоксикації, але і стан імунобіологічних сил організму. В процесі лікування в групі хворих з неускладненим перебігом перитоніту на 7—9 добу ЛІІ достовірно знизився, проте зберігався на високих цифрах в порівнянні зі здоровими. Частина хворих вказаної групи на 9 добу виписалась з стаціонара з підвищеним ЛІІ.

Більше уваги приділимо вивченню швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). В післяопераційному періоді мало місце суттєве підвищення ШОЄ, при цьому показник рахуєм об'єктивним в оцінці перебігу перитоніту (його регрес чи виникнення гнійно—септичних ускладнень).

ШОЄ залежить від співвідношення між фібриногеном і глобуліном (особливо гамма—глобуліном) з однієї сторони, фібриногеном і альбуміном — з іншої. В результаті розпаду клітин при перитоніті вказані співвідношення здвигаються в сторону крупномолекулярних білків — фібріногена та глобуліна, які несуть менший електричний заряд ніж дрібнодисперсні білки, вони менше відштовхуються один від одного. Еритроцити в такій ситуації краще склеюються між собою і швидше випадають в осад.

ШОЄ є неспецифічною реакцією всього організму і по своїй клінічній значимості прирівнюється до таких показників, як температура тіла, рівень лейкоцитозу. Пришвидшення ШОЄ, при запальних процесах, в тому числі і при перитоніті зазвичай виникає пізніше на 2—3 добу і зберігається в подальшому ніж лейкоцитоз та гіпертермія. На нашу думку, цей показник є об'єктивним для оцінки перебігу післяопераційного періоду.

При вивченні ЛІІ та ШОЄ з нагноєнням післяопераційної рани значно перевищують ці показники у хворих з не ускладненим перебігом перитоніту ($P<0,05$).

Крім того ми підрахували вартість медикаментозного лікування хворих на перитоніт.

Проаналізовано вартість медикаментозного лікування хворих з гострим апендицитом: хвора і. х. № 4366, гострий флегмонозний апендицит, місцевий серозний перитоніт. Сума витрат — 3649 грн. Хвора і.х.№ 4526 гострий гангренозно—перфоративний апендицит, місцевий фібринозно—гнійний перитоніт. Сума витрат — 6489 грн.

Проаналізовано вартість медикаментозного лікування хворих з програмованими санаціями: Хвора і. х. № 6087, двобічний гнійний тубооваріальний перфоративний абсцес, загальний гнійний перитоніт. Сума витрат — 18820 грн. Санації — 4. Хвора і. х. № 15394, перфорація клубової кишки, загальний гнійний перитоніт. Сума витрат — 29330 грн. Санації 4.

В представлених данних включили тільки витрати на медикаменти.

ВИСНОВКИ

1. Перитоніт є складною проблемою в абдомінальній хірургії. Гострі захворювання органів черевної порожнини ускладнюються перитонітом в 74,8% випадках, з летальністю 33,3%. Причиною летальних випадків були гнійно—септичні ускладнення та поліорганна недостатність. Основною причиною незадовільних результатів є пізнє звернення хворих за медичною допомогою.

2. Лейкоцитоз, МСМ, ЛІІ, ШОЄ є об'єктивними критеріями протікання запального процесу в черевній порожнині та ефективності лікування.

3. Проаналізовано вартість медикаментозного лікування хворого з гострим флегмонозним апендицитом ускладненим місцевим серозним перитонітом, сума витрат склала — 3649 грн., при лікуванні хворого з гангренозно—перфоративним апендицитом, гнійним перитонітом — 24204 грн. Вартість медикаментозного лікування при ускладнених формах гострого апендициту збільшується в 6,6 разів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляева О.А. Комплексное лечение перитонита и профилактика его осложнений : дис. доктора мед. наук : / Беляева Ольга Александровна. — Киев, 1999. — 375 с.
2. Медицина невідкладних станів. Під. ред. Зозуля І.С. — К.: ВСВ "Медицина", 2012. — 727с.
3. Осложнения в хирургии живота / Н. Н. Волобуев, С. В. Готье, В. В. Жебровский [и др.]; под ред. В. В. Жебровского. — М.: Мед. информ. агентство, 2006. — 448 с.
4. Ballus J. Surgical site infection in critically ill patients with secondary and tertiary peritonitis: epidemiology, microbiology and influence in outcomes / J. Ballus, J. C. Lopez—Delgado, J. Sabater—Riera // BMC Inf. Dis. — 2015. — Vol. 1, N 30. — P. 153 — 157.
4. Косинец В. А. Влияние новой патогенетически обоснованной схемы комплексного лечения распространенного гнойного перитонита на течение воспалительного процесса / В. А. Косинец // Хирургия. — 2012. — № 8. — С. 69 — 73.
6. Koperna T. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment patients with persisting intraabdominal infection / T. Koperna, F. Schulz // World J. Surg. — 2010. — N 24. — P. 32 —37.
7. Перитонит; под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. — М.: Литтерра, 2006. — 208 с.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ БЕШИХИ

О. О. Біляєва, В. В. Крижевський, А. П. Радзіховський, Ю. В. Риб'янець, В. Г. Шендрик, Ф. А. Устинченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Київська міська клінічна лікарня № 6

Реферат

Завдяки комплексному лікуванню з застосуванням хірургічних методів і NO—терапії вже на наступний день спостерігається значне зменшення набряку та гіперемії; покращується клінічне протікання хвороби: швидше зменшується біль (через 2±1,2 доби ($p<0,05$) обезболюючі препарати не потрібні), значно зменшується інтоксикація (t° тіла падає до нормальних показників через 2±1,2 доби, $p<0,05$); зникає зуд. Попереджується прогресування бешихи та розвиток ускладнень, що ведуть до інвалідизації. Крім того скорочуються строки лікування на 7±1,7 доби ($p<0,05$).

Ключеві слова: бешиха, набряк, інтоксикація, лікування, NO—терапія, декомпресійні розрізи.

Бешиха — це інфекційне рецидивуюче захворювання, що характеризується вираженою інтоксикацією, наявністю больового синдрому та вираженим набряком уражених ділянок тіла. Патогенез і клініку бешихи відрізняє інфекційно—токсичний синдром і формування місцевого запального джерела [1]. Тому можна вважати доцільним більш детальне вивчення патогенезу бешихи з метою оптимізації підходів до хірургічного лікування. До 2003 року еритематозна бешиха лікувалась лише консервативно. Хірургічне лікування виконувалось лише при некротичній бешисі та при наявності гнійних ускладнень. На даний час, лікування бешихи включає комплекс загального та місцевого лікування, виконується радикальна хірургічна обробка ран з застосуванням широких розрізів з некректоміями [2, 3]. Хірургічне лікування заключається у розкритті булл, гнійників та проведенні некректомій і декомпресійних розрізів. Остання методика вперше в світі була застосована та впроваджена в клініку О. О. Біляєвою у 2003 році. Останніми роками все більше уваги привертають перспективи застосування оксиду азоту для лікування запальних процесів м'яких тканин [4]. В експерименті та клініці доведено ранозагоюючий ефект при обробці гнійних ран охолодженим газовим потоком, що містить оксид азоту [4; 5], що стало поштовхом для розвитку нового напрямку в медицині — NO—терапії.

Таким чином, багато питань, що стосуються покращення результатів лікування бешихового запалення, є актуальними і потребують свого рішення на основі раціонального застосування нових можливостей в комплексному лікуванні цієї хвороби.

Мета — покращити ефективність лікування та попередити ускладнення шляхом застосування хірургічних методів та NO—терапії в комплексному лікуванні хворих на бешиху.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було проведено аналіз хворих на бешиху, що лікувались в хірургічному відділенні КМКЛ № 6 з 2011 по 2014 роки. За цей період було проліковано 241 хворого на бешиху. З них 41 хворий лікувались комплексно медикаментозно з застосуванням хірургічного методу та оксиду азоту і склали основну групу та 49 хворих, що лікувались лише традиційно і склали групу порівняння.

Існує багато класифікацій бешихи, ми ж користуємося класифікацією Возіанової Ж.І., 2001 р. В основній групі еритематозна бешиха була у 6 (14,6%) хворих, еритематозно—бульозна у 5 (12,2%), еритематозно—геморагічна у 1 (2,4%), бульозно—геморагічна у 2 (4,9%), флегмонозна у 4 (9,8%), некротична у 23 (56,1%). В групі порівняння еритематозна була у 38 (77,6%), еритематозно—бульозна у 9 (18,4%), некротична у 2 (4,1%). Чоловіків було 47 (52,2%), жінок 43 (47,8%). Вік хворих складав від 19 до 93 років. У 46 (51,1%) хворих була виявлена супутня патологія. Частіше спостерігалась серцево—судинна патологія, варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, захворювання органів дихання та цукровий діабет. Два та більше супутніх захворювань було у 28,4% хворих.

Діагноз бешихи було встановлено на основі клінічної картини, що характеризувалась гострим початком, ознобом, підвищенням температури тіла до 38—39°С, симптомами загальної інтоксикації, появою набряку та гіперемії з чіткими контурами у вигляді язиків полум'я, виникненням булл та геморагій. Розпал захворювання наступав в термін від декількох годин до 1—2 діб після виникнення перших проявів хвороби та характеризувався максимальними загальними проявами (інтоксикацією та лихоманкою), а також місцевими. Усім хворим проводилось комплексне обстеження (об'єктивне; лабораторне: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, аналіз крові на цукор, коагулограма; інструментальне: ЕКГ, R —графія).

Усім хворим проводилось комплексне лікування, що з першого дня включало антибіотикотерапію. Її проведення в комплексному лікуванні хворих на бешиху має неабияке значення. Напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини та фторхінолони мають найбільшу ефективність при різних формах бешихи. Тому при поступленні хворих відразу призначались саме вони. Останніми роками при важких формах застосовувались фторхінолони. Після отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили зміну антибіотику в залежності від отриманих результатів (етіотропна антибіотикотерапія). При проведенні антибіотикотерапії застосовували принцип де—ескалаційної антибіотикотерапії, при необхідності застосовували принципи ступінчастої антибіотикотерапії. Крім того, признача-

лась інфузійна терапія з застосуванням кардіотоніків та кардіопротекторів, антикоагулянтна (переважно низькомолекулярні гепарини), імуномодулятори, протизапальна, гепатопротектори, ангіопротектори, вітамінотерапія в комплексі з аскорбіновою кислотою, призначались антигістамінні препарати. Пов'язки зі стрептоцидовою маззю місцево призначаються протягом усього лікувального процесу. При появі гнійно—запальних ускладнень у вигляді флегмон, абсцесів, некрозів тканин в найбільш короткі строки виконувалось розкриття гнійника з висіченням некротично змінених тканин, на що отримано деклараційний патент України на корисну модель у 2013 році [6]. Це дозволяє значно покращити результати лікування тяжких форм захворювання і є основою для лікування ендотоксикозу. Після повного очищення рани, при необхідності, виконується аутодермопластика.

Показами до хірургічного лікування бешихи шляхом виконання декомпресійних розрізів є еритематозна, еритематозно—бульозна, еритематозно—геморагічна та бульозно—геморагічна бешиха з вираженою інтоксикацією та набряком. При некротичній бешисі — некректомія та виконання декомпресійних розрізів. Одним із проявів бешихи є набряк. Ми запропонували та впровадили в клінічну практику визначення ступеня набряку, що визначається з допомогою методу УЗД. Отримано деклараційний патент України на корисну модель у 2013 році [7]. Метод заключається у визначенні трьох ступенів набряку.

В області нижньої кінцівки з набряком I ступеня повне розсмоктування рідини настає через 6—8 хвилин, різниця окружності кінцівки в порівнянні зі здоровою +3—5 см, а потовщення підшкірно—жирового шару складає 6—8 мм.

При II ступені набряку розсмоктування рідини настає через 10—11 хвилин, різниця окружності кінцівки в порівнянні зі здоровою +5—7 см, а потовщення підшкірно—жирового шару складає 9—12 мм.

При III ступені набряку розсмоктування рідини настає через 15—17 хвилин, різниця окружності кінцівки в порівнянні зі здоровою > 8см, а потовщення підшкірно—жирового шару складає > 14 мм.

Наявність набряку ураженої кінцівки II—III ступеня є показанням до хірургічного лікування бешихи шляхом декомпресійних розрізів в зоні запалення. Їх локалізація — ділянка набряку та гіперемії тканин в межах шкіри та підшкірно—жирової клітковини до фасції. Число розрізів залежить від зони запалення. Усі розрізи, що застосовувались при хірургічній обробці були анатомічно обгрунтованими. Рани загоювались самостійно без накладання швів. У хворих з некротичною бешихою після очищення рани та пригніченні ексудації проводилась аутодермопластика на окремих ділянках рани чи на всій рановій поверхні. Одночасно з цим, у всіх хворих з некротичною бешихою виконувалась некректомія.

При еритематозно—бульозній та бульозно—геморагічній формах бешихового запалення, після обробки операційного поля розчином йодонату, булли розкриваються, епідерміс на їх місці не забирається. Після цього проводиться NO—терапія всієї зони запалення в режимі стимуляції [8].

При некротичній бешисі над ділянкою некрозу проводиться NO—терапія в режимі деструкції. Перед цим при можливості, виконується некректомія скальпелем.

Аплікаційні сорбенти застосовувались хворим при наявності рани.

У хворих з гнійними ускладненнями бешихового запалення перед NO—терапією проводили розкриття та санацію гнійного джерела, доповнюючи обробку ранової поверхні високотемпературним повітряно—плазмовим потоком (режим коагуляції чи деструкції) з наступною NO—терапією в режимі стимуляції. Після розкриття гнійного вогнища ранова поверхня обробляється деструктором, випаровуючи залишки некротичного детриту і гнійного ексудату в межах життєздатних тканин. Всього на курс лікування виконується від 5 до 14 процедур в залежності від розмірів запалення чи рани та характеру протікання ранового процесу. Тривалість і ефективність лікування оцінюється по регресу больового синдрому, зменшенню ексудації, гіперемії, очищенню рани, формуванню грануляцій та появі краєвої епітелізації, а також на основі лабораторних, мікробіологічних, цитологічних даних та показників мікроциркуляторних змін.

Проводилось імунологічне обстеження та вивчено вплив імуномодулятора імодин на показники імунітету. Він належить до імунотропних препаратів, до складу якого входить низькомолекулярна речовина, що отримана з діалізату лейкоцитів периферичної крові (сертифікат державного реєстру медичного імунологічного препарату від 26 листопада 2008 р., відповідає вимогам державних стандартів і дозволений до медичного застосування в Україні). Засіб містить біологічно активні речовини, що здатні нормалізувати специфічний клітинний імунітет. Доза препарату встановлюється на основі результатів попереднього стану імунітету пацієнта. Безпосередньо перед застосуванням ліофілізований препарат розчиняється у воді для ін'єкцій (4 мл) та вводиться підшкірно. З метою оцінки стану імунологічної реактивності організму використовували комплекс імунологічних показників, що відображають стан Т— лімфоцитів (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD4+/CD8 [9]. В *таблиці* наведено імунокорегуючий вплив імуномодулятора на стан пацієнта.

Крім того, провели патоморфологічне дослідження і вивчили структурний стан тканин взятих з поверхні рани при різних формах бешисі. Вивчено особливості тканинної реакції, оцінено ступінь запальних процесів і тканинної реакції в області ураження. Шматочки тканини фіксували в 10%—му розчині нейтрального формаліну (pH 7,4) протягом 24 годин. З фіксованих у формаліні шматочків після промивання в проточній воді вирізали відповідні ділянки. Надалі фіксовані шматочки проводили через спиртово—хлороформовий розчин наростаючої концентрації і заливали парафіном. З парафінових блоків на санному мікротомі виготовляли серійні гістологічні зрізи товщиною 5±1 мкм, які потім забарвлювали гематоксиліном і еозином, пікрофукси-

ном за ван Гізоном, на еластику за Вейгертом, толуїдиновим синім, ставили ШИК—реакцію з обробкою контрольних зрізів амілазою.

Тяжкість стану хворих визначалась по рівню ендогенної інтоксикації. Для цього використовувався лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) , що визначається за формулою запропонованою Я. Я. Кальф—Каліфом [10].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Windows 10 Pro, Microsoft Office 2010 та Statistica [11]. Середні вибіркові значення кількісних показників наведені у вигляді M±m, де M — середня арифметична та m — її помилка. Вірогідність відмінностей середніх величин двох вибірок оцінювали за критерієм Ст?юдента (t) з урахуванням його параметрів, прийнятих у медико—біологічних дослідженнях [12].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В більшості випадків (84,9%) захворювання розвивалося гостро і характеризувалося швидким розвитком симптомів інтоксикації, які більше ніж у половини хворих виходить на перший план від місцевих проявів хвороби в період від декількох годин до 1—2 доби. У всіх хворих початок захворювання проявлявся з підвищення температури тіла до 38±2,7°С (47,1%), вираженої болі та гіперемії шкіри у всіх пацієнтів. При розвитку більш тяжких форм з'являються виражений набряк у місці ураження (66,7%), зуд (14,8%), гіперпігментація шкіри (29,6%), головний біль (7,4%), озноб (100%), загальна слабкість (51,9%), тошнота (11,1%), блювота (3,7%), підвищення температури тіла від 38 до 40°С (52,9%), оніміння уражених кінцівок (7,4%), трофічні виразки були у 25,9% пацієнтів.

У 25% хворих спостерігався виражений лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво. Тривалість больових відчуттів, набряку, лихоманки в основному не перевищувала 3±2,4 діб.

ЛІІ в основній групі і в групі порівняння при поступленні майже не відрізнявся (4,1±0,2 проти 4,3±0,3). На третю добу лікування індекс дещо швидше зменшується в основній групі (3,3±0,4 проти 3,7±0,5). На 5 добу лікування значення в основній групі помітно менші за групу порівняння (2,3±0,5 проти 3,1±0,6). Найбільш помітна різниця змін на 7 добу (1,5±0,6 в основній групі проти 2,4±0,8 в групі порівняння).

З наведених даних можна зробити висновок, що комплексне лікування з застосуванням хірургічних методів та NO—терапії раніше зменшує інтоксикацію.

Вже на наступний день NO—терапії спостерігається значне зменшення гіперемії (в порівнянні з консервативним лікуванням набряк зменшується на 2 добу на 4±2,4 см більше, на 4 добу — на 3±2,1 см більше, на 6 добу — на 1±1,9 см, p<0,05), больового синдрому (біль зменшується на 2±1,2 добу), швидше зменшується температура тіла (в порівнянні з консервативним лікуванням на 2 добу на 1,9±1,1°С більше, на 4 добу — на 0,8± 0,5°С, на 6 добу — на 0,6±0,4°С, p<0,05), зникає зуд та печіння завдяки тому, що нормалізується мікроциркуляція і посилюється кровопостачання в джерело запалення; активізується фагоцитарна функція нейтрофілів та макрофагів, синтез цитокінів, антиоксидантний захист, проліферація фібробластів, неоангіогенез; оксид азоту діє на всі фази єдиного запально—регенеративного процесу, що обумовлює високу ефективність лікування.

Вже на наступний день хірургічного лікування спостерігається значне зменшення набряку (в порівнянні з консервативним лікуванням набряк зменшується на 2 добу на 5±2,1 см більше, на 4 добу — на 4±1,9 см більше, на 6 добу — на 3±1, p<0,05), зменшується температура тіла (в порівнянні з консервативним лікуванням на 2 добу на 2,1±0,9°С більше, на 4 добу — на 1,2±0,6°С, на 6 добу — на 0,9±0,5°С, p<0,05), швидше зменшується гіперемія, біль, зуд, на третю добу зникає і лімфорея. Через добу набряк може зменшитись на стільки, що деколи не можливо виявити місця розрізів (краї ран змикаються) та як провило вони загоюються без вторинних швів. На обличчі розрізи не виконувались. Було виконано 14 некректомій, декомпресійних розрізів — 9, розкриття булл — 4, розкриття і санація гнійника — 6, некректомія та розкриття і санація гнійника — 3, некректомія і декомпресійні розрізи — 2, розкриття булл і декомпресійні розрізи — 3, розкриття гнійника і декомпресійні розрізи — 1. При наявності некротичної бешихи ми виконуємо раннє висікання некротично змінених тканин і декомпресійні розрізи. Деякі автори пропонують вико-

Склад субпопуляції Т-клітин у пацієнтів на бешиху до і після лікування (M±m)

Групи обстежених осіб	К-сть (n)	Ступінь тяжкості патологічного процесу	$CD3^+$-лімфоцити, %	$CD4^+$-лімфоцити, %	$CD8^+$-лімфоцити, %
Здорові донори	20		60,4±0,25	39,8±0,40	26,5±0,50
Основна група (1), базисна терапія + імуномодулятор	а – 25	I (n=8)	57,5±1,20	36,73±0,80	24,4±1,58
		II (n=11)	47,4±1,15*	56,7±1,90*	19,4±1,61*
		III (n=6)	35,2±1,16*	55,8±1,88*	18,4±1,55*
	б – 17	II (n=11)	54,6±1,15**	37,8±2,93**	24,8±1,59**
		III (n=6)	53,7±1,16**	38,7±2,89**	26,4±1,53**
Група порівняння (2) базисна терапія	а – 19	II (n=13)	46,7±1,18*	56,7±1,90*	16,7±1,90
		III (n=6)	47,7±1,14*	55,4±1,94*	16,9±1,98
	б – 19	II (n=13)	50,7±1,90	46,6±1,91**	18,3±1,90
		III (n=6)	51,7±1,92	45,7±1,70**	17,7±1,87

Примітка. * – достовірна різниця з групою здорових донорів (p<0,05);
** – достовірна різниця з даними до лікування (p<0,05).

нувати некректомію після формування демаркаційної лінії [13, 14]. Ми не чекаємо її формування в зв'язку з тим, що виражена інтоксикація і рання некректомія значно зменшує її. Одразу після некректомії проводиться NO—терапія на очищену від некрозу рану та на зону набряку і гіперемії в режимі стимуляції. Після повного очищення рани виконується аутодермопластика. При еритематозній та еритематозно—бульозній, еритематозно—геморагічній та бульозно—геморагічній бешисі виконуємо декомпресійні розрізи.

При імунологічному дослідженні аналіз змін стану клітинного імунітету пацієнтів показав, що у всіх групах, що вивчались, до лікування відмічено виражене зниження в периферичній крові як вмісту загальної популяції Т—клітин, так і кількості лімфоцитів, що відносяться до Т—хелперів (*див. таблицю*). Після лікування імуномодулятором імодин спостерігається тенденція до підвищення функціональної активності Т—лімфоцитів, а також покращення співвідношення імунорегуляторних клітин (*див. таблицю*). Лікування викликає незначні зміни імунітету у хворих з легким ступенем бешихи ($p > 0,05$) і достовірно сприяє нормалізації імунітету у хворих з середнім і важким ступенем.

При патоморфологічному дослідженні відзначається набряк ураженої ділянки шкіри. Найбільш характерна мікроскопічна особливість бешихи — ураження лімфатичних дрібних судин і системи мікроциркуляції. Для бешихи характерні не тільки лимфангіїт, але і флебіт, артеріїт. Спершу серозне запалення локалізується в ретикулярному шарі шкіри, частково в підшкірній жировій клітковині по ходу лімфатичних судин.

Серозний ексудат з великим вмістом нейтрофілів і лімфоцитів просочує тканини, заповнює міжклітинні простору і лімфатичні судини, в яких до того ж спостерігається десквамація ендотеліального шару. Розширюються судини системи мікроциркуляції, збільшується їх проникність, в результаті ще більше посилюється набряк навколишніх тканин і в деяких випадках еритроцити виходять в міжклітинний простір, чим і пояснюється наявність іноді зустрічаються були з геморагічним вмістом.

При значному набряку і підвищеної проникності капілярних судин ексудат відшаровує епідерміс. Так з'являються пустули при бульозній формі бешихи. При залученні в процес підшкірної жирової клітковини і просякненні її запальним ексудатом розвивається флегмонозна бешиха. Якщо до пари капілярних судин і більших магістралей приєднується внутрішньосудинний тромбоз, то виникає некротична форма бешихи.

У всіх хворих отримано позитивні результати. Прогресування некрозу не спостерігалось.

ВИСНОВКИ

1. Застосування хірургічного методу лікування та NO—терапії в комплексному лікуванні бешихи дозволяє запобігти прогресуванню бешихового запалення, попередити розвиток ускладнень, біль зменшується через 2±1,2 доби (знеболюючі препарати не потрібні), значне зменшення інтоксикації (t° тіла знижується до нормальних показників через 2±1,2 доби), скоротити термін лікування на 7±1,7 діб ($p<0,05$).

2. При імунологічному дослідженні аналіз змін стану клітинного імунітету пацієнтів показав, що у всіх групах, що вивчались, до лікування відмічено виражене зниження в периферичній крові як вмісту загальної популяції Т—клітин, так і кількості лімфоцитів, що відносяться до Т—хелперів. Після лікування імуномодулятором імодин спостерігається тенденція до підвищення функціональної активності Т—лімфоцитів, а також покращення співвідношення імунорегуляторних клітин. Лікування викликає незначні зміни імунітету у хворих з легким ступенем бешихи ($p > 0,05$) і достовірно сприяє нормалізації імунітету у хворих з середнім і важким ступенем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бунин К.В. Патогенез и противорецидивное лечение рожи / К.В. Бунин, В.Л. Черкасов // Хирургия. 1980. — № 11. — С. 73—76.
2. Горюнов С. В., Ромашов Д. В., Бутивщенко И. А. Гнойная хирургия: Атлас. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, — 2004. — 558 с.
3. Kossmann T., Gattiker A., Trentz O. Nekrotisierende Weichteilinfektionen und "toxic shock syndrom" // Unfallchirurg. — 1998. — С. 74—80.
4. Howlander M.H. Increased plasma total nitric oxide among patients with severe chronic venous disease / M.H. Howlander, Smith P.D. Coleridge // Int. Angiol. — 2002. — Vol. 21, № 2. — P. 180—186.
5. Ковальчук Л.В. Суперлимф в комплексном лечении осложненного раневого процесса / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, Н.В. Ярыгин — М.: Иммунохелп. — 2004. — 54 с.
6. Патент України на корисну модель № 77812 МПК (2013.01) A61B 17/00 // Біляєва О.О., Яковлева Е.І., Шендрик В.Г. Хірургічний спосіб лікування бешихи. — Заявл. 06.09.2012. Опубл. 25.02.2013; Пром. власність. — Бюл. № 4, 2013.
7. Патент України на корисну модель № 83895 МПК (2013.01) A61B 8/00 // Біляєва О.О., Ребро Я.А., Шендрик В.Г., Яковлева Е.І. Спосіб визначення ступеня набряку при бешисі. — Заявл. 28.12.2012. Опубл. 10.10.2013; Пром. власність. — Бюл. № 19, 2013.
8. Патент України на корисну модель № 81554 МПК (2013.01) A61B 17/00 // Біляєва О.О., Яковлева Е.І., Шендрик В.Г. Спосіб лікування бешихового запалення з застосуванням оксиду азоту. — Заявл. 13.11.2012. Опубл. 10.07.2013; Пром. власність. — Бюл. № 13, 2013.
9. Кузнецова Л.В., Бабаджан В.Д., Фролов В.М., Кравчун П.Г., Кузнецов Г.В., Прилуцький О.С., Гарник Т.П., Курченко А.І., Нагорний О.Є., Пілецький А.М., Гавриленко Т.І., Гуляр С.О., Осипова Л.С., Романюк Л.І., Касянчук Н.Ю., Назаренко О.П., Назар О.В., Кузнецов О.Г., Грем'яков В.О., Юркіна А.В. Клінічна та лабораторна імунологія. Національний підручник. — "Полиграф плюс" — Київ. — 2012 — 922 с.
10. Кальф—Каліф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении //Врачебное дело. — 1941.— №1. — С. 31—36.
11. Лях Ю.Е. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко. — Донецк: изд—во Донецкого ун—та, 2006. — 214 с.
12. Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медіко—біологічних даних / О.В. Гойго. — Київ: Б. в., 2004. — 76 с.
13. Гальперин Э.А. и Рыскинд Р.Р. Рожа / М.: Медицина. — 1976. — с. 174.
14. Покровский В.И. Руководство по инфекционным болезням / под ред. В.И. Покровского и К.М. Лобана / М.: 1986. — с. 391.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

С. П. Бродовський, І. М. Козловська
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Реферат
Лікування геморою — це лікування захворювання, що спричиняє колосальний психологічний дискомфорт. Тому психологічний чинник часто стає причиною пізнього звернення за медичною допомогою, коли консервативні методи вже неефективні. Сучасні методи діагностики та лікування геморою дозволяють позбутися цього неприємного захворювання без болю, з мінімальним фізичним і психологічним дискомфортом.
Останнім часом все більшої популярності набувають малоінвазивні методики, обсяг яких за останні роки становить близько 60—80% з тенденцією до щорічного збільшення. Це досягається шляхом розробки і впровадження нового високотехнологічного обладнання та інформаційної доступності пропонованих методів.
Ключові слова: геморой, малоінвазивні методи лікування, хірургічне лікування.

Геморой є одним із найпоширеніших захворювань людства, що значно впливає на якість життя пацієнтів та знижує їх працездатність. Біль і свербіж знижують фізичну активність, дискомфорт і косметичні дефекти негативно впливають на якість інтимного життя таких хворих. Є підстава вважати, що на геморой страждає до 80% дорослого населення працездатного віку, хоча точна статистика на сьогодні відсутня [3, 13, 21].

Лікування геморою — це не лише лікування болю, свербежу і кровотечі [10, 24]. Це лікування захворювання, що спричиняє колосальний психологічний дискомфорт. Недарма цю хворобу називають "незручною" — "ні самому подивитися, ні іншим показати". На жаль, психологічний чинник часто стає причиною того, що пацієнт звертається за консультацією проктолога лише тоді, коли консервативні методи вже неефективні й можливе лише операційне лікування геморою .

Але проктологія, як і медицина в цілому, постійно розвивається. Сучасні методи діагностики та лікування геморою дозволяють позбутися цього неприємного захворювання без болю, з мінімальним фізичним і психологічним дискомфортом. А своєчасне звернення до проктолога й адекватне лікування геморою значно підвищує якість життя, а також позбавляє від психологічного дискомфорту.

Практика доводить, що чим раніше розпочато лікування, тим більшого позитивного результату можна досягти. Тому не слід займатися самолікуванням, а негайно звернутися до лікаря—проктолога, адже є безліч високоефективних та малотравматичних методів хірургічного лікування геморою.

У разі гострого геморою лікування розпочинають зі стабілізації процесу запалення за допомогою консервативних методів. Хворому призначають медикаментозні препарати, ванночки, свічки. Також можна застосовувати фізіотерапевтичні методи [3, 5, 9, 18, 22] . Але консервативний спосіб лікування геморою не є панацеєю — причина розвитку захворювання не зникає. Тому після купирування запального процесу слід вжити радикальні методи позбавлення від хвороби [13, 22]. Лікування хронічного геморою залежить від кількох чинників — стадії розвитку хвороби, місця розташування вузлів, наявності ускладнень.

Останнім часом все більшої популярності набувають малоінвазивні методики, які можна застосовувати амбулаторно. Обсяг малоінвазивних втручань за умови хронічного геморою в більшості розвинених країн за останні роки становить близько 60—80% з тенденцією до щорічного збільшення. Це досягається шляхом розробки і впровадження нового високотехнологічного обладнання та інформаційної доступності пропонованих методів як серед лікарів, так і пацієнтів, що зумовлює щорічне зниження кількості хворих на ускладнені форми хронічного геморою і в пізній стадії процесу [7, 8, 17, 20].

Є кілька сучасних методів лікування хронічного геморою — консервативний (із застосуванням медикаментозних препаратів), операційний (радіохвильовий, лазер, дезартеризація) і безопераційний (склерозування, лігування, електро— та фотокоагуляція, лігування вузлів латексними кільцями). Усі малоінвазивні методи лікування геморою насправді є хірургічними маніпуляціями, але вони дозволяють видаляти гемороїдальні вузли з мінімальною травматизацією, практично не позбавляючи хворого працездатності. Консервативний метод лікування застосовують переважно як стабілізувальну терапію стану хворого у разі загострень, гострого геморою і під час реабілітаційного періоду після операції [1, 10, 13, 21, 23]. Даний метод лікування не застосовують як самостійну терапію.

На сьогодні серед малоінвазивних методів лікування широкого розповсюдження набув метод трансанальної дезартеризації гемороїдальних вузлів, під час якої за допомогою спеціальних інструментів, під контролем ультразвукового датчика, виявляють артерії, що відповідають за надходження крові до збільшеного гемороїдального вузла, і вимикають їх із системи живлення шляхом перев'язки [1, 2, 4, 24]. Метод ефективний для будь—якого ступеня тяжкості геморою, однак найліпші результати відзначаються на II—III ступені. Після дезартеризації починається зворотний розвиток вузлів — вони "зсихаються", суттєво зменшуються в розмірі і більше не завдають проблем. Методику запропонував японський лікар Моринага ще в 1995 р., а через 10 років цю техніку вдосконалили — доповнили перев'язку артерій підтяжкою вузлів. Саме в такому виконанні її застосовують проктологи. Даний метод лікування геморою є найбільш сучасним, а також найбільш швидким та ефективним серед усіх відомих на сьогодні. Основна його перевага — майже повна відсутність болю під час процедури та після

неї. Єдиним протипоказанням для цього методу є геморой з ускладненням — тромбоз вузлів або парапроктит. Дезартеризацію в такому разі можна проводити лише після консервативного лікування й усунення прояву тромбозу [5, 8, 15, 19, 23]. Метод має беззаперечну перевагу перед традиційними операціями і забезпечує швидку реабілітацію хворих, що дозволяє стверджувати, що він є способом вибору лікування хронічного неускладненого геморою.

Склерозування вузлів — це введення в гемороїдальний вузол препаратів—склерозантів, що сприяє склеюванню стінок кавернозних судин. Внаслідок цього вузол "зморщується" за рахунок утворення сполучної тканини і припиняє існування. Цей метод лікування виконують за наявності геморою I—II ступеня, він малотравматичний, не вимагає застосування анестезії, проводять амбулаторно, що дозволяє хворому швидко повернутися до звичного життя [11, 12, 20,].

За I—II ступеня геморою ефективний і метод впливу екстремальними температурами (кріодеструкція, під час якої вузли заморожують за допомогою рідкого азоту, або фокусна інфрачервона коагуляція, коли на ніжку гемороїдального вузла впливають тепловими інфрачервоними променями, припікаючи судини, що живлять вузол, і його кровопостачання припиняється), внаслідок чого (після кількох сеансів) гемороїдальні вузли піддаються некрозу. Однак недоліком вказаних методів є високий ризик рецидиву й ускладнень [3, 7, 22].

Лігування вузлів за допомогою латексних кілець передбачає, що на ніжку вузла надягають латексне кільце, яке перетискає судини, що живлять вузол. Через деякий час тканини, що позбавлені харчування, відмирають і відходять разом з кільцем під час дефекації [6, 14, 16, 20].

Усі малоінвазивні методи є малотравматичними, не залишають грубих рубців, маловартісні, що дозволяє використовувати їх за умови поліклініки. Пацієнт відчуває лише незначну болючість, що дає можливість уникнути тривалої післяопераційної реабілітації. Больовий синдром після таких методів лікування є нетривалим, неінтенсивним і добре купирується анальгетиками та знеболювальними препаратами. Також такі методи мають обмежене коло протипоказань, що дозволяє застосовувати їх у пацієнтів похилого віку та за наявності тяжкої супутньої патології.

Кілька років тому вважали, що хірургічне видалення вузлів — це найефективніший спосіб лікування геморою. Нині до нього вдаються лише у за III—IV стадії процесу, коли інші методи неефективні, і в разі тромбозу гемороїдальних вузлів [3, 23, 24].

Із радикальних операційних втручань найбільш поширена операція Лонго, так звана трансанальна резекція, під час якої висікають ділянку слизової оболонки прямої кишки вище гемороїдального вузла, з подальшим ушиванням слизової оболонки прямої кишки з гемороїдальними вузлами, що випадають. Таке хірургічне втручання застосовують лише на I—III стадії геморою та для висічення гемороїдальних вузлів — класична операція з видалення геморою, яка вважається травматичною, але виправдана у разі великих вузлів, ризику кровотечі, за наявності ускладнених форм геморою — застосовують у II—IV стадії захворювання. Гемороїдектомію за Мілліганом — Морганом проводять на III—IV стадії геморою, тобто у разі запущеного процесу. Гемороїдектомія, водночас, може бути як внутрішнім, так і комбінованим [8, 14, 16, 21].

Проводячи операцію за методом Лонго, видаляють лише частину прямої кишки над зубчастою лінією. Дефект у слизовій оболонці зшивають із використанням титанових дужок. Таке хірургічне втручання не передбачає видалення гемороїдальних вузлів — вони лише зменшуються в обсязі за рахунок зменшення живлення через скорочення припливу крові через кавернозні вени. Це відбувається внаслідок висічення циркуляційної смужки слизової оболонки прямої кишки, яка з часом спорожнюється і заростає сполучною тканиною [2, 21, 22].

Завдяки методу Лонго, запропонованому італійським професором Лонго в 1993 р., можна відновити нормальну анатомічну структуру анального каналу без травмування слизової оболонки. Окрім того, не відбувається ушкодження внутрішнього апарату прямої кишки. Як результат — хворі не потребують тривалого післяопераційного реабілітаційного періоду і вже на 4—5 добу можуть приступати до повсякденної роботи [2, 6, 24]. До того ж, завдяки цьому методу, хворий не потребує вживання анальгетиків, купируються больові відчуття, а ймовірність рецидиву зводиться до нуля.

Слід відзначити застосування препаратів із флеботропною дією для загального лікування захворювання. Таке лікування проводиться для підвищення тонусу вен, поліпшення в них кровообігу і мікроциркуляції в кавернозних тільцях. Венотонізуючі препарати зміцнюють венозну стінку і перешкоджають появі нових вузлів [9, 18].

До консервативних методів відноситься і гірудотерапія — лікування п'явками. Фермент гірудин, що міститься в їхній слині, розріджує кров, розчиняє наявні тромби і перешкоджає утворенню нових. Цю методику лікування геморою, зазвичай, застосовують у комплексі з іншими засобами, що дозволяє купирувати біль, напруження у вузлах і навіть зменшити їх розмір.

Застосування сучасних ефективних методів лікування геморою у поєднанні з консервативним лікуванням — дотримання дієти, застосування ректальних свічок, медикаментозних препаратів та практичних порад щодо способу життя — гарантує повністю позбавити хворого від цієї недуги.

Медична наука не стоїть на місці. Сподіваємося, що в найближчому майбутньому з'являться нові методи лікування геморою, ще більш щадні й ефективні, ніж існуючі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А. Бесшовная геморроидэктомия / Л.А. Благодарный, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Хмылов, В.Х. Соттаева // Колопроктология. — 2006. — №3(17). — С. 8—12.
2. Васильев С.В. Сравнительная оценка операции Лонго и шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии в лечении хронического геморроя / С.В Васильев, К.Н. Комяк, А.И. Недозимованный // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 2007. — №3. — С. 166—171.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой: Руководство для врачей. — 2—е изд., перераб. и доп. — М.: Литтерра, 2010. — 200 с.
4. Загрядский Е.А. Трансанальная допплер—контролируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией в лечении геморроя III—IV стадии / Е.А. Загрядский, С.И. Горелов // Колопроктология. — 2010. — №2(32). — С 8—14.
5. Захарченко А.А., Гульман М.И., Винник Ю.С., Галкин Е.В. Эндоваскулярные вмешательства в колоректальной хирургии: монография // Красноярск, Версо, 2009. — 191 с.
6. Использование генератора Liga Sure при геморроидэктомии / В.М. Тибербулатов, Д.И. Мехдиев, Р.Г. Каланов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2004. — №9. — С. 44—46.
7. Рустамова А.Б. Геморрой — современный взгляд на проблему / А.Б. Рустамова // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. — 2013. — Т. 8, №2. — С. 9—11.
8. Сравнительная характеристика течения раневого процесса и послеоперационного периода у больных перенесших геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем и традиционными способами / Л.М. Хмылов, А.Ю. Титов, Л.Л. Капуллер [и др.] // Колопроктология. — 2004. — №2(8). — С. 14—20.
9. Стойко Ю.М. Патогенетическое обоснование эффективности применения "Детралекса" у больных с острыми формами геморроя / Ю.М.Стойко, В.А. Сотникова // Колопроктология. — 2008. — №4. — С.13—16.
10. Тактика лечения больных геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией / А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквадзе [и др.] // Новости колопроктологии. — № 6. — 2007. С. 41—46.
11. Ханевич Р.В. Склерозирующая терапия геморроя / Р.В. Ханевич, Р.В. Мирумян // Вестник хирургии. — 2004. — №163(2). — С.132—134.
12. Фролов С.А. Склеротерапия детергентами — метод выбора лечения больных кровоточащим геморроем, осложненным анемией / С.А. Фролов, Л.А. Благодарный, И.В. Костарев // Колопроктология. — 2011. — №2(36). — С. 23—27.
13. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012. 284 с.
14. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal hemorrhoids: a prospective study / B. Chaleoykitti // J Med Assoc Thai. — 2002. — № 85. — P. 345—350.
15. Distal Doppler—guided dearterialization' is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization / C. Ratto, L. Donisi, A. Parello [et al.] // Colorectal Disease. — 2012. — №14. — P. 786—789.
16. Morinaga K. Novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler Flowmeter / K.Morinaga, K.Hasuda, Y.A.Ikeda // The American Jornal of Castroenterology.— 2005.— № 90.— P.610—613.
17. Oughris M. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentric study / M. Oughriss, R. Yver, J.L. Faucheron // Gastroenterol Clin Biol. —2005. — № 29. — P. 429—433.
18. Phlebotonics for haemorrhoids / N. Perera, D. Liolitsa, S. Iype [et al.] // The Cochrane Collaboration. — 2012. — № 73. — P. 72—77.
19. Ratto C. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as aminimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids / C. Ratto, L. Donisi, A. Parello // Dis Colon Rectum. — 2010. — № 53. — P. 803—811.
20. Short—term and long—term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapsed / S.S. Chew, L. Marshall, L. Kalish. [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2003. — № 46. — P. 1232—1237.
21. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the harmonic scalpel technique 18 of excisional hemorrhoidectomy / S. Khan, S.E. Pawlak, J.C. Eggenberger [et al.] // Dis Colon Rectum. — 2001. — № 44. — P. 845—849.
22. Tan J.J. Prospective, randomized trial comparing diathermy and harmonic scalpel hemorrhoidectomy / J.J. Tan, F. Seow—Choen // Dis Colon Rectum. — 2011. № 44. P. 677—679.
23. The American Society of Colon and Rectal Surgeons.Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids / Dis Colon Rectum. — 2005. —№ 48. — P. 189—194.
24. Zampieri N. Long—term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization / N. Zampieri, R. Castellani, R. Andreoli, A. Geccherle // The American Journal of Surgery. —2012. — № 204. P. 684— 688.

ПРОФІЛАКТИКА ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

О. А. Вільцанюк, В. К. Логачов, О. О. Вільцанюк

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева" НАМН України

Реферат

В роботі проведено оцінку ефективності застосування розробленої методики профілактики ендогенної інтоксикації та ентеральної недостатності. Розроблена методика полягає в проведенні ентеросорбції препаратом на основі нанодисперсного кремнезему, селективної деконтамінації кишківника та відновленні бар'єрної функції стінки кишки. Використання розробленої методики забезпечувало більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду, про що свідчили швидка нормалізація лабораторних показників крові та ендогенної інтоксикації. Використання розроблених методів у комплексному лікуванні хворих на гостру кишкову непрохідність, яким не проводилась резекція кишки, дозволило знизити кількість внутрішньо очеревинних ускладнень в післяопераційному періоді з 8,8% до 2,4%, раніше ліквідувати прояви ендогенної інтоксикації, скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі з 13,8±0,8 до 9,5±0,3 ліжко—днів та зменшити післяопераційну летальність на 6,7%. У хворих на гостру кишкову непрохідність, яким при лікуванні проводилась резекція кишки, використання розробленої програми дозволило знизити кількість внутрішньо очеревинних післяопераційних ускладнень з 13,8% до 5,7%, скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі з 17,1 ± 1,0 до 13,2 ± 0,7 ліжко—днів та зменшити післяопераційну летальність на 1,7%.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, ускладнення, ендогенна інтоксикація, ентеральна недостатність, профілактика, лікування.

Проблема лікування гострої кишкової непрохідності залишається однією з найбільш актуальних у сучасній хірургії. Не дивлячись не впровадження сучасних технологій при оперативному лікуванні цієї патології летальність залишається на високому рівні внаслідок великої кількості ускладнень які виникають в післяопераційному періоді. Однією з провідних причин високої летальності залишається перитоніт та ендогенна інтоксикація (ЕІ), джерелом яких є застійний вміст шлунково—кишкового тракту внаслідок розвитку ентеральної недостатності (ЭН) [1].

Одним з ефективних напрямків профілактики післяопераційних ускладнень залишається проведення заходів направлених а ліквідацію ЕІ та ЭН шляхом проведення ентеросорбції. [2, 3]. На сьогодні немає єдиної думки про ефективність цього заходу внаслідок відсутності конкретних програм проведення ентеросорбції, разом з тим за даними [4] проведення ентеросорбції при гострих захворюваннях органів черевної порожнини в перші дванадцять годин після операції дозволяє досягти максимальної ліквідації синдрому ЕІ та запобігти транслокації мікроорганізмів в очеревинну порожнину, що має важливе значення для профілактики післяопераційних ускладнень.

Нами розроблено комплекс заходів, який забезпечує видалення токсичного вмісту з одночасною деконтамінацією просвіту кишкового тракту та відновленням бар'єрної функції стінки кишки.

Мета дослідження. Вивчення ефективності розробленої програми профілактики ЕІ та ЕН при лікуванні гострої кишкової непрохідності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ефективність лікування з використанням розробленого комплексу заходів було вивчено 190 хворих, які були оперовані з приводу гострої кишкової непрохідності (ГКН). Усім хворим проводили інтенсивну інфузійну, антибактеріальну, антикоагулянтну терапію та інтубацію кишківника згідно з рекомендаціями [5, 6]. Хворі були розподілені на групу порівняння та основну групу. Обидві групи хворих були репрезентативними за віком статтю та супутньою патологією.

Група порівняння складалась з 45 хворих на ГКН, у яких ліквідація кишкової непрохідності під час операції проводилась без резекції кишки, та 65 хворих, яким проводили резекцію кишки з приводу ГКН. Оцінку ефективності розроблених методів було вивчено в основній групі, яка складалась з 45 хворих, яким не проводилась резекція кишки, та 35 хворих, яким виконували резекцію кишки з приводу ГКН. Розроблена програма включала проведення ентеросорбції препаратом сорбційної дії з антимікробними властивостями в період підготовки до та під час операції, а також в післяопераційному періоді до появи кишкової перистальтики, з попереднім розрахунком добової кількості сорбенту в сухій субстанції та об'єму його суспензії за розробленою методикою. Проведенням селективної деконтамінації кишківника та відновлення бар'єрної функції стінки кишки [7].

Загальний стан хворих при проведенні різних видів лікування оцінювали згідно зі шкалою оцінки тяжкості стану хірургічних хворих Оцінку ефективності лікування хворих обох груп у післяопераційному періоді проводили за загально—клінічними, лабораторними і мікробіологічними методами дослідження та показниками ендогенної інтоксикації лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ) та за рівнем метаболітів середньої маси (МСМ) в периферійній крові [8, 9].

Статистична обробка отриманих даних проводилась методом варіаційної статистики з використанням програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2003 for Windows з послідуючим порівнянням отриманих даних.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Включення розробленої програми до комплексу лікувальних заходів хворих на ГКН, яким не проводилась резекція кишки, показало, що у хворих основної групи в післяопераційному періоді достовірно швидше ($p<0,05$) нормалізувались загально—клінічні та лабораторні показники, ніж в групі порівняння.

Більш швидка стабілізація показників ЕІ відзначалась у хворих основної групи: нормалізація ЛІІ у хворих основної групи відбувалась на 5 добу — 1,3 ± 0,2 ум. од. ($p<0,01$), а у хворих групи порівняння на 10 добу, після операції ЛІІ ще залишався підвищеним — 2,2 ± 0,3 ум. од. Нормалізація ГПІ у хворих основної групи наступала на 10 добу — 0,6 ± 0,06 ум. од. ($p<0,01$), тоді як у хворих групи порівняння ГПІ, на цей термін спостереження, залишався високим і перевищував нормальні показники у 3,5 рази. Починаючи з 5 доби, рівень МСМ у хворих основної групи достовірно зменшувався ($p< 0,001$) і досягав нормальних показників — 0,280 ± 0,003 ум. од., а у хворих групи порівняння зберігався підвищеним — 0,287 ± 0,003 ум. од. навіть на 10 добу.

Кишкова перистальтика та відходження кишкових газів у хворих основної групи з'являлись достовірно ($p < 0,01$) раніше — через 1,9 ± 0,1 доби і 2,4±0,1 доби відповідно, на відміну від хворих групи порівняння у яких гази відходили через 2,4 ± 0,1, а перистальтика з'являлась через 3,1 ± 0,1 доби. Відновлення нормального складу кишкової мікрофлори у хворих основної групи відбувалось раніше — на 6,2 ± 0,4 добу після операції ($p < 0,01$), а у хворих групи порівняння лише через 9,3 ± 0,3 діб.

При використанні розробленої програми заходів у комплексному лікуванні хворих на ГКН основної групи, яким проводилась резекція кишки, також спостерігалась значна відмінність перебігу післяопераційного періоду. Загальний стан хворих у цій групі хворих був значно кращим ніж у хворих в групі порівняння. Загально—клінічні та лабораторні показник крові починаючи з 3 доби після операції набували нормальних значень, або наближались до верхньої межі норми. При аналізі показників ЕІ також спостерігалась більш швидка їх стабілізація у хворих основної групи. На 10 добу ЛІІ та ГПІ у хворих основної групи відповідали нормальним показникам, тоді як у хворих групи порівняння ці показники відповідно в 1,5 і 3 рази перевищували норму. Нормалізація МСМ в периферичній крові у хворих основної групи наступала на 5 добу 0,278 ±0,004 ум. од. і достовірно відрізнялась від показників у хворих групи порівняння ($p<0,001$), а у хворих групи порівняння рівень МСМ наближався до верхньої межі норми лише на 10 добу після операції.

Нормалізація температури тіла хворих основної групи відбувалась достовірно раніше — на 6,9 ±0,5 добу ($p<0,01$), а у хворих групи порівняння — на 7,8 ± 1,2 добу. Кишкова перистальтика та відходження кишкових газів у хворих основної групи з'являлись — через 2,6 ± 0,2 доби і 3,5 ± 0,2 доби ($p<0,01$), а хворих групи порівняння через 3,6 ± 0,1 і 4,6 ± 0,1 доби відповідно. Відновлення нормального складу кишкової мікрофлори у хворих основної групи відбувалось на 7,8 ± 0,4 діб після операції ($p<0,01$), а у хворих групи порівняння лише через 11,2 ± 0,3 діб.

Використання розроблених методів у комплексному лікуванні хворих на ГКН, яким не проводилась резекція кишки, дозволило знизити кількість внутрішньо очеревинних ускладнень в післяопераційному періоді з 8,8 % до 2,4% та раніше ліквідувати прояви ЕІ, що дозволило скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі з 13,8 ± 0,8 до 9,5 ± 0,3 ліжко—днів та зменшити післяопераційну летальність на 6,7%. У хворих на ГКН, яким при ліквідації непрохідності проводилась резекція кишки, використання розробленої програми дозволило знизити як кількість внутрішньо очеревинних післяопераційних ускладнень з 13,8 до 5,7%, так і період ЕІ, що дозволило скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі з 17,1 ± 1,0 до 13,2±0,7 ліжко—днів та зменшити післяопераційну летальність з 4,6% до 2,9%.

ВИСНОВКИ

1.Використання розроблених методів у комплексному лікуванні хворих на ГКН, яким не проводилась резекція кишки, дозволило в післяопераційному періоді знизити кількість внутрішньоочеревинних ускладнень з 8,8 до 2,4%, раніше ніж у хворих групи порівняння ліквідувати прояви ендогенної інтоксикації та ентеральної недостатності, скоротити тривалість перебування хворих в стаціонарі на 4,3 ліжко—дні та зменшити післяопераційну летальність на 6,7%.

2. У хворих, яким проводилась резекція кишки при лікуванні ГКН, проведення в післяопераційному періоді розроблених заходів, дозволило знизити кількість внутрішньоочеревинних післяопераційних ускладнень на 8,1% скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі на 3,9 ліжко днів та зменшити післяопераційну летальність на 1,7%, що свідчить про високу ефективність запропонованих заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Неотложная хирургия органов брюшной полости:клин.руководство /под.ред. П.Г.Кондратенко, В.И. Русина. — Донецк.: Заславский А.Ю., 2013.— 718 С.
2. Брискин Б. С. Энтеросорбция и ранняя нутритивная поддержка пектинсодержащим препаратом в лечении хирургического эндотоксикоза / Б. С. Брискин, Д. А. Демидов // Эфферентная терапия. — 2005.— №2.— С. 3 — 9.
3. Возможности энтэросорбции и эволюция энтэросорбентов для лечения хирургического эндотоксикоза / С.И. Емельянов, Б.С. Брискин, Д.А. Демидов, Т.И. Демидова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтэрология.—2010. — № 11.— С.84 —88.
4. Андрущенко В.П. Синдром ентеральної недостатності: погляд на проблему у світлі досвіду клініки / В. П. Андрущенко, С. Т. Федоренко, О. М. Дворчин //Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 1 — 2. — С 127 —129.
5. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии.: науч.— метод изд. / В. В. Бойко, В. К. Логачев, А. А. Вильцанюк, М. А. Хуторянский. — Харьков: ОМА—ПАК, 2007. — 52 с.

6. Инфузионная терапия у пациентов хирургического профиля / А. Ю. Маленко, Коровкин М. В., Залюбовский В. И., Ляшок //Український хіміотерапевтичний журнал.— 2008. — № 1—2 (22). — С. 47—49.
7.Энтэросорбция в комплексном лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / [В.В.Бойко, А.А. Вильцанюк, И.А. Вильцанюк и др.]; под. ред..А.А. Вильцанюка, И.И.Геращенко. — Харьков.: Ома—Пак, 2009. — 128 С.
8.Сипливый В.А. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В.А.Сипливый, А.И.Дронов, Е.В.Конь. — К.: Наук. Світ, 2004 — 101 С.
9. Карпищенко А.И. Медицинские лабораторные технологии / А.И.Карпищенко — Спб.: Интермедицина,2002.—600 С.

ЗАСТОСУВАННЯ АСМ—ТЕСТУВАННЯ СУМІСНОСТІ АУТОТРАНСПЛАНТАТУ ДО ОРГАНІЗМУ РЕЦИПІЄНТА (клінічні спостереження)

Я. І. Грищук, Б. Я. Грищук, П. М. Литвин, М. Ю. Ничитайло, О. М. Лазаренко

Науково—практичний центр профілактичної та клінічної медицини ДУС, Київ,
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України,
Інститут фізики напівпроводників імені В. Є. Лашкарьова НАН України

Реферат

В роботі проведено аналіз ускладнень після герніопластики та оцінюється переваги застосування різних типів сіток при операціях. В літературі показано, що у 60% прооперованих у віддаленому періоді виникають ускладнення пов'язані з реакцією організму на чужорідний матеріал, в наслідок чого уповільнюється післяопераційний період відновлення пацієнтів та погіршується якість їх життя. Розглянуто метод тестування для передбачення такого ускладнення, що базується на застосуванні атомно—силового мікроскопу.

Р 2014—2015 було прооперовано 70 пацієнтів з вентральною грижею із встановленням зміцнюючих сіток 3 типів. Проведено індивідуальне АСМ— тестування матеріалу на сумісність з організмом реципієнта.

Результати АСМ—тестування та клінічні спостереження за пацієнтами показали, що отримані значення добре корелюють з клінічними післяопераційними проявами.

Доцільно використовувати АСМ—тестування матеріалу імплантату на сумісність з організмом реципієнта на доопераційному етапі для встановлення оптимального виду імплантату та/або проведення відповідного терапевтичного супроводження.

Ключові слова: герніопластика, сітки для герніопластики, ускладнення, тестування, атомно—силовий мікроскоп

Застосування зміцнюючих сіток при герніопластиці дозволяє запобігти необхідності повторного втручання у разі рецидиву захворювання. Але імплантація чужорідного матеріалу як сітка для герніопластики провокує відгук організму реципієнта. Різноманіття можливого відгуку живого організму на чужорідне тіло не дозволяє створити єдиний матеріал, який не викликав би реакцію запалення у пацієнта. Нажаль, при створенні матеріалів, зазвичай враховують їх хімічну стійкість та міцності характеристики. Такі параметри є необхідними але недостатніми у практичній медицині. Так на поверхні матеріалу або готового протезу присутні центри з певними властивостями, а саме з певним значенням поверхневої енергії, яка може зв'язувати елементи імунної системи пацієнта і таким чином запускати каскад запального процесу. Сам процес обіймає безліч реакцій, що відбуваються паралельно та клітини, які при їх активації синтезують окисні агенти можуть та руйнують матеріал протезу. У цей же період запускаються генерація активних елементів імунної системи з відповідними афінними властивостями та безліч допоміжних речовин як інтерферони, інтерлейкіни, лейкотриєни, тощо. Вся ця низка процесів та утворених речовин після етапу розпізнавання чужорідного тіла направлена на руйнування та/або його ізоляцію [1]. Тобто в процес відновлення після операції додається ще етап реакції організму на імплантат [2]. Тривалість та перебіг додаткового етапу повністю залежить від стану організму пацієнта. Метою даної роботи було на доопераційному етапі визначити ступінь відгуку організму на чужорідний матеріал шляхом тестування сумісності матеріалу аутотрансплантату фізичним методом за допомогою атомно—силового мікроскопу [3].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До групи дослідження увійшли 70 пацієнти з вентральною грижею (післяопераційна грижа, при якій м'язи черевної стінки відокремилися і дозволили сегментам органів черевної порожнини виступати через слабке місце в черевній порожнині). Пацієнти з цукровим діабетом в дослідженні участі не приймали. Всі хворі пройшли стандартне доопераційне обстеження з визначенням формули крові, рівня глюкози та СРБ. Обстеження проводили на базі сертифікованих біохімічних лабораторії НВЦ ПКМ ДУС та Інституту кардіології ім. Н. Д. Стражеска НАМН України.

Таблиця 1. **Характеристика пацієнтів та данні операції**

Характеристики пацієнтів	Тип зміцнюючих сіток			
	Сітка №1	Сітка №2	Сітка №3	Значення *p*
Чол/жін	20/8	3/4	28/7	0,7519
Вік	58 ± 14	61 ± 15	59 ± 13	0,9999
Індекс маси тіла	23 ± 4.0	24 ± 3.5	24 ± 3.1	0,0653
Ліва/права	16/12	4/3	20/15	0,1517
Пряма/непряма	0/0	0/0	17/12	0,1892
Комбіновані	0	0	7	0,9999
Розмір дефекта (см) < 1,5	4	2	8	0,7613
1,5–3 (см)	2	5	6	0,9999
>3 (см)	22	0	21	0,9999
Первинна/повторна	0	1	5	0,9999
Операційний час (хв.)	51 ± 8	45 ± 7	58 ± 10	0,3481

Сітки виготовлені у формі двовимірного мережива з широкими квадратними комірками із мононитки поліпропілену або комбінуванням адгезуючої нитки поліглекапрону—25 і поліпропілену. Всі матеріали сертифіковані для використання в Україні.

Середній вік пацієнтів складав 68,1 ± 5,5 років. Наймолодшому було 23 роки, найстаршому — 83 роки. За гендерним складом в дослідженні було: жінок 13 (19 %); чоловіків 57 (81%).

Частіше за все операції проводились пацієнтам поважного віку і питання реабілітації та запобігання повторним операціям було суттєвим. Всім хворим була проведена операція з герніопластики з встановленням зміцнюючих сіток різних виробників, яких об'єднував основний матеріал імплантату — поліпропілен. Визначення на доопераційному етапі найбільш відповідного імплантату у віддаленому періоді відзначиться на якості його життя. У *табл. 1* зазначені характеристики прооперованих пацієнтів та їх скарги у післяопераційному періоді.

Як видно з *табл. 1* вік та індекс маси пацієнтів відрізняється від середніх статистичних даних України завдяки тому, що операції проводили у клініці ДУ "НПЦ МКП" ДУС, де середній вік прикріпленого контингенту на 10 років вищий за вік середнього українця. Так як грижі у більшості були розміром більше за 3 см операційний час для проведення герніопластики в середньому становив 50± 8 хвилин, що укладається у Європейські нормативи проведення герніопластики.

Паралельно проводили АСМ тестування сумісності матеріалу сіток до організму реципієнта за визначенням сили взаємодій імуноглобуліну (IgG), виділеного з сироватки крові реципієнтів [3], до поверхні сіток імплантатів. Метод є чутливим і дозволяє виміряти афінну взаємодію між поверхнею та IgG в межах нанонью тонів (нН або 10—9 Ньютонів). Час проведення тестування за допомогою АСМ займає до 24 годин.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У *табл. 2*. наведені скарги пацієнтів у відвалений період після операції.

Як видно з *табл. 2* найбільш успішним при використанні є сітка № 2. При її застосуванні практично не було скарг хворих на відчуття стороннього тіла, болю. Іншими словами — встановлення цієї сітки не викликало жодного дискомфорту у хворих як через 3 місяці так і в подальшому через 12 місяців. Другим за відсутністю негативних проявів можна вважати сітку № 1. Так через 3 місяці повторно зі скаргами звернулось 2 хворих з сіткою № 1. Тоді як у той же термін з негативними відчуттями звернулося 10 хворих з групи сітки № 3. Крім того пацієнти скаржились на відчуття болю в місці встановлення імплантату та за рекомендацією хірурга мали вживати знеболювальні та протизапальні засоби, так як мали прояви локального запалення в цьому місці. Група хворих з сіткою № 2 зі скаргами самостійно до лікаря не зверталася, а при віддаленому опитуванні на всі запитання давала негативну відповідь. А саме — не було скарг, відчуття болю або стороннього тіла в місці встановлення імплантату. Для груп хворих з сітками № 1 та № 3 картина змінилась суттєво. Так, скарги на біль та відчуття чужорідного тіла виявились тільки у групі з сіткою № 3. Ті ж самі пацієнти потребували призначення знеболювальних препаратів та мали неприємні відчуття в місці встановлення імплантату.

Через 12 місяців група пацієнтів з імплантованою сіткою № 2 не мала жодних скарг. Для груп хворих з сітками № 1 та № 3 кількість хворих зі скаргами значно зменшилась, але залишились хворі, які мали неприємні відчуття в місці встановлення імплантату та не-

Таблиця 2. **Віддалені результати операції**

	Через3 місяці			
	Сітка № 1	Сітка № 2	Сітка № 3	*p*
Кількість пацієнтів	28	7	35	
Повторне звернення	2 (7,14)	0	12 (34,3)	0,9983
Повторна операція	0	0	1 (2,85)	0,9992
Відчуття болю	4 (14,3)	0	12 (34,3)	0,6898
Використання анальгетиків				
кожен день	1(3,6)	0	9 (25,71)	0,6115
інколи	2 (7,14)	0	3 (8,75	0,3354
Відчуття стороннього тіла	5 (17,85)	0	17 (48,57)	0,3166
	Через 12 місяців			
12 місяців	Сітка № 1	Сітка № 2	Сітка № 3	*p*
Кількість пацієнтів	28	7	35	
Повторне звернення	1(3,6)	0	4 (11,43)	0,8209
Повторна операція	0 (0)	0 (0)	0	0
Відчуття болю	0	0	0	0
Використання анальгетиків				
кожен день	0 (0)	0	2 (5,71)	0,3326
інколи	1 (3,6)	0	2 (5,71)	0,9296
Відчуття стороннього тіла	0	0	4 (11,43)	0,3166

обхідність приймати знеболювальне. Таким чином можливо визначити, що якість життя хворих, насамперед в групі яким було встановлено сітками № 3, була значно нижча ніж у хворих — з сітками № 1, та не йшла у ніяке співставлення з відчуттями пацієнтів з групи, яким було імплантовано сітки № 2.

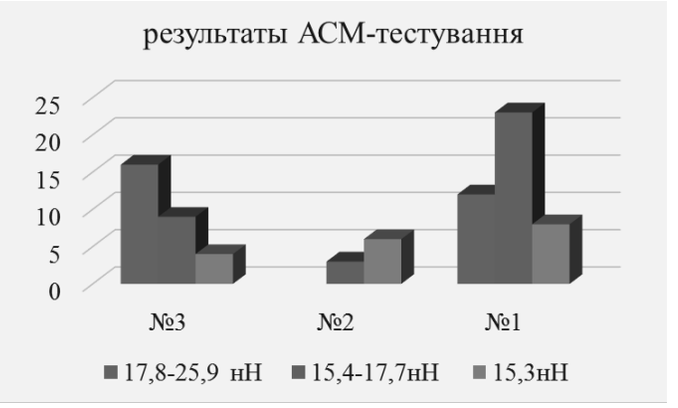
АСМ—тестування матеріалу сіток на сумісність з організмом реципієнта

Значення афінної взаємодії між поверхнею імплантату та сумарними IgG реципієнта, за залежністю "чим більша сила — тим більша реакція організму на імплантат", дозволяє вибирати із спектру наявних сіток для герніопластики, найбільш сумісну у цей час.

Результат аналізу АСМ тестування сумісності сіток для герніопластик представлено у вигляді *рисунка.* (значення визначеного F відрізняється від сил Ван дер Вальсу, взаємодія чистого зонду з поверхнею імплантату, і становить 3—5 ± 0.9 нН).

Згідно з *рисунком* підвищений рівень F при АСМ тестуванні співпадає з випадками ускладнень та скарг хворих групи з сіткою № 1. Згідно клінічних проявів, у десяти пацієнтів можна реєструвати посилену реакцію організму на імплантат, що відповідає даним АСМ тестування — значення F коливалось у межах 17,9 — 20,2 нН. Загалом за даними клінічних спостережень ми можемо сказати, що цей рівень F відповідає підвищеній реакції організму пацієнта на матеріал імплантату та викликає негативні відчуття у пацієнтів у вигляді болю, гіперемії, утворенні сером. Кількість хворих, яким при операції імплантували сітку № 1 може бути порівняна з групою сітки № 3 (28 пацієнтів проти 35 відповідно). У групі з сіткою №1 повторних звернень та опитування у віддаленому режимі зі скаргами на біль та неприємні відчуття у місці операції через 3 місяці звернулось 6 пацієнтів (17,1%) проти 17 (48,57%) з групи з сіткою № 3. Необхідність у знеболюючих препаратах відчувало 4 (14,3%) пацієнтів групи сітки № 1. В той час через 3 місяці 12 (34,3%) пацієнтів з сіткою №3 потребувало знеболюючу терапію. Скаргами на відчуття чужорідного тіла звернулось 5 (17,85%) пацієнтів проти 17 (48,57%) пацієнтів з групи сітки № 3. Десять (28,57%) пацієнтів з групи сітки № 3 через 6 місяців повторно звернулись зі скаргами. Шість (11,3%) з них мали больове відчуття, яке потребувала медикаментозного супроводу та всі вони скаржились на відчуття стороннього тіла у місці встановлення сітки. Через 12 місяців тільки 1 (3,6%) пацієнт з групи сітки № 1 поскаржився у віддаленому опитуванні на відчуття болю і проінформував, що інколи вживає анальгетики. У жодного з групи сітки №1 не було відчуття стороннього тіла в місці встановлення імплантату.

На *рисунку* наведені результати АСМ тестування. Вони відповідають клінічним спостереження. Сітки № 1 та № 3 викликають реакцію організму та відповідні клінічні прояви, які можна характеризувати як прояви локального запалення в місці встановлення сітки від слабо відчутного, помірного до сильного. При цьому ступінь прояву запалення добре корелюється із значенням F, яке було визначено при АСМ тестуванні.



Результати АСМ—тестування сумісності аутотрансплантату, різних типів сіток для герніопластики до організму реципієнта.

Окремо за результатами АСМ тестування та клінічними проявами стоїть група пацієнтів, яким було встановлено сітку № 2. Згідно клінічним дослідженням через 3, 6 та 12 місяців пацієнти цієї групи не зверталися зі скаргами. Якщо звернутись до діаграми 1 то можна побачити, що у випадку АСМ тестування з IgG сироватки крові пацієнтів найнижчі показники були саме для сітки № 2.

Детальний аналіз результатів АСМ—тестування сіток на до операційному періоді пацієнтів дозволяє поділити їх на 3 групи. Пацієнти "холодної" групи, у яких значення F коливається у межах 13,0—15,4 нН. Проміжну групу, де F вимірюється у межах 15,5—17,8 нН та групу ризику з рівнем F >17,9 нН. Таким чином пацієнтів з сіткою № 2 (9 хворих) можна віднести до груп з низькою імовірністю ускладнень — 6 пацієнтів "холодної" групи та 3 "проміжної" (67% vs 33 %). Зовсім інша картина складається у пацієнтів з сіткою № 1 (33 хворих). Низьку вірогідність реакції організму виявлено у 5 хворих (15%), проміжний рівень F у 13 (39 %). І значення F >19 нН було визначено у 15 пацієнтів, що становить 46 % прооперованих. Сітку №3 було встановлено 43 хворим. З них 13 пацієнтів (31%) мали "холодний" рівень F у межах 13,0—15,6 нН. У 4 пацієнтів з 43 значення (9%) F було критичним — більше19 нН. Останні 26 пацієнтів (60%) значення F відносилось до "проміжного рівня" — 15,7—18,9 нН.

З огляду на проведений аналіз у практичних рекомендаціях можна запропонувати в подальшому застосовувати при герніопластиці сітку №2 як таку, що за АСМ тестуванням є найбільш сумісною з організмом реципієнта.

У підсумку треба зазначити, що у пацієнтів групи дослідження з різними типами сіток загалом після проведення герніопластики ускладнення реєстрували у віддалений період. З 70 пацієнтів, що були включені у дослідження, 9 прооперованих мали набряки в місці встановлення сітки, сером та інш, що становило 12,85% ускладнень від прооперованих і відповідало загальному рівню ускладнень після герніопластики з використанням змінюючих сіток.

ВИСНОВКИ

З огляду на ці результати можна запропонувати такі практичні рекомендації:

1. При можливості, проводити АСМ тестування імплантатів з метою обрати найбільш сумісний з організмом певного пацієнта з наявних у клініці.

2. З огляду на отримані результати, рекомендуємо при герніопластиці використовувати сітки № 2.

3. Наступною за своїми біосумісними властивостями та при відсутності сітки № 2 рекомендовано використовувати сітку № 1.

ЛІТЕРАТУРА

1. Major MR, Wong VW, Nelson ER, Longaker MT, Gurtner GC. The foreign body response: At the interface of surgery and bioengineering.—Plast Reconstr Surg.— 2015.— May.— 135(5).— PP.1489—98.)
2. U. Klinge et al., Pathophysiology of the abdominal wall. Chirurg 67 3 (1996), s. 229—233.
3. Картель Т.М., Лазаренко О.М., Бойко І.В. Дячук Д.Д., Литвин П.М., Прокопенко І.П., Алексєєва Т.А., Лазаренко Г.О., Грищук Я.І. Клінічне застосування тестування хірургічних імплантатів на біосумісність з організмом реципієнта.— Методичні рекомендації МОЗ (210.14/77.15) Видавець Ю.В. Піча "Каравела". Київ, 2015.— 32 С.

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

О. І. Дронов, І. О. Ковальська, А. І. Горлач, К. О. Задорожня

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
Київський центр хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози імені В. С. Земскова

Реферат

В роботі проаналізовано досвід хірургічного лікування 3076 пацієнтів на тяжкий гострий панкреатит. Хворі були розділені на дві репрезентативні групи що відрізнялись за лікувальною тактикою. Група порівняння склала 1504 хворих (до 2003 р.), де ретроспективно оцінені результати лікування. Основна група — 1572 пацієнта, у яких використано удосконалений лікувальний алгоритм з урахуванням виявлених недоліків.

Ретроспективний аналіз групи порівняння визначив основні причини летальності — у хворих на тяжкий гострий некротичний панкреатит — рання поліорганна недостатність (ПОН) (28%), арозивні кровотечі (4%) та генералізовані інфекційні ускладнення (68 %) в пізній фазі. В основній групі, завдяки корекції внутрішньочеревної гіпертензії, застосуванню еферентних методик, мініінвазивих методів санації інфекційних вогнищ, профілактиці арозивних кровотеч вдалося зменшити кількість післяопераційних ускладнень та стабілізувати показники летальності у межах 9,1 %.

Лікування гострого тяжкого панкреатиту повинно бути комплексним, патогенетично обґрунтованим з урахуванням динаміки місцевих та профілактикою системних ускладнень, обов'язково включати в свою програму використання новітніх мініінвазивних технологій.

Ключові слова: гострий тяжкий панкреатит, панкреатичний некроз, мініінвазивні технології.

Попри те, що гострий панкреатит (ГП) вважається мультидісциплінарою проблемою, його ускладнення залишаються прерогативою хірургів [1, 2, 3]. Саме ускладнення обумовлюють високу летальність, але їх прогнозування та профілактика дозволяють покращити результати лікування хворих з даною патологією [4, 5]. Сучасне розуміння патогенезу ГП передбачає динамічний процес, в ході якого відзначається зміна фаз, що мають патофізіологічні та патоморфологічні особливості, які є основою для діагностичної та лікувальної тактики [6, 7, 8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В Київському міському центрі хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози імені В. С. Земскова за період з 1989 року знаходилися на лікуванні 3076 хворих на тяжкий гострий панкреатит. З 1504 пацієнтів, пролікованих до 2003 року, сформована група порівняння, де ретроспективно аналізовано післяопераційні ускладнення, летальність в ранню та пізню фази захворювання. В основні групу увійшли 1572 пацієнта, (2003 — 2016 р.), де використано удосконалений лікувальний алгоритм та терміни застосування інтервенційних методик лікування. Групи репрезентативні за етіологією, тяжкістю, віком, статтю (*табл. 1*).

В дослідження не були включені хворі на післятравматичний та післяопераційний панкреатит. В групах застосовувалась класифікація Атланти 1992 року, яка корегувалась з урахуванням її перегляду 2008 та 2012 років. В основній групі, в доповнення до міжнародної класифікації ГП, нами запропоновано клініко—морфологічна класифікацію ГНП за типами некрозу, що дозволяє прогнозувати постнекротичні ускладнення та виділяє вогнищевий, субтотальный та тотальний панкреонекроз з поверхневим, трансмуральним та інтрамуральним ураженням (*табл. 2*).

Морфологічним субстратом тяжкого панкреатиту є некрози підшлункової залози (ПЗ) та заочеревинної клітковини, які мають як рідинний, так і щільний компоненти, фіксовані та відмежовані по відношенню до життєздатних тканин, стерильні та інфіковані, обмежені та поширені. Відповідно, хірургічна тактика при ГНП в залежності від фази захворювання, наявності системних та динаміки місцевих ускладнень може бути як стриманою так і навпаки, агресивною.

Мета дослідження: Оцінити ефективність запропонованого лікувального алгоритму у пацієнтів на тяжкий гострий панкреатит з урахуванням ланок патогенезу розвитку ускладнень та застосуванням мініінвазивних технологій.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В групі порівняння померло 142 пацієнтів, загальна летальність складала 9,4%, післяопераційна 22,1%. В ранню фазу померло 40 хворих, в пізню 102 пацієнта. Ретроспективний аналіз післяопераційних ускладнень та

Таблиця 1. **Характеристика пацієнтів з тяжким гострим панкреатитом**

			Група порівняння (n = 1504)	Основна група (n= 1572)
Середній вік (роки)			42,4	43,5
Стать	Чоловіки	абс. (%)	1021 (67,9%)	1097 (69,8%)
	Жінки	абс. (%)	483 (32,1%)	475 (30,2%)
Етіологія	Аліментарний	абс. (%)	1185 (78,8%)	1251 (79,6%)
	Біліарний	абс. (%)	319 (21,2%)	321 (20,4%)
Перстистуюча поліорганна недостатність за шкалою Маршал, бали			9,57	9,43

Таблиця 2. **Клініко-морфологічна характеристика форм гострого некротичного панкреатиту**

Тип некрозу	Частота n (%)
Вогнищевий, поверхневий	300 (19,1%)
Вогнищевий, трансмуральний	442 (28,1%)
Вогнищевий інтрамуральний	82 (5,2%)
Субтотальний поверхневий	253 (16,1%)
Субтотальний трасмуральний	354 (22,5%)
Тотальний поверхневий	105 (6,7%)
Тотальний трасмуральний	36 (2,3%)
Гострий некротичний панкреатит	1572

летальності дозволив з'ясувати можливості покращення діагностики та результатів лікування цієї категорії хворих. Основними причинами незадовільних результатів є рання поліорганна недостатність (28% хворих), що розвинулась у перший тиждень захворювання, арозивні кровотечі (4%) та генералізовані інфекційні ускладнення (68 %) пізньої фази ГП.

Вищеназвані причини ускладнень і летальності спонукали до удосконалення лікувального алгоритму. Залежно від фази ГП лікувальна тактика в основній групі пацієнтів суттєво відрізнялась. В ранній фазі вона була виключно консервативною, активно застосовувались еферентні методи в умовах реанімаційного відділення. Надалі використовувалась активно—очікувальна, а за наявності ознак інфікування — активно—хірургічна.

Використання плазмаферезу у хворих на тяжкий ГП — патогенетично обґрунтована процедура детоксикації при ранній ПОН. Виконувалась від 1 до 6 сеансів з ексфузією 800 — 1000 мл плазми.

В ранній фазі гострі рідинні скупчення є потенційним джерелом ферментної токсемії, інфекції, внутрішньочеревної гіпертензії. Відповідно показання до застосування пункційно—дренуючих методик лікування в ранню фазу мали місце у 628 хворих (40%). З них — пункцію гострих рідинних парапанкреатичних скупчень виконано у 163 хворих (26%); показами були: зростаючий больовий синдром, стійкий парез шлунково—кишкового тракту, прогресування ендотоксемії, відсутність ефекту від інтенсивної терапії впродовж 3—х діб. У 43 пацієнтів (6,8%) проводили повторні пункції, показами до яких були: рецидивуючий больовий синдром, швидкий темп накопичення рідини в сальниковій сумці та заочеревенній клітковині з високою протеолітичною активністю. Синдром внутрішньочеревної гіпертензії I — II ступеню, персистуюча поліорганна недостатність, парез шлунково—кишкового тракту, що зберігається на 4—ту добу захворювання були показаннями до дренування рідинних скупчень у 421 пацієнта (67%).

Обмеження терміну дренування асептичних рідинних скупчень має значення в аспекті екзогенного інфікування панкреатичних некрозів. Для профілактики раннього екзогенного інфікування дренованих рідинних парапанкреатичних скупчень важливим є своєчасне видалення дренажів. Низький дебіт (менше 50мл) асептичних виділень, відновлення перистальтики та нормалізація внутрішньочеревного тиску при стерильному бактеріологічному посіві панкреатичного ексудату вважаємо показаннями до видалення дренажів. При наявності декількох дренажів — видалення поетапне. Середній термін дренування в ранню фазу становив 7,29 ± 4,41 діб. Відсоток інфікування дренованих у ранню фазу рідинних скупчень складав 21,7 %.

Внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ) спостерігалась у 48 % хворих основної групи. I ступінь ВЧГ мав місце у 405 хворих (53,8 %), II ступінь ВЧГ — у 271 пацієнта (35,9 %), III ступінь у 59 хворих (7,8 %), IV — у 19 (2,5 %). Нормалізація внутрішньочеревного тиску у хворих на гострий тяжкий панкреатит зменшує органну дисфункцію, пов'язану з розвитком абдомінального компартмент—синдрому. Дренування гострих рідинних скупчень, декомпресія шлунку при I — II ступені та декомпресійна фасціотомія при III — IV ступенях внутрішньочеревної гіпертензії є заходами профілактики абдомінального компратмент—синдрому. Середнє значення внутрішньочеревного тиску після дренування рідинних скупчень було достовірно нижче початкового, і склало 12,27±3,94 мм рт.ст., до дренування показник склав 14,64±4,60 мм рт ст.

Нами удосконалено спосіб ліквідації внутрішньочеревної гіпертензії шляхом комбінації лапароскопічної фасціотомії білої та спігелевих ліній живота та декомпресії заочеревеного простору. Виконується лапароскопічна декомпресія параколон, шляхом розсічення парієтальної очеревини правого та лівого бокових каналів клубових ямок максимально вверх, потім виконують декомпресійну фасціотомію. За допомогою ультразвукового дисектора виконують пошарове розсічення парієнтальної очеревини по серединній лінії живота від пупка вверх до мечоподібного відростку і вниз у направленні лобкового симфізу. Встановлюються дренажі в малий таз та в підпечінковий простір.

Неефективність заходів, що проводяться, наростаючі явища ПОН, розповсюдження агресивного ексудату по заочеревинному простору до зовнішніх статевих органів (симптом "калитки" у чоловіків) свідчить про те, що хвороба набуває характеру несумісного з життям, яку ми спостерігали у 54 хворих (3,4%). Це змушує хірурга до операції "відчаю", яка полягає в дренуванні всіх можливих скупчень агресивної рідини, абдомінізацію ПЗ і заочеревинних просторів (з 23 оперованих хворих померло 19, летальність 82,6%). 31 пацієнт помер без операції в перший тиждень захворювання (летальність 100%).

Активно—вичікувальна тактика лікування до секвестрації панкреатичних некрозів, була спрямована на профілактику інфікування. В разі приєднання інфекції проводилась санація вогнищ з використанням пункційно—дренуючих методик до появи відмежованих некрозів. Інфікований панкреатит до відмежування некротичних скупчень — абсолютне показання до дренування, а при ознаках неконтрольованої інфекції ви-

Таблиця 3. **Характер некрсеквестректомііїу пацієнтів з інфікованим панкреатитом основної групи**

Вид некрсеквестректомії	n	%
Одноетапні некрсеквестректомії		
З закритим дренуванням	209	58,8
З ретроперітонеоскопічним видаленням некрозів і дренуванням гнійної порожнини	16	4,6
Комбінована лапароскопічна і ретроперітонеоскопічно асистована	2	0,5
З зовнішнім дренуванням протоки підшлункової залози	125	35,3
З видаленням «малої» кукси залози	3	0,82
Всього одноетапних некрсеквестректомій	355	64,7
Етапні некрсеквестректомії		
З програмованими санаціями	154	79,7
З подальшим ендовідеоскопічним контролем	25	13
З кріодеструкцією «малої» кукси залози з подальшим ендовідеоскопічним контролем	9	4,6
З видаленням «малої» кукси залози з програмованими санаціями	5	2,7
Всього етапних некрсеквестректомій	193	35,3

конували подальше збільшення діаметра (8 — 16 Fr) і кількості дренажів. Додаткове дренування та заміна дренажів за допомогою фаціальних дилататорів у 247 пацієнтів (39,3%). У 80 хворих (5,1%) з вогнищевими некрозами і обмеженими інфікованими скупченнями рідини дана тактика привела до одужання.

При інфікованому некротичному панкреатиті пункційно—дренуючі втручання перешкоджали розвитку генералізованих інфекційних ускладнень до моменту секвестрації і дозволили виконати адекватну одноетапну некрсеквестректомію у 64,7% оперованих хворих. В пізній фазі захворювання при інфікованому панкреонекрозі виконувалися одноетапні та етапні некрсеквестректомії (*табл. 3*)

Нами розроблений спосіб некрсеквестректомії, який комбінує лапаро— і ретроперітонеоскопічні методики, що дозволяє адекватно санувати гнійне вогнище з мінімізацією операційного стресу. Виконуємо лапароскопію з встановленням 5 троакарів, розкриваємо сальникову сумку за допомогою ультразвукового дисектора, аспіруємо інфіковані рідинні скупчення і евакуюємо відмежовані панкреатичні некрози в контейнер. Далі переходимо до відео—асистованої ретроперітонеальної некрсеквестректомії, через субкостальний доступ по лівій средньоаксілярній лінії. Після аспірації рідинного компонента встановлюємо лапароскопічний порт 12 мм в діаметрі і виконуємо некректомію під візуальним лапароскопічним контролем з боку сальникової сумки, що мінімізує ризик пошкодження магістральних судин. Потім виконуємо дренування сальникової сумки і заочеревинного простору двухпросвітними силіконовими дренажами діаметром 30 Fr.

Ретроперітонеовідеоскопічну некрсеквестректомію застосовували при:

— поверхневому вогнищевому панкреонекрозі;

— ізольованому параколярному абсцессі;

— при необхідності багатоетапних некрсеквестректомій після відкритих втручань;

— а також для візуального контролю і видалення "малої" кукси залози після її кріодеструкції.

При гострому некротичному трансмуральному вогнищевому панкреатиті з ураженням тіла і хвоста підшлункової залози з метою профілактики арозивних кровотеч проводилася некрсеквестректомія, крайова резекція кукси залози із зовнішнім дренуванням головної панкреатичної протоки.

При неможливості дренування головної панкреатичної протоки назовні, з метою профілактики фатальних ускладнень проводили видалення "малої", дистальної кукси підшлункової залози (менше 5 см^3).

При відсутності умов для зовнішнього дренування протоки і видалення кукси підшлункової залози, а саме наявність інфільтрату в воротах селезінки, виконувалася кріодеструкція "малої" кукси (t° — 180°С, дворазово з експозицією по 10 хв).

Представлена патогенетично обґрунтована лікувальна програма з використанням мініінвазивних технологій і індивідуальний підхід дозволили зменшити кількість відкритих оперативних втручань на 9,8%; кількість інфікування некрозів на 13,5%, мінімізувати кількість і кратність санаційних релапаротомій, стабілізувати показники летальності у межах 9,1%.

ВИСНОВКИ

У лікуванні гострого некротичного панкреатиту "золотого стандарту" бути не може; відповідно до фазності перебігу захворювання лікувальна програма повинна бути індивідуальною, комплексною, патогенетична обґрунтованою.

Ендовідеоскопічні методи секвестректомії дозволяють уникнути бактеріотоксичного шоку, генералізації інфекції черевної порожнини, зберегти моторику шлунково—кишкового тракту.

Зовнішнє дренування протоки дистальної кукси підшлункової залози, при центральних субтотальних трансмуральних некрозах і видалення або кріодеструкція "малої" кукси залози є ефективними методами профілактики арозівних ускладнень.

Комбінація лапароскопічних і ретроперітонеоскопічних методів забезпечує адекватну некректомію і санацію гнійних вогнищ..

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов А.И. Особенности патогенетического подхода к лечению острого некротического панкреатита / А.И. Дронов, И.А. Ковальская, В.Ю. Уваров // Український журнал хірургії — 2013.— № 3 — С. 145 — 149.
2. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту (методичні рекомендації) [Текст] / П.Д. Фомін, В.П. Андрющенко, В.В. Бойко та ін. — Київ, 2012. — 80 с.
3. Bakker O.J. Extrapancreatic necrosis without pancreatic parenchymal necrosis: a separate entity in necrotising pancreatitis? / O.J. Bakker, H. van Santvoort, M. Besselink et al. // Gut — 2012. — Vol. 18 — P. 143—149.
4. Banks P.A. Classification of acute pancreatitis — 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / Banks P.A., T.L. Bollen, C. Derveniset al. // Gut — 2013 — Vol. 62 — P. 102 — 111.
5. Busqust J. Factors influencing mortality in patients undergoing surgery for acute pancreatitis: importance of peripancreatic tissue and fluid infection / J. Busqust, J. Fabregat, N. Peleaz et al. // Pancreas — 2013. — Vol. 42 — P. 285 — 292.
6. Freeman M.F. Interventions for necrotizing pancreatitis. Summary of a multi—disciplinary consensus conference / M.F. Freeman, J. Werner, H.C. van Santvoort et al. // Pancreas — 2012. — Vol. 8 — P. 1176—1194.
7. Hong S. Body mass index and the risk and prognosis of acute pancreatitis: a meta—analysis / S. Hong, B. Qiwen, J.Ying et al. // Eur J Gastroenterol Hepatol — 2011. — Vol. 12 — P. 136—143.
8. Lytras D. Persistent early organ failure: defining the high risk group of patients with severe acute pancreatitis / D. Lytras, K. Manes, C. Triantopoulou et al. // Pancreas — 2008. — Vol. 36 — P. 249—254.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ХІРУРГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

О. І. Дронов, І. Л. Насташенко, О. А. Скомаровський

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Реферат

Обговорюються сучасні особливості викладання основ хірургії, зокрема дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими", у вищих навчальних закладах. В умовах переходу їх до Болонської системи необхідні суттєві зміни в системі викладання, перевірки теоретичних знань та практичних навичок. Необхідне також подальше доопрацювання морально—етичних та юридичних аспектів викладання дисципліни в світлі стандартизації їх з міжнародними правовими нормами. Вимогою часу є відновлення викладання в вищих медичних навчальних закладах військово— польової хірургії.

Ключові слова: Болонська декларація, дисципліна "Загальна хірургія з доглядом за хворими", етика лікарської діяльності.

Основним завданням вищих медичних навчальних закладів є підготовка кваліфікованих кадрів, що оволоділи сучасними теоретичними знаннями та набули певного рівня практичної підготовки. Крім того, в умовах сьогодення, до молодих фахівців висуваються підвищені вимоги знання засад військово—польової хірургії.

Першою ланкою фахової підготовки майбутніх хірургів є дисципліна "Загальна хірургія з доглядом за хворими", вона забезпечує координацію попередньо отриманих теоретичних знань з їх втіленням в практичну повсякденну хірургічну діяльність, надає можливість орієнтації в різноманітті розгалужень загально хірургічної науки на вузькопрофільні, спеціалізовані напрямки. Це, в свою чергу, спрямовує формування світогляду студентів—медиків, сприяє їх професійній орієнтації.

На етапі введення в хірургію перед студентами крім навчальних починають поставати і питання морально—етичного характеру — спілкування з хворими, здебільшого важко хворими, людьми передбачає необхідність врахування їх психоемоційного стану, можливості негативної реакції на некоректну поведінку. Усвідомлення безумовного дотримання принципів деонтології є основою розуміння майбутніми лікарями юридичних аспектів їх відносин з пацієнтами. Відкриття інформаційного простору, вільний доступ до інтернет—ресурсів зумовлюють обізнаність населення як в медичних, так і в юридичних галузях. Остання, на жаль, все частіше стає підґрунтям спілкування медичних працівників і їх пацієнтів. Зважаючи на це викладачі при проведенні практичних занять, начитуванні лекційного матеріалу повинні в доступній формі надавати основи юридичних аспектів лікарської діяльності з демонстрацією конкретних випадків з власного досвіду та загально відомих так званих "лікарських справ", долучати до рекомендованої літератури для самостійного вивчення матеріалу заняття перелік відповідних юридичних документів та нормативних актів. Основними з наведених документів є: Конституція України, Карний та Цивільний кодекси, Закони, підзаконні акти та накази Міністерства охорони здоров'я України.

Впровадження принципів Болонської декларації в усіх галузях освіти в нашій державі безпосередньо стосується і вищої медичної освіти, відповідно і дисципліна "Загальна хірургія з доглядом за хворими" адаптована до нових умов, принципів та форм викладання з використанням сучасних технологій перевірки теоретичних знань студентів та набутих ними практичних навичок.

Відповідно до міжнародних стандартів, передбачених впровадженою Болонською системою значно зростає роль самостійної підготовки студентів, модернізуються методики викладання, і при перевірці знань значне місце займає проведення тестування. Проте навіть за такої схеми проведення занять передбачається безпосереднє спілкування з пацієнтами: разом з викладачем групи вони приймають участь у лікарняних обходах, обговореннях проблемних хворих, відвідують операційні, допомагають виконувати перев'язки, проводити заходи по загальному догляду за хворими у хірургічному відділенні та відділенні реанімації, приходять на чергування у вільний від навчання час. Набуті при цьому теоретичні знання в плановому порядку закріплюються та набувають практичного впровадження під час проходження літньої практики.

Крокуючи в ногу з сучасністю в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця впроваджена додаткова форма навчання — елективні курси з різних напрямків хірургічної науки, що передбачають ознайомлення з новітніми технологіями і можливостями їх втілення в практику на різних ланках надання хірургічної допомоги населенню. Вимогою часу э організація елективних курсів з військово—польової хірургії.

Загальновідомим є вираз "Теорія без практики мертва". Тому і всі найщиріші намагання викладачів "навчити" без безпосереднього спілкування студентів з хворими залишаться марними. Перший досвід спілкування з пацієнтами хірургічного профілю набувається саме на кафедрах загальної хірургії, і від того як викладач організує студентів будувати систему їх співвідношень з пацієнтами буде залежати і ступінь довіри хворих, тобто ступінь допущення ними до себе студентів для проведення обстежень, маніпуляцій, втручань. На жаль практика свідчить, що не належне ставлення до цих питань може призводити до певного негативізму з боку хворих по відношенню до студентів, що в кінці кінців негативно відображається і на навчальному процесі.

Перехід від вивчення теоретичних дисциплін на клінічну кафедру загальної хірургії передбачає тривале перебування студентів в лікарні, їх спілкування з викладачами кафедри, лікарями, середнім та молодшим ме-

дичним персоналом, пацієнтами. Завданням викладача на цьому етапі є допомога кожному конкретному студентові адаптуватися до нових умов, пояснити загальні правила знаходження в клініці, їх поведінку в різних клінічних та пара клінічних ситуаціях, що ускладнюється браком часу через формування великих академічних груп студентів — від десяти і більше.

Практичні навички, після теоретичного ознайомлення з технікою їх виконання, починають відпрацьовуватись студентами на відповідних муляжах, фантомах, потім на собі, співучнях та пацієнтах. Такий етапний підхід з усвідомленням результатів своїх дій та наслідків помилок сприяє виробленню реального сприйняття та оцінки лікувального процесу, поступово виховує в майбутніх лікарях усвідомлення відповідальності за свої дії. Саме відчуття відповідальності і має стати основою морально—етичного кодексу їх поведінки.

Впровадження Болонського процесу в медичну освіту України передбачає впровадження і міжнародних етичних норм в педагогічний процес та наступну практичну лікарську діяльність. Студенти мають бути ознайомлені з Міжнародним кодексом медичної етики, прийнятим Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, в якому, зокрема, визначені такі важливі аспекти лікарської діяльності як: загальні обов'язки лікаря, неетичні види діяльності лікарів, обов'язки лікаря у стосунку до хворих, обов'язки лікаря у стосунку до інших осіб.

Ознайомлення і свідоме сприйняття студентами цього документу сприятиме формуванню у них розуміння моральної відповідальності перед пацієнтами, правильному формуванню макета їх поведінки з різними категоріями хворих, їх близьких та рідних. Таким чином формується ставлення майбутніх лікарів до наступного, більш конкретно законодавчо визначеного аспекту їх діяльності — юридичного. Студенти повинні також усвідомити, що правове урегулювання лікарської діяльності передбачає не тільки відповідальність лікаря перед пацієнтом, але й пацієнта перед лікарем.

У переважної більшості студентів є певний страх нанести шкоду пацієнтові при оволодінні навичок виконання тих чи інших маніпуляцій, особливо інвазійних — ін'єкції, клізми тощо. Цей страх природний, він не базується на усвідомленні неминучої відповідальності за заподіяне хворому ускладнення — шляхом його подолання як раз і є належне оволодіння практичними навичками. Отриманні знання разом з вміннями та юридичною обізнаністю будуть найкращим правовим захистом професійної діяльності майбутніх лікарів.

Загально прийняте сприйняття правових взаємовідносин пацієнта з лікарем зазвичай трактується в односторонньому порядку — лише як відстоювання прав пацієнтів, що заздалегідь порушує не менш ґрунтовні права другої сторони відносин — лікаря. Законодавчо ці стосунки регулюються Розділом II Конституції України "Права, свободи та обов'язки людини і громадянина" де говориться, що кожна людина (і пацієнт і лікар) має право на повагу до себе. Тому вже на навчальному етапі майбутнім лікарям повинне прищеплюватись усвідомлення власної правової захищенності нарівні з іншими членами суспільства, зокрема і з пацієнтами.

Нарівні з економічними факторами зниженню рівня престижності професії лікаря сприяє і широке висвітлення засобами масової інформації діяльності лікарів різних ланок в негативному аспекті, зростання кількості скарг та судових позивів по звинуваченню в лікарських помилках, недбалості, тощо. При цьому більшість існуючих нормативних актів стосуються саме відповідальності лікарів перед пацієнтами.

За таких соціально—економічних умов значно зменшується кількість випускників середніх шкіл, які обирають майбутню професію лікаря. Тому сьогодні як ніколи студенти медики повинні бути обізнані з положеннями розділів 21—22 Цивільного кодексу, де описані основні права громадянина і людини на життя, медичну допомогу, захист прав і свобод.

Права лікаря як громадянина регламентуються також статтями 285 та 286 Цивільного кодексу в яких впроваджено поняття "лікарської таємниці", тобто не зашкодження пацієнтові інформацією про стан його здоров'я, збереження таємниці про діагноз, стан здоров'я та результати обстежень, не надавання довідок про діагноз та методи лікування за місцем роботи чи навчання. При цьому оговорено, що виключенням з наведених положень можуть бути випадки коли пацієнти знаходяться в термінальних станах.

Одним із основних документів, регламентуючих лікарську діяльність в нашій державі є Закон України "Про основи законодавства про охорону здоров'я".

Прагнення України до євроінтеграції сприяє впровадженню міжнародних стандартів організації вищої освіти в тому числі і медичної. У світлі наведених вище проблем актуальним є ознайомлення студентів з документами міжнародних організацій, які регламентують світові юридичні принципи лікарської діяльності. Це, насамперед, Всесвітня організація охорони здоров'я, Всесвітня медична асоціація, Всесвітня асоціація медичного права, фахові асоціації та об'єднання. Розуміння принципових правових положень лікарської діяльності сприятиме усвідомленню правової захищеності студентам як в період навчання так і під час наступної професійної діяльності.

ВИСНОВКИ

1. Умови впровадження Болонської конвенції в вітчизняну медичну освіту потребують удосконалень в системі викладання, перевірки теоретичних знань та практичних навичок.

2. Морально—етичні та юридичні аспекти викладання дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими" потребують подальшого доопрацювання їх в світлі стандартизації з міжнародними правовими нормами.

3. Вимогою часу є відновлення викладання в вищих медичних навчальних закладах військово— польової хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Редакція від 01.01.2016).
2. Закон України "Про вищу освіту" від 01.07.2014 № 1556—VII.
3. Медична освіта у світі та на Україні (Дипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток) / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. — Київ, Книга плюс, 2005.
4. Інтенсифікація тренінгових технологій при викладанні загальної хірургії в умовах кредитно—модульної системи/ О.І. Дронов, І.Л. Насташенко, А.В. Процюк та ін. / Актуальні проблеми сучасної медицини.—Т.13.—Випуск 1(41).—2013 р. — с. 290—292.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЗАСВОЄННЯ ОСНОВ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ СТУДЕНТІВ

О. І. Дронов, А. В. Процюк, І. О. Ковальська, О. А. Скомаровський, А. І. Горлач, С. В. Земсков

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Реферат

В роботі представлений аналіз нашого досвіду щодо організаційно—методичних напрямків самостійної роботи студентів на кафедрі загальної хірургії. В сучасних умовах тестовий контроль засвоєння знань та навичок вирішує не тільки суто контрольно—екзаменаційні, а також навчально—демонстраційні функції. Результатом є акцентування уваги на найбільш важливих положеннях, формування клінічного мислення, збільшення мотивації до навчання та засвоєння основних знань шляхом впровадження тестів та тематичних кросвордів.

Ключові слова: технології навчання,тестовий контроль знань, тематичних кросвордів.

Опанування професією лікаря завжди залежало від співпраці вчителя та учня. В цьому аспекті спадкоємність поколінь є невід'ємною ланкою формування лікаря. Майстерність викладача на сам перед базується на професіоналізмі, розумінні педагогічної психології, постійному прагненні до самовдосконалення. Уміння та бажання вчителя передати набутий досвід учню є запорукою успіху у навчанні. Педагогічна наука має великий арсенал методів та засобів для інтенсифікації навчального процесу в умовах хірургічної клініки.

Питання адекватності та об'єктивності оцінювання знань є нагальною проблемою.

В статті 57 закону України про вищу освіту зазначено що педагогічні працівники вищого навчального закладу всіх форм власності мають право обирати методи та засоби навчання які забезпечують високу якість навчального процесу [1].

У підготовці фахівців в сучасних умовах вибір форм проведення заняття відіграє суттєву роль. Індивідуальний підхід до кожного студента вимагає ставлення до нього, як до свідомого суб'єкта навчального процесу. При підготовці до занять ми рекомендуємо посібники та методичні розробки підготовленні співробітниками кафедри загальної хірургії [3, 5].

В сучасних умовах найбільш розповсюдженою формою проведення занять з загальної хірургії є фронтальна. Тобто вся група працює разом або індивідуально над одним завданням і з наступним контролем результатів [4].

Таки чином викладач змушений організовувати роботу в одному напрямку, рівномірно впливати на всіх учасників навчального процесу. Недоліком даної методики вважаємо складність забезпечення активності всіх студентів. Викладачу переважно доводиться орієнтуватись на студентів із середнім рівнем знань.

Студенти з "низьким" рівнем знань підготовки нездатні сприймати матеріал у повному обсязі. Це в свою чергу знижує мотивацію до навчання у більш підготовлених студентів.

Використання різних методик проведення практичних занять у навчальному процесі, а також дифиринційований підхід до слухачів дають можливість суттєво підвищити якість навчання, а також мотивувати їх до поглиблення знань [6].

Метою роботи є аналіз використання власного досвіду ефективних технологій навчання. Контроль вихідного рівня знань, навичок та вмінь при проведенні підготовчого етапу занять по більшості тем модуля здійснюється шляхом впровадження тестів та кросвордів.

Отримані попередні результати дають можливість орієнтовано оцінити готовність та базовий рівень знань кожного студента до проведення заняття. Таким чином, з'ясовуємо ступінь позааудиторно засвоєного теоретичного матеріалу.

Згідно сучасних вимог практичні заняття проводяться відповідно методичних рекомендацій по тематичному плану змістовного модуля. Оцінка результатів тестування в якості контролю висхідного рівня знань іноді вимагає від викладача певної корекції структури заняття. Ми використовуємо метод тестового оцінювання та кросворди на всіх етапах вивчення дисципліни: при перевірці вихідного та кінцевого рівня знань, в якості проміжного і підсумкового модульного контролю, а також яка важливу форму самоконтролю. Часто практикуємо поєднаний підхід. Орієнтовано даємо спочатку кросворди по темі і визначаємо рівень підготовки кожного студента в цілому. Такий підхід дає можливість максимально задіяти велику кількість студентів до одночасної співпраці.

Завдяки тестовим завданням та тематичним кросвордам студент має можливість самостійно оцінити рівень своїх знань, що в свою чергу дозволяє викладачу диференційовано підійти до підготовки кожного студента та мотивувати до поглиблення знань.

Створення та використання тестуючич, діагностичних, контролюючих систем оптимізує працю викладача, дозволяє при мінімальних витратах часу оцінити знання всіх студентів, розвивати швидкість мислення, увагу і сприяє більш регулярній і сумлінній праці [2].

Таким чином, переваги тестів та кросвордів наступні:

— уніфікованість і їх стандартизованість;

— можливість одночасного контролю всіх студентів;

— перевірка всього матеріалу, а не вибірково;

— терміновість отримання результатів;

— об'єктивність їх оцінювання;

— психологічна та практична підготовка до майбутніх ліцензійних іспитів "Крокі" і "Крок2";

— широкий простір для самореалізації своїх знань та ерудиції.

Поряд із цим відмічаємо низку недоліків:

— неможливість повністю оцінити глибину знань;

— певне обмеження розвитку загальної культури мовлення, та публічних виступів;

— іноді важко оцінити логіку міркувань студентів.

На наш погляд надмірне використаня в навчальному процесі тестових програмам сприяє виникненню цілого ряду проблем:

— відсутність поглибленного діалогу викладача із студентами;

— певна обмеженість опитування рамками запитань і відповідей;

— тестування не завжди сприяє формуванню вміння у студентів послідовнго, чіткого та повного висловлювання свої думки;

Але на наш погляд, регулярне використання кросвордів та тестів до започаткуванню та формуванню алгоритму дій ургентній хірургії, коли потрібна висока мотивація вірного рішення в короткий терін.

Рекомендуємо приділяти більше уваги та часу для опанування практичних навичок згідно регламенту робочих зошитів.

ВИСНОВКИ

1. Впровадження тестів і кросвордів дисциплінує студентів, виховує відповідальність, мобільність, гарантує систематичне опанування основами загальної хірургії.

2. Залучення самих студентів до складання тематичних кросвордів та тестів по окремих темах сприяє об'єктивізації оцінки поточного і кінцевого рівня знань.

3. Поєднання традиційних методів з інноваційними технологіями забезпечує об'єктивність контролю майбутньої професійної підготовки.

4. Тести та кросворди виконують не тільки екзаменаційні функції, а також навчальні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України "Про вищу освіту". Врховна Рада України. Закон від 01.07.2014. №1556—VII / (набув чинності 06.09.2014) С.— 92.
2. Колесник Ю. М. Місцеве тестування в системі моніторингу якості освіти Запорізького державного медичного університету / Ю. М. Нерянов, В. А. Візир, О. В. Димеденко // Матеріали Всеукр. навч.—наук. Конференції, присв. 55 річчю Тернопільського державного університету ім. І. Я. Горбачевського "Впровадження нових технологій за кредитно модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ III—IV рівнів акредитації".—медична освіта.— 3 (додаток). —2012. С.77—80.
3. Курс лекцій з загальної хірургії: навчально—методичний посібник. —2—ге
вид., допов. / За ред .О. І. Дронов, В. О. Сипливого, І. О. Ковальської, О. А. Скомаровського та інші К.: МВЦ "Медінформ", 2011.— 487с.
4. Проектування кредитно—модульної системи організації навчального процесу. Методичні рекомендації для слухачів ФПК повторних курсів —К., 2008., —16
5. Тестові завдання з курсу загальної хірургії / О. І. Дронов, О. А. Скомаровський, І. Л. Насташенко, А .І. Горлач, С. В. Земсков. — К., 2015. — 216 с.
6. Фігурська Л. В. Путівник для педагогічного тестування: метод .посіб. / Л. В. Фігурська. — Т.: Крок, 2010. — 133с.

СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНОПЛАСТИЦІ

О. І. Дронов, Л. О. Рощина, В. І. Федорук, Є. Ю. Буров, П. В. Федорук

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

Реферат

Концепція лікування хворих на ожиріння, що поєднується з птозом шкірно—підшкірного клаптя передньої черевної стінки, передбачає видалення шкірно—жирового клаптя. Під час абдомінопластки та після цієї операції в системі гомеостазу пацієнтів відбувається ряд змін. Найбільш небезпечні з них це зміни в системі гемостазу. За допомогою метода логістичної регресії нами розрахована залежність виникнення стану гіперкоагуляції від відсотка маси шкірно—жирового клаптя, що видаляється під час абдомінопластики (%МВК), у хворих з косметичними дефектами передньої черевної стінки та ожирінням. Ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції нелінійно зростає із збільшенням %МВК та перевищує 50 % (високий ризик гіперкоагуляції) при 5,1% МВК від маси тіла.

Ключові слова: абдомінопластика, шкірно—жировий клапоть, гіперкоагуляція.

Однією з найбільш поширених операцій, яка передбачає корекцію або усунення косметичних дефектів передньої черевної стінки, обумовлених функціональними або органічним порушенням її тканин є абдомінопластика [1 — 7,12]. Окрім того, абдомінопластика являється симультанною операцією при лікуванні вентральних кил, різноманітних захворювань органів черевної порожнини, використовується після опікових деформацій живота, а також при його корекції після взяття складних трансплантатів з метою заміщення дефектів різних ділянок тіла [7,8], що супроводжується цілеспрямованою мобілізацією шкірно—жирової тканини на великій площі і пов'язана з цілим рядом змін місцевого і загального характеру. До 70% пацієнтів, що підлягають хірургічній корекції передньої черевної стінки, хворіють на ожиріння [11]. Окрім позитивного косметичного ефекту, абдомінопластика приводить до позитивних змін в системі гомеостазу: покращуються показники ліпідного та вуглеводного обмінів [13]. З точки зору косметики доцільне максимальне видалення надлишкового шкірно—жирового клаптя передньої черевної стінки. Водночас, така маніпуляція сполучена з рядом негативних наслідків у ранньому післяопераційному періоді — гіперкоагуляцією, зниженням гемоглобіну, підвищенням ризику місцевих ускладнень в ділянці хірургічного втручання, тощо. Найбільш небезпечні зміни, які відбуваються в організмі хворого під час операції та в ранньому післяопераційному періоді, це зміни в системі гемостазу [9,10]. Масивне поступлення в кров'яне русло тромбопластину під час операції, тривалий час операції можуть привести до тромбоемболічних ускладнень та летальних наслідків [9,10]. Тому хірургічна практика потребує визначення максимально—допустимого відсотку шкірно—жирового клаптя передньої черевної стінки, що видаляється під час абдомінопластики, від маси тіла на підставі змін показників гемостазу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу роботи покладений аналіз результатів обстежень і хірургічного лікування 132 хворих з дефектами передньої черевної стінки, ожирінням та іншими хірургічними захворюваннями. Робота виконана на кафедрі загальної хірургії №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, на базі центру хірургії захворювань печінки, жовчних протоків та підшлункової залози міської клінічної лікарні № 10 м. Києва упродовж 2001— 2014 рр. Серед хворих переважно були жінки— 127 (96,2%), чоловіків — 5 (3,8%). Вік пацієнтів знаходився в межах від 23 до 65 років, в середньому 45,89±0,86 років. Всі оперовані пацієнти мали надлишкову масу тіла або хворіли на ожиріння. Індекс маси тіла обстежених хворих знаходився в межах від 25 кг/м^2 до 61кг/м^2, в середньому 36,07±0,62кг/м^2. Всі досліджувані хворі мали абдомінальний тип ожиріння. У відповідності до поставлених задач дослідження всі хворі в передопераційному періоді були розділені на дві групи: основну і группу порівняння. До основної групи увійшло 73 хворих, яким в 11 (15%) випадках виконана абдомінопластика, як самостійна операція, у 62 (85%) хворих абдомінопластика супроводжувалась операціями на органах черевної порожнини, малого тазу та передньої черевної стінки, операції з приводу патології вен нижніх кінцівок, молочних залоз та стегон. До групи порівняння увійшло 59 хворих, яким виконані хірургічні втручання з приводу патології черевної порожнини, малого тазу, передньої черевної стінки, варикозної хвороби нижніх кінцівок, молочної залози та стегон без абдомінопластики. Хворі досліджуванних групп не відрізнялисяя за статтю. Із загальної кількості хворих основної групи жінок було 70 (95,8%), чоловіків — 3 (4,2%). Аналогічний розподіл за статтю спостерігався в групі порівняння: жінки склали 57 осіб (96,6%) , чоловіки — 2 (3,4%). Також, хворі досліджуваних групп не різнялись за середнім віком, який складав в основній группі 46,21±0,92 роки, в групі порівняння — 45,29±0,97 роки, та середнім ІМТ: 36,8±0,74 кг/м^2 та 35,2±0,76 кг/м^2 відповідно в основній групі і групі порівняння. Групи також достовірно не відрізнялись за типом косметичного дефекту.

Основна група і група порівняння були репрезентативні за характером хірургічної патології. В основній групі у 11(15%) хворих була виконана тільки абдомінопластика, у 62 (85%) хворих, окрім корекції передньої черевної стінки, виконувались операції з приводу патології органів черевної порожнини, малого тазу та передньої черевної стінки. В обох групах проведені такі оперативні втручання: холецистектомія; килесічення, плас-

тика килевих воріт; гістеректомія; видалення кіст яєчників; операції на венах; операції на молочних залозах; ліпосакція зовнішніх поверхонь стегон. Розподіл хворих за характером хірургічної патології та відповідних до неї оперативних втручань.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оскільки хворі основної групи відрізнялися від хворих групи порівняння насамперед тим, що у них видалявся шкірно—жировий клапоть, логічно припустити зв'язок стану гіперкоагуляції, який виникає в групі дослідження, з масою видаленої жирової тканини.

Нами проведено дослідження зв'язку змін в системі гемостазу з масою видаленого шкірно—жирового клаптя на другу добу після операції.

Маса видаленого шкірно—жирового клаптя в середньому складала 4653,49 ± 4,374 г, мінімум 500 г, максимум — 18000 г. Враховуючи, що хворі мали різну масу до операції, в розрахунках використовували масу видаленого клаптя в відсотках від загальної маси хворого (відсоток маси видаленого клаптя — %МВК). Відсоток маси видаленого шкірно—жирового клаптя від маси хворого в середньому складав 4,37 ± 0,35%, мінімум 0,5 %, максимум — 16 %.

При співставленні показників фібриногену і % МВК, було встановлено існування достовірного позитивного зв'язку цих змінних, який найкраще описується квадратичною залежністю: $R^2 = 0,317$; p=0,001, *рис. 1*.

При співставленні значень АЧТЧ і % МВК було встановлено існування достовірного негативного зв'язку цих змінних, який також найкраще описується квадратичною залежністю: $R^2 = 0,456$; p=0,001, *рис. 2*.

Таким чином два показника, які характеризують систему гемостазу змінюються залежно від %МВК. Тобто, із збільшенням %МВК підвищується ймовірність розвитку стану гіперкоагуляції і, таким чином, існує межа %МВК за якої ймовірність виникнення гіперкоагуляціонного стану перевищує 50% (високий ризик). За допомогою метода логістичної регресії нами розрахована залежність виникнення стану гіперкоагуляції від %МВК, *рис. 3*.

З графіка видно, що ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції нелінійно зростає із збільшенням %МВК. Ймовірність гіперкоагуляції, що перевищує 50% (високий ризик гіперкоагуляції) відповідає %МВК більше 5,1% від маси тіла. Видалення шкірно—жирового клаптя масою меншою ніж 5,1% від маси тіла хворого асоціюється з низьким ризиком гіперкоагуляційного стану і є його певною профілактикою.

Оскільки нами було визначено максимальний відсоток шкірно—жирового клаптя, що можливо видаляти під час абдомінопластики, то знаючи масу тіла пацієнта, вираховується маса клаптя, яку можливо видаляти.

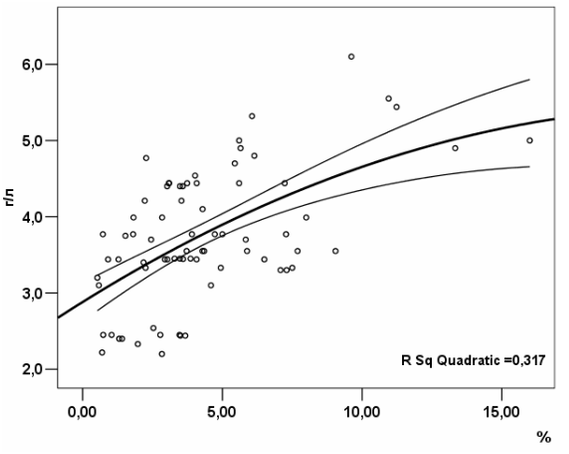


Рис. 1.
Розсіяння з 95 % довірчими межами.
Вісь абсцис - % МВК; вісь ординат - вміст фібриногену.

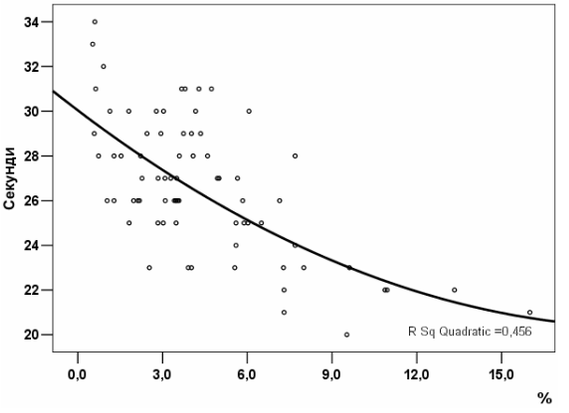


Рис. 2.
Діаграма розсіяння.
Вісь абсцис - %МВК; вісь ординат - АЧТЧ.

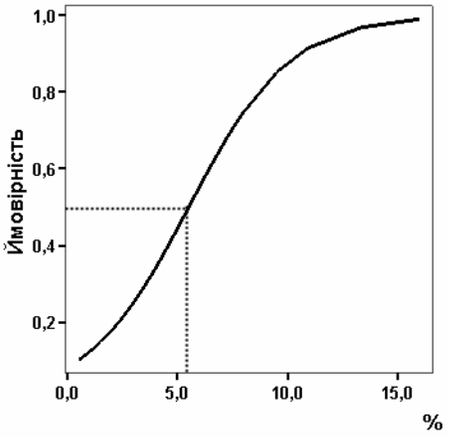


Рис. 3.
Залежність ймовірності виникнення стану гіперкоагуляції (вісь абсцис) від %МВК (вісь ординат).

ВИСНОВКИ

Абдомінопластика передбачає корекцію або усунення косметичних дефектів передньої черевної стінки, обумовлених функціональними або органічним порушенням її тканин. Видалення шкірно—жирового клаптя передньої черевної стінки супроводжується, як позитивними, так і негативними змінами в системі гомеостазу. Ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції нелінійно зростає із збільшенням %МВК та перевищує 50% (високий ризик гіперкоагуляції) при 5,1% МВК від маси тіла.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдоминальная дермолипэктомия: эволюция метода за 10 лет / Шумило А.В., Цефанский А.И., Брагилев В.А., Швырев С.П. // Третий междунар. конгресс по пластич., реконструктивной и эстетич. хирурги: Тез. докл..— М., 2002.— С. 176—177.
2. Абдоминопластика как метод коррекции липодистрофий и деформаций передней брюшной стенки / Галич С.П., Пахальчук Н.М., Валихновский Р.Л., и др. // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичн. хірургії: Тез. доп.— К., 2002.— С. 23—25.
3. Абдоминопластика при выполнении симультанних операций на органах брюшной полости и малого таза / Земсков В.С., Федорук В.И., Рощина Л.А., Земскова О.В., Кура А.М // Третий междунар. конгресс по пластич., реконструктивной и эстетич. хирургии: Тез. докл.— М., 2002.— С. 60.
4. Адамян А.А. Медико—социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / Адамян А. А., Величко Р.Э. // Аналы пластич. реконстр. и эстет. хирургии. — 1999. — №2. — С.41—48.
5. Багирова А. Р. Аспекты абдоминопластики / Багирова А. Р. // Хирургия.— 2003.— №1.— С. 64—66.
6. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хірургія / Белоусов А. Е. — СПб: Гиппократ.— 1998; 691—712с.
7. Жуков М.И. Проблемы хирургической коррекции деформации контуров передней брюшной стенки / Жуков М. И., Реутов Р.Г. // Актуальні питання пластич., реконструктивної та естетич. хірургії: Тез. доп.— К., 2002.— С. 56—57.
8. Земсков В.С. Целесообразность абдоминопластики при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости у больных с ожирением / Земсков В. С., Ковальская Л.Б., Федорук В.И. // Третий междунар конгресс по пластич., реконструктивной и эстетич. хирургии: Тез докл. — М., 2002.— С. 60.
9. Методы клинических лабораторных исследований / [Камышников В. С., Волотовская О. А., Ходюкова А. Б. и др.]; под ред. В. С. Камышникова. — 3—е изд., перераб. и доп. — М. : ЕД-пресс—информ, 2009. — 752 с.
10. Мішалов В.Г. Засоби запобігання емболічних ускладнень під час виконання естетичної ліпопластики / Мішалов В. Г., Храпач В.В., Балабан О.В. // Клін. хірургія.— 1999.— №9.— С.50—51.
11. Мішалов В.Г. Особливості виконання естетичної абдомінопластики / Храпач В.В., Балабан О.В // Актуальні питання пластич. реконструктивної та естетич. хірургії: Тез. доп. — К., 2002. — С.120—122.
12. Мішалов В.Г. Фіксація м'яких тканин / Мішалов В. Г., Храпач В.В. // К.: —Видавничий дім "Асканія",2008.— 91—120с.
13. Теплий В.В. Можливі механізми впливу ліпосакції на жировий метаболізм / Теплий В.В. , Безродний Б.Г., Циганок І.М. // Клін. хірургія.—2010.— №8.— С.33—34.

КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ПОЛІАКРІЛАМІДНИМ ГЕЛЕМ

О. І. Дронов, В. І. Федорук, Л. О. Рощина, В. А. Колесник, Є. Р. Денека, Д. Л. Любенко, П. В. Федорук, Р. Д. Добуш

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Клінічна міська лікарня № 10

Незалежно від нашого бажання, сучасне суспільство висуває високі показники не тільки до розумової здатності людини, але й до фізичної досконалості. Слід визнати, що фізична досконаліть жінки розкриває їм свободу діяльності різного характеру. Одним із атрибутів жіночності, молодості та сексуальності є молочні залози, до яких прикута підвищена увага обох полів.

Пластична хірургія від свого початку до наших часів займалась пошуком матеріалу для заповнення дефектів тканин та органів. В жодному розділі хірургії, крім мамопластики, історія цієї проблеми не знає таких творчих зльотів та невдач, блискучих результатів та трагічних випадків.

Контурна пластика молочних залоз зародилась наприкінці XIX століття [12, 29]. З метою збільшення молочних залоз використовували різноманітні авто—, ало—, гетеро матеріали [12, 13, 18].

На початковому етапі розробки і застосування методів автопластичого наповнення об'єму молочної залози використовували вільну пересадку жирової тканини. У 1895 році Вінсент Черні перший здійснив пересадку ліпоми з поперекової ділянки в місце видаленої молочної залози [22, 29]. Окрім жирової тканини, в 1898 році Герзуні запропонував наповнювати молочні залози гетерогенним матеріалом — парафіном. Повідомлення про численні ускладнення у вигляді вузлів, нориць, міграції парафіну по міжфасціальним проміжках, емболії печінкових та мозкових артерій, сліпоту та летальні випадки змусили хірургів відмовитись від ін'єкцій парафіну [18]. За даними Франтішка Буріана відомо, що для збільшення молочних залоз він застосовував вільну пересадку жирової тканини з субмамарної складки та сідничної ділянки. Цю методику широко використовували й інші хірурги [22, 29, 30]. Пітер Похль вдався до трансплантації жиру, вилученого з організму трупа [34]. Жирова пластика давала до 60% ускладнень. Недоліком такого способу заповнення об'єму молочних залоз були розсмоктування і відторгнення трансплантата в 50—70% випадках [18]. Для кращого приживлення жирових тканин були запропоновані різноманітні методики: введення в ретромаммарний простір ліпоаспірату у вигляді макроін'єкцій та мікроін'єкцій в різні проміжки часу, додавання до жирової тканини інсуліну [14, 18, 23]. Проте, вони також не запобігали виникненню ускладнень: лізису, резорбції, фіброзу і хронічному запаленню з подальшою втратою ваги і об'єму жирової тканини. Поява додаткових рубців на донорських ділянках після хірургічного лікування ускладнень не сприяла вирішенню естетичних проблем пацієнток, а навпаки їх заглиблювала [11, 17, 19, 32]. Тому застосування трупного жиру, парафіну в будь—яких варіаціях становить лише історичний інтерес.

З появою в 40—х роках рідкого силікону, з огляду на його біоінертність, почалось відродження ін'єкційних методик контурної пластики молочних залоз [15, 38]. В Японії з 1961 р. використовували "Элікон" (силіконовий гель після процесу гарячої вулканізації) і "Цефлон" (суміш органічних кислот кімнатної температури). Але застосування рідкого силікону в контурній пластиці тканин та органів мало жахливі наслідки. Діапазон, частота і тяжкість ускладнень після операцій були аналогічними результатам введення рідкого парафіну: фіброз, некроз м'яких тканин, інфікування, нориці, гранульоми, міграція речовини, контамінація частками силікону навколишніх тканин з подальшим склерозуванням [21].

З другої половини 90—х років в країнах СНД поширилась методика контурної пластики молочних залоз за допомогою поліакріламідного гелю. В літературі зустрічаються різноманітні абревіатурні позначення поліакріламідних гелів: PAG, PAMG, ПААГ, PAM та інші [4]. На території України поліакріламідний гель використовувався під назвами "Інтерфалл" та "Фармакріл". Пізніше його стали застосовувати в країнах Європи і Китаї під назвами "Biofarmacryl", "Amazing Gel", "Argiform" [1, 2, 10, 25]. Методика застосування поліакріламідного гелю досить проста, не вимагала хірургічної майстерності і значного матеріального забезпечення. В літературі зустрічаються досить суперечливі публікації що до поліакріламідних гелів в контурній пластиці молочних залоз. В одних роботах показано, що поліакриламід є нетоксичним продуктом [26], в інших — доказано, що при певних обставинах він здатний провокувати асептичний альтеративний запальний процес, що забезпечує системний рівень розвитку патологічного процесу [5]. Причиною розвитку ускладнень при їх ін'єкційному застосуванні ПААГ є шкідлива дія на організм продуктів взаємодії "осколків" полімеру і біологічних компонентів [20, 21, 24, 27, 31, 35, 37]. Доведено, що акриламід може реагувати з вільними SH —группами протеїнів, утворюючи шкідливе для організму з'єднання цистеініл— S — пропіонамід [1]. Не зважаючи на нетоксичність, що декларується, і біоінтертність ПААГ, у разі розвитку ускладнень в навколишніх тканинах відбуваються виражені порушення метаболізму сполучної тканини. Тому можна зробити висновок, що поліакриламідні гідрогелі — продукти біоруйновані, а речовини, що виділяються з них — токсичні. Слід підкреслити, що на відміну від за-

стосування силікону, при введенні ПААГ не відбувається формування товстої фіброзної капсули навколо матеріалу [26]. В той же час, в роботах Zhao Yu. et al., (2004) були наведені результати гістологічного дослідження запальної реакції тканин на ін'єкційне застосування ПААГ з метою контурної маммопластики у вигляді збільшення кількості гігантських клітин Лангерганса. В дослідженні наведено, що їх кількість в оточуючих тканинах зменшувалась через 2 роки післяопераційного періоду і в цей період формувалась фіброзна капсула. У процесах виникнення фіброзної тканини на введення ПААГ важливу роль посідає імунна система. В літературі відмічено підвищення рівня концентрації прозапальних цитокінів інтерлейкіну—6, фактору некрозу пухлин, рівня маркерів Т—лімфоцитів (CD3+) і Т—хелперів (CD4+), зниження рівня маркерів В—лімфоцитів (CD19+). Підвищений імунорегуляторний індекс у пацієнтів з контурною пластикою молочних залоз вказує на наявність реакції аутоімунної відповіді. В дослідженнях є відомості про пригнічення фагоцитарної активності у таких пацієнтів [16]. В роботі Г. І. Патлажана наведені негативні результати впливу ПААГ на оточуючи тканини у вигляді реакції відторгнення (72,7%), хронічної неспецифічної запальної реакції (43,5%), гострого запального процесу (14,9%) [17]. Такі патологічні реакції, як синовіально — подібна метаплазія і кальцифікація, що характерні для силікону не відзначається в тканинах, що оточують ПААГ. На сьогодні заперечується роль ПААГ в канцерогенезі [33].

Морфологічні та імунолочічні зміни в організмі яскраво проявляються клінічними ознаками ускладнень контурної пластики молочних залоз ПААГ, що наведені в літературі. Больовий синдром характеризується періодичним або постійним характером, своєю наявністю в спокою чи/та при пальпації, спостерігається у 50% пацієнток. Біль, що виникає при пальпації, найчастіше пов'язаний з наявністю гелеом в молочних залозах — вогнищами хронічного асептичного запалення навколо гелю. Гелеоми виглядають щільними утвореннями, різних розмірів (від 1 × 2 до 5 × 10 см). Вони спостерігаються у 80% пацієнток. Естетичні проблеми у вигляді асиметрії молочних залоз є наслідком міграції гелю та утворення гелеом. Міграція гелю є одним з найчастіших ускладнень контурної пластики молочних залоз (90%). Напрямки розповсюдження гелю відрізняється своєю різноманітністю. Поліакріламідний гель мігрує в пахвові області, під фасцію великого грудного м'яза і виявляється в підшкірній жировій клітковині. В деяких випадках міграція гелю відбувається на великі відстані. Слід підкреслити, що у більшості пацієнток має місце поєднання двох і більше вказаних симптомів [1, 7, 10].

Беручи до уваги чисельні публікації в літературі щодо ускладнень контурної пластики молочних залоз ПААГ, стає ясним, що його використання у великих об'ємах у людей було передчасним, експериментально не обгрунтованим і ризикованим [8]. Деякі автори об'єднують ці ускладнення в один симптомокомплекс під назвою "поліакріламідного мамарного синдрому" [1]. Інші пропонують класифікацію у вигляді "ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень" [3, 7]. Загальна частота, структура ускладнень контурної пластики молочних залоз ПААГ на сьогодні залишаються невідомими, оскільки, не існує систематизованого та правдивого підходу до аналізу цієї проблеми. Отримані літературні дані свідчать, що ускладнення ін'єкціонних методів мамопластики є актуальними та вимагають уваги хірургів.

За 4 роки (с лютого 2012 по липень 2016) в КМКЛ № 10 на базі кафедри загальної хірургії № 1 НМУ імені О. О. Богомольця знаходилось на лікуванні 5 пацієнток з пізніми ускладненнями ін'єкційного введення поліакріламідного гелю в ділянку молочних залоз. Термін існування гелю складав від 4 до 8 років. Основні скарги хворих при поступленні в клініку: наявність асиметрії молочних залоз, щільні утворення в проекції молочних залоз та за їх межами, пігментацій шкіри молочних залоз, нориць в субмамарних складках, біль в стані спокою та при пальпації, обмеження рухомості верхніх кінцівок. Оперативне втручання полягало в відкритому видаленні поліакрвламідного гелю з субмамарного простору, видаленні гелеом молочних залоз з окремих доступів та дренуванні. Об'єм видаленного гелю коливався від 100 до 300 мл. Гель, що був видалений, зазнав певних макроскопічних змін, не відповідав своїм природнім якостям. Він мав різне забарвлення: від світло—жовтого до коричневого. Консистенція його була желатиноподібною з включеннями крихт. При мікроскопічному дослідженні геля виявлялись округлі слабо фарбовані включення різного розміру і форми. Більшість включень мали округлу або овальну форму, але для деяких характерною була дендритоподібна структура. Між цими включеннями розташовувалась багата колагеном фіброзна тканина. У видалених зразках тканин навколо гелю виявлялись гістіоцити та багатоядерні гігантськи клітини, нейтрофільна інфільтрація. Слід зазначити, що в наведених нами гістологічних дослідженнях не було виявлено ознак злоякісності, атипових клітин в стромальній тканині та в епітеліальних клітинах вивідних протоків. При бактеріологічному дослідженні у пацієнтів висівалась змішана флора: Enterococcus faecalis, Acinetobacter baumanii, Streptococcus epidermidis, Streptococcus haemolyticus, Staphylococcus aureus. Кількість оперативних втручань у пацієнток складала від 2 до 19 разів. У всіх випадках проводилось місцеве та загальне лікування. Жодна з цих пацієнток не виявила бажання провести реконструктивні та пластичні оперативні втручання на молочних залозах в подальшому.

Наводимо один з випадів клінічної практики пацієнтки з ускладненнями контурної пластики поліакріламідним гелем молочних залоз, який заслуговує на увагу в з'язку з своєю неординарністю та складністю в діагностиці та лікуванні.

До хірургічного стаціонару Київської міської клінічної №10 29.05.2016 о 15.55 звернулась хвора У. 1965 року народження зі скаргами на різкий біль, наявність гіперемії та утворення з флюктуацією, в лівій здухвинній

ділянці, підвищення температури тіла до 39 °С на протязі двох діб. Вважає себе хворою протягом трьох діб, коли на другу добу після операції з приводи лівобічної пахової кили в післяопераційній рані з'явився біль, почервоніння, набряк. Хвора 24.05.2016 року була оперована в одній із місцевих клінік з приводу лівобічної здухвинної кили. На другу добу післяопераційного періоду звернулась з вищеперерахованими скаргами по місцю операції, де після огляду хворої та післяопераційної рани було призначене місцеве лікування у вигляді компресов з димексідом, в повторній госпіталізації хворій було відмовлено. На момент госпіталізації виписка з стаціонару, де було виконано оперативне втручання, відсутня.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо—рожеві, язик сухий, чистий. Температура тіла 39 °С. Дихання в легенях — везикулярне, хрипи не вислуховуються. Частота дихання 19 за хвилину. Гемодінаміка стабільна: пульс 92 за хвилину, артеріальний тиск 130/80 мм рт ст.

Status localis. Живіт звичайної форми, асиметричний за рахунок збільшення лівої пахової ділянки, бере участь в акті дихання. В лівій здухвинній ділянці, післяопераційна рана гіперемована, набрякла. При пальпації живіт м'який, різко болючий в післяопераційній рані, де пальпується утворення 6 × 7 см еластичної консистенції з зоною флуктуації. Симптом Щоткіна—Блюмберга відємний. Шуму плескоту не виявлено. Per rectum: без особливостей (тонус сфінктера збережений, ампула порожня, на рукавичці залишки звичайного кольору кал).

Проведено обстеження (доступні в ургентному порядку, на момент госпіталізації в вихідний день):

29.05.16 р. Загальний аналіз крові: гемоглобін 148г/л, еритроцити 3,7 × 10^{12}/л, лейкоцити 9×10^{9}/л. Група крові 0(I), Rh (—). Біохімічний аналіз крові: глюкоза — 5,5 ммоль/л, загальний білірубін — 18 мкмоль/л (кон'югований 5мкмоль/л, некон'югований 13 мкмоль/л). Загальний аналіз сечі: колір — світло—жовтий, прозора, pH — нейтральна, щільність 1024 г/л, білок 0,39 г/л, кетонові тіла 4,0 ммоль/л, лейкоцити — 1—2 у полі зору, епітелій перехідний — поодинокі у полі зору, еритроцити — не виявлені. Коагулограма: фібрин — 16 мг, фібриноген — 4,5 г/л, протромбіновий індекс —86 %, бета—нафталановий тест негативний. Рентгенограми органів черевної поржнини та грудної клітки без патології. Електрокардіограма без особливостей. На етапі госпіталізації не було з'ясовано, чим саме був визваний такий стан хворої. Враховуючи наведені дані, хворій був виставлений діагноз: "Нагноєна післяопераційна рана передньої черевної стінки. Стан після оперативного втручання 24.05.16 р." та запропоноване оперативне лікування за невідкладними показаннями.

Операція: 29.05.16 р. 17.00—17.30 виконана вторинна хірургічна обробка післяопераційної рани під внутрішньовенним знечуленням. Знятий внутрішньошкіряний шов з післяопераційної рани, зняти шви з підшкірної клітковини. В рану виділилось біля 200 мл гнійного випоту без патологічних домішок, без запаху, білого кольору. Випіт відправлений на мікробіологічне дослідження та визначення чутливості виділених мікроорганізмів до антибіотиків. При ревізії післяопераційної рани гнійних карманів та швів на апоневрозі не виявлено. Виконана некректомія в межах здорових тканин. Післяопераційна рана санована розчинами антисептиків. Відкрите ведення рани. Асептична пов'язка на рану. В післяопераційному періоді пацієнтці біли призначені грандазол, інфузійна терапія, знеболення, протизапальні нестероїдні препарати, перев'яки. Результат мікробіологічного дослідження та визначення чутливості виділених мікроорганізмів до антибіотиків 07.06.16 р.: Staphylococcus haemolyticus 107, чутливий до ципрофлоксацину, офлоксацину, кліндоміцину, ванкоміцину, гентаміцину, лінезоліду, фузідіну, тайгецикліну. 30.05.16 р. хворій виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (без патології) та зони операції та навколишніх тканин: відмічено зниження ехогенності та позитивними включеннями 8—9 мм. 31.05.16 р. загальний стан хворої погіршився за рахунок розповсюдження гнійно—некротичного процесу, виконано розкриття, санація та дренування флегмони лівої бокової стінки живота та грудної стінки. Не зважаючи на загальне (антибактеріальна терапія з урахуванням результатів 01.06.16 р., 04.06.16 р. посівів з ран, протизапальна терапія, імунокорегуюча, дезінтоксикаційна) та місцеве (етапні санації, розкриття флегмони — 01.06.16 р., 02.06.16 р., 03.06.16 р., 04.06.16 р., 05.06.16 р.) лікування відмічалось розповсюдження інфекційного процесу на передню черевну стінку, бокові стінки живота, передню грудну стінку, молочні залози. 05.06.16 р. хворій виконано розкриття двобічного гнійного маститу. З додатково зібраного анамнезу захворювання було з'ясовано, що хворій в 2008 році в м. Луганську виконувалась контурна пластика молочних залоз поліакриламідним гелем. В виписці з лікувального закладу (отриманої хворою і нами пізніше 05.06.16 р.), де було виконане оперативне втручання 24.05.16 р. указано, що вона оперована з приводу ліпоми лівої здухвинної ділянки. Результати гістологічного заключення № 18641—18644: м'які тканини з запальними некрозами та неспецифічніми гранульоми, наявністю гігантських клітин та інородного тіла. Враховуючі отриманні данні, стало зрозумілим, що попередні хірурги та ми мали справу з ускладненнями контурної пластики молочних залоз поліакриламідним гелем. В подальшому хворій були виконані чисельні (7) оперативні втручання з приводу поширеної гнійно—некротичної флегмони передньої черевної стінки та бокових стінок живота, передньої грудної стінки та двобічного гнійного маститу. За час перебування в стаціонарі пацієнтці виконані чисельні лабораторно—інструментальні дослідження, серед них загальний аналізів крові —6, загальний аналіз сечі — 3, біохімічний аналіз крові — 5, коагулограма — 2, рентгенологічні обстеження—2, ультразвукова діагностика — 3, електрокардіограма — 2. Даний випадок потребував 19 оперативних втручань. Виписана хвора 23.06.16 р. в задовільному стані з рекомендаціями подальшого спостереження.

ВИСНОВКИ

Загальна частота та структура ускладнень контурної пластики молочних залоз ПААГ на сьогодні залишаються невідомими, оскільки, не існує систематизованого підходу до аналізу цієї проблеми. Отримані дані свідчать, що ускладнення, які виникають після контурної мамопластики поліакріламідним гелем, не тільки нівелюють косметичний ефект від його введення, але призводять до тяжких наслідків, що можуть загрожувати життю пацієнтів. Серед них найбільш небезпечні — це гнійно—некротичні, які потребують багаторазових хірургічних втручань, фізичних, психологічних зусиль, як з боку пацієнтів, так і з боку медичних працівників, сучасного технічного та матеріального забезпечення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян А.А., Светухин А.М., Скуба Н.Д, Полиакриламидный маммарный синдром: клиника, диагностика и лечение // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2001. № 4. С. 20—32.
2. Адамян А.А., Ромашов Ю.В., Копыльцов А.А., Султанова Н.О. Повторные пластические операции на молочных же лезах// Второй междунар. Конгресс по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии (Москва, 13—16 февраля 2001 г.).— М.:Б. и., 2001.—С. 53—54.
3. Белоусов А.Е., Брагилев В.А., Кичемасов С.Х. и др. О перспективах инъекционного введения синтетических гелей с целью увеличения молочных желез с позиций анализа осложнений, характерных для этого метода // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.1998. N° 4. С. 27—34.
4. Боровиков О.М. Полиакриламидные гели.//Пластична, естетична та реконструктивна хірургія.
5. Виссарионов В.А., Карпова Е.И., Тенчурина Т.Г., Якимец В.Г. Опыт применения полиакриламидного геля (ПААГ) в контурной пластике груди.—Вестник новых медицинских технологий 2002— № 2— С. 43.
6. Дирш А.В. "Исследование взаимодействий полиакриламидных гидрогелей с биологическими тканями". Автор, дисс. докт. мед. наук, М. 2004.—С.25.
7. Келехсаева М.В. Хирургическое лечение осложнений после увеличивающей маммопластики полиакриламидным гелем. Автореф. дисс. канд. мед. наук.//М.—2008.—С.— 25 .
8. Лопатин В.В. Полиакриламидные материалы для эндопротезирования и их место в ряду полимерных материалов медицинского назначения // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2000. № 3. С. 57—60.
9. Лукомский Г. І., Чочия С. Л., Махмутова Г.Ш. Лечение капсулярных фиброзов молочных желез после пластики силиконовыми протезами с помощью полиакриламидного геля "Фармакрил—М" //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.—1999.—№3—4.—С. 78—81.
10. Миланов Н.О., Донченко Е.В. Конурная пластика полиакриламидными гелями. Мифы и реальность // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2000. №4. С. 63—69.
11. Мішалов В.Г. Актуальність проблеми стандартизації методів лікування в пластичній та реконструктивній хірургії // Стандартизація методів лікування в пластичній та реконструктивній хірургії: Матеріали Другої всеукр. наук.—практ. конф. — К.: Б.в., 2006. — С. 68—69.
12. Мішалов В. Г., Храпач В.В., Балабан О.В., Гонза Р.В. Еволюція хірургічного лікування косметичних дефектів молочних залоз// Хірургія Укрвїни.— 2007.—№1(21).— С. 104—112 .
13. Назаренко І.А., Храпач В. В. Методи естетичної маммопластики та їхні ускладнення.// Хірургія України.— 2009.—№4(32).— С. 98—103.
14. Павлюк—Павлюченко Л.Л., Шахов А.А. Отдаленные результаты липофиллинга (аутотрансплантации жировой ткани) с целью контурной пластики молочных желез // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2001. — № 2. — С. 21—40.
15. Патлажан Г.І. Отдаленные результаты коррегирующей маммопластики, выполненной у женщин с осложнениями после интрамаммарного применения полиакриламидного геля // Хірургія України.—2009.—№4(32).—С.83—88.
16. Патлажан Г.І. Хірургічне лікування ускладнень корекції молочних залоз, проведеної за допомогою ін'єкцій поліакриламідного гелю, 2003.
17. Фришберг И.А. Теоретическое обоснование хирургической коррекции птоза молочных желез // Международный симпозиум пластических хирургов и онкологов (Одесса, 14—17 сентября 2000 г.). — Одесса, 2000. — С. 107—109
18. Фришберг И. А. Хирургическая коррекция косметических деформацій женской груди — М., 1997.— С.—182.
19. Храпач В.В. П'ятирічний прогрес естетичної мамопластики в Україні // Стандартизація методів лікування в пластичній та реконструктивній хірургії: Матеріали Другої всеукр. наук.—практ. конф. — К.: Б.в., 2006. — С. 32—36.
20. Шехтер А.Б., Лопатин В.В., Чочия С.Л., Матиашвили Г.Т. Инъекционный полиакриламидный гидрогель "Формакрил" и тканевая реакция на его имплантацию // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1997. №3. С. 11—12.
21. Baker J.L., Peek G.G. Augmentation mammaplasty // Complications and Problems in Aesthetic Plastic Surgery. — Gower Medical Publishing, 1992. — P. 9.1—9.23.
22. Bartlet W. An anatomic substitute for the female breast// Ann. Surg.—1917.—Vol.66.—P.208.
23. Bircoll M. Cosmetic brest augmentation utilizing autologous fat and liposaction techniquest// Plast.Reconstr.Surg.—1987.—Vol.79.—P.267—271.
24. Calleman C.J., Bergmark E., Costa L.D. Acrylamide is metabolized to glycidamide in rat: evidence from hemoglobin adduct formation // Chem .Res. Toxicol.1990. Vol. 3. № 5. P. 406—12.
25. Cheng NX, Wang YL, Wang JH, Zhang XM, Zhong H. Complications of breast augmentation with injected hydrophilic polyacrylamide gel //Aesthetic Plast Surg. 2002. V. 26. № 5. P. 375—382.
26. King D.J., Noss Я.Я. Toxicity of polyacrylamide and acrylamide monomer. Rev. Environ.Health. 1989. V. 8. № 1—4. P. 3—16.
27. Kinoshite Y., Igisi H., Yokota A., Matsumura H. Brain of rats intoxicated with acrylamide: observation with 4.7 tests magnetic resonance // Arch Toxicol. 2000. Vol. 74. № 38. P. 487—489.
28. Lemperle G, Romano JJ, Busso M. Soft tissue augmentation with artecoll: 10—year history, indications, techniques, and complications. Dermatol Surg. 2003;29:573—587. [PubMed]
29. Letterman G., Schurter M. History of augmentation mammaplasty// Symposium on aesthetic surgery of the breast.—1978.—P. 243—249
30. Lexer E. Die freien Transplantation. — Stuttgart: Ferdinand Enk Verlag, 1924
31. Miller M.J., Carter D.E., Sipes I.G. Pharmaciokinetics of acrylamide in Fisher—344 rats // Toxicol Appl Pharmocol. 1982. V. 63. № 1. p. 36—44.
32. Mottura A. Circumvertical reduction mastoplasty // Aesth. Surg. J. — 2000. — Vol. 20. — P. 199—204
33. Paulsson B, Granath F, Grawe J, Ehrenberg L, Tornqvist M. The multiplicative model for cancer risk assessment: applicability to acrylamide // Cancirogenesis. 2001. Vol. 22. № 5. P. 917—919.
34. Pohl P., Uebel C.O. Complications with homologous fat grafts breast augmentation surgery // Aesthet. Plast. Surg. — 1985. — Vol. 9. — P. 87
35. Sjoholm I, Edman P . Acrylic microspheres in vivo. I. Distribution and elimination of polyacrylamide microparticles after intravenous and intraperitoneal injection in mouse and rat //J. Pharrnacol Exp Ther. 1979. Vol. 211. №3. P. 656—662.
36. Tyl R.W., MarrM.C., Myers C.B., Floss W.P. Relationship between acrylamide reproductive and neurotoxicity in male //Report Toxicol. 2000. Vol. 14. № 2. P. 147—57.
37. Tyl R.W., Friedman M.A. Effect of acrylamide on rodent reproductive performance // Report Toxicol. 2003. Vol. 17. P. 1—13.
38. Uchida J. Clinical application of cross—linked dimethylpolysiloxane: restoration of breast, cheeks, athrophy of infantile paralysis, funnel shaped chest // Jap. J. Plast. Reconstr. Surg. — 1961. — Vol. 4, N 3. — P. 303—308.

МІНІІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

В. В. Крижевський, О. І. Мироненко, Г. Ю. Мошковський
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Реферат
Проаналізовано та порівняно ефективність лікування гострого панкреатиту в основній (n=97) та контрольній (n=134) групах, загальною кількістю 231 пацієнт. Обидві групи були репрезентативними за основними параметрами та показниками клінічного перебігу. Пункцію черевної порожнини виконували за допомогою лінійного пункційного датчика з частотою 3,5 МГц апарата "Aloka SSD—630". В основній групі було виконано у 19 хворих 33 пункції черевної порожнини під сонографічним контролем. У 10 хворих досягнуто регресу патологічного процесу в підшлунковій залозі, в решти, згідно з клінічною необхідністю, лікування доповнено повноцінними оперативними втручаннями. Всього виконано 52 оперативних втручання (враховуючи мініінвазивні) у 33 хворих. Оперативна активність в групі склала 53,6%. Загальна летальність в групі склала 3,1%.
В контрольній групі виконано 51 оперативне втручання у 39 хворих. Оперативна активність склала 38,1%. Загальна летальність в групі склала 7,5%.
Зменшення летальності в основній групі порівняно з контрольною обумовлене застосуванням щадних мініінвазивних технологій в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП за рахунок зниження ендогенної інтоксикації після евакуації запального ексудату з обмежених середовищ черевної порожнини.
Ключові слова: ускладнені форми гострого панкреатиту, пункція черевної порожнини під сонографічним контролем, ендогенна інтоксикація.

Захворюваність на гострий панкреатит (ГП) в останні роки в країнах Європи склала 20—70 випадків на 100 тисяч населення[1]. У 15—25% випадків клінічний перебіг ГП є важким. Незважаючи на застосування новітніх технологій та досягнень сучасної фармації, летальність залишається високою і складає 20—30% після оперативних втручань, а за наявності системних ускладнень перевершує 80% [2].

Незадовільність очікуваних результатів оперативного втручання у випадках ускладнених форм ГП спонукає до пошуку та застосування більш щадних мініінвазивних методів хірургічного лікування. Зрозуміло, що запропоновані форми мініінвазивних втручань не завжди є адекватною альтернативою повноцінним традиційним методам оперативного втручання в разі ускладнених форм ГП. Але як складова комплексного лікування ГП для зменшення ендогенної інтоксикації мініінвазивні методи знайшли своє невід'ємне місце.

Метою дослідження було визначення ефективності застосування мініінвазивних методів в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано вибірку хворих з ГП (n=97) за 18 місяців 2014 — 2015 років, що знаходилися в хірургічному стаціонарі КМКЛ № 6 м. Києва. Всі хворі обстежені згідно протоколу стандартів обстеження [3]. Використано класифікаційні дефініції ГП Atlanta (1992) та В. І. Філіна (2001). Для визначення ступеня важкості клінічного перебігу ГП використані оціночні шкали APACHE II, Ranson, Glasgow. Так, серед 97 пацієнтів, у 78 хворих (80,4%) клінічний перебіг був середнього ступеня важкості (бальна оцінка за шкалами Ranson становила 1,1±0,06, APACHE II — 6,87 ± 0,36, Glasgow — 1,74 ± 0,16), а в 19 (19,6%) клінічний перебіг ГП верифіковано як важкий (бальна оцінка становила: Ranson 2,6 ± 0,07, APACHE II — 13,5 ± 0,3, Glasgow — 2,64 ± 0,2). Панкреонекроз спостерігався у 23 хворих (23,7%): асептичний — у 13 (13,4%), інфікований — у 10 (10,3%), в тому числі у 1 хворого з панкреатичним абсцесом (1,03%).

Хворі з клінічними ознаками ускладнених форм ГП отримували інтенсивну терапію. В перші 48 годин з моменту захворювання проводилася терапія, направлена на блокування екзокринної функції залози, а цей термін використано для об'єктивізації ознак розвитку ранніх ускладнень. В 6 хворих застосовано діагностично—лікувальний лапароцентез з налагодженням перитонельного лаважу. З самого початку проводилася антибактеріальна терапія широкого спектра дії. Використано інгібітори протеаз, цитостатики, похідні соматостатину (сандостатин). Також приділялася увага збільшенню перфузії вісцерально—спланхнічного кровообігу за рахунок інтенсивної інфузійно—трансфузійної терапії розчинами кристалоїдів і плазмозамісників. Для уникнення тромбоемболічних ускладнень віддавалася перевага низькомолекулярним гепаринам.

У 19 хворих було виконано пункцію черевної порожнини під сонографічним контролем за допомогою апарата "Aloka SSD—630". У 14 з них мало місце гостре скопичення рідини. Розміри рідинних утворів складали від 3,2 × 2,5 до 15,4 × 5,0 см. У інших (5) — наслідки інфікованого панкреонекрозу з тенденцією до утворення обмежених вогнищевих порожнин в парапанкреатичній клітковині. Ранні оперативні втручання виконано у 5 хворих з ознаками розвитку деструкції жовчного міхура при біліарному панкреатиті та у 1 хворого з прогресуванням явищ ендогенної інтоксикації. У віддаленому періоді в зв'язку з гнійно—септичними ускладненнями виконано у 2 хворих 7 оперативних втручань.

Для порівняння провели ретроспективний аналіз контрольної групи хворих з ГП (n=134) за 2011 — 2012 роки. Основна та контрольна групи були репрезентативні за основними параметрами та показниками клінічного перебігу. В контрольній групі панкреонекроз спостерігався у 28 хворих (20,9%): асептичний — у 15 (11,2%), інфікований — у 7 (5,2%), інфікований з абсцедуванням парапанкреатичної та параколічної клітковини у 4 (3%), з деструкцією та секвестрацією залози у 2 хворих (1,5%). У 39 хворих з ускладненими формами ГП виконані оперативні втручання: діагностично—ліку-

вальний лапароцентез з налагодженням перитонельного лаважу, оментобурсостомія з дренуванням заочеревинного простору, холецистектомія з дренуванням позапечінкових жовчовивідних шляхів, секвестректомії та програмовані санації, різноманітні лапаростомії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі всього було виконано у 19 хворих 33 пункції черевної порожнини голкою Chiba 16 G під сонографічним контролем за допомогою лінійного пункційного датчика з частотою 3,5 МГц, що складає 1,7 на 1 хворого. Об'єм евакуйованої рідини при пункції від 10 до 550 мл, характер — від прозорого світло—коричневого до мутного гнійного. В кожному випадку виконано мікробіологічне дослідження отриманого аспірату, санацію антисептиком (0,02% розчин хлоргекседина біглюконату) та введення антибіотиків широкого спектру дії. Ускладнень після та при виконанні не спостерігалося. У 10 хворих досягнуто регресу патологічного процесу в підшлунковій залозі, в решти, згідно з клінічною необхідністю, лікування доповнено традиційними оперативними втручаннями. Всього виконано 52 оперативних втручання (враховуючи мініінвазивні) у 33 хворих. Оперативна активність в групі склала 53,6%. Серед оперованих померло 2 хворих, 1 хворий — при розвитку системних ускладнень, загальна летальність в групі склала 3,1%.

В контрольній групі виконано 51 оперативне втручання у 39 хворих. Оперативна активність склала 38,1%. Серед оперованих померло 8 хворих, ще 2 померло від сепсису та системних ускладнень, загальна летальність в групі склала 7,5%.

ВИСНОВКИ

Вважаємо, що зменшення післяопераційної та загальної летальності в основній групі порівняно з контрольною обумовлене застосуванням щадних мініінвазивних технологій в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП, а саме за рахунок зниження ендогенної інтоксикації після евакуації запального ексудату з обмежених середовищ черевної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов С.А., Радзиховський А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. — К., 1990. — 350 с.
2. Стандарти діагностики і лікування гострого панкреатиту (Методичні рекомендації) / під заг. ред. Є.П.Коновалова. — К., 2004. — 27с.
3. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей, издание 2—е, исправленное и дополненное.— СПб.: Издательство "Деан", 2000; 480с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе. Анналы хирургии. 1999; 5: 26—9.
5. Rau B., Pralle U., Mojer J.M., Beger H.C. Role of ultrasonographically quided fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis. —Brit J Surg 2000; 85: 179—84.
6. United Kindom guidelines for the management of acute pancreatitis// Gut 2008; 42 (suppl. 2): S1— S13.

15—РІЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКОВОГО ТРАКТУ У МІСЬКОМУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ЦЕНТРІ

В. В. Крижевський, А. П. Радзіховський, О. О. Біляєва, Є. Б. Колесников, О. І. Мироненко, М. І. Знаєвський, Ю. В. Рибянець, А. П. Бродська, Р. В. Іванченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Київський міський спеціалізований центр лікування гострої непрохідності кишкового тракту

Резюме

В статті наведено результати 15—річного досвіду лікування гострої непрохідності кишкового тракту в умовах спеціалізованого центру. За 1998—2014 роки було проліковано 1846 пацієнтів. Розроблена та впроваджена клінічна програма надання медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю кишкового тракту в умовах спеціалізованого центру, яка дозволила значно покращити результати лікування. Внаслідок впровадження нових методик діагностики та лікування вдалося досягти зменшення післяопераційної летальності на 11,7%.

Ключові слова: гостра непрохідність кишкового тракту, спеціалізований центр, клінічна програма, післяопераційна летальність.

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) є одним з найбільш поширених важких гострих захворювань органів черевної порожнини. зв'язку зі складностями діагностики, важким клінічним перебігом, значною кількістю післяопераційних ускладнень, високою летальністю. Мета роботи полягає в розробці та удосконаленні діагностичних та лікувальних заходів на матеріалах напрацьованого 15—річного досвіду лікування гострої непрохідності кишкового тракту в спеціалізованому центрі та покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота ґрунтується на результатах лікування 1846 пацієнтів з ГКН, оперованих в спеціалізованому центрі з 1998 по 2014 роки. Жінки склали 55,1%, чоловіки — 44,9%. Середній вік хворих — 65,1±3.8 років. 56.3% хворих були оперовані з приводу ГКН пухлинного ґенезу, 43.7% — з приводу ГКН непухлинного ґенезу (гостра злукова непрохідність тонкої кишки, защемлена грижа, заворот, вузлоутворення, гостре порушення мезентеріального кровообігу, та інші).

Всі пацієнти були розділені на дві групи: 1 групу склали 592 (306 пухлинного ґенезу та 286 іншого ґенезу) пацієнти, що були оперовані з 1998 по 2001 роки, 2 групу склали 1254 пацієнтів (56.1% з них — пухлинного ґенезу) , оперованих з 2002 по 2014 роки.

В діяльності центру доцільно виділити 2 етапи: з 1998 по 2001 та з 2002 по 2014 роки. Протягом першого етапу відбувалося напрацювання та узагальнення клінічного досвіду, визначення перспективних напрямків покращення результатів лікування хворих на ГКН, запропоновані нові діагностичні та лікувальні алгоритми, поряд з рутинними променевими, в практику було введено більш чутливі ультрасонографічні методи дослідження кишкового стазу, бар'єрної функції кишкового тракту. На другому етапі було впроваджено в діяльність центру розроблену комплексну клінічну програму, яка дозволила оптимізувати лікувальну тактику у пацієнтів з ГКН, яка включала скорочення часу діагностичних процедур, та передопераційної підготовки, покращення результатів лікування за рахунок:

— впровадження досліджень секреторно—резорбтивної та бар'єрної функції кишкового тракту

— введення нових методів доопераційної та інтраопераційної діагностики,

— введення інноваційних методів хірургічного лікування (інтраопераційна кишкова іригація, формування первинних анастомозів при непрохідності ободової кишки, застосуванням механічних швів, степлерної техніки, лапароскопічних методів),

— детоксикаційних методів(ентеросорбція, мембранний плазмаферез, плазмо— та гемосорбція), заснованих на дослідженні абсорбції та транслокації токсинів та мікроорганізмів, порушень бар'єрної функції кишкової стінки

— методів регіонарного медикаментозного впливу на органи черевної порожнини, в т.ч. регіонарну ендоваскулярну (внутрішньовенну та внутрішньоартеріальну) перфузію, ендолімфатичну терапія.

— запровадження раннього зондового ентерального харчування з метою зменшення кількості післяопераційних ускладнень, більш ранньої активізації та реабілітації хворих, скорочення термінів перебування в стаціонарі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З 592 хворих першої групи з ГКН померло 102 пацієнтів, летальність склала 17,2%. У 2 групі пацієнтів летальність склала — 5,4%. Серед пацієнтів оперованих з приводу ГКН пухлинного ґенезу у 1 періоді з 306 пацієнтів померло 80, летальність — 26,1%, у другому періоді летальність значно знизилась — до 7,6% (з 734 хворих померло 56). Подібна тенденція була відмічена і серед пацієнтів з ГКН непухлинного ґенезу. Серед 286 пацієнтів, оперованих у перший період дослідження, померло 22 хворих, летальність — 7,7%, а з 261 пацієнтів, оперованих у другому періоді, померло 6, летальність — 2.3%.

Введення в клінічну практику центру розробленої комплексної лікувально—діагностичної програми дозволило суттєво покращити результати лікування хворих на ГКН, так вдалося досягти зменшення летальності в другій групі на 11,8% в порівнянні з першою, при чому

переважно за рахунок хворих на ГКН пухлинного ґенезу (зменшення на 13,8%), та меншою мірою — за рахунок ГКН непухлинного ґенезу (зменшення на 5,4%).

ВИСНОВКИ

ГКН є одним з найбільш поширених та небезпечних гострих захворювань черевної порожнини. Виділення спеціалізованих центрів лікування ГКН дозволяє значно покращити результати хірургічних втручань та знизити летальність у хворих з цією тяжкою патологією.

ОБУЧЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА КРАТКОСРОЧНЫХ КУРСАХ

В. В. Крыжевский, Н. А. Мендель, А. М. Вильгаш

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Реферат

Представлений досвід проведення короткотривалих (5 днів, 39 учбових годин) курсів "Базовий інтенсивний практичний курс по лапароскопічній хірургії", проведених на базі учбового центру "Ендофорс" з 2011 по 2015 рр. (всього 19 курсів на який пройшли навчання 130 осіб). Наведена програма курсів і описані методи навчання практичним навичкам. Встановлено, що навчання практичним навичкам на короткотривалих курсах дозволяє оволодіти базовими навичками системи FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery). Короткотривалі курси є ефективним методом навчання і можуть бути рекомендовані для подальшого впровадження в систему післядипломної освіти.

Ключові слова: лапароскопічна хірургія, практичні навички, навчання, тренажер.

Лапароскопические операции прочно заняли значимое место в современной хирургии. Однако навыки лапароскопических вмешательств отличаются от традиционных открытых операций.

Для их освоения необходима специальная подготовка, для чего предложены методики обучения оперативным навыкам на животных, трупах, различных тренажерах и симуляторах [4, 5, 7].

В настоящее время для практического обучения основам лапароскопии используется целый ряд учебных методик [2]: традиционное обучение непосредственно в операционной — вначале ассистируя, а затем выполняя операции под контролем наставника; отработка навыков на лабораторных животных — биологических моделях (Wetlab); тренинг на органокомлексах животных (DeadLab); обучение на виртуальных симуляторах (VirtuLab); отработка основ лапароскопической хирургии на коробочных тренажерах (DryLab); обучение на гибридных системах: коробочных тренажерах, дополненных системами компьютерного контроля траектории движения инструментов.

В данное время отсутствует единый стандарт подготовки, есть много дискуссионных вопросов о сроках обучения, его форме, видах, последовательности обучения и выработки необходимых навыков работы с инструментами для лапароскопических вмешательств. Методология преподавания основ лапароскопической хирургии требует широкого обсуждения и унификации [2 — 5].

В последние годы одним из стандартов обучения базовым навыкам лапароскопии является программа FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery) которая подразумевает овладение стандартизированными навыками работы с лапароскопическими инструментами на аппаратном тренажере [7 — 10].

Большинство зарубежных авторов доказывают целесообразность проведения краткосрочных курсов обучения [1, 6, 10], в то время как в Украине традиционным является длительное (1 месяц) обучение.

Цель работы: Обобщение опыта проведения краткосрочных курсов освоения базовых навыков лапароскопической хирургии на базе кафедры общей и неотложной хирургии и тренингового центра "Эндофорс".

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В декабре 2010 года на базе медицинского центра "Обериг" совместно с Национальной медицинской академией последипломного образования имени П. Л. Шупика и компанией "Карл Шторц" (Германия) открыт учебный центр лапароскопических технологий "Эндофорс", на базе которого проводится обучение врачей хирургов и гинекологов. Краткосрочные курсы "Базовый интенсивный практический курс по лапароскопической хирургии" проводим с 2011 года. В создании учебной программы учтен опыт проведения одномесячных курсов "Основы лапароскопической хирургии" (с 2005 года), опыт обучения на краткосрочных курсах по лапароскопии за рубежом (Страсбург, Клермон—Ферран, Давос, Москва, Казань), посещения международных мастер—классов и конференций. Продолжительность курса составляет 39 академических часов (5 дней), из которых 14 (36%) составили лекции и семинары и 25 часов — практические занятия. Курс состоит из теоретической и практической части. Лекции и семинары посвящены основам лапароскопии, лапароскопической аппаратуре и инструментарию, энергиям в лапароскопии, лапароскопической холецистэктомии и аппендэктомии, профилактике, диагностике и лечению осложнений лапароскопических вмешательств, новым технологиям в лапароскопии. Отдельно проводится обучение навыкам поиска информации по лапароскопической хирургии в Интернете, а также путей продолжения обучения в Украине и за рубежом. Большое внимание уделяем просмотру видеоматериала, большинство из которого является записью операций сотрудников кафедры, также используются видеозаписи операций ведущих хирургов Украины и других стран. Также проводится трансляция операций из операционной клиники в режиме "живой хирургии".

Приоритетным является обучение практическим навыкам, которое проводим на коробочных тренажерах, компьютерном симуляторе и в операционной.

При занятиях на тренажерах учащиеся работают как индивидуально, так и в парах, что позволяет освоить навыки ассистенции и взаимодействия в операционной бригаде. При обучении практическим навыкам используются следующие блоки:

1. Навигация: умение держать горизонт, держать объект в центре изображения, держать инструмент в поле зрения.

2. Обучение ротации инструментов: перекладывание спичек с поворотом рабочей части инструмента.

3. Перенос и надевание объектов с отверстиями в центре на штырьки (6 объектов).

4. Навыки рассечения тканей ножницами (вырезание кругов и других фигур из ткани).

5. Диссекция тканей: разделение поролоновых салфеток (DryLab) или очистка мандарин (WetLab).

6. Завязывание экстракорпоральных узлов: узел с помощью толкателя, узел Редера, узел Байдо.

7. Интракорпоральный шов и лигирование (способы вязания интракорпоральных узлов на две руки, на одну руку и трансформированный хирургический узел).

8. Модель аппендэктомии (на латексных перчатках)

9. Модель холецистэктомии (на специально подготовленных попароллоновых губках).

10. Помещение предметов в контейнеры для извлечения из брюшной полости.

11. Надевание головки (энвила) на корпус циркулярного сшивающего аппарата.

12. Ушивание ран органов (на резиновых перчатках — DryLab, на куриных окорочках или кишечнике свиньи — WetLab).

На базе учебного центра компании "Этикон" курсанты знакомятся с компьютерным симулятором "Симбионикс", выполняют учебный модуль "Холецистэктомия". Также на базе центра проводится обучение работе с современными электрохирургическими и ультразвуковыми генераторами и сшивающими аппаратами.

Дополнительные материалы к курсу размещены на сайте кафедры — http://surgery—nmapo.org.ua/.

Контроль знаний проводили по стандартизированным навыкам по программе FLS [1, 2]:

1. Надевание объектов с отверстиями в центре на штырьки (6 объектов).

2. Вырезание круга из марлевой салфетки.

3. Наложение и затягивание эндопетли.

4. Простой шов с экстракорпоральным узлом.

5. Простой шов с интракорпоральным узлом.

Первую оценку проводили по первым трем тестам в первый день обучения, вторую оценку проводили на 7 день обучения, используя все пять тестов. Между оцениванием каждый курсант занимался на тренажере в среднем по 120 минут в день в течение 5 дней, что было достаточным для достижения качественных и количественных параметров, требуемых системой. Число повторов каждого задания между тестированиями составило от 6 до 15 раз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С 2011 по 2015 гг. на кафедре проведено 19 курсов на которых прошли обучение 130 курсантов (от 4 до 11 в группе).

При оценке выполнения заданий программы FLS, время выполнения первых трех заданий по сравнению с изначальным уменьшилось: при перекладывании предметов с 308±24 сек до 94±19 сек, при вырезании круга с 412±39 сек до 184±24 сек, время накладывания эндопетли с 92±16 сек до 46±10 сек. Количество таких ошибок как выход рабочих инструментов из поля зрения уменьшилось с 7—15 до 0—1 раз за задание, а количество таких ошибок, как выпадение предметов при перекладывании, выход за пределы очерченной окружности при диссекции снизился в 3—4 раза. Все учащиеся освоили наложение швов и завязывание экстра— и интракорпоральных узлов в пределах нормативов FLS. Кроме того, при визуальной оценке качества выполнения манипуляций отмечено лучшее владение инструментами при повторном тестировании: более быстрое и уверенное позиционирование инструмента в зону манипуляции, более точное выполнение процедуры.

На 5—й день обучения 118 из 130 учащихся (90,8%) полностью укладывались в нормативы FLS, а остальные 12 учащихся выполняли большинство из предложенных нормативов.

Также проводили оценку по остальным предложенным задачам. Теоретический и практический экзамены сдали все слушатели курсов. Опрос учащихся выявил высокий уровень удовлетворенности объемом предложенной информации и отработки практических навыков.

До настоящего времени ведутся дискуссии о видах и формах обучения врачей новым эндоскопическим методикам, в которых прослеживаются три формы [1]:

1 — короткие (4—6 дней) курсы предклинического обучения;

2 — длительные (до 1—2 месяцев) циклы обучения под руководством опытного специалиста—наставника, который дает заключение об образовании;

3 — поддержание приобретенных навыков, что входит в компетенцию и является делом совести каждого врача.

В медицинском сообществе много дискуссий вызывает продолжительность обучения новым технологиям в хирургических специальностях. Мы согласны с мнением И. В.Федорова [6], что не срок специализации, а ее насыщенность и содержательность определяют окончательный итог дела. Он считает, что для врача, имеющего достаточный общехирургический опыт, двухнедельной переподготовки вполне достаточно для освоения новой технологии. Более того, для продолженного обучения и освоения опытным врачом 1—2 новых операций достаточно пятидневного срока интенсивной переподготовки. Все больше авторов признают целесообразность и эффективность краткосрочных курсов [4, 5, 6]. Так И.В.Федоров [6] из Казанского учебного центра указывает, что изначально работа Центра была основана на нескольких принципах:

1. Обучение должно быть краткосрочным (1—2 нед., не более) и интенсивным (8—9 ч работы ежедневно).

2. Количество курсантов в группе не должно превышать 5—6 человек. Весьма эффективно индивидуальное обучение.

3. В основу обучения положена "живая хирургия" — ежедневная работа в операционной, ассистенции и присутствие при хирургических вмешательствах.

4. Преподаватели должны обладать собственным практическим опытом в данной области знаний. Кроме того, они должны иметь возможность организовать поток тематических больных в операционной для обучения курсантов "из рук в руки". Именно владение новыми технологиями (а не ученая степень и формальная должность преподавателя в медицинском вузе) имеет первостепенное значение для эффективного обучения врачей.

С последним пунктом о важности подготовки преподавателей и стандартизации их оценивания учащихся согласны D.M. Rooney и соавт., [9].

Важным является использование стандартизированных методик для обучения и оценки результатов обучения, для чего, с нашей точки зрения хорошо подходит признанная в мире система FLS [1, 2, 8, 10]. Результаты нашего исследования согласуются с данными литературы [7, 8, 10] о том, что применение на начальном этапе обучения аппаратного тренажера создает возможность и условия для овладения базовыми навыками лапароскопической хирургии.

Применение стандартизированного подхода к обучению базовым навыкам лапароскопических вмешательств способствует повышению качества подготовки хирургов. Целесообразно дальнейшее развитие и внедрение краткосрочных курсов обучения и более широкое исследование влияния различных методик на качество обучения на основе объективных методов оценки качества овладения изучаемыми навыками.

ВЫВОДЫ

Обучение практическим навыкам на краткосрочных курсах позволяют овладеть базовыми навыками системы FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery).

Краткосрочные курсы освоения базовых навыков лапароскопической хирургии являются эффективным методом обучения и могут быть рекомендованы для дальнейшего внедрения в систему последипломного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайсбейн И.З. Основные принципы организации обучения эндовизионной технологии в хирургии: методические рекомендации для преподавателей. — Калининград, 2015. — 24 с.
2. Горшков М.Д., Федоров А.В. Объективная оценка базовых навыков лапароскопии // Эндоскопическая хирургия. — 2014ю — №4. — С.28—30.
3. Захарчук О.П. Шляхи вдосконалення навчання лапароскопічній хірургії // Досягнення біології та медицини. — 2015. — №1(25). — С.83—85.
4. Лесовой В.Н., Галлямов Э.А., Савенков В.И. Проблема обучения технике лапароскопических урологических операций в украине и пути её решения // Експериментальна і клінічна медицина. — 2013. — №3(60). — С.130—134.
5. Свистунов А.А., Коссович М.А., Васильев М.В. и др. Оптимизация обучения лапароскопической хирургии в условиях центра непрерывного профессионального образования // Виртуальные технологии в медицине. — 2012. — №1(7). — С.27—34.
6. Федоров И.В. Результаты краткосрочного обучения врачей эндоскопической хирургии // Одеський медичний журнал. — 2015. — №2(148). — С.77—79.
7. Damas E., Norc?ide C., Zephyr Y., et al. Development of a Sustainable Simulator and Simulation Program for Laparoscopic Skills Training in Haiti // Cureus. — 2016. V.8, N.6. — P.e632.
8. Edelman D.A., Mattos M.A., Bouwman D.L. Value of fundamentals of laparoscopic surgery training in a fourth—year medical school advanced surgical skills elective // J. Surg. Res. — 2012. — V.177, N.2. — P.207—210.
9. Rooney D.M., Brissman I.C., Gauger P.G. Ongoing evaluation of video—based assessment of proctors' scoring of the fundamentals of laparoscopic surgery manual skills examination // J. Surg. Educ. — 2015. — V.72, N.3. — P.471—476.
10. Scott D.J., Hafford M., Willis R.E., et al. Ensuring competency: Are fundamentals of laparoscopic surgery training and certification necessary for practicing surgeons and operating room personnel? // Surg. Endosc. — 2013. —V.27, N.1. — P.118—126.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ З ХІРУРГІЇ

О. І. Мироненко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Реферат

У дослідження включено 38 слухачів—інтернів (основна група), завершення навчання 2011 та 2015 років, були розподілені на дві рівні групи. У першій групі викладання навчальних програм виконувалося за традиційних навчальних форматів, а у другій з застосуванням сучасних освітніх інноваційних технологій. Отримані результати порівнювали з даними контрольної групи — 20 слухачів—інтернів, завершення навчання в 2010 році, в якій при викладанні матеріалу акцентів на певних питаннях не робилось.

Серед слухачів—інтернів I групи кінцевий рівень знань з оцінкою "відмінно" становив 26,3% (5 слухачів), з оцінкою "добре" — 63,16% (12 слухачів) і "задовільно" — 10,5% (2 слухача). Серед слухачів—інтернів II групи кінцевий рівень знань з оцінкою "відмінно" та "добре" становив по 47,3% (по 9 слухачів), з оцінкою "задовільно" — 5,26% (1 слухач). Розподіл в контрольній групі становив з оцінкою "відмінно" — 20% (4 слухачі), з оцінкою "добре" —45% (9 слухачів) та з оцінкою "задовільно" — 35% (7 слухачів).

Впровадження сучасних освітніх інноваційних технологій дозволяє підвищувати засвоєння знань слухачами циклів інтернатури.

Ключові слова: викладання навчальних програм; метод викладання за традиційним форматом; метод викладання з застосуванням сучасних освітніх інноваційних технологій; кінцевий рівень засвоєння знань; слухачі циклів інтернатури з хірургії.

Розвиток медичної освіти та якість післядипломної підготовки лікарів залишаються важливою задачею на найближчу перспективу[1,2]. З розвитком світової науки та технічного прогресу в медицині з'явилися нові можливості для ефективного хірургічного лікування багатьох захворювань. За останні роки в хірургічній галузі інтенсивно впроваджуються новітні високоточні технології інструментальних методів діагностики та хірургічного лікування. Освоєння та впровадження в лікувальний процес новітніх технологій висуває певні вимоги до підготовки сучасного фахівця. Хірург повинен мати бездоганну теоретичну підготовку та досконало володіти практичними навичками оперативних втручань. Підготовка хірурга включає додипломну та післядипломну освіту. За час додипломної підготовки, тобто навчання в вищому навчальному закладі, хірург набуває теоретичні знання з природничих наук та, безпосередньо, знання прикладних медичних наук — анатомії, фізіології, патології і, власне, хірургічних захворювань. Післядипломна освіта з хірургічних дисциплін здійснюється в інтернатурі, клінічній ординатурі, на курсах спеціалізації, тематичного удосконалення і передатестаційних циклах за фахом. Кінцевою ціллю післядипломної освіти слухачів циклів інтернатури з хірургії є підготовка фахівців, які зможуть повноцінно працювати в сучасних умовах.

Існуючий стан вимагає розвитку нових технологій організації та управління педагогічним процесом шляхом впровадження нових ефективних методів викладання та підготовки фахівців сучасного рівня[3].

Післядипломна підготовка слухачів циклів інтернатури з хірургії на кафедрі загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика здійснюється за чинною програмою, в основі якої є оволодіння практичними навичками на тлі базових теоретичних знань, отримання якісної практичної підготовки за традиційними навчальними технологіями.

Крім традиційних форм навчання на кафедрі загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика застосовуються різні мотиваційні механізми, впроваджуються сучасні інформаційні технології. Впровадження в педагогічну практику інформаційних навчальних програм та викладання навчального матеріалу з залученням технічних засобів, інтерактивних технологій, навчання на електронних носіях надає новий поштовх для якісного розвитку післядипломної підготовки інтернів. Для оптимізації учбового процесу в академії діє програма впровадження дистанційних освітніх технологій з втіленням очно—заочного форматів підготовки лікарів на циклах інтернатури з хірургії[3]. Відповідно до зростання вимог викладання навчальних програм зростає необхідність підвищення контролю якості підготовки слухачів циклів інтернатури з хірургії.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу сучасних освітніх інноваційних технологій на засвоєння знань з хірургії слухачами циклів інтернатури з хірургії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження сучасних освітніх інноваційних технологій у підготовці лікарів—інтернів за фахом "хірургія" здійснювали шляхом порівняння кінцевого рівня знань слухачів завершення навчання 2011 та 2015 років. У дослідження включено 38 слухачів—інтернів з підготовки за фахом "хірургія" (основна група), які проходили відповідні цикли на кафедрі загальної та невідкладної хірургії протягом останніх 5 років. Вони були розподілені на дві рівні групи, у кожній з яких проводився контроль якості засвоєння знань з хірургії у вигляді комп'ютерного тестування та усного опитування за 5—бальною шкалою оцінювання. У першій групі викладання навчальних програм виконувалося за традиційних навчальних форматів, а у другій з застосуванням сучасних освітніх інноваційних технологій. Контроль якості набутих знань проводився у вигляді комп'ютерного тестування та усного опитування за 5—бальною шкалою оцінювання.

Отримані результати порівнювали з даними контрольної групи 20 слухачів—інтернів за фахом "хірургія" завершення навчання в 2010 році, в якій при викладанні матеріалу акцентів на певних питаннях не робилось.

У всіх групах оцінка кінцевого рівня знань проводилася у вигляді стандартизованої форми комп'ютерного

тестування, згідно якої присвоєння звання "спеціаліст" відбувалася тільки в разі 75% правильних відповідей усіх запитань. Цей показник є обов'язковим для завершення навчання в інтернатурі за фахом "хірургія" і прийнятий нами за "задовільну" оцінку. Якщо вірогідність правильних відповідей була вищою на 5% і 10%, то, відповідно підвищувалася і оцінка — "добре" та "відмінно".

Віковий склад груп у середньому складав 23,6 років. По статі домінували особи чоловічої статі, які складали 71% усіх слухачів циклів інтернатури. Суттєвих відмінностей між досліджуваними та контрольною групами по віку та статі не виявлено, що дозволяє порівнювати результати педагогічного процесу у групах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті ретроспективного аналізу серед слухачів—інтернів I групи кінцевий рівень знань з оцінкою "відмінно" становив 26,3% (5 слухачів), з оцінкою "добре" — 63,16% (12 слухачів) і "задовільно" — 10,5% (2 слухача). Серед слухачів—інтернів II групи кінцевий рівень знань з оцінкою "відмінно" та "добре" становив по 47,3% (по 9 слухачів), з оцінкою "задовільно" — 5,26% (1 слухач). Розподіл в контрольній групі становив з оцінкою "відмінно" — 20% (4 слухачі), з оцінкою "добре" —45% (9 слухачів) та з оцінкою "задовільно" — 35% (7 слухачів).

В слухачів—інтернів II групи кінцевий рівень знань з оцінкою "відмінно" вищий в 1,8 разів від показників слухачів—інтернів I групи, і вдвічі вищий з оцінкою "задовільно" 1 слухач (5,26%) проти 2 (10,5%). Показники основної групи в порівнянні з контрольною, виглядають краще по всіх оцінках.

Було використано два методи викладання навчальних програм для слухачів—інтернів за фахом "хірургія": за традиційним форматом та з застосуванням сучасних освітніх інноваційних технологій. Обидва методи виявилися ефективнішими порівняно з контрольною групою, де елементи мотивації взагалі не акцентувалися. Більш високу ефективність, порівняно з контрольною групою, мав метод з застосуванням сучасних освітніх інноваційних технологій, за результатами якого кінцевий рівень знань був кращим в 2,36 разів по найбільш показовим оцінкам (мається на увазі оцінка "відмінно"). Метод викладання за традиційним форматом, перевищував показники контрольної групи з оцінки "відмінно" лише в 1,31 рази.

Виходячи з отриманих результатів кінцевого рівня знань в досліджуваній та контрольній групах, можна з впевненістю обумовити необхідність застосування сучасних освітніх інноваційних технологій у педагогічному процесі навчання лікарів—інтернів за фахом "хірургія".

ВИСНОВКИ

Удосконалення традиційних навчальних форматів поряд з впровадженням сучасних освітніх інноваційних технологій дозволяє підвищувати засвоєння знань слухачами циклів інтернатури за фахом "хірургія".

Дослідження продемонструвало необхідність використання традиційних навчальних форматів поряд з впровадженням сучасних освітніх інноваційних технологій в підготовці лікарів—інтернів за фахом "хірургія".

ЛІТЕРАТУРА

1. Булах І.Є., Волосовець О.П., Вороненко Ю.В., Гончарук Є.Г., Дзяк Г.В., Казаков В.М., Москаленко В.Ф. Система управління якістю медичної освіти в Україні.— Дніпропетровськ: "Арт—Прес", 2003.— 200 с.
2. Вороненко Ю.В. Мінцер О.П. Фактори реформування системи вищої післядипломної медичної освіти // Науково—методична конференція з міжнародною участю "Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів": Збірник праць. — К., 2007 — С.10—14.
3. Питання розробки нормативів дистанційного навчання в післядипломній медичній освіті / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер, Ю.П. Вдовіченко [та інш.] // Медична інформатика та інженерія. — 2008. — №3. — С. 58—68.

ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЕЗОФАГОКАРДІОМІОТОМІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПНЕВМОКАРДІОДИЛАТАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

В. В. Москаленко, І. С. Терешкевич, О. С. Тивончук

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова, м. Київ

Реферат

Дана робота виконана з метою встановлення оптимальної мініінвазивної методики, яка б забезпечувала тривалу ремісію дисфагії при АК Проаналізовані віддалені результати лікування 156 хворих на АК, які були розподілені на 2 групи: лапароскопічної міотомії та ендоскопічної пневмокардіодилятації.

В період 12—24 міс. рецидиву АК не відмічено. Через 24 міс. у 3 (4,6%) хворих 2 групи відмічено дисфагію I ст., тоді як у пацієнтів 1 групи рецидив АК виник у 2 (2,2%) хворих у період спостереження 3—5 років. Рефлюкс—езофагіт діагностовано у 1 (1,1%) хворих 1 групи та у 3 (4,6%) хворих 2 групи.

Ключові слова: лапароскопічна міотомія, пневмокардіодилятація, віддалені результати.

Лікування ахалазії кардії (АК) залишається не до кінця вирішеною проблемою [1]. До цього часу існують проблеми у своєчасності діагностики та у виборі оптимальної лікувальної тактики. Значні труднощі виникають у діагностиці АК на ранніх стадіях, що зумовлено скудністю симптомів хвороби та помилковому трактуванню результатів інструментальних досліджень [2]. Залишаються дискутабельними питання стосовно різноманітних методів інструментального та хірургічного лікування, що спрямовані на усунення провідного симптому даного захворювання — дисфагії [3].

До цього часу окремі автори вважають, що основним методом лікування АК є пневмокардіодилятація (ПКД), хворим рекомендується оперативне лікування лише при IV ст. та при рецидивах дисфагії після дилятації [4], і навпаки, дослідження минулого десятиліття доводять доцільність вибору лапароскопічного підходу як основного методу лікування АК [5].

Роботи, в яких проводилось порівняння ефективності езофагокардіоміотомії та ПКД чи ін'єкцій ботулотоксину не багато [5, 10].

Тому, враховуючи, що безрецидивного методу лікування АК не існує, в останній час ведеться пошук оптимальної мініінвазивної методики, яка б забезпечувала тривалу ремісію дисфагії при АК [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено аналіз результатів лікування 156 хворих на АК, які знаходились в Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України в 2010—2015 роках, середній вік яких становив 47,1±15,9 років, з них 65 (42%) чоловіків і 91 (58%) жінок.

Розподіл пацієнтів 1 та 2 груп за стадією АК

Стадія	1 група		2 група	
	абс.	%	абс.	%
I	1	1,1	2	3,1
II	19	20,9	34	52,3
III	58	63,7	26	40,0
IV	13	14,3	3	4,6
Всього ...	91	100,0	65	100,0

Хворі розподілені на 2 групи: 1 групу склали 91 пацієнт, яким виконана лапароскопічна езофагокардіоміотомія з передньою парціальною фундоплікацією по Dor [7, 9]; 2 групу — 65 хворих, яким проводили ендоскопічну пневмокардіодилятацію (ЕПКД), при якій використовували балон Rigiflex—II діаметром 3,0 і 3,5 см (Boston Scientific, США).

Хворі при поступленні обстежувались клінічно (скарги, анамнез, об'єктивні дані), лабораторно (загальноклінічні аналізи), інструментально (езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС), УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка, pH—метрія).

За допомогою ендоскопічного та рентгенологічного дослідження всім хворим проводили диференційну діагностику з метою виключення пептичної та неопластичної причини дисфагії.

Для визначення стадії АК користувалися класифікацією Stewart E. T., в якій виділяють 4 стадії ахалазії кардії відповідно діаметру розширеного стравоходу: I стадія — до 3 см, II стадія — 3,1—5 см, III стадія — 5,1—7 см; IV стадія — більше 7,1 см [33]. Ступінь дисфагії оцінювали за відповідною шкалою (I—IV ступені).

Хворі обох груп за стадією були розподілені наступним чином (*див. таблицю*).

Основну частину серед пацієнтів 1 групи зайняли хворі з III ст. — 58 (63,7%), меншу — хворі з II ст. — 19 (20,9%), тоді як в 2 групі —з II ст. 34 (52,3%) і III ст. — 26 (40,0%) пацієнтів відповідно. Хворі з S—подібним стравоходом не включались у дане дослідження.

Хворим 1 групи під загальним знеболенням виконували езофагокардіоміотомію в лапароскопічному варіанті з передньою парціальною фундоплікацією по Dor [7, 9], 8 (8,8%) пацієнтам операція доповнювалась крурорафією. Довжина міотомії складала не менше 2 см на шлунку та 6—7 см на стравоході. Середня тривалість операції складала 2,5±0,3 год. В післяопераційному періоді хворі отримували антибіотики групи цефалоспоринів I—II покоління в дозі 1,0 г, ІПП (нольпаза, контролок) в дозі 20 мг 2 рази на день протягом 1 міс., знеболюючі препарати (кейвер, дексалгін).

Хворим 2 групи з АК за 30 хв до ПКД проводили премедикацію, що включала внутрішньом'язове введення антибіотика групи цефалоспоринів I—II покоління в дозі 1,0 г, 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату та 2,0 мл 0,5% розчину сибазону. Тиск в балоні нагнітали до 7—15 PSI (фунт—сила на квадратний дюйм; 1 psi = 51,7 мм рт. ст.). Курс лікування складався із 2—3 сеансів, інтервал між якими був 3—6 днів, що залежало від ендоскопічної картини кардії після сеансу дилатації: наявності чи відсутності надривів слизової оболонки кардії. В кінці курсу ЕПКД виконували рентгенологічний контроль.

Після першого сеансу ЕПКД для попередження та лікування шлунково—стравохідного рефлюксу всім пацієнтам призначали антациди (альмагель—А, маалокс) на 10 днів та ІПП (нольпаза, контролок) в дозі 20мг 2 рази на день протягом 1 міс. Для купування больового синдрому призначались ін'єкційні спазмолітики (но—шпа, спазмалгон), знеболюючі препарати (кетолонг, кетанов, кеторолак).

Ефективність лікування оцінювали за клінічними даними (дисфагія), результатами ЕГДС (езофагостаз, розширення стравоходу, діаметр та прохідність кардії), по рентгенологічним дослідженням стравоходу (діаметр стравоходу, евакуація контрасту в шлунок, наявність газового міхура шлунка).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих 1 групи отримані відмінні та добрі результати зі стійким клінічним усуненням дисфагії у 88 (96,7%) хворих. Спостерігались такі інтраопераційні ускладнення, як пневмомедіастінум — у 3 (3,3%) пацієнтів, лівобічний пневмоторакс — у 1(1,1%) хворого, перфорація слизової оболонки — 4 (4,4%) пацієнтів, конверсія — 1 (1,1%) у зв'язку з кровотечею. Віддалені результати: рецидив ахалазії — у 2 (2,2%), рефлюкс—езофагіт — у 1 (1,1%) пацієнта. Рецидив ахалазії виник при спостереженні від 3 до 5 років. [8].

Після проведення двох сеансів ЕПКД у 61 (93,8%) хворих 2 групи відмічено значний позитивний результат лікування, у 3 (4,6%) випадках покращення відмічено після третього сеансу. Позитивний терапевтичний ефект вважався при покращенні клінічної картини (відсутність дисфагії), даних ЕГДС (відсутність езофагостазу, збільшення отвору кардії, легка прохідність кардії для ендоскопу, розкривання її при інсуфляції повітрям), результатів рентгенологічного дослідження стравоходу та шлунка (зменшення діаметру стравоходу, вільна евакуація контрасту в шлунок, наявність газового міхура шлунка).

У 1 (1,5%) хворого під час ЕПКД виникла перфорація стравоходу. В даному випадку лікування було консервативним, що включало призначення антибіотиків широкого спектру дії, ІПП та проведення зонда для ентерального харчування в ДПК.

У 48 (73,8%) хворого після ЕПКД під час ендоскопії діагностовано незначні надриви слизової оболонки кардії, які не мали клінічного значення. Слід зазначити, що завдяки манометричному контролю, травматизація слизової оболонки у вигляді незначних надривів була прогнозованою, як правило, не мала істотного клінічного значення, однак завжди супроводжувалась ендоскопічним моніторингом та призначенням відповідних медикаментів.

Гастроезофагеальний рефлюкс після ендоскопічної ПКД діагностовано у 3 (4,6%) хворих, які успішно куповано антацидами та ІПП.

В першій групі спостереження необхідність застосування знеболюючих препаратів мала місце лише протягом 1 доби.

У 41 (63,1%) хворих другої групи після дилятації больовий синдром зберігався до 2 днів і легко піддавався терапії знеболюючими препаратами.

Тривалість післяопераційного ліжко—дня у пацієнтів був наступним: в 1 групі в середньому 4 ± 2,3 днів, в 2 групі — 8 ± 2,1 днів.

Пацієнти 1 та 2 груп проходили обстеження через 6, 12, 24 міс., що включало аналіз клінічних даних, гастроскопію та рентгенологічне дослідження. В період 12—24 міс. скарги на дисфагію не відмічав жоден з пацієнтів, всі набрали у вазі; за даними рентгенологічного та ендоскопічного дослідження рецидиву АК не відмічено. Через 24 міс. у 3 (4,6%) хворих 2 групи відмічено дисфагію I ст., яка, за даними інструментальних методів діагностики, не потребувала повторної ендоскопічної корекції, тоді як у пацієнтів 1 групи рецидив АК виник у 2 (2,2%) хворих у період спостереження 3—5 років.

ВИСНОВКИ

Дане ретроспективне дослідження показало, що лапароскопічна езофагокардіоміотомія має кращі віддалені результати лікування, оскільки частота рецидиву менша в 2 рази (2,2% проти 4,6%), в 1,5 — 2,5 рази тривaліший безрецидивний період (3—5 років проти 2 роки) та в 4 рази менша частота рефлюкс—езофагіту (1,1% проти 4,6%), ніж ЕПКД.

ЛІТЕРАТУРА

1. Treatment of achalasia: botulinum toxin injection vs. pneumatic balloon dilation. A prospective study with long—term follow—up. / Allescher H.D., Storr M., Seige M. et al. // Endoscopy . — 2001. — № 33. — P. 1007—1017.
2. Non—surgical treatment of esophageal achalasia. / Annese V. — 2006. — World J. Gastroenterol. — № 12.— P. 5763—5766.
3. Achalasia of the cardia: dilatation or division? Is pneumatic balloon dilatation justi?able anymore? / Beckingham I.J. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2006. — № 88. — P. 11—12.
4. Achalasia cardia dilatation using polyethylene balloon (Rigiflex) dilators. / Bhatnagar M.S., Nanivadekar S.A., Sawant P. // Indian J. Gastroenterol. — 1996. — №15. — P. 49—51.
5. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia \ Boeckxstaens G.E., Annese V., Varannes des S.B. et al. // N. Engl. J. Med. — 2011. — № 364. — P. 1807—1816.
6. Long—term results of graded pneumatic dilatation under endoscopic guidance in patients with primary esophageal achalasia/ Dobrucali A., Erzin Y., Tuncer M. // World J Gastroenterol. — 2004. — №10. — P. 3322—3327.
7. Досвід хірургічного лікування ахалазії кардії / Усенко О.Ю., Андреєщев С.А., Тивончук О.С., Лаврик А.С., Згонник А.Ю. // Клінічна хірургія.—2011.— N2. — С.5—9.

8. Результати ендовідеохірургічних втручань при доброякісних захворюваннях стравоходу / Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Лаврик А.С., Дмитренко О.П., Згонник А.Ю., Мовчан Б.Б. // Одеський медичний журнал. —2015. — №1 (149). — С. 69 — 72.
9. Лапараскопічна езофагокардіоміотомія при лікуванні ахалазії карідії: результати перших 100 операцій / Тивончук О.С., Лаврик А.С., Згонник А.Ю.// Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2012. — № 3. — № 16. — С. 37—39.
10. Comparison of treatment outcomes of endoscope—guided pneumatic dilation and laparoscopic Heller myotomy / Wang HM, Tai WC, Chuah SK, Lu HI, Lu LS, Liang CM, Kuo CH, Chiu YC, Wu KL, Changchien CS. // Kaohsiung J Med Sci. — 2015.— Vol. 31(12). —P. 639—43.

КОМБІНУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ ТА АРГОНОПЛАЗМОВОЇ КОАГУЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ НЕПАРАЗИТАРНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

В. В. Петрушенко, Д. І. Гребенюк , В. І. Стойка, Я. В. Радьога

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Реферат

Зниження травматичності операцій, запобігання геморагічним ускладненням, максимальне збереження функціонуючої паренхіми печінки є одним з найважливіших напрямків розвитку хірургії печінки. Залишається актуальним пошук нових хірургічних підходів, серед яких використання аргоноплазмової коагуляції у поєднанні з лапароскопією.

В статті наведено результати порівняльного аналізу лікування пацієнтів із непаразитарними кістами печінки із застосуванням лапароскопічного доступу в комбінації з аргоноплазмовою коагуляцією а також шляхом виконання відкритих оперативних втручань. Було продемонстровано, що мініінвазивний підхід дозволяє досягти більш сприятливої динаміки загальноклінічних та лабораторних показників, а також знизити частоту післяопераційних ускладнень як в ранньому, так і в пізньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: лапароскопія, аргоноплазмова коагуляція, непаразитарні кісти печінки.

Проблема лікування непаразитарних кіст печінки на сьогодні далека від свого остаточного вирішення. Дана патологія спостерігається приблизно у 1,8% населення, а за даними аутопсії частота невиявлених непаразитарних кіст печінки досягає 1,86%. У жінок кісти трапляються в 3—5 разів частіше ніж у чоловіків, проявляються в період між 30 і 50 роками життя [1 — 4].

Залежно від розміру зони ураження печінки, характеру процесу, вираженості та типу ускладнень захворювання, вибирають різні форми лікування непаразитарних кіст печінки. Однак, при оперативному лікуванні можуть розвиватися такі ускладнення як печінкова недостатність, масивні інтраопераційні кровотечі з розвитком геморагічного шоку. Тому зниження травматичності операцій, запобігання геморагічним ускладненням, максимальне збереження функціонуючої паренхіми печінки є одним з найважливіших напрямків розвитку хірургії вогнищевих захворювань печінки [5, 6]. Залишається актуальним пошук нових хірургічних підходів серед яких використання аргоноплазмової коагуляції (АПК) в поєднанні з лапароскопією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу дослідження покладено проспективний аналіз лікування 67 хворих із непаразитарними кістами печінки, що були прооперовані на базі кафедри ендоскопічної та серцево—судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М. І. Пирогова.

Хворі були розподілені на дві групи. Основну групу (n=42) складали пацієнти, яким виконувалися відкриті оперативні втручання із наступною обробкою залишкової порожнини або стінок кісти АПК. В групі порівняння (n=25) всім пацієнтам виконували традиційні відкриті оперативні втручання, що в окремих випадках (діаметр кісти більше 10 см) доповнювалися тампонуванням порожнини кісти.

Початково лапароскопічне втручання планувалося виконувати 45 пацієнтам, проте через технічні складнощі при закритті залишкової порожнини в 3 випадках (6,7%) було виконано конверсію. Дані пацієнти при аналізі були переміщені в групу порівняння.

Всім пацієнтам було виконане повне клініко—лабораторне та інструментальне обстеження.

Ефективність лікування в післяопераційному періоді оцінювали як за загальноклінічними так і за лабораторними показниками.

Одержані дані піддавалися обробці за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік хворих коливався від 23 років до 76 років (середній вік — 52 ± 14,5 років).

У 32 випадках кісти локалізувалися в правій частці, у 17 — в лівій, у 6 — в обох частках, навколопечінкові кісти були у 5 випадках.

Множинні кісти були у 7 хворих, поодинокі кісти — у 46 (68,6%) пацієнтів. У 12 (17,9%) хворих були виявлені по дві кісти печінки. Діаметр солітарних кіст коливався від 3 см до 22 см. Солітарні кісти розміром менші за 5 см були виявлені у 10 хворих, від 5 до 10 см — у 24, 10—15 см — у 27, більше за 15 см — у 6 хворих.

При обстеженні хворих, доопераційний діагноз підтверджено у 64 з 67 пацієнтів (точність УЗ—діагностики непаразитарних кіст становила 95,5%).

В найближчому післяопераційному періоді у 2 пацієнтів з АПК методом лікування (4,4%) і у 6 пацієнтів з резекцією печінки (22,7%) зазначалося формування ускладнень. Найбільш частим ускладненням в підгрупі хворих з резекцію були кровотечі (3 пацієнти, 13,6%). При АПК лікуванні кровотеча спостерігалася в одного хворого (2,2%) і ще в одного реєструвалася печінково—ниркова недостатність. Після мініінвазивних АПК втручань ускладнення не розвивалися, а після відкритих оперативних втручань ускладнення реєструвалися у 2 хворих (9,1%).

У підгрупі з відкритими оперативними втручаннями в одного пацієнта відзначався летальний результат (масивна внутрішньочеревна кровотеча з приєднанням ДВЗ—синдрому) (5,7%), а в підгрупі пацієнтів з АПК летальних результатів не спостерігалося.

Післяопераційний період у хворих, яким здійснювали відкриті операції супроводжувався значним больовим синдромом, що вимагає введення анальгетиків, зокрема і наркотичних, протягом перших 3—4 діб, у зв'язку

Показники клінічної ефективності хірургічного лікування хворих непаразитарними кістами

Досліджувані показники	Відкриті операції (n=43)	Лапароскопічні АПК (n= 17)
Число ліжко–днів	14,7±1,9	8,3±1,6*
Поява перистальтики, доба	3,13±0,12	1,73±0,07**
Самостійний стул, доба	4,23±0,18	3,20±0,12*
Больовий синдром	6,75±0,32	2,87±0,11**

Примітка. * – p<0,05, ** – p<0,01 у порівнянні з показниками в групі пацієнтів з відкритими оперативними втручаннями.

з чим пацієнти могли вставати лише на 4—5 добу (в середньому — 4,4±0,9 доби).

Показники клінічної ефективності хірургічного лікування хворих непаразитарними кістами наведені у *таблиці.*

Тривалий парез кишечника спостерігався у 16 хворих і самостійний стул відбувався на третю—п'яту добу з моменту оперативного втручання. В умовах застосування АПК зазначалося формування больового синдрому, тривалість якого становила у хворих від 1 до 3 днів — пацієнти набували вертикального положення вже на другий день з моменту оперативного втручання.

Наркотичні анальгетики не застосовувалися, ненаркотичні анальгетики призначали на 1—2 добу. У ці ж терміни з'являлася активна перистальтика кишечника, стілець у хворих реєструвався на 2—3 добу. Всі досліджені показники були меншими ніж у групі пацієнтів, яким здійснювалися традиційні хірургічні втручання (p<0,05). Кількість ліжко—днів також зменшувалася на 43,5% (p<0,05).

У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів після перенесених відкритих оперативних втручань зазначалося превалювання температурних реакцій за типом помірної, а також високої лихоманки. В умовах АПК у більшості пацієнтів відзначалася субфебрильна температура або ж температура в межах показників норми (77,9%).

Вміст лейкоцитів у пацієнтів із застосуванням АПК не відрізнявся від норми і був в 1,9 рази менше ніж до початку лікування (p<0,05). При цьому рівень лейкоцитів у хворих з резекцією печінки був меншим ніж до початку лікування в 1,48 рази (p<0,05).

Таким чином, представлені результати показують, що у пацієнтів, яким лікування непаразитарних кіст печінки здійснювали із застосуванням лапароскопічної АПК стінок кісти, в найближчому післяопераційному періоді відзначається сприятлива динаміка загальноклінічних показників порівняно з такими, що спостерігаються після відкритих оперативних втручань.

Крім того, становила інтерес динаміка біохімічних змін крові у пацієнтів в різних умовах хірургічного лікування.

Так, до початку хірургічного лікування у пацієнтів реєструвався високий рівень серомукоїду — 0,38±0,1 (норма 0,22—0,26 опт. од.), загального білірубіну крові (31,2 ± 1,4 мкмоль/л), АсАТ та АлАТ (відповідно 227,4 ± 15,6 МО і 358,4±26,8 МО), сечовини (13,5 ± 0,9 ммоль/л).

Дослідження біохімічних показників у пацієнтів на сьому добу з моменту проведення оперативних втручань показало, що в підгрупі пацієнтів з лапароскопічною деструкцією непаразитарних кіст вміст серомукоїду знижувався на 60,5% порівняно з таким до початку лікування (p<0,05). У цей період часу також меншими в порівнянні з вихідними (доопераційні) значеннями були показники вмісту білірубіну (на 55,1%), АсАТ та АлАТ (відповідно на 54,8% і 51,9%). Також зменшувався рівень сечовини на 51,9% (p<0,05). Причому, в порівнянні з показниками у практично здорових активність АсАТ та АлАТ залишалися відповідно в 2 і 3,5 рази вищою, в той час як інші показники практично не відрізнялися від таких в групі здорових.

У пацієнтів з відкритими оперативними втручаннями на сьому добу з моменту виконання хірургічного втручання відзначалося зменшення серомукоїду на 23,7% порівняно з показникам до лікування (p<0,05). При цьому аналізований показник був достовірно вищим (в 1,93 рази) ніж в підгрупі пацієнтів з АПК втручанням (p<0,05). Вміст білірубіну також знижувався в порівнянні з доопераційним показником на 27,6% (p<0,05) і був достовірно більшим ніж в підгрупі з АПК (p<0,05). Активність амінотрансфераз, незважаючи на зниження в порівнянні з доопераційним рівнем (АсАТ — на 23,1% і АлАТ — на 22,2%), не досягала межі достовірних відмінностей (p>0,05) і при цьому була достовірно вищою щодо показників у пацієнтів з АПК лікуванням (відповідно в 1,8 і в 1,94 рази, p<0,05).

Таким чином, представлені дані свідчать, що в умовах лапароскопії з АПК в ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів з непаразитарними кістами відзначається більш сприятлива порівняно з відкритими хірургічними оперативними втручаннями динаміка з боку рівня серомукоїду, білірубіну, сечовини, активності АсАТ, АлАТ, а також вмісту лейкоцитів крові.

Також нами були оцінені результати віддаленого післяопераційного періоду.

Через півроку з моменту здійснення оперативного втручання було обстежено 27 пацієнтів після відкритих операцій і 17 із застосуванням лапароскопічної АПК.

До на момент обстеження в одного пацієнта із групи з відкритими оперативними втручаннями виявлені скарги на погане самопочуття, швидку стомлюваність, а також лихоманку, що виникає час від часу. При об'єктивному дослідженні УЗД показало наявність об'ємних утворень в зоні видаленої кісти печінки, у зв'язку з чим був поставлений діагноз гематоми/біломи. Ще в одному випадку спостерігалося абсцесування гематоми, що підтверджувалося об'єктивними даними візуалізації осередку ураження та гектичним характером температурної кривої. Проведена релапаротомія і дренування порожнини абсцесу підтвердили діагноз. Ще в одного хворого контрастування жовчовивідної системи показало наявність біліо—дигестивної нориці, що слугувало причиною розвитку гіпертермії, порушень стулу і больових відчуттів. Ознаки біліарного цирозу з розвитком асциту

спостерігалися в одного пацієнта. Більш поширеним ускладненням у віддаленому періоді був розвиток анемії — у двох хворих, а менш поширеним — механічна жовтяниця, причиною якої було формування грубих рубцевих змін у воротах печінки.

У пацієнтів, яким проводили лапароскопічне втручання з АПК у віддаленому післяопераційному періоді, скарги спостерігалися у двох хворих ($p<0,025$, точний двосторонній критерій Фішера). При цьому в одного пацієнта клінічні прояви наявності біліарної нориці зводилися до вираженого больового синдрому, пов'язаного з прийомом їжі, у другого хворого розвиток біліарного цирозу супроводжувався вираженою анемією.

Слід підкреслити, що всі випадки розвитку важких післяопераційних ускладнень (біліарний цироз, механічна жовтяниця, біліо—дигестивна нориця, а також формування гематом/біліом) у віддаленому періоді спостерігалися у пацієнтів, яким були виконані відкриті втручання. Зазначені ускладнення були відсутні у хворих з лапароскопічними методами лікування непаразитарних кіст у поєднанні з АПК.

Таким чином, отримані результати показали, що застосування лапароскопічної АПК капсули непаразитарної кісти є ефективним у лікуванні даної патології. Цей метод має менше число ускладнень як в ранньому, так і у віддаленому (півроку з моменту операції) післяопераційному періоді в порівнянні з резекцію кісти печінки. Причому, тампонада залишкових порожнин великим сальником, мобілізованим на судинній ніжці, є високоефективною і показана при великих і центральних кістах, особливо розташованих у воротах печінки. У віддаленому періоді тільки в одного пацієнта з тампонадою за відсутністю АПК було зареєстровано ускладнення у вигляді механічної жовтяниці.

В умовах АПК лікування пацієнтів з непаразитарними кістами печінки, порушенні у зв'язку із захворюванням біохімічні показники функціонального стану печінки зазнають більш швидкої нормалізації порівняно з традиційними методами лікування таких захворювань. Дану відмінність, очевидно, можливо пояснити як різним обсягом хірургічної травми, так і можливою стимулюючою дією коагуляційно змінених білків, які забезпечують підвищення імунологічної та загальної реактивності організму.

ВИСНОВКИ

1. Поєднання лапароскопічних втручань із застосуванням аргоноплазмової коагуляції при непаразитарних кістах печінки дозволяє знизити частоту формування ускладнень в ранньому післяопераційному періоді до 4,4%, скоротити час перебування в стаціонарі на 43,6%, а тривалість больового синдрому зменшити в 2,4 рази у порівнянні з пацієнтами, яким виконували відкриті оперативні втручання.

2. Частота ускладнень у пацієнтів із поєднанням лапароскопії з АПК становила 5,9% і була достовірно меншою ($p<0,05$) за аналогічний показник у групі пацієнтів із традиційним видаленням непаразитарних кіст (22,2% випадків).

ЛІТЕРАТУРА

1. Баб'як Т. Є. Рідинні утвори печінки: сучасна концепція малоінвазійного лікування хворих / Т. Є. Баб'як, А. Т. Чикайло, В. Г. Жемела // Львівський медичний часопис. — 2005. — № 4. — С 30—32.
2. Pathophysiology, epidemiology, classification and treatment options for polycystic liver diseases / B. Abu—Wasel, C. Walsh, V. Keough [et al.] // World journal of gastroenterology. — 2013. — № 35. — С. 5775—5786.
3. Quantitative sonographic image analysis for hepatic nodules : A pilot study / N. Matsumoto, M. Ogawa, K. Takayasu [et al.] // J Med Ultrason. — 2015. — № 42(4). — С. 505—512.
4. Spontaneous portohepatic venous shunt : Ultrasonographic aspect / L. Iliescu, S. Ioanitiescu, L. Toma [et al.] // Ultrasoundquarterly. — 2015. — № 2. — С. 141—144.
5. Принципы лечения непаразитарных кист печени / М. Ф. Зарівчацкий, О. Ю. Пирожников, И. Н. Мугатаров [и др.] // Вестник хирургии им. И. И.Грекова. — 2006. — Т. 165, № 4. — С. 31—33.
6. Шаталов О. Д. Профілактика ускладнень при малоінвазійних способах лікування абсцесів і гнійних кіст печінки / О. Д. Шаталов // АСТА. Львівський медичний часопис. — 2008. — № 3. — С 136—139.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАКИСУ АЗОТУ, ЯК ГАЗОВЕ СЕРЕДОВИЩЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЇ

С. І. Саволюк, Р. О. Балацький, В. І. Зубаль

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Київська міська клінічна лікарня № 8

Реферат

В статті проаналізовано вплив газового середовища на частоту виникнення постлапароскопічного больового плече—лопаткового синдрому (ПБПЛС) та зміни рівня показників цитокінів і "стрес—гормонів" у хворих яким виконано лапароскопічне втручання. У хворих основної групи як газове середовище використовували закис азоту, в контрольній — вуглекислий газ. Оперативне втручання у пацієнтів основної групи виконували під реґіонарною (інтратекальною) анестезією з правобічною поверхневою блокадою шийного сплетення (ППБШС) та термінальною анестезією діафрагми (ТАД). Традиційна методика ендотрахеального наркозу застосовували у контрольній групі пацієнтів. Встановлено що частота виникнення ПБПЛС менша у основній групі. Застосування закисі азоту як газового середовища при лапароскопії сприяє меншій частоті виникнення ПБПЛС та не приводять до підвищення рівня цитокінів та "стрес—гормонів". Закис азоту характеризується безпечністю, надійністю, зменшує період лікування та реабілітації хворих, а також може стати альтернативою вуглекислому газу як газове середовище при лапароскопії.

Ключові слова: закис азоту, постлапароскопічний больовий плече—лопатковий синдром, лапароскопічне оперативне втручання, газове середовище при лапароскопії, вуглекислий газ.

Одним з найбільш перспективних напрямів сучасної хірургії є малоінвазивні втручання, а саме — лапароскопічні операції. В наш час доведені численні переваги лапароскопічних втручань, що стали еталонними в лікуванні хірургічних захворювань, основними з яких є зменшення кількості післяопераційних ускладнень, мала травматичність, внаслідок чого зменшується вираженість післяопераційного больового синдрому, скорочується період одужання з повним відновленням працездатності [14, 17, 26].

Запровадження лапароскопічних методів лікування дозволило розширити показання до операцій, однак виникли проблеми пов'язані з пневмоперитонеумом [22, 23]. В дослідженні Баранова Г.А. та співавт. (2008) представлений аналіз результатів радикального хірургічного лікування хворих старших вікових груп з використанням лапароскопії та операції з міні—доступу. По динаміці рівня "стрес—гормонів" (пролактин і кортизол) при малоінвазивних радикальних операціях показано, що пневмоперитонеум є одним з найбільш значимих інтраопераційних чинників агресії [1].

Особливістю лапароскопічної хірургії є створення штучного пневмоперитонеуму. Лапароскопічні операції (ЛО) на органах черевної порожнини на фоні інсуфляції вуглекислого газу супроводжуються розвитком синдрому підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Підвищення ВЧТ небайдуже для багатьох життєво важливих функцій організму. Таким чином, основними патофізіологічними чинниками, що виникають при ЛО, є підвищення внутрішньочеревного тиску, що веде до краніального зміщення діафрагми, адсорбція газу з черевної порожнини і положення пацієнта на операційному столі [12].

Високий ВЧТ, що створюється під час ЛО, може бути одним з чинників розвитку післяопераційному болю. Один з можливих механізмів його розвитку — підвищення рівня лактату в крові, пов'язане з анаеробним метаболізмом, ймовірно, через ішемію тканин [19]. При використанні ВЧТ 10—12 мм рт. ст. і вище зустрічається типовий біль в плечі [4]. Було виявлено значиме збільшення в сироватці крові рівня інтерлейкіну—6 (ІЛ—6) у кінці операції та післяопераційному періоді у хворих з групи з високим ВЧТ [16]. Це представляється дуже важливим, оскільки саме цитокіни (ІЛ—1, ІЛ—6, фактор некрозу пухлини—альфа), сприяють персистуванню болю [15, 21]. Тому обмеження ВЧТ дуже важливо з точки зору зменшення післяопераційного болю, скорочення застосування анальгетиків, відсутності негативного впливу на систему дихання і скорочення часу перебування в стаціонарі [20].

Для інсуфляції використовують вуглекислий газ, закись азоту, повітря, гелій, аргон та ін. Кожен з них по—різному всмоктується очеревиною і впливає на життєві функції організму [3]. У дослідженні Лохвицького С.В. та співавт. (2007) хворі, яким виконували лапароскопічні втучання, були поділені на дві групи: у 53 використовували для інсуфляції у черевну порожнину CO_2, у 30 — аргон [6]. У черевній порожнині у всіх випадках створювався тиск до 12 мм рт. ст. Ускладнення, пов'язане з пневмоперитонеумом — болі в області надпліч — відмічені у 58 % пацієнтів при використанні CO_2, тоді як при аргон—перитонеумі — тільки у 6,6 %. Інших ускладнень пневмоперитонеума не спостерігали. Отримані дані дозволяють авторам вважати, що при використанні аргон—перитонеуму при ЛО значно рідше спостерігаються болі у плечолопатковій ділянці, характерні для карбоксиперитонеуму, що знижує травматичність даної операції [6].

Дискусії з приводу найкращого газового середовища практично перестали виникати, оскільки вуглекислий газ визнаний більшістю дослідників оптимальним середовищем серед доступних газів та їх сумішей, внаслідок того, що він відносно дешевий, не підтримує горіння, має хорошу розчинність і не призводить до розвитку газової емболії [5]. Разом з тим, доведено, що інсуфляція вуглекислого газу викликає більш виражений інтраопераційний і ранній післяопераційний біль у пацієнтів, ніж інші гази [2].

Негативні ефекти карбоксиперитонеуму пов'язані й з підвищенням ВЧТ і біохімічними змінами, що відбува-

ються внаслідок всмоктування вуглекислого газу в загальний кровотік. У літературі чітко простежується судження, що підвищення ВЧТ негативно відбивається не лише на органах живота, він впливає на весь організм людини [24, 25].

Як відомо, вуглекислий газ здатний викликати біль в ділянці надпліч під час проведення лапароскопії і після неї [27]. Застосування CO_2 при лапароскопічних операціях призводить до зниження pH венозної крові, причому виявлена ацидемія зберігається і в ранньому післяопераційному періоді. Введений в черевну порожнину CO_2 призводить до напруження буферних систем організму і може привести до їх виснаження [5]. Карбоксиперитонеум супроводжується порушенням функцій як органів черевної порожнини, так і серцево—судинної і легеневої систем, за рахунок підвищення внутрішньочеревного і внутрішньогрудного тиску з стисканням магістральних судин живота [13].

Вважають, що при використанні CO_2 біль виникає в результаті подразнення піддіафрагмальної області і очеревини інсуфльованим газом, а саме вугільною кислотою, що утворюється при розпаді CO_2. Високий ризик виникнення болю обмежують використання CO_2 при маніпуляціях під регіональною анестезією [5, 14, 27]. Так, при блокаді задніх міжреберних нервів досягається аналгезія і розслаблення м'язів живота. Проте ця техніка пов'язана з ризиком розвитку пневмотораксу, окрім того при цьому не усуваються болі, що іррадіюють в шию і плече, які виникають при інсуфляції в черевну порожнину вуглекислого газу [18].

Закись азоту (N_2O) — неорганічна сполука, безбарвний газ, важчий за повітря (густина — 1,527 г/л), з незначним характерним запахом, солодкуватий на смак; розчинний у воді (1:2); Ткип — 89 °С, Тзамерз — 102 °С. При Т 0 °С і тиску 30 атм. конденсується в безбарвну рідину. Не займається, але при високих температурах підтримує горіння. Закись азоту хімічно інертний. В організмі не змінюється, не вступає ні до яких сполучень, розчиняється у плазмі крові, практично не зв'язується з гемоглобіном еритроцитів. Розчинність у плазмі складає 45%(об.), що у 15 разів вище розчинності кисню, погано розчиняється у тканинах.

На думку Франтзайдес К. і співав. (2000), альтернативним газовим серодовищем для створення робочого простору в черевній порожнині є закись азоту (ЗА), позбавлена багатьох недоліків, які наявні у вуглекислого газу.

ЗА як і вуглекислий газ адсорбується очеревиною. При внутрішньочеревному введені N_2O протягом 60 хвилин з ВЧТ 13—15 мм.рт.ст. її концентрація в крові досягає 0,015 мг/мл. При тих умовах і додатковій інгаляції N_2O при проведенні ендотрахеального наркозу із швидкістю 6 л/хв.., її концентрація збільшується в 28 раз (0,427 мг/мл). ЗА добре поєднується з регіонарною анестезією.

Але ЗА має ряд своїх недоліків, що обмежує її використання при лапароскопічних оперативних втручаннях: підвищена всмоктуваність із черевної порожнини, труднощі в проведенні ендотрахеального наркозу, порушення функції кишечника в післяопераційному періоді і деякі інші.

Больові відчуття відмічені по візуально—аналоговій шкалі (ВАШ), менше виражені при інтраабдомінальному введені закисі азоту в порівнянні с карбоксиперитонеумом.

Мета роботи — покращити результати лапароскопічних оперативних втручань, шляхом використання для створення робочого простору в черевній порожнині, закисі азоту (N_2O) — дінітрогеноксидперитонеум.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До клінічного аналізу включені 112 хворих з хірургічною патологією (гострий апендицит, жовчно—камяна хвороба: гострий та хронічний холецистит), що перебували на лікуванні в хірургічних відділеннях клініки хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика в 2013 — 2015 рр., і яким виконано лапароскопічні оперативні втручання. Вік пацієнтів коливався від 23 до 76 років. Чоловіків — 41 (36,6%), жінок — 71 (63,4%).

За основу була взята власно розроблена класифікація вираженості постлапароскопічного больового плече—лопаткового синдрому (ПБПЛС): відсутні будь—які ознаки — негативний, дискомфорт в ділянці плеча та лопатки — I ст., біль помірного характеру (терпимий) — II ст., інтенсивний біль — III ст.

ПБПЛС виник у 33 (29,5%) пацієнтів. Больовий френікус—синдром I ст. виник у 18 (16,1%) хворих, II ст. — 13 (11,6%), III ст. — 2 (1,8%).

За основу класифікації гострого апендициту було взято клініко—морфологічний характер змін у червоподібному відростку, які ґрунтуються різним ступенем вираженості та різноманітності запальних і клінічних проявів.

Форми гострого апендициту:

Гострий простий (поверхневий, катаральний) апендицит.

Гострий деструктивний апендицит:

— флегмонозний;

— гангренозний (з перфорацією і без перфорації).

Ускладнений гострий деструктивний (флегмонозний, гангренозний) апендицит:

— перитонітом (місцевим, розлитим, тотальним);

— апендикулярним інфільтратом;

— периапендикулярним абсцесом;

— флегмоною заочеревинної клітковини;

— сепсисом, генералізована запальна реакція;

— пілефлебітом.

Розрізняють такі основні клінічні варіанти жовчнокам'яної хвороби:

1. Камененосіння.
2. Гострий калькульозний холецистит.
3. Хронічний калькульозний холецистит.
4. Внутрішньопечінковий літіаз.
5. Холедохолітіаз.
6. Білідигестивні нориці.

Клінічна класифікація гострого холециститу:

1. Гострий простий холецистит.

2. Гострий деструктивний неускладнений із місцевим невідмежованим перитонітом.

3. Гострий деструктивний ускладнений холецистит:

а) жовчним перитонітом (без видимої перфорації);

б) перфоративним жовчним перитонітом;

в) паравезикальним інфільтратом;

г) паравезикальним абсцесом;

д) механічною жовтяницею;

е) септичним холангітом;

є) гострим панкреатитом.

Класифікація хронічного калькульозного холециститу.

1. Неускладнений хронічний калькульозний холецистит.

2. Ускладнений:

а) водянкою жовчного міхура;

б) хронічною емпіємою жовчного міхура;

в) рубцевим стенозом вивідної протоки жовчного міхура — стенозуючим цисцititом;

г) міхурово—протоковою (білібіліарною) норицею;

д) міхурово—кишковою (білідигестивною) норицею;

е) раком жовчного міхура.

Пацієнти були розподілені на дві групи. Перед оперативним втручанням хворим обох груп в місцях введення троакарів виконували інфільтрацію мяких тканин розчином місцевого анестетика (0,25% розчин лонгокаїну сумарно в обємі 20 мл).

Критерії оцінювання: вік, вага, зріст, індекс маси тіла, тривалість операції та післяопераційного перебування в стаціонарі, частота післяопераційних ускладнень, рівень больових відчуттів за візуально — аналоговою шкалою болі (ВАШ) через 6, 12 і 24 години після операції, задоволеність пацієнта результатом лікування за 5—бальною шкалою при виписці, та за допомогою телефонного опитування на 14—у та 30 добу після операції.

Хворим основної групи оперативні втручання проводили під інтратекальною анестезією в поєднанні з правобічною поверхневою блокадою шийного сплетення (ППБШС) 0,25% розчином лонгокаїну (10 мл) [11] та термінальною анестезією діафрагми (ТАД) 0,25% розчином лонгокаїну (20 мл) [7, 10]. З метою створення робочого простору в черевній порожнині використовували закис азоту (N_2O). Внутрішньочеревний тиск підтримувався на рівні 8—10 мм рт. ст.

В контрольній групі знеболення виконували за традиційною методикою ендотрахіального наркозу. Вуглекислий газ (CO_2) використовували для створення робочого простору в черевній порожнині із ВЧТ на рівні 12—15 мм.рт.ст.

Обробка та формування кукси червоподібного відростка та обробка міхурової протоки з артерією проводили методом електрозварювання живих тканин [8, 9].

З метою визначення наскільки газове середовище впливає на розвиток стресорних реакцій в організмі під час оперативного втручання, хворим основної та контрольної групи до— та післяопераційно визначали рівень стрес—гормонів, а саме кортизолу, інсуліну, С—реактивного протеїну (СРП), інтерлейкінів (ІЛ—1, 2, 6), фактор некрозу пухлини—альфа (ФНП) та неорганічного фосфору.

Згідно протоколу, обстеження хворих проводили через 12, 24 та 48 годин. Обстеження включало в себе фізикальні, лабораторні методи та ультрасонографічний моніторинг.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

112 хворим було виконано лапароскопічні оперативні втручання, із них 49 (43,7%) виконано лапароскопічну апендектомію (ЛАЕ). У 28 (25%) хворих встановлено діагноз ЖКХ з гострим калькульозним холециститом та 35 (31,3%) хворих у яких — ЖКХ з хронічним калькульозним холециститом. У 63 (56,3%) випадках було виконано лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) (*табл. 1*). ЛАЕ та ЛХЕ виконувалась за стандартною методикою з використання для обробки червоподібного відростка з брижою та міхуровою протоки з артерією методу електрозварювання.

До основної групи увійшли 60 (53,6%) хворих, яким для створення робочого простору в черевній порожнині використовували закис азоту (N_2O), в контрольну групу включено 52 (46,4%) застосовували вуглекислий газ (CO_2).

Основна та контрольна групи були репрезентативні. Не було відмічене значимих відмінностей за статево—віковою структурою, індексом маси тіла, тривалістю

Таблиця 1.

Показники	Основна група	Контрольна група	Всього
Газове серодовище (пневмоперитонеум)	Закис азоту, (N_2O), дінітрогеноксидперитонеум	вуглекислий газ (CO_2), карбоксиперитонеум	-
Кількість проаналізованих хворих	60 (53,6%)	52(46,4%)	112 (100%)
Лапароскопічна апендектомія (гострий апендицит)	26 (23,2%)	23 (20,5%)	49 (43,7%)
Лапароскопічна холецистектомія (гострий холецистит)	15 (13,4%)	13 (11,6%)	28 (25%)
Лапароскопічна холецистектомія (хронічний холецистит)	19 (17%)	16 (14,3%)	35 (31,3%)
Частота виникнення постлапароскопічного больового плече-лопаткового синдрому	12 (20%)	21 (40,4%)	33 (29,5%)
I ступеня	8 (13,3%)	10 (19,3%)	18 (16,1%)
II ступеня	4 (6,7%)	9 (17,3%)	13 (11,6%)
III ступеня	-	2 (3,8%)	2 (1,8%)

оперативного втручання. Середня тривалість операції у обох групах 55 ± 10 хвилин.

В основній групі ПБПЛС виник у 12 (20%) пацієнтів, у контрольній групі — 21 (40,4%). Структура ПБПЛС у хворих основної групи: I ст.. — 8 (13,3%), II ст. 4 (6,7%), III ст.. не спостерігали, в контрольній групі: I ст.. — 10 (19,3%), II ст. — 13 (11,6%), III ст.. — 2 (1,8%). Рівень больових відчуттів за ВАШ в основній групі склав 3,5±0,3 (p<0,05) бали (за 10 бальною шкалою), задоволеність результатом лікування — 4,3+0,2 (p>0,05) бали за 5—ти бальною шкалою. Середній ліжко—день склав 1,5±0,5 доби. У хворих контрольної групи рівень больових відчуттів за ВАШ пацієнти оцінили в 5,5±0,3 бали, задоволеністю результатом лікування в — 3,3+0,2 бали за 5—ти бальною шкалою. Середній ліжко—день хворого в стаціонарі склав 3,0±0,5 доби (*табл. 2*).

Таблиця 2.

Показники	Основна група	Контрольна група
Середній ліжко-день, доба	1,5±0,5	3,0±0,5
Рівень больових відчуттів за ВАШ (за 10 бальною шкалою), балів	3,5±0,3	5,5±0,3
Задоволеність результатом лікування(за 5-ти бальною), балів	4,3+0,2	3,3+0,2

Таблиця 3.

Маркер спостереження	Контрольна група			Основна група		
	перед інсуфляцією CO_2	1 година після десуфляції CO_2	3 години після десуфляції CO_2	перед інсуфляцією N_2O	1 година після десуфляції N_2O	3 години після десуфляції N_2O
Кортизол (140-690 нмоль/л)	524,8±14,28	779,4±12,32	844,3±10,42	512,4±13,68	544,1±12,46	568,2±12,21
Інсулін (3,0-25,0 мкЕд/мл)	10,9±0,5	12,9±0,4	15,2±0,3	9,7±0,5	10,9±0,4	11,3±0,3
СРП (8,2±0,48 мг/л)	8,6±0,28	9,0±0,26	9,4±0,24	8,0±0,24	8,2±0,22	8,4±0,21
ІЛ-1 (9,7±2,43 пг/мл)	9,9±1,82	14,7±1,64	20,4±1,46	9,6±1,64	11,2±1,52	12,4±1,36
ІЛ-2 (1,4±0,04 пг/мл)	1,5±0,12	1,9±0,12	2,6±0,11	1,32±0,11	1,46±0,11	1,52±0,10
ІЛ-6 (4,3±0,64 пг/мл)	4,5±0,52	6,3±0,44	8,4±0,38	4,2±0,46	4,4±0,42	4,8±0,38
ФНП (38,6±5,64 пг/мл)	43,4±3,16	68,7±2,86	124,2±2,44	40,6±3,44	44,6±3,12	46,2±3,02
неорганічний фосфор (1,13±0,06 нмоль/л)	1,1±0,05	0,95±0,04	0,8±0,03	1,15±0,05	1,18±0,04	1,1±0,03

При лабораторному моніторингу показників "стрес—гормонів" у хворих обох груп перед інсуфляцією, після десуфляції через 1 та 3 години, достовірно кращі результати у пацієнтів основної групи. При використанні закисі азоту як газового середовища для створення пневмоперитонеуму рівень лабораторних показників кортизолу, СРП, ФНП, неорганічного фосфору та ІЛ—1 зберігались в межах фізіологічної норми. Відмічалось незначне підвищення від верхньої межі норми ІЛ—2 та 6. У хворих в яких застосовували вуглекислий газ спостерігали підвищення рівня кортизолу (90—150 нмоль/л), СРП (0,8—1,2 мг/л) від норми в залежності від періоду визначення (p<0,05). Підвищення рівня ІЛ всіх підгруп (1, 2 та 6) у 1,5—2 і ФНП в 2—3 рази (p<0,05, <0,01, <0,001) та зниження на 30—45% неорганічного фосфору зафіксовано у пацієнтів контрольної групи. В обох групах не залежно від часу дослідження рівень інсуліну стабільно зберігався в межах норми (*табл3*).

ВИСНОВКИ

Достовірно кращі результати отримано у хворих, у яких для створення робочого простору в черевній порожнині використовували закис азоту. Дінітрогеноксидперитонеум зменшує частоту появи постлапароскопічного больового плече—лопаткового синдрому після лапароскопії. Лапароскопічне оперативне втручання в поєднанні із закисю азоту як газове середовище та підтриманням внутрішньочеревного тиску на рівні 8—9 мм.рт.ст. не приводять до підвищення рівня цитокінів та "стрес—гормонів", які в свою чергу всебічно сприяють персистуванню больового синдрома в післяопераційному періоді.

Отже можна стверджувати, що закись азоту може стати альтернативою вуглекислому газу для використання при лапароскопії як газове середовеще та характеризується безпечністю, надійністю, зменшує період лікування та реабілітації хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов Г. А. Мини—инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г. А. Баранов, Е. А. Решетников, Б. В. Харламов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2008. — № 6. — С. 27—30.
2. Баранов Г. А. Резорбция газов из брюшной полости при лапароскопических операциях / Г. А. Баранов, С. Б. Павлов, В. Д. Лощилова // Рос. мед. журнал. — 2006. — № 2. — С. 11—13.
3. Богданов Р. Р. Малоинвазивные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии (проблемы хирургии, анестезиологии и реабилитации) / Р. Р. Богданов, В. М. Тимербулатов, Б. И. Караваев // Эндоскоп. хирургия. — 2009. — № 4. — С. 47—59.
4. Вартанова И. В. Управление нервно—мышечным блоком: зачем это нужно и как это сделать? / И. В. Вартанова, Е. П. Макаренко // Тольяттинский мед. консилиум. — 2012. — № 3/4. — С. 63—70.
5. Корик В. Е. Карбоксиперитонеум при лапароскопических операциях — необходимость альтернативы? / В. Е. Корик // Воен. медицина. — 2009. — № 4. — С. 73—75.
6. Лохвицкий С. В. Аргон— и карбоксиперитонеум при лапароскопической холецистэктомии: результаты сравнительной оценки травматичности доступа / С. В. Лохвицкий, Е. М. Тургунов, И. М. Хамитова. //Эндоскоп. хирургия. — 2007. — №. 4. — С. 31—35.
7. Пат. UA90814 Україна МПК A61B 17/00. Пристрій для виконання термінальної анестезії діафрагми при лапароскопії / Лисенко В.М., Паламарчук В.І., Бишовець С.М., Крестянов М.Ю., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 06.2014.
8. Пат. UA97473 Україна МПК A61B 17/00. Спосіб обробки міхурової протоки з артерією / Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М., Зубаль В.І.; 03.2015.

9. Пат. UA97472 Україна МПК A61B 17/00. Спосіб обробки червоподібного відростка з брижею / Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М., Зубаль В.І.; 03.2015.
10. Пат. UA92481 Україна МПК A61B 17/00. Спосіб профілактики больового френікус—синдрому в післяопераційному періоді / Бишовець С.М., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 08.2014.
11. Пат. UA90638 Україна МПК A61B 17/00. Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому / Бишовець С.М., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 06.2014.
12. Поповкин В. А. Особенности анестезиологического пособия при лапароскопических операціях / В. А. Поповкин, М. А. Филатов, М. Ю. Гречищев [и др.] // Тольяттинский мед. консилиум. — 2011. — № 3/4. — С. 149—153.
13. Сажин В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. — М. : ГЭОТАР—Медиа, 2010. — 502 с.
14. Тимошин А. Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов. — М. : Триада—Х, 2003. — 215 с.
15. Almagor M. Preoperative and postoperative levels of interleukin—6 in patients with acute appendicitis: comparison between open and laparoscopic appendectomy / M. Almagor, A. Mintz, O. Sibirsky, A. Durst // Surg. Endosc. — 2005. — Vol. 19, N 3. — P. 331—333.
16. Basgul E. Effects of low and high intra—abdominal pressure on immune response in laparoscopic cholecystectomy / E. Basgul, B. Bahadir, V. Celiker [et al.] // Saudi Med. J. — 2004. — Vol. 25, N 12. — P. 1888—1891.
17. Breda G. Future developments and perspectives in laparoscopy / G. Breda, S. Y. Nakada, J. J. Rassweiler // Eur. Urol. — 2001. — Vol. 40, N 1. — P. 84—91.
18. Dravid R. M. Interpleural block — part 1 / R. M. Dravid, R. E. Paul // Anaesthesia. — 2007. — Vol. 62, N 10. — P. 1039—1049.
19. Ibraheim O. A. Lactate and acid base changes during laparoscopic cholecystectomy / O. A. Ibraheim, A. H. Samarkandi, H. Alshehry [et al.] // Middle East J. Anesthesiol. — 2006. — Vol. 18, N 4. — P. 757—768.
20. Joshipura V. P. A prospective randomized, controlled study comparing low pressure versus high pressure pneumoperitoneum during laparoscopic cholecystectomy / V. P. Joshipura, S. P. Haribhakti, N. R. Patel [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2009. — Vol. 19, N 3. — P. 234—240.
21. Kieber J. J. Cytokinins / J. J. Kieber, G. E. Schaller // Arabidopsis Book. — 2014. — Vol. 12. — P. e0168.
22. Koc M. Randomized, prospective comparison of postoperative pain in low— versus high—pressure pneumoperitoneum / M. Koc, T. Ertan, M. Tez [et al.] // ANZ J. Surg. — 2005. — Vol. 75, N 8. — P. 693—696.
23. Nesek—Adam V. Pathophysiologic effects of CO2—pneumoperitoneum in laparoscopic surgery / V. Nesek—Adam, V. Mrsic, A. Smiljani? [et al.] // Acta Med. Croatica. — 2007. — Vol. 61, N 2. — P. 165—170.
24. Serpytis M. Intra—abdominal hypertension and multiple organ dysfunction syndrome / M. Serpytis, J. Ivaskevicius // Medicina. — 2005. — Vol. 41, N 11. — P. 903—909.
25. Sugerman H. J. Multisystem organ failure secondary to increased intraabdominal pressure / H. J. Sugerman, G. L. Bloomfield, B. W. Saggi // Infection. — 1999. — Vol. 27, N 1. — P. 61—66.
26. Tan—Tam C. Minireview on laparoscopic hepatobiliary and pancreatic surgery / C. Tan—Tam, S. W. Chung // World J. Gastrointest. Endosc. — 2014. — Vol. 6, N 3. — P. 60—67.
27. Vazquez—Sequeiros E. Carbon dioxide insufflation in endoscopy — Luxury or need? / E. Vazquez—Sequeiros // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2012. — Vol. 104, N 8. — P. 395—398.

НАПРАВЛЕНА ІМУНОКОРЕКЦІЯ ТА МІНІІВАЗИВНІ МЕТОДИ ПОВТОРНИХ САНАЦІЙ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

С. І. Саволюк, М. А. Гудзь, В. В. Балабуєва

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
Вінницький національний медичний університет ім. М. І.Пирогова

Реферат

Досліджено динаміку цитокінового та імунного профілю у 36 хворих з термінальною стадією гнійного перитоніту. Всі хворі розподілені на контрольну (19 хворих) та основну групи (17 хворих). В основній групі використовувалась оптимізована схема лікування, яка включала проведення направленої локальної імунокорекції циклофероном і ліпіном під час операції та на 1, 2, 4, 6 добу післяопераційного періоду та використання мініінвазивних відеолапароскопічних санацій, при прогресуванні явищ перитоніту. В контрольній групі при виборі лікувальної тактики використовувались орієнтовні протоколи надання хірургічної допомоги хворим з перітонітом. Стан імунологічної реактивності оцінювався по показникам цитокінового профілю (ІЛ—1, ІЛ—2, ІЛ—4, ІЛ—6) та показникам клітинного і гуморального імунітетів (визначались рівні маркерів CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD95, CD25 та концентрації IgG, IgM, IgA). Використання направленої імунокорекції в поєднанні з мініінвазивними віделапароскопічними санаціями черевної порожнини дозволило скоротити період існування імунного паралічу та покращити результати лікування, що підтверджувалось позитивною динамікою імуно—цитокінового профілю в основній групі хворих (зменшились концентрації ІЛ—1, ТНФ—α, ІЛ—6, відмічено корегуючий вплив на динаміку протизапального ІЛ—4, зростав ІЛ—2, збільшувалась кількість CD3, CD4, IPI, NK—клітин, CD25, знижувався рівень CD19, відмічене зростання рівнів IgG, IgM, IgA).

Ключові слова: гнійний перитоніт, імуно—цитокіновий профіль, направлена імунокорекція, відеолапароскопічна санація.

Перитоніт є одним із найбільш тяжких ускладнень захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини і стабільно посідає провідне місце в структурі хірургічної летальності, яка, за даними різних авторів, коливається від 1,3% при місцевому до 80% при розповсюдженому ГП, при токсичній і термінальній стадії перитоніту — 25—30%, в випадку прогресування СПОН — 60—87% [1,2]. Використання сучасних досягнень інтенсивної терапії, агресивна хірургічна тактика, впровадження малоінвазивних інтервенційних лікувально—діагностичних технологій для лікування хворих з ГП не призвело до суттєвого покращення результатів, що й підтримує зацікавленість науковців до розробки інноваційних принципів лікування хворих з ГП [3]. Розробка сучасної концепції про імунний дистрес—синдром дозволяє екстраполювати стадійність та фазність змін імунологічної реактивності з позиції аналізу складних взаємовідносин сигнальних цитокінів та їх локальних та системних ефектів на етапність прогресування запального процесу по очеревині [4].

Реалізація завдань ранньої діагностики, передопераційного прогнозування перебігу та розвитку органних та гнійно—септичних післяопераційних ускладнень гнійного перитоніту та визначення принципів оптимальної корекції імунного статусу та методів її безпечної і надійної реалізації, є, наразі, своєчасною та актуальною, оскільки виходить з потреб сучасного етапу розвитку клінічної хірургії [5].

Мета дослідження — порівняти вплив традиційного та оптимізованого лікування та на показники імуно—цитокінового профілю у хворих на гнійний перитоніт.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу роботи покладено дослідження стану 126 хворих з гострими хірургічними захворюваннями, перебіг яких ускладнився розвитком ГП, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова на базі міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 2012 — 2016 рр.

Всі хворі розділені на контрольну (65 хворих) та основну групи (61 хворий). Також проведено розподіл хворих за стадіями ГП, так в контрольній групі реактивна стадія визначалась у 26 хворих (40%), токсична стадія — у 21 (32,3%), термінальна стадія у 19 (29,2%), а в основній групі реактивну стадію ГП було діагностовано у 23 хворих основної групи (37,9%), токсичну — у 20 (32,8%), і термінальну у 17 (28,8%). Найбільшу увагу в дослідженні приділено 36 хворим з термінальною стадією ГП, через найбільший ризик летальності в даній групі пацієнтів. Враховуючи важкий стан хворих та виражені прояви імунного дистресу, який присутній на момент операції та посилюється після її виконання всім хворим основної групи з метою корекції імунного дистрес—синдрому проводилась направлена імунотерапія, в поєднанні з традиційними методиками лікування розповсюдженого ГП. Під час операції нами був запропонований спосіб профілактики гнійно—септичних ускладнень (патент на корисну модель № 109009), який ми здійснювали наступним чином: на завершальному етапі оперативного втручання виконували перитонеальний лаваж медикаментозною сумішшю, що включала ліпосомальну емульсію (ліпін) в дозуванні 500мг в поєднанні з імуностимулючим засобом — циклоферон (акридоноцтовова кислота) в дозуванні 250мг з наступним післяопераційним використанням перитонеального лаважу вищевказаною сумішшю через встановлені та функціонуючі розроблені дренажі власної конструкції (патент на корисну модель № 100410) на 1, 2, 4 та 6 післяопераційні доби. У хворих, з діагностованим прогресуванням перитоніту та відповідно вираженими явищами ареактивності (стадія імунного паралічу імунного дистрес—синдрому) і вторинного імунодефіциту, запропоноване використання малоінвазивного методу

повторної санації — відеолапароскопічної санації черевної порожнини (ВЛС) через 72 години, після виконання первинного оперативного втручання, у зв'язку з незначним впливом останнього на показники ендогенної токсемії, імунний та цитокіновий профіль.

При виборі лікувальної тактики у хворих контрольної групи керувались орієнтовними протоколами надання хірургічної допомоги хворим з ГП (Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 р.) [6].

Для контролю цитокінового профілю проводилось визначення в сироватці крові шляхом твердофазного імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" (США): 1) прозапальних інтерлейкінів (ІЛ) — ТНФ—α (41,2 ± 6,32 пг/мл), ІЛ—1 (10,6 ± 2,52 пг/мл), ІЛ—2 (1,46 ± 0,04 пг/мл), ІЛ—6 (4,2±0,72 пг/мл); 2) протизапального інтерлейкіну — ІЛ—4 (2,3 ± 1,42 пг/мл) стандартними патентованими наборами фірм IMMUNOTECH та Diaclone (Франція), Biosourse (Бельгія), Cytimmune (США). Аналіз клітинної ланки імунітету здійснювався на основі кількості лімфоцитів з їх популяційною та субпопуляційною ідентифікацією методом прямої імунофлюоресценції моноклональними антитілами фірми "OrthoDiagnosticSystem" поверхневих структур загальної популяції Т—лімфоцитів (CD3) і В—лімфоцитів (CD19), субпопуляційного складу Т—клітинної ланки (Т—хелпери (CD4), Т—супресори (CD8) з імунорегуляторним індексом (IPI=CD4/CD8), природних кілерів (NK—клітини) (CD16), активованих лімфоцитів, що мають високоафінний рецептор до ІЛ—2 (CD25) та динаміку опосередкованого Т—лімфоцитами апоптозу (CD95). Стан гуморального імунітету досліджувався за концентрацією імуноглобулінів (Ig) класу G, M та A методом радіальної імунодифузії за Mancini G. (1965р.) в модифікації Чернохвостової Е.В. (1985).

Виконання статистичних розрахунків, в програмі STATISTIKA 6.0, що містить інструменти для їхнього аналізу. Після доведення нормальності розподілу даних та рівності генеральних дисперсій у вибірках контрольної та основної груп, котрі порівнювалися, застосовували наступні методи статистичної обробки: t—критерій Стьюдента (двохвибірковий t—тест з однаковими дисперсіями), парний t—критерій Стьюдента (парний двохвибірковий t—тест для середніх). Формат даних в таблиці M±m, де M — середнє арифметичне, m — стандартна похибка середнього арифметичного.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Визначення цитокінового профілю при термінальній стадії ГП, що була діагностована у 19 хворих контрольної групи на доопераційному етапі виявило глибоку імунологічну ареактивність (імунний параліч). Концентрації ІЛ—2, ІЛ—4, ІЛ—6 знижувались, а прозапальні фактори (ІЛ—1, ТНФ—α) зростали. Післяопераційний період на тлі використання традиційних підходів лікування характеризувався подовженим періодом регресії ареактивності. Початок стабілізації цитокінового профілю визначався лише з 5 доби (знижувались рівні ІЛ—1, ТНФ—α, зростав ІЛ—2,), а концентрації ІЛ—4, ІЛ—6 знижувались тільки з 9 доби післяопераційного періоду. Перед випискою всі ці фактори були значно вищими від нормативних показників.

Яскраву картину імунного паралічу демонстрували лабораторні маркери хворих де визначалось прогресування перитоніту та виникали його ускладнення, на це вказувало: прогресивне зниження ІЛ—2, ІЛ—4, ІЛ—6, із зростанням концентрацій ІЛ—1, ТНФ—α, відсутність позитивної клінічної динаміки. Після виконання повторних оперативних втручань, дані показники продовжували погіршуватись протягом 24—48 годин, що доводило негативний вплив на імунологічну реактивність такої травматичної маніпуляції, як релапаротомія, особливо при наявності негативного преморбідного фону. Перед випискою всі маркери цитокінового профілю в даній групі хворих не досягли нормативних значень.

На доопераційному етапі в основній групі лабораторні показники мали аналогічні зміни. Післяопераційний період на тлі застосування оптимізованої терапії характеризувався коротким періодом наявності імунного паралічу, вже з 3 доби спостереження почали зростати рівні ІЛ—2, ІЛ—4, ІЛ—4 (досягаючи піку на 5 добу), та перестав збільшуватись ІЛ—1, що свідчило про зворотній розвиток імунного дистрес—синдрому. На час виписки в цій групі хворих всі маркери цитокінового профілю не відрізнялись від нормативних. Концентрації ІЛ—1, ТНФ—α, ІЛ—4, ІЛ—6 з 3 доби і на момент закінчення госпіталізації відрізнялись від показників контрольної групи, демонструючи швидші зворотні зміни (зменшився ІЛ—1 — 36,9%, ТНФ—α — 34%, ІЛ—6 — 21,5%, відмічено корегуючий вплив на динаміку протизапального ІЛ—4 (зростав на 3 добу в основній групі до 33,4 ± 0,61, проти зниження в контрольній до 22,1 ± 0,39), ІЛ—2 зріс на 60,1%.

Виснаження про— та протизапальних цитокінів при поширенні площі ураження очеревини, та наростанні кількості факторів бактеріальної агресії призводило до формування вторинного імунодефіциту, як прояву важкої імунної дисфункції. Він був характерний для хворих контрольної групи з термінальною стадією ГП, і виконання оперативного втручання лише посилювало його. Визначалось прогресуюче зниження до 3—5 доби маркерів CD3, CD4, IPI, CD19, CD16, CD25, IgG, IgM, IgA на тлі зростання CD8, CD95, що доводило формування супресивного типу імунограми, підтверджуючи відсутність адекватної імунної відповіді та високий ризик прогресування ГП. На тлі глибокої імунологічної ареактивності в 14 випадках діагностовано прогресування ГП і показане виконання релапаротомій, а в 3 випадках було виконано 2 релапаротомії. На час закінчення лікування прояви вторинного імунодефіциту зберігались у всіх хворих цієї групи В контрольній групі померло 8 (42,1%) хворих. Відсутність факторів захисту і виконання травматичного повторного оперативного втручання спричиняло подальше прогресування процесу, збільшуючи процент летальності серед цієї групи хворих.

Всі ці зміни імунного статусу обґрунтовували використання направленої локальної імунокорекції, та зменшення інвазивності повторного оперативного втручання для попередження прогресування вторинного імунодефіциту.

Виконання оперативного втручання у хворих основної групи також посилювало прояви вторинного імунодефіциту, але його прогресування в даній групі тривало короткий термін (до 3 доби, визначалось зниження для CD3, CD4, IPI,CD16, IgG, IgM, IgA, тільки 24 години демонстрували негативну динаміку CD19, CD25 та CD95) з формуванням супресивного типу імунограми, що зменшувало період ризику виникнення ГСУ. З 3 доби розпочалась стабілізація усіх маркерів, на 5 добу вони мали різницю з показниками контрольної групи ($p<0,05$). На час завершення госпіталізації прояви вторинного імунодефіциту у цієї групи спостереження були мінімальними (збільшилась кількість CD3 на 21,8%, CD4 на 20%, IPI на 13,3%, NK— клітин на 13,6%, CD25 на 13,5%, знизився рівень CD19 на 13,4%, рівні IgG, IgM зросли на 44,1% та 48,4% відповідно, а IgA збільшився на 37,6%.).

В 12 випадках діагностоване прогресування ГП, і було показане виконання малоінвазивного методу санації черевної порожнини — відеолапароскопічної санації черевної порожнини. Даний метод санації не поглиблював явища імунодефіциту. Так в першу добу після виконання ВЛС не відмічено негативних змін CD3, CD4, IPI, CD16, CD19, CD25, CD95, IgG, IgM, IgA. Що засвідчило високу безпечність даного методу для групи хворих з важким ГП та явищами вторинного імунодефіциту Тільки в 5 випадках, після виконання мініівазивної санації, були покази до проведення відкритої релапаротомії, жоден хворий не потребував проведення повторної релапаротомії. В основній групі на тлі використання оптимізованих заходів летальність склала 17,6 (%) 3 хворих з термінальною стадією ГП.

ВИСНОВКИ

Термінальна стадія перитоніту характеризується парезом імунної відповіді і проведення первинного і повторних оперативних втручань спричиняє поглиблення імунного дистрес—синдрому.

1. Виснаження резервів імунної системи організму при термінальній стадії гнійного перитоніту вимагає пошуку адекватних методів корекції цитокінового та імунного профілю організму хворого.

2. Використання мініінвазивних відеолапароскопічних санацій в поєднанні з локальною направленою імунокорекцією сприяє швидшому відновленню імунологічної реактивності у хворих на перитоніт та сприяє зниженню летальності від даної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Полянський І.Ю. Нові підходи до лікування гострого перитоніту / І.Ю. Полянський, В.В. Андрієць, В.В. Максим'юк // Харківська хірургічна школа. — 2010. — №3(41). — С. 61— 63.
2. Польовий В.П. Перитоніт — одвічна проблема невідкладної хірургії / В.П. Польовий, В.В. Бойко, Р.І. Сидорчук. — Чернівці: Медуніверситет, 2012. — 373с.
3. Лупальцов В.И. Миниинвазивные методы лечения гнойно—воспалительных послеоперационных осложнений у больных при разлитом перитоните / В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк, Р.С. Ворощук, И.А. Дехтярук // Клінічна хірургія. — 2012. — №10. — С. 5 — 7.
4. Гаджиев Н.Дж. Имунный статус, цитокиновый профиль и эндогенная интоксикация у больных с распространенным перитонитом / Хірургія України. — 2012. — №4. — С. 67 — 68.
5. Косинец В.А. Иммунокоррекция в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита / В.А. Косинец // Хирургия Восточная Европа. — 2012. — № 3. — С. 81—82.
6. Березницький Я.С. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Я.С. Березницький, П.Д. Фомін. — Київ : Доктор — медіа, 2010. — 470с.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОЛЯРИЗАЦІЙНО — СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ В ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ХОЛАНГІТОМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

С. І. Саволюк, В. О. Лосєв

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Щупика МОЗ України,
Вінницький національний медичний університет і імені М. І. Пирогова

Реферат

В науковій роботі проведений аналіз хірургічного лікування 156 пацієнтів, яким було застосований метод хірургічної корекції у формі створення біліодигестивних анастомозів в умовах гострого холангіту. Гострий холангіт виникав як ускладнення доброякісних нозоформ обтураційної жовтяниці. Досліджувалося питання виникнення неспроможності створених БДА у післяопераційному періоді. Було встановлено, що хронічний запальний процес стінки загальної жовчної протоки призводить до незворотних кількісних та якісних змін шарнірної структури колагенових волокон. Ступінь морфофункціональних змін колагенових волокон стінки загальної жовчної протоки корелює з ризиком виникнення неспроможності БДА. Інтраопераційна діагностика гістооптичних змін колагенових волокон відбувалась з за допомогою поляризаційної оптичної мікроскопії, яку визнано в якості експрес — методики оцінки зазначених змін з подальшою побудовою моделі стінки холедоха та виконанням подальшої корекції оперативного втручання в залежності від результатів зазначених комплексних досліджень.

Ключові слова: гострий холангіт, поляризаційна мікроскопія, біліодигестивний анастомоз, колагенові волокна, неспроможність анастомоза.

Проблема лікування ЖКХ дотепер залишається однією з актуальних в сучасній клінічній хірургії у зв'язку з неухильним зростанням кількості пацієнтів з холедохолітіазом (14,6%) та ростом частоти ускладнень (3,23%) цього захворювання[1]. З широкого переліку різноманітних ускладнень слід особливу увагу надати гострому холангіту. Гострий холангіт хоча і є невід'ємним патологічним елементом в ході процесу обструкції жовчних протоків, в останній час він набув статусу самостійної хвороби [2] з розвитком біліарного сепсису та абсцедування печінки (50—65%), декомпенсація різноманітних функцій якої та наростання проявів поліорганної дисфункції (60—100%) в ранньому післяопераційному періоді. Летальність при гострому холангіті залишається високою і становить від 7% до 65% [3]. Причинами летальних наслідків при гострому холангіті є розвиток біліарного сепсису. Післяопераційна летальність є високою, коливається в межах 13— 65%.

Нарізним питанням біліарної хірургії є вибір оптимального методу завершення холедохотомії. В цьому контексті питання визначення критеріїв оцінки та прогнозування перебігу післяопераційного періоду при створенні БДА у хворих з ускладненнями холедохолітіазу в умовах гострого холангіту залишається відкритим [2].

Мета: покращити результати хірургічного лікування хворих з холедохолітіазом, що ускладнений гострим холангітом, шляхом проведення аналізу структурно—функціональних змін стінки холедоха на основі кількісних показників методу поляризаційної мікроскопії для прогнозування неспроможності створеного біліодигестивного анастомозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу наукового дослідження покладений аналіз результатів хірургічного лікування 156 хворих на холедохолітіаз, що ускладнений гострим холангітом, за період з 2010 по 2015 на базі хірургічної клініки кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Критерії включення хворих до дослідження:

1) холедохолітіаз з множинними конкрементами; 2) холедохолітіаз з наявністю поодинокого, великих розмірів (більше 2 см),конкременту в позапечінкових жовчних шляхах, що знаходиться разом з множинними мілкими конкрементами; 3) парапапілярні дивертикули; 4) наявність оперативних втручань в минулому на верхньому поверсі черевної порожнини; 5) невдалі спроби попередньої ендоскопічної літоекстракції.

Безпосереднім матеріалом для дослідження слугував біопсійний матеріал стінки холедоха у хворих, яким виконувався БДА.

Середній вік хворих становив 67,1±1,23 роки (min— 44 роки, max — 84 роки), із них жінок було 117 (75%), чоловіків 78 (25%).

Структура основних захворювань, ускладненням яких був гострий холангіт: ЖКХ з гострим калькульозним холециститом — 30 хворих, ЖКХ з хронічним калькульозним холециститом — 41, ПХЕС — 85.

Супутня патологія виявлена в 145 хворих. В структурі супутньої патології на першому місці ІХС — 64 хворих, гіпертонічна хвороба — 34,ХОЗЛ — 12, вентральні грижі передньої черевної стінки — 15, цукровий діабет — 14, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок — 16, ожиріння 2—4 ст. — 12, захворювання опорно—рухового апарату — 2.

Хворим за весь період стаціонарного лікування проводилась комплексна терапія згідно наказу № 297 від 02.04.2010 МОЗ України.

Хворим,які підлягали оперативному лікуванню, проводилась комплексна консервативна терапія у формах передопераційної підготовки з антибактеріальною та

протизапальною терапією у передопераційний період для зменшення ступеня ендотоксикозу [4].

Оцінка важкості хворих на гострий холангіт проводилась згідно критеріїв Багненко С.Ф. (вік пацієнта, лейкоцитоз, рівень загального білірубіну, діаметр холедоха за даними УСГ)— 49 хворих з легким перебігом, 64— з середнім ступенем важкості, 43— з важким перебігом гострого холангіту.

Оцінка рівня ендогенної інтоксикації проводилась шляхом комплексної оцінки об'єктивних даних та результатів лабораторних досліджень (температура тіла, пульс, середній артеріальний тиск, лейкоцитоз, індекс зсуву лейкоцитів крові (Н. Яблучанський, 1983) та інтегрального показника важкості (М. М. Соловьйов, 2000) [4]. На етапі оперативного лікування пацієнтам надавалося адекватне анестезіологічне забезпечення, оперативні втручання полягали у корекції біліарної гіпертензії шляхом формування БДА.

Під час оперативного втручання з лапаротомного доступа мобілізували супрадуоденальну частину холедоха. Виконували холедохотомію довжиною 15 мм в мобілізованій частині холедоха, під час проведення якої виконували біопсію стінки холедоха безпосередньо в місці холедохотомії. Отримані в результаті біопсії мікропрепарати фіксували у 10% розчині холодного нейтрального формаліну, потім зневоднювали у спиртах по висхідній концентрації, відбувалась заливка до парафінових блоків, виготовляли гістологічні зрізи 5±1 мкм, які окрашували гематоксиліном за ванГізону, Массону, толуоідиновим синім при рН 2,6 та 5,3 проводили ШИК — реакцію гістологічній експрес—оцінці за допомогою поляризаційної мікроскопічного дослідження з використанням інтерференційно—поляризаційного мікроскопа МП — 1.

З 156 хворих 48 виконане створення ХДА за різними методиками, 64 хворим створені ХЕА, 44 хворим застосоване комбіноване зовнішньо—внутрішнє дренування. Різні види методик ХДА розподілені наступним чином: ХДА за методикою Кіршнера — 9 хворих, ХДА за методикою Фінстерера — 14, ХДА за методикою Юраша у модифікації Віноградова — 2 хворих, ХДА за методикою Юраша — 23 хворих.

У післяопераційному періоді основна мета моніторингу була спрямована на діагностику ранніх ускладнень у формі неспроможностіБДА.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою статистичного пакета SPSS 13.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті проведеного лікування було виділено три групи пацієнтів. Перша група (n=62) з благоприємним клінічним виходом, в яких сформований БДА був спроможній. Друга група (n=81) склали пацієнти з середнім ризиком виникнення неспроможності. З метою запобігання виникненню ознак неспроможності під час оперативного втручання ми використовували додаткові методи захисту створеного анастомозу. Третю групу (n=13) склали пацієнти з високим ризиком виникнення неспроможності, в наведених випадках ми утримувалися від формування БДА.

Морфологічне дослідження біоптатів стінки холедоха полягало у побудові спектрометричної моделі стінки останнього. У всіх мікропрепаратах стінки виявлено наявність колагенових волокон. За допомогою спектрального аналізу виявлена наявність наступних типів колагену:1,1А,1Б, 2 та 3. Різниця морфологічної структури стінки полягала в співвідношенні названих типів між собою.

Наявність переважного типу в одному дослідному біопсийному препараті у відсотковому співвідношенні більше 51% трактувалась нами як абсолютне переважання зазначеного типу.

На етапі пошуку найбільш оптимального методу дренування позапечінкових шляхів, що має мати тенденцію до індивідуалізації підходу, ми керувалися результатами комплексного поляризаційно — фотометричного аналізу, результатами відсоткового розпределення типів колагенового волокна в кожному конкретному випадку. Результати та подальше ранжуванням типів колагенових волокон, нами були застосовані саме для модернізації підходів до вибору методики дренування жовчовивідних шляхів. З метою модернізації підходів до вибору подальшої тактики оперативного втручання на засадах принципу індивідуалізації нами була розроблена схема розподілу спектральної будови колагенових волокон з подальшим ранжуванням та визначенням абсолютної більшості певного типу колагену.

В першій клінічній групі було 62 макропрепата, де абсолютну більшість займав 1 типу колагену. В 42 біопсийних препаратах 1 тип колагену склав 75%, у 12— 68%, у 10 зразках — 55%. В цій дослідній підгрупі виявлений колаген 1А типу. Останній разом з 1 типом не проявляв великих розбіжностей.

Наявність в стінці холедоха за даними фотоспектрального аналізу типів колагену 1 та 1А свідчило, на нашу думку, про зрілість та міцність структурного колагену та можливість процесу зворотності патологічних змін стінки загальної жовчної протоки, які спричинені запальною альтерацією та ексудацією в умовах гострого холангіту.

Морфологічне дослідження біоптатів вказувало тільки на помірний набряк у власній пластинці слизової оболонки. Колагенові волокна тонкі та звивисті з орієнтацією волокон у паралельному напрямку, під час дії поляризаційного променя проявляли високий ступінь анізотропії, дихроїзм останніх чітко простежувався.

Типи к 1 та 1А проявляли всі біохімічні та гістологічні критерії сформованості власних волокон, топоізометричної будови фібрилярної структури колагену, позитивні критерії зрілості, будови міжхімічних зв'язків та здатності до правильного зчитування інформації про будову наступних колагенових ланцюгів під час процесу преколагенування та активна задіяність в процесах посттрансляційної модифікації на етапах утворення потрійної спіралі матричного колагену.

Хворі, у яких в біопсійному препараті стінки холедоха переважали типи колагенових волокон 1 та 1А були віднесені до групи з низькими змінами в структурній будові колагенових ланцюгів та змінами в шарнірній структурі стінки холедоха, що мали здатність до процесу зворотності патологічних змін, які спричинені процесами хронічної альтерації. Колаген, що був присутній та переважав під час спектрального аналізу в таких хворих зберігав здатність до багатоетапного процесу синтезу преколагену,пост— трансляційної модифікації та утворення потрійної спіральної структури колагенового волокна, утворення якої є запорукою функціональної здатності та активності зрілих матрично — шарнірних форм, можливості в подальшому відтворювати потрійну структуру колагену.

Наявність вищезазначених типів колагенових волокон надавала змогу трактувати патологічні зміни в стінці холедоха, як ті, що не можуть структурними шляхами впливати на функціональну здатність колагену. Існування патологічних змін в стінці холедоха не здатне призводити до суттєвих змін в процесах нормального функціонування колагенових волокон. Колаген в таких умовах зберігає здатність до виконання тих функцій в стінці холедоха, що є притаманними в нормальних умовах.

Враховуючи все вищезазначене, хворих, з типами 1 та 1А колагенових волокон, ми відносили до групи, в якій стінка холедоха зберігала свою структурну одноманітність та єдність, тим самим таким хворим можливе виконання різних видів внутрішнього дренування.

Друга клінічна група хворих з переважною більшістю 1Б та 2 типів колагену за результатами поляризаційного дослідження трактувалась як група помірних морфо — функціональних змін стінки холедоха.

В наведеній клінічній групі було 81 макропрепати, де абсолютну більшість посіли 1Б та 2 типи колагену. Ранжування відбулось таким чином: в 46 біптатах — 1Б, 2 типи колагену склали 70%, у 25 — 65%, у 10 зразках — 55%.

В 2 групі пацієнтів окрім судинних порушень в стінці холедоха та кишці, мали місце деструктивні зміни колагену власної пластинки слизової оболонки. Волокна мали вигляд гомогенної та рихлої структури без чітких меж. В підслизовій основі були наявні гігантські вогнища некрозу. Переважна більшість колагенових волокон дезорієнтована, різко потоншені.

Під час поляризаційного дослідження патологічні зміни стінки холедоха призводили до граничного стану, коли наявний колаген був спроможний тільки виконувати функції каркасоутворення та володів здатністю до процесу регресування наявних функціональних змін в його топоізометричній структурі. Багатоетапні процеси синтезу преколагену, посттрансляційної модифікації та утворення потрійної спіральної структури були втрачені.

Наявність поряд з 1Б та 2 типами 1 та 1А типів колагенового волокна надає здатність структурному колагену до зворотності патологічних змін.

Структурні зміни в матрично — шарній структурі стінки холедоха дозволяли виконання цій групі різних видів внутрішнього дренування із застосуванням комплексу засобів по захисту сформованого БДА.

Під час комплексного поляризаційно — спектрометричного аналізу третьої клінічної групи стінка холодоха містила поряд з типами 1 — 2 у переважній кількості 3 тип колагену. Наявність відсоткової більшості 3 типу в стінці холедоха трактувалась нами як така група, структурні зміни стінки холедоха якої досягли недопустимого рівня, коли існуючий колаген повністю втратив здатність до утворення третинної структури та процеси ізомеризації відбуваються з недопустимою кількістю помилок зчитування та трансляції білкової структури. В стінці холедоха хворих превалює за якісними властивостями молода форма колагену, яка є незрілою і не проявляє здатність до процесів трансляції. Кількість молодої форми колагену вже на етапі виконання оперативного втручання досягла критичних значень. В цих умовах утворення повноцінного колагену, дотримання стадійності в процесі дозрівання колагенового ланцюга є неможливим.

ВИСНОВКИ

1. З метою визначення ризиків виникнення неспроможності БДА ми вважаємо за необхідне досліджувати спектральний розподіл типів колагену у відсоткових значеннях з наступною побудовою спектральної шкали типів колагенових волокон (побудова моделі стінки холедоха).

2. Хворі, у яких в стінці холедоха переважали типи колагену 1 та 1А ми відносили до групи з низьким ризиком виникнення неспроможності БДА та з подальшою можливістю виконання різних типів внутрішнього дренування.

Група хворих з переважною більшістю 1Б та 2 типів колагену трактувалась нами як група помірних змін стінки холедоха та з можливістю виконання різних типів внутрішнього дренування за умови проведення заходів по захисту сформованого анастомозу.

Хворі з переважанням 3 типу колагену розглядалися нами як група високого ризику виникнення неспроможності БДА та з неможливістю виконання різних типів внутрішнього дренування.

ЛІТЕРАТУРА

1.Десятерик В. І. Діагностика та лікування гострих ускладнень жовчнокам'яної хвороби на тлі механічної жовтяниці / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Є. С. Шевченко // Український журнал хірургії. — 2014. — N 1. — С. 140—143.

2.Ничитайло М. Ю. Гостра біліарна інфекція: оновлений погляд згідно з Токійськими клінічними рекомендаціями 2013 (TG 13) / М. Ю. Ничитайло, А. І. Гуцуляк, М. С. Загрійчук // Здоров'я України. Хірургія. Ортопедія. Травматологія :тематичний номер. — Київ, 2015. — № 2. — С. 12—13.

3.Казаков В.Н. Поляризационная микроскопия в биологии и медицине: монография / В.Н.Казаков, В.Г. Шлопов — Донецк: Каштан,2008. — 320 с.

4.Годлевський А.І. Діагностика та моніторинг ендотоксикозу у хірургічних хворих: монографія / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк. — Вінниця: Нова Книга, 2015.— 232 с.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

С. І. Саволюк, О. Г. Шепетько — Домбровський, Г. М. Шепетько — Домбровський
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Реферат
Представлений досвід малоінвазивного лапароскопічного лікування 156 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки з 2002 по 2015 рік. У 120 (76,9%) пацієнтів виконано лапароскопічне зашивання перфорації виразки дванадцятипалої кишки (ДПК). Лапароскопічне висічення перфоративної виразки ДПК та дуоденопластика були проведені у 36 (23,1%) хворих. Вперше була застосована методика інтраопераційної відеоскопії через перфоративний отвір виразки ДПК з метою огляду слизової оболонки задньої стінки ДПК у 50 (32%) хворих. Інтраопераційна pH — метрія застосовувалась у 24 (15,4%) хворих з подальшою парціальною редукцією гілок блукаючого нерва у 18 (11,5%) хворих. При виконанні лапароскопічного висічення перфоративної виразки застосовувався метод фіксації виразкового кратеру катетером Фогарті 8Fr з подальшою лапароскопічною дуоденопластикою. Всі хворі отримували блокатори протонної помпи. Результати хірургічного лікування, що оцінювались за шкалою Visick через 6 та 12 місяців вказали на високу ефективність та гарні результати лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК. Використання малоінвазивних лапароскопічних технологій у лікування хворих з перфорацією виразки ДПК набуває все більшого розповсюдження та доводить свою ефективність.
Ключові слова: перфоратина виразка дванадцятипалої кишки, лапароскопія, алгоритм вибору операцій, лапароскопічна дуоденопластика, допоміжна відеоскопія, аспіраційна pH — метрія, редукція гілок блукаючого нерву.

У сучасному хірургічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки стрімко впроваджуються та застосовуються малоінвазивні лапароскопічні технології. Незважаючи на успіхи в лікуванні виразкової хвороби та ефективність противиразкових препаратів кількість перфоративних виразок ДПК не зменшується. Причинами цього є гелікобактерна інфекція, виникнення гострих перфоративних виразок без анамнезу, недотримання схем лікування блокаторами протонної помпи та ерадикації H. Pylori, широке використання НПЗП. Захворюваність на гастродуоденальні виразки, що ускладнились перфорацією в Україні становить 1,88 на 10 тис. населення з коливанням від 1,08 до 2,57 на 10 тис. населення в різних областях [1 — 4].

За останні 20 років, з моменту впровадження в схеми лікування виразкової хвороби інгібіторів протонної помпи у разі ускладнення виразки перфорацією широкого використання набули операції мінімального об'єму — зашивання виразки, герметизація пасмом великого чепця та дуоденопластика з висіченням виразки. З 1990 року впровадження лапароскопічних технологій в лікуванні перфоративної виразки ДПК дало змогу виконувати ці операції з мінімальною хірургічною травмою передньої черевної стінки та більш швидкою реабілітацією хворих в післяопераційному періоді. Застосування ефективних кислотознижуючих препаратів та схем ерадикації H. pylori, як основної причини виникнення виразкової хвороби, входить у комплексне лікування хворих з перфорацією виразки ДПК з доведеною їх ефективністю [5 — 8].

За даними K. Soreide, K. Thorsen (2015), все більше хірургів у світі використовують малоінвазивні лапароскопічні технології у лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК. E. Moggia et al. (2016) вказує на те, що практично будь—яке оперативне втручання при перфорації виразки може бути виконано лапароскопічно. Основною метою застосування лапароскопічних технологій є герметизація ДПК — зашивання перфорації виразки ДПК або її висічення з подальшою дуоденопластикою та ефективне лікування перитоніту. Малоінвазивні технології використовуються за умови високої кваліфікації та досвіду хірургів як у хірургічних втручаннях за допомогою лапаротомії, так і лапароскопії та адекватній оцінці загального стану пацієнта [1,7 — 10].

Стрімкий розвиток лапароскопічної хірургії у XXI столітті відкриває нові можливості для пошуку оптимальних методів хірургічного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК та вибору єдиної стратегії її застосування [8 — 10]. Вдосконалення хірургічної техніки операції та адекватний індивідуальний підхід у виборі виду оперативного втручання дає можливість отримати кращі результати лікування хворих з перфорацією виразки ДПК.

Мета роботи: покращення результатів лікування у хворих з перфоративною виразкою ДПК та вдосконалення методів лапароскопічних операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Представлено результати лапароскопічного лікування 156 пацієнтів з перфоративною виразкою ДПК за період з 2002 по 2015 роки. Лапароскопічні малоінвазивні технології застосовувались у хворих з перфоративною виразкою передньої стінки ДПК; з різною тривалістю захворювання та вираженістю перитоніту. Хворим, що були госпіталізовані з клінічною картиною перфорації виразки та за шкалою ризику Boey мали 2 і більше балів, лапароскопічний метод лікування не застосовувався, таким хворим виконувалась лапаротомія. Був проведений аналіз таких даних: вік та стать хворих, тривалість захворювання, розповсюдження та характер перитоніту, розмір перфоративного отвору, варіант операції, наявність супутньої патології, інфікування H. pylori.

Діагностична програма включала в себе виконання загальноклінічних обстежень: загальний та біохімічний аналіз крові, група крові та Rh — фактор, коагулограма, оглядова рентгенографія черевної та грудної порожнини, ультразвукове дослідження та фіброгастродуоденоскопія при наявності клінічної картини перфорації ви-



Рис. 1.
Інтраопераційна відеоскопія.

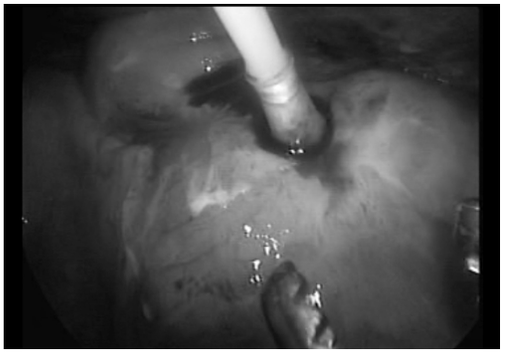


Рис. 2.
Фіксація виразкового кратеру катетером Фогарті 8 Fr.



Рис. 3.
Лапароскопічне зашивання перфоративної виразки ДПК.

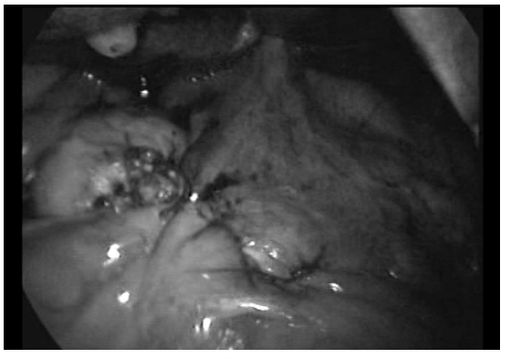


Рис. 4.
Завершений вигляд лапароскопічної дуоденопластики

разки та відсутності вільного газу в черевній порожнині на оглядовій рентгенографії черевної порожнини. В передопераційному періоді вводились антибіотики.

Оперативні втручання виконувались із застосуванням лапароскопічних технологій. Положення хворого на операційному столі — на спині з піднятим головним кінцем на 15—20°. Карбоксиперитонеум створювався за допомогою голки Вереша або за методом Хассона на рівні 10 — 12 мм рт. ст. Вище пупка на 0,5 см встановлювався 10 мм порт для введення лапароскопу та інсуфляції вуглекислого газу. Використовувався лапароскоп діаметром 10 мм з 30° косою оптикою. По правій та лівій паракректальній лініям нижче реберної дуги на 2 — 3 см встановлювались 10 та 5 мм порти справа та зліва відповідно. При необхідності встановлювався додатковий 5 мм порт нижче мечоподібного відростка на 3 см для введення ретрактора або затискача граспера з метою відведення правої та лівої долі печінки і візуалізації ДПК. Для огляду слизової оболонки задньої стінки ДПК та виключення "дзеркальної виразки" виконувалась інтраопераційна відеоскопія додатковою гнучкою відеокамерою 3,7 мм через перфоративний отвір виразки (Патент на корисну модель № 99334 від 10.11.2014 "Спосіб інтраопераційної трансдуоденальної відеоскопії під час відеоендоскопічних операцій при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки") *рис. 1*. Висічення виразки ДПК з перфорацією виконувалось з використанням розробленого нами метода фіксації виразкового кратера катетером Фогарті 8 Fr з подальшим виконанням дуоденопластики (Патент на корисну модель № 96410 від 10.02.2015 "Спосіб дуоденопластики при відеоендоскопічних операціях у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки") *рис. 2*.

Для зашивання перфоративного отвору або дуоденопластики використовували синтетичний нерозсмоктуючий плетений шовний матеріал із поліаміду №3—0 з атравматичною голкою, після чого виконувався "bubble test"— тест на герметичність швів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із 156 оперованих хворих чоловіків було 125 (80,1%), жінок — 31 (19,9%). Середній вік становив — 41,0 ± 12,9 років (від 18 до 70 років).

Переважно хворі доставлялися каретою швидкої медичної допомоги. Безсимптомний перебіг виразкової хвороби, що ускладнилась перфорацією спостерігався у 21 (13,5%) хворого, в цій групі була переважна більшість чоловіки віком до 35 років. Тривалий прийом НПЗП спостерігався у 12 (7,7%) хворих, що мали супутню патологію опорно — рухового апарату. Виразкова хвороба ДПК в анамнезі тривалістю до 2 років була у 29 (18,7%) хворих, що періодично отримували курси консервативної противиразкової терапії. У 65 (41,6%) хворих періодично виникав біль в епігастральній ділянці та печія. Слід зазначити, що діагностика H.pylori була до операції була у 31 (19,9%) хворого. У 1 (0,6%) хворого (22 роки) в анамнезі було виконано пілороміотомію в 2—х місячному віці з приводу пілоростенозу.

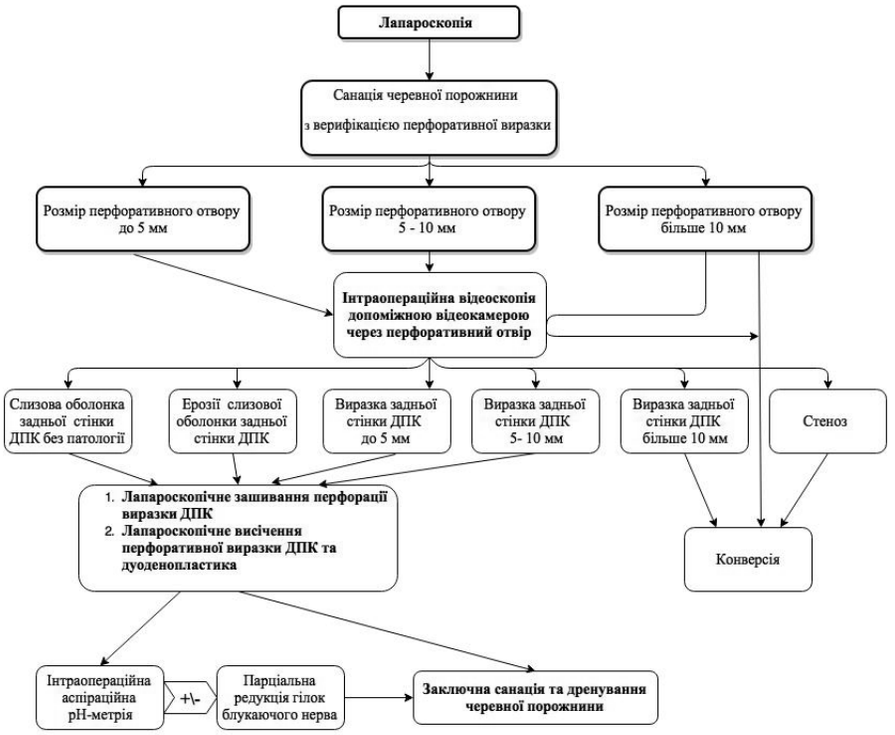
Локалізація перфоративної виразки на передній стінці ДПК спостерігалась у 118 (75,6%) пацієнтів, у 9 (5,8%) — була розташована ближче до зовнішнього контуру ДПК, а у 29 (18,6%) пацієнтів перфоративний отвір

визначався ближче до внутрішнього контуру ДПК відповідно до її повздовжньої осі. Враховуючі це, зміна положення операційного столу створювала більш сприятливі умови для виконання операції.

За розповсюдженістю місцевий перитоніт діагностований у 98 (62,8%) хворих, дифузний — у 51 (32,7%) хворих, загальний — у7 (4,5%). За характером ексудату: серозний у 40 (25,6%) хворих, серозно — фібринозний — 116 (74,4%) хворих.

Під час лапароскопічних малоінвазивних операцій використовувалась розроблена нами методика інтраопераційної відеоскопії задньої стінки ДПК через перфоративний отвір з метою виявлення "дзеркальних виразок" та стенозування ДПК виразковою деструкцією і була проведена у 50 (32%) хворих додатковою гнучкою відеокамерою 3,7 мм. Було виявлено у 10 (6,4%) діаметр перфорації у яких становив 6,1±1,2 мм. Лапароскопічне висічення перфоративної виразки ДПК та дуоденопластика (*рис. 4*) була проведена у 36 (23,1%) пацієнтів, діаметр перфорації виразки був 8,3±2,1 мм, а середній діаметр виразкового інфільтрату становив 18,5±4,15 мм.

Підтвердження використання малоінвазивних технологій у хворих на перфоративну виразку ДПК хворих погоджується з положеннями мультимодальної програми швидкого відновлення після хірургічних операцій (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), що передбачає максимальне обмеження операційної травми, обумовленої хірургічним втручанням, зменшення післяопераційного больового синдрому, а також забезпечення швидкого відновлення пацієнта без супутніх ускладнень в максимально короткий час госпіталізації.



Алгоритм вибору операції

пацієнтів ерозії слизової оболонки задньої стінки ДПК, у 6 (3,8%) пацієнтів — виразки задньої стінки до 5 мм в діаметрі. При наявності стенозу ДПК виконувалась конверсія.

У 24 (15,4%) пацієнтів проведена аспіраційна інтраопераційна pH — метрія з метою оцінки кислотопродукуючої функції шлунку з використанням шлункового зонду, у 18 (11,5%) хворих був діагностований гіперацидний стан шлункової секреції та виконана парціальна редукція гілок блукаючого нерву 30% етиловим спиртом (Патент на корисну модель № 100411 від 27.07.2015 "Спосіб хімічної ваготомії" Саволюк С.І., Годлевський А. І. та ін.).

У 120 (76,9%) пацієнтів виконано лапароскопічне зашивання перфорації виразки ДПК (*рис. 3*), середній

В післяопераційному періоді хворі отримували інфузійну, антибактеріальну терапію та інгібітори протонної помпи, знеболюючі препарати за стандартними схемами. Відсутність больового синдрому на 2 — 3 добу відмічали 55% хворих, що характеризувалось відновлення рухової активності та відміною введення знеболюючих препаратів. Діагностика гелікобактерної інфекції виконувалась шляхом визначення антитіла Ig G до H.Pylori у 21(13,5%) хворого, у 16 з них були виявлені референтні значення титру антитіл, що відповідали наявності гелікобактерної інфекції з подальшим призначення ерадикаційної терапії згідно IV Маастрихтського консенсусу.

Тривалість перебування в стаціонарі коливалась від 4 до 8 діб.

Тактика хірурга при лапароскопічному лікуванні перфоративної виразки ДПК представлена у вигляді алгоритму (*схема*).

Результати хірургічного лікування оцінювались за шкалою Visick через 6 та 12 місяців. Проведено анкетування 47 пацієнтів, яким виконувалось зашивання перфорації виразки ДПК та 15 пацієнтів після лапароскопічної дуоденопластики. В цю групу анкетування увійшли 18 пацієнтів, яким була виконана парціальна редукція гілок блукаючого нерву. Після лапароскопічного зашивання перфоративної виразки ДПК через 6 місяців відмінні та добрі результати були відмічені у 42 (89,4%) та 5 (10,6%) пацієнтів, через 12 місяці — 37 (78,7%) та 10 (21,3%) відповідно. У пацієнтів після лапароскопічної дуоденопластики мали місце відмінні результати у 11 (73,3%) пацієнтів та хороші у 4 (26,7 %) через 6 місяці. Через 12 місяців відмінні результати були у 13 (86,7%) та хороші у 2 (13,3%) пацієнтів. Слід зазначити, що всі пацієнти регулярно приймали антисекреторну терапію.

Таким чином, застосування лапароскопічних технологій в комбінації з антисекреторною та антигелікобактерною терапією у лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК дає можливість використовувати всі переваги малоінвазивних технологій, а саме короткий термін реабілітації, мінімальний больовий синдром в післяопераційному періоді, також отримати хороші та відмінні результати в термін до 12 місяців. Подальше вдосконалення методів операцій дає можливість виконувати малоінвазивні технології в більш складних клінічних ситуаціях при перфорації виразки ДПК.

ВИСНОВКИ

1. Впровадження та широке застосування малоінвазивних лапароскопічних технологій у лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК є перспективним напрямком розвитку сучасної хірургії.

2. Інтраопераційний огляд слизової оболонки задньої стінки ДПК забезпечує відсутність в післяопераційному періоді непередбачуваних ускладнень при виконанні лапароскопічного зашивання виразки ДПК.

3. Застосування інтраопераційної pH—метрії з подальшою корекцією кислотопродукуючої функції шлунку, шляхом парціальної редукції гілок блукаючого нерва під час лапароскопічних операцій в комбінації із прийомом інгібіторів протонної помпи забезпечує ідеальні умови для загоєння виразки ДПК.

4. Використання основних принципів швидкого відновлення після хірургічних операцій успішно впроваджується у малоінвазивному лапарскопічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Perforated peptic ulcer / [K. Soreide, K. Thorsen, E. M. Harrison et al.]. // Lancet. — 2015. — №386. — P. 1288—1298.
2. Тутченко М. І. Порівняльна оцінка ефективності нерадикальних відкритих та лапароскопічних операцій у лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки (дворічне проспективне дослідження) / М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук. // Хірургія України. — 2013. — №3. — С. 29—39.
3. Велигоцкий, Николай Николаевич Современные органосохраняющие методы в хирургии кровоточащих и перфоративных язв (тенденции XXI века) [Текст] : учеб. пособие / Н. Н. Велигоцкий. — Харьков : С.А.М., 2015. — 70 с., — 300 экз. — ISBN 978—617—7302—09—3 : 15.00.
4. Бондарєв Р. В. Місце лапароскопічних втручань у невідкладній абдомінальної хірургії / Р. В. Бондарєв, О. Л. Чибісов, А. А. Еріцян, В. В. Лєсной // Архів клінічної медицини. — 2014. — № 2 — С. 15—17.
5. Шепетько Е. М. Еволюція тактики хірургічного лікування перфоративних дуоденальних виразок / Е. М. Шепетько, Д. О. Струминський. — Київ: Фенікс, 2012. — 128 с.
6. Доценко В. В. Перспективи дослідження якості життя хворих, прооперованих із приводу перфоративної гастродуоденальної виразки / В. В. Доценко. // Харківська хірургічна школа. — 2013. — №4. — С. 120—123.
7. Діагностика та хірургічне лікування гелікобактер— асоційованих перфоративних пілородуоденальних виразок / [І. В. Колосович, В. Г. Безродний, В. О. Красовський та ін.]. // Хірургія України. — 2013. — №4. — С. 21—26.
8. A prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers / [B. Ge, M. Wu, Q. Chen та ін.]. // Surgery (United States). — 2016. — №159. — P. 451—458.
9. Enhanced postoperative recovery pathways in emergency surgery: a randomised controlled clinical trial / [M. Gonenc, A. Dural, F. Celik et al.]. // The American Journal of Surgery. — 2014. — №6. — P. 807—814.
10. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges [Електронний ресурс] / E.Moggia, P. G. Athanasopoulos, C. Hadjittof, S. Berti // Annals of Translational Medicine. — 2016. — Режим доступу до ресурсу: http://atm.amegroups.com/article/view/10244.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

А. В. Соломко, А. А. Вильцанюк, Н. И. Знаевский

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,
Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Реферат

Дослідження присв'ячено розробці способів захисту толстокишкових анастомозів, забезпечуючих біологічну та фізичну герметичність, механічну міцність та їх максимальну надійність.

Експерименти виконані на 36 беспородних собаках у вигляді хірургічних операцій на товстій кишці. Всього сформовано 36 анастомозів.

Застосування тимчасового антимікробного кишечного ендопротектора з полівинилого спирту (ПВС) та фібринового клею (ФК), для захисту анастомозів, та формувааня їх однорядними швами за розробленою методикою із застосуванням прецизійної техніки підтвердило швидку регенерацію слизової оболонки та оптимальні умови загоювання анастомозів взагалі. Ускладненого перебігузагоювання анастомозів ні в одному випадку не було. Встановлено, що тільки подвійний захист товстокишкових анастомозів — герметизація їх з боку серозної оболонки ФК та внутрішньопросвітнє підведення до місця сполучення кишкового антимікробного ендопротектора, в наибольшій мірі забезпечує його біологічну герметичність та підвищує механічну міцність, що зводить ризик оперативного втручанняа при формуванні анастомозів на толстій кишці до нуля в експерименті та переконливо свідчить про доцільність застосування цієї методики в клініці.

Ключові слова: товстокишковий анастомоз, фібриновый клей, кишковий ендопротектор.

Проблема несостоятельности кишечных анастомозов не утратила своей актуальности и в настоящее время. Несмотря на усовершенствование техники и методики анастомозирования, применения современных шовных материалов, лишенных многих недостатков, а также сшивающих аппаратов, данное осложнение наблюдается в раннем послеоперационном периоде в 3,4—69%, приводящее к послеоперационному перитониту в 34,2—80,3%, а летальность от последнего достигает 50—92% [1 — 5, 8, 9].

Большие надежды в улучшении результатов оперативных вмешательств на полых органах брюшной полости исследователи возлагают на внедрение шовно—клеевых методов анастомозирования. Хорошие результаты получены при использовании для герметизации швов в абдоминальной хирургии (ФК), который имеет неоспоримые преимущества перед синтетическими клеями [6].

Современными научными исследованиями доказано, что все физически герметичные швы — биологически не герметичны. Степень микробной проницаемости анастомов напрямую зависит от величины операционной травмы, методики и техники формирования соустья, шовного материала, а также от оперируемого органа. В наибольшей степени этот постулат относится к толстой кишке, особенно, к ее левой половине, в просвете которой вегетирует огромное количество вирулентной гнилостной инфекции.

Установлено, что вегетирующая микрофлора и ее токсины отрицательно воздействуют на коллагенообразование — основной фактор восстановления кишечной раны и прочности анастомоза, что зачастую является пусковым механизмом, приводящим к недостаточности анастомоза. С этой целью большое число экспериментальных и клинических исследований было посвящено разработке методов угнетения кишечной флоры как одной из причин несостоятельности кишечных анастомозов. По мнению этих исследователей микробное загрязнение анастомоза имеет большее значение в возникновении его несостоятельности, нежели ишемия в области сшитых тканей [7].

Сказанное выше, свидетельствует о необходимости разработки методик, обеспечивающих защиту анастомоза как со стороны просвета органа, с целью подавления роста микроорганизмов в зоне соустья и предупреждение проникновения между соединяемыми оболочками, так и герметизацию со стороны серозной оболочки, для профилактики попадания микроорганизмов и их токсинов в свободную брюшную полость.

Целью исследования была разработка способа защиты толстокишечных анастомозов обеспечивающего их биологическую и физическую герметичность, механическую прочность и максимальную надежность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обоснование эффективности применения разработанного способа формирования толстокишечного анастомоза проведено в эксперименте на 36 беспородных собаках половозрелого возраста в виде хирургических операций на толстой кишке. Животные содержались в виварии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова с соблюдением требований международного права (Хельсинской декларации прав человека 1975 г., Ванкуверской конвенции 1974, 1994 гг. о биомедицинских экспериментах), а также законов и документов о биоэтике Украины. Всего сформировано 36 анастомозов. Основными методами контроля качества сформированных анастомозов были морфологический, тензиометрический и бактериологический.

Животные были распределены на две серии опытов. Методика формирования анастомозов была одинаковой в обеих сериях, различие было в методике защиты анастомозов.

В первую серию исследований вошли 20 животных которым после премедикации аминазином и димедро-

лом, внутриплеврально вводили тиопентал натрия из расчета 40 мг/кг массы тела. В состоянии наркоза производили обработку операционного поля растворами антисептиков. После нижней срединной лапаротомии в рану выводили толстую кишку, производили резекцию ее участка длиной 1,5—2,0 см и формировали толстокишечный анастомоз с применением прецизионной техники и рассасывающегося шовного материала дексон или викрил 5/0—6/0, дополнительно герметизовав анастомоз со стороны серозной оболочки ФК.

Для этого нами была использована двухкомпонентная клеевая композиция на основе фибриногена (разработка сотрудников лаборатории биохимии Киевского НИИ отоларингологии им. А. И.Коломийченко НАМН Украины.

Первым компонентом ФК был белковый концентрат (фибриноген, фибринстабилизирующий фактор, фибронектин) и ингибитор протеаз; другим — тромбин, растворенный в 0,9% хлориде натрия и 0,44% $CaCl_2$.

Составные части ФК (после предварительного нагревания до температуры 37 °С) одновременно наносили на линию швов сформированного анастомоза, с помощью специального устройства.

При использовании ФК нами отмечено образование тонкого нежного рубца, быстрое восстановление утраченной функции оперированного органа. Отсутствие клеточной инфильтрации вокруг клеевых масс исключает осложненное течение воспалительной реакции, свидетельствует о биологической целесообразности его применения. Несостоятельности швов анастомозов не отмечали.

При изучении биологической герметичности в трех наблюдениях из 12 отметили незначительный рост микрофлоры на серозной оболочке кишки.

Во вторую серию вошли 16 животных. С целью уменьшения числа послеоперационных осложнений при операциях на толстой кишке (сигмовидной, нисходящей и прямой) путем увеличения надежности создаваемых анастомозов, нами разработано устройство, представляющее собой конусообразное изделие, изготовленное из геля медицинского ПВС, внешний диаметр которого плавно изменяется от 19,0 до 29,0 мм, а толщина стенок — 0,9—1,2 мм. Длина протектора — 80 мм. Конструктивно устройство имеет кольца жесткости, расположенные перпендикулярно его оси, что придает протектору необходимую упругость и эластичность, достаточную для удержания кишки в расправленном виде.

Гелевое тело эндопротектора является матрицей для антимикробного вещества, количество которого может составлять 10—15% от массовой доли ПВС. ПВС служит матрицей, несущей в своем составе глицерин — 25% и антимикробное вещество — 10—15% от его массовой доли. Пластификатором является глицерин, позволяющий создать композицию максимально соответствующую тканям кишки, последние добавляются к медицинскому поливиниловому гелю в процессе криоструктурирования, что обеспечивает эластичность и антибактериальные свойства эндопротектору.

Таким образом, устройство для защиты анастомоза имеет ряд существенных преимуществ перед существующими: 1) конусовидная форма изделия позволяет моделировать его для любого диаметра кишки в каждой конкретной ситуации; 2) устройство при температуре 36—38 °С увеличивается в диаметре до 5—10% от первоначального, что обеспечивает плотный контакт устройства со слизистой оболочкой кишки, и вместе с кольцами жесткости, которые выступают по наружному контуру протектора, препятствуют проникновению кишечного содержимого между стенкой кишки и протектором; 3) биологическая активность устройства сохраняется более 7 суток после имплантации (свидетельство равномерной десорбции антибиотика на протяжении всего времени имплантации эндопротектора), что обеспечивает подавление роста микрофлоры в зоне анастомоза; 4) устройство имеет полную биологическую совместимость со слизистой оболочки кишки, что подтверждено морфологическими исследованиями.

Методика операции. Под общим обезболиванием, производили нижнюю срединную лапаротомию. В операционную рану выводили толстую кишку, на расстоянии 12—15 см от anus'a резецировали участок длиной 1,5—2,0 см. Затем производили формирование анастомоза конец в конец по разработанной методике ("Спосіб накладання толстокишкового анастомозу" — декларационный патент № 55022 А) с применением прецизионной техники и атравматического рассасывающегося шовного материала дексон или викрил 5/0—6/0. Первоначально формировали заднюю полуокружность анастомоза, затем выкраивали из кишечного эндопротектора трубку длиной 3,5—4,5 см в том месте, где диаметр кишки и протектора совпадали в наибольшей степени. На проксимальный конец анастомозируемой кишки накладывали кисетный слизисто—подслизистый шов нитью викрил или дексон 5/0. Внутрь кишки помещали кишечный эндопротектор, при этом располагали его так, чтобы большим диаметром он был направлен в сторону проксимального конца толстой кишки и фиксировали кисетным швом. На кишечном эндопротекторе заканчивали формирование передней полуокружности анастомоза. После чего на серозную оболочку, по линии соустья наносили ФК. Брюшную полость послойно зашивали наглухо. На 5—7 сутки после операции, кишечный эндопротектор естественным путем выходил наружу. Последний отмывают в проточной воде, вырезали из него участки размерами 1,0 × 1,0 см и помещали на чашки Петри.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При гистологическом исследовании на пятые сутки после операции выявляется практически полное восстановление непрерывности слизистой оболочки на протяжении всего периметра анастомоза. В месте анастомоза слизистая оболочка тоньше, чем в прилежащих отделах. Покровный эпителий интенсивно пролиферирует с прилежащих отделов неповрежденной слизистой оболочки.

В собственной пластинке — формируется нежноволокнистый рубец. Воспалительная реакция в рубцовой ткани минимальная.

Через 14 суток после операции при гистологическом исследовании наблюдается полная регенерация всех исходных структурных элементов слизистой оболочки. Рубцовая ткань тонкая, небольшая по протяжению, воспалительная клеточная реакция в ней не выражена.

В остальные сроки (14—30 суток после операции) морфология анастомоза существенно не изменяется.

При исследовании задержки роста (протей, стафилококк, синегнойная палочка) на твердой питательной среде — зоны задержки роста через 5—7 суток составили 30,0—40,0 мм, что соответствовало разультатам, полученным при исследовании задержки роста до имплантации протектора. Это свидетельствует о равномерной десорбции антибактериального препарата из кишечного эндопротектора, а также хороших его антимикробных свойствах даже через 7 суток после имплантации и подтверждено результатами бактериологических исследований — взятие мазков—отпечатков с линии анастомоза и серозной оболочки кишки в сроки 12—72 часа роста не выявило.

Для доказательства того, что вегетирующая в кишечнике микрофлора отрицательно влияет на скорость восстановления прочности анастомоза, нами проведено изучение физической герметичности и механической прочности двух видов толстокишечных анастомозов — герметизированных только ФК и герметизированных ФК и дополнительно защищенных внутрипросветным введеним временного кишечного антимикробного протектора из ПВС.

Результаты исследований показали, что в серии опытов где осуществлялась двойная защита анастомозов показатели физической герметичности и механической прочности были достоверно выше в сроки наиболее благоприятные для возникновения нессостоятельности. Так при использовании для защиты анастомозов только ФК, физическая герметичность анастомозов составляла на третьи сутки после операции —30,13 ± 0,19 кПа и на седьмые сутки 38,03 ± 0,13кПа, а при использовании двойной защиты соответственно 33,86 ± 0,19 кПа и — 40,99 ± 0,13 кПа, что было достоверно ($p < 0,05$).

Препятствие проникновению микроогранизмов между оболочками кишки, способствует обеспечению условий для заживления анастомоза в более благоприятных условиях, что сказывалось на механической прочности и физической герметичности анастомоза в сторону повышения этих показателей, а также о том, что вегетирующая микрофлора в просвете кишки способствует повышенному коллагенолизису, что документируется результатами механической прочности анастомозов, сформированных без применения кишечного антимикробного эндопротектора.

Таким образом, только двойная защита толстокишечного анастомоза в наибольшей степени обеспечивает его биологическую герметичность и повышает механическую прочность, что сводит риск оперативного вмешательств с формированием анастомозов на толстой кишке к нулю.

На 36 оперативных вмешательств с формированием 36 толстокишечных анастомозов несостоятельности швов не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Применение ФК для герметизации кишечных анастомозов предотвращает осложненное течение воспалительной реакции, способствует формированию тонкого нежного рубца, сроки созревания которого сокращаются до 7—10 суток. ФК способствует повышению биологической герметичности анастомозов и их механической прочности. Осложненного течения заживления анастомозов ни в одном случае не было.

2. Разработанная методика формирования толстокишечных анастомозов с использованием прецизионной техники формирования кишечного шва, с дополнительной герметизацией линии швов ФК и внутрипросветным введением временного антимикробного кишечного эндопротектора из ПВС, обеспечивает высокую биологическую и физическую герметичность анастомозов (отсутствие роста бактерий на питательной среде, высокие цифры физической герметичности). Создает благоприятные условия для процессов репаративной регенерации тканей и тем самым препятствует возникновению внутрибрюшных осложнений в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миминошвили О.И. Несостоятельность швов анастомозов при операциях на кишечнике / О.И.Миминошвили // Клін.хірургія. — 2004. — № 11—12. — С. 67—68.
2. Шальков Ю.Л. Толстокишечные анастомозы: оценка факторов несостоятельности / Шальков Ю.Л., Котыло А.Н // Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 3(12). — С. 14—17.
3. Несостоятельность швов толстокишечного анастомоза. Статистика, причины возникновения, диагностика, лечение и профилактика /Г.В.Бондарь, В.Х.Башеев, Г.Г.Псарас [и др.] // Клін.хірургія. — 2008. — № 3. — С. 60—64.
4. Шатрова Н.А. Прогнозирование, профилактика и лечение несостоятельности толстокишечных анастомозов: автореф. дис.. ... канд.. мед. наук: спец.14.01.17 — хирургия / Н.А.Шатрова; Пермь, 2012. — 20 с.
5. Kanellos D. Anastomotic leakage following low anterior resection for rectal cancer / D.Kanellos, M.G.Pramateftakis, G.Vrakas // Tech. Coloproctol. — 2010. — Vol. 14. — P.35—37.
6. Абдуллаев Э.М. Применение фибринового клея в профилактике несостоятельности желудочно—кишечных анастомозов: автореф. дис. ... канд.мед. наук: спец. 14.01.17 — хирургия / Э.М.Абдуллаев; Московск. Госуд. Медико—стоматол. ун—т. — М., 2011. — 21 с.
7. Mann B. Prospective stady of hand—sutured anastomosis after colorectal resection / B.Mann, S.Kleinschmidt, W.Stremmel // Br. J. Surg. — 1996. — Vol. 83 (1), — P. 29—31.
8. Сучасні підходи до діагностики та лікування хворих на відмежовані форми перитоніту / І. Ю. Полянський, В. В. Максим'юк, В.В.Тарабанчук [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2012. — №2, Т.11. — С. 61 — 64.
9. Risk factors for anastomotic leakage and leak—related mortality after colonic cancer surgery in a nationwide audit / I. S. Bakker, I. Grossmann, D. Henneman [et al.] // British Journal of Surgery. — 2014. — V.101, № 4. — P. 424 — 432.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКА

Е. В. Харченко, Е. П. Манжура, В. В. Бойко, А. В. Поступаленко

Киевский городской клинический онкологический центр, г. Киев,
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, кафедра онкологии, г. Киев,
ГУ "Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева" НАМН Украины, г. Харьков

Реферат

Выполнен ретроспективный анализ данных 30 пациенток с диагнозом рак яичника, которые проходили лечение в Киевском городском клиническом онкологическом центре на протяжении 2011—2015 гг. и которым было выполнено лапароскопическое вмешательство на этапах диагностики и лечения. Диагностическая лапароскопия была выполнена после окончания лечения — "second—look" лапароскопия (группа №1, n=22) и в случае подозрения на рецидив заболевания при отсутствии клинических проявлений по данным инструментальных методов исследования (группа №2, n=8). Диагностическая лапароскопия позволяет правильно поставить диагноз и определить форму рецидива (диссеминация, локализированный рецидив в виде одиночного узла, поражение забрюшинных лимфатических узлов). Лапароскопическое вмешательство позволило оптимизировать тактику лечения у 6 (20%) больных. Интраоперационных и послеоперационных осложнений, летальных исходов не наблюдалось. Опухолевое поражение места установки лапароскопических портов не было диагностировано ни в одном случае.

Ключевые слова: рак яичника, рецидив, диагностика, лапароскопия.

Лапароскопические вмешательства зарекомендовали себя как адекватный метод стадирования при онкгинекологической патологии, не имеющий существенного влияния на выживаемость и длительность безрецидивного периода [1].

Лапароскопическое комплексное стадирование при раке яичника (РЯ) эквивалентно или даже превосходит лапаротомное благодаря лучшей визуализации париетальной брюшины и диафрагмы, оптическому увеличению анатомии органов брюшной полости и малого таза [2, 3]. Лапароскопия позволяет диагностировать мелкие опухолевые отсевы (канцероматоз), которые плохо поддаются диагностике инструментальными методами.

Сложности в ранней диагностике рецидива РЯ обусловлены практически бессимптомным течением начала прогрессирования. Диагностическими критериями рецидива заболевания являются данные гинекологического осмотра, ультразвукового исследования, компьютерной/магнитно—резонансной томографии брюшноий полости, забрюшинного пространства и полости малого таза, определение концентрации СА—125 и НЕ—4 в сыворотке крови.

Цель исследования. Оценить возможности лапароскопии в оценке эффективности лечения РЯ на различных его этапах и в комплексноий диагностике рецидива РЯ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы данные амбулаторных карт и карт стационарного больного пациенток с диагнозом РЯ, которые проходили лечение в Киевском городском клиническом онкологическом центре на протяжении 2011—2015 гг. и которым было выполнено лапароскопическое вмешательство на этапах диагностики и лечения.

Критериями отбора пациентов для проведения лапароскопии были следующими. Для оценки эффективности проведенного лечения ("second—look"): нормализация уровня онкомаркеров, отсутствие признаков опухолевого процесса по данным ультразвукового исследования, компьютерной/магнитно—резонансной томографии и гинекологическом осмотре. Для диагностики рецидива РЯ: 1) повышение концентрации СА—125 в сыворотке крови выше дискретного и отсутствие проявлениий заболевания согласно данным инструментальных методов исследования; 2) нормальныий уровень онкомаркеров, но наличие суспектных образованиий в брюшноий полости и/или в полости малого таза по результатам ультразвукового исследования, компьютерной/магнитно—резонансной томографии (возможно сочетание данных признаков).

Все пациенты ранее получили комбинированное лечение по поводу РЯ до достижения клиническоий ремиссии, т.е. нормализации концентрации СА—125 в сыворотке крови и отсутствия опухоли по данным ультразвукового исследования, компьютерной/магнитно—резонансной томографии и гинекологическом осмотре. Диагностическая лапароскопия с проведением смывов с брюшины и взятием биопсии для морфологического исследования позволяет либо подтвердить ремиссию, либо обнаружить рецидивную опухоль, что, в свою очередь, предполагает продолжение лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование вошли 30 пациенток. Средний возраст составил 54,42±8,61 года (39—74 года). Диагностическая лапароскопия была выполнена после окончания лечения — "second—look" лапароскопия (группа №1, n=22) и в случае подозрения на рецидив болезни при отсутствии клинических проявлений по данным инструментальных методов исследования (группа №2, n=8). В последнем случае концентрация СА—125 в сыворотке крови была в диапазоне 46—680 Ед/мл, другие проявления болезни отсутствовали. Клинические характеристики пациенток суммированы в *таблиці*.

При лапароскопическом контроле эффективности лечения морфологически ремиссия была установлена у 17 (77%) пациентов, а у 5 (23%) — выявлено продолжение болезни в виде канцероматоза в полости малого таза либо при перитонеальных смывах. Это объясняет от-

Клинические характеристики пациенток, n=30

	Группа № 1 (n=22)	Группа № 2 (n=8)
Возраст на момент проведения лапароскопии, лет	55,76 ± 9,56 (39-74)	53,11 ± 8,03 (43-67)
Стадия, n (чел.)		
I	3	–
II	5	1
III	12	5
IV	2	2
Морфологический тип, n		
серозная	17	3
муцинозная	–	1
эндометриоидная	2	1
светлоклеточная	2	–
недифференцированная	1	1
Лапароскопически данные за ремиссию, n (%)	17 (77)	1 (12)
Лапароскопически данные за prolongatio morbi, n (%)	5 (23)	7 (88)
Смена тактики лечения по результатам диагностической лапароскопии, n (%)	5 (23)	1 (12)

сутствие клинических проявлений при использовании радиологических методов обследования. Эти больные продолжили лечение и получили дополнительно 4—6 курсов полихимиотерапии второй линии.

При диагностике рецидива РЯ у 7 (88%) больных лапароскопически подтвержден диагноз, у 1 (12%) пациентки данных за рецидив не выявлено.

Таким образом, лапароскопическое вмешательство позволило оптимизировать тактику лечения у 6 (20%) больных. Интраоперационных и послеоперационных осложнений, летальных исходов не наблюдалось. Опухолевое поражение места установки лапароскопических портов не было диагностировано ни в одном случае.

Согласно результатам данного исследования, диагностическая лапароскопия у пациенток с РЯ позволила определить распространенность опухолевого процесса в полости малого таза и брюшноий полости и получить морфологическую верификацию диагноза. Это помогло выбрать правильную тактику дальнейшего лечения.

По данным Fagotti A et al. (2008), лапароскопия при рецидиве РЯ имеет прогностическую ценность отрицательного и положительного значений 88,9% и 80,8%, специфичность, чувствительность и точность — 64,0%, 95,0% и 83,1% соответственно [4].

Диагностическая лапароскопия имеет ценность не только для выбора контингенты больных, которым показано дополнительное системное лечение, но и для отбора пациентов, которым возможно выполнить хирургическую вторичную циторедукцию в оптимальном объеме. При этом прогностическая точность положительного ответа достигает 91,3%. Для отбора пациентов на вторичную циторедукцию разработаны различные прогностические шкалы. Одной с наиболее известных является шкала Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO). Лапароскопия, как более объективный метод, позволяет отнести пациентов с группы нерезектабельных по AGO в группу резектабельных в 21,7% случаев. Противоположный эффект возможен в 32% случаев [5].

Активно обсуждаемым остается вопрос онкологической безопасности лапароскопических вмешательств. Частота метастатического поражения в месте установки портов колеблется от 1% до 19,6%. По результатам одного из наиболее масштабных исследований ($n_{всего}$=1694; $n_{РЯ}$=767), O. Zivanovic et al. (2008) приводят соответствующий показатель равный 1,18% для всей онкогинекологической патологии и 1,96% для РЯ. При этом в 95% случаев отмечались синхронное метастатическое поражение других локализаций, что свидетельствует в пользу системной прогрессии заболевания, а не локализированного процессе [6].

Существующие результаты, которые показывают отрицательное влияние лапроскопической вторичной циторедукции, обосновывается рядом факторов: экспозиция брюшины и опухоли повышенному давлению, CO_2, пониженной температуре, интенсивное освещение. Они приводят к нарушению физиологических функций брюшины (иммунорегуляция, воспаление, фибринолиз, ангиогенез). В результате этого возникают благоприятные условия для имплантации опухолевых клеток на ее поверхности и, соответственно, прогрессии онкологического заболевания. Этот эффект возможен при длительных вмешательствах. Диагностическая лапароскопия характеризуется относительно короткой длительностью, по сравнению с лечебной. Поэтому вышеупомянутые отрицательные эффекты нивелируются [7].

Диагностическая лапароскопия оправдана с онкологической точки зрения еще и тем, что позволяет выявить категории больных, которым, потенциально, дальнейшее лечение не планировалось.

ВЫВОДЫ

Лапароскопия является информативным методом диагностики доклинических рецидивов РЯ при несоответствии данных мониторинга (ультрасонографии и концентрации СА—125 в сыворотке крови). Это позволило в 20% случаев своевременно изменить лечебную тактику (назначить дополнительное или избежать не-

нужного). Данная тактика позволяет не только правильно поставить диагноз, но и определить форму рецидива (диссеминация, локализированный рецидив в виде одиночного узла, поражение забрюшинных лимфатических узлов) и выбрать соответствующую тактику лечения. Таким образом, использование диагностической лапароскопии в аспекте ранней диагностики рецидива РЯ требует дальнейшего изучения и более широкого внедрения данной методики в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tse K. Y. The role of laparoscopy in staging of different gynaecological cancers / K. Y. Tse, H. Y. Ngan // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. — 2015. — Vol. 29, N 6. — P. 884—895.
2. Lu Y. Systematic review of laparoscopic comprehensive staging surgery in early stage ovarian cancer: a meta—analysis / Lu Y., Yao D. S., Xu J.H. // Taiwan J. Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 54, N 1. — P. 29—38.
3. Lu Q. Comparison of Laparoscopy and Laparotomy in Surgical Staging of Apparent Early Ovarian Cancer: 13—year Experience / Lu Q., Qu H., Liu C. et al. // Medicine (Baltimore). — 2016. — Vol. 95, N 20. — E3655.
4. Fagotti A. A treatment selection protocol for recurrent ovarian cancer patients: the role of FDG—PET/CT and staging laparoscopy / Fagotti A., Fanfani F., Rossitto C. et al. // Oncology. — 2008. — Vol. 75, N 3—4. — P.152—158.
5. Fanfani F. Positron emission tomography—laparoscopy based method in the prediction of complete cytoreduction in platinum—sensitive recurrent ovarian cancer / Fanfani F., Monterossi G., Fagotti A. et al. // Ann. Surg. Oncol. — 2015. — Vol. 22, N 2. — P. 649—654.
6. Zivanovic O. The rate of port—site metastases after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease / Zivanovic O., Sonoda Y., Diaz J. P. et al. // Gynecol. Oncol. — 2008. — Vol. 111, N 3. — P. 431—437.

АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ВАЖКИХ ФОРМ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК, УСКЛАДНЕНИХ ВИРАЗКОВО—НЕКРОТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ ТКАНИН КИСТІ, З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІТИННО—ТКАНИННИХ ТЕХНОЛОГІЙ

І. Є. Барна, М. Ф. Дрюк, В. І. Кірімов, І. П. Дмитренко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України

Основними причинами розвитку хронічної ішемії верхніх кінцівок є облітеруючі захворювання судин (ендартеріїт, артеріїт, атеросклероз) і артеріальні ускладненні форми синдрому грудного виходу (СГВ) та системні захворювання сполучної тканини. Складність вибору оптимальних методів хірургічного лікування, підвищення їх ефективності пов'язана з тим, що у більшості хворих проксимальні ураження судин (підключичної—плечового сегмента) поєднується з дистальними ураженнями артеріального русла кінцівки (облітерація, тромбози, емболії артерій передпліччя, кисті, пальців), які ускладнюються появою виразково—некротичних дефектів тканин кисті (пальців), що призводить до виконання некректомії або ж ампутації пальців. Загальноприйнята тактика лікування даних хворих передбачає застосування консервативної ангіотропної терапії або/і виконання верхньогрудної симпатектомії, яка у хворих з розповсюдженим ураженням артеріального русла, особливо при облітерації судин пальців кисті і/або передпліччя — малоефективна. Перспективним методом є застосування клітинно—тканинних технологій (КТТ) та факторів росту, які оптимізують регенеративно—репаративні процеси та стимулюють ангіогенез в ішемізованих тканинах кінцівки. З доступних на даний момент методів є використання аутологічних клітин кісткового мозку (КМ) і жирової тканини (ЖТ), аспірата КМ, аутологічних факторів росту (збагаченої тромбоцитами плазми (БаТП)) виділених з периферичної крові. У відділенні мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії НІХТ НАМН України розроблений алгоритм лікування таких хворих із застосуванням аутологічних клітинних матеріалів та факторів росту.

Мета дослідження: використання клітинно—тканинних технологій стимуляції неоангіогенезу та ремоделюванні судинного русла у лікуванні тяжких форм хронічної ішемії верхніх кінцівок ускладнених виразково—некротичними дефектами тканин кисті.

Клінічний матеріал включає аналіз результатів обстеження та хірургічного лікування 13 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії НІХТ ім. О. О. Шалімова НАМНУ з 2008 по 2015 р.

Ускладнені артеріальні форми СГВ діагностовано у 6 хворих, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз, аортоартеріїт, діабетична ангіопатія у 4 хворих, системні захворювання — 3 хворих.

КТТ, а саме трансплантація аутологічного аспірату КМ в тканини плеча, передпліччя та кисті застосовані у 8 хворих. З них 6 пацієнтам одномоментно виконано введення аутологічних клітин в складі лейкоцитарно—тромбоцитарної фракції (ЛТФ) виділеної з аспірату КМ у тканини кисті. Трансплантація власного аспірата жиру в ділянку плеча, передпліччя та кисті виконано у 5 хворих. Крім того, 5 хворим було виконано повторні трансплантації аутологічного аспірата КМ у віддалені терміни 10—14 місяців, що пов'язано з недостатнім ефектом після первинного застосування КТТ або з метою пролонгації досягнутого позитивного результату. Пацієнтам з поєднаними ураженнями судин верхніх кінцівок додатково виконувалось реконструктивні операції — тромбектомія з плечової і/або пахвової артерій (2 хворих), тромбектомія та пластика аневризми підключичної артерії 4 хворих. Основною метою виконаних реконструктивно—відновних операцій на судинах (тромбектомія, пластика аневризми підключичної артерії) було відновлення кровотоку в уражених великих гілках магістральних судин проксимального сегменту, а також усунення джерела емболії. Крім того з метою декомпресії судинно—нервового пучка додатково виконувалася резекція першого або додаткового шийного ребра (4 хворих), скаленотомія з грудною симпатектомією (2 хворих). Пацієнтам виконувались етапні некректомії, ампутації пальців, шкірні пластики трофічних виразок кисті.

Добрі та задовільні результати відзначені у всіх хворих. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням даних методів не відзначено. У всіх пацієнтів вдалося зберегти функціональну спроможність кисті ураженої кінцівки (силовий захват та трікуспідальну функцію в повному об'ємі у 7 пацієнтів, а у 6 — частково, з мінімальною втратою частини довгих пальців).

Висновки

Отриманий нами позитивний досвід застосування КТТ у лікуванні хворих з тяжкими формами хронічної ішемії верхніх кінцівок ускладнених виразково—некротичними дефектами тканин кисті свідчить про необхідність подальшого клінічного застосування та дослідження цих методів. Ефективність, доступність, можливість повторного застосування КТТ дозволяють вважати ці методи сьогодні пріоритетним в лікуванні таких хворих.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ КИШОК ПРИ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ФОРМАХ ПЕРИТОНІТУ

Я. Ю. Войтів, І. Ю. Полянський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ,
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Одним із основних тригерних факторів, що визначають розвиток і наростання патологічних процесів при перитоніті, є порушення функції кишок, яке є не тільки важливим компонентом, а й провідною причиною розвитку поліорганної недостатності та високої летальності при перитоніті. Результати лікування таких хворих свідчать, що проблема порушення функції кишечнику при перитоніті вивчена недостатньо. Практично не розроблені критерії діагностики порушень функції кишок, а методи їх профілактики та лікування зводяться до різноманітних методик інтестинальної декомпресії, ентеральної детоксикації та деконтамінації, раннього ентерального харчування.

Мета дослідження. Покращення результатів лікування хворих на розповсюджені форми перитоніту шляхом напрацювання інформаційних діагностичних критеріїв різних ступенів порушення функцій кишок при перитоніті.

Об'єктом дослідження були 62 хворих з розповсюдженими формами перитоніту перитоніту I, II, III, IV та V ступенів важкості за класифікацією І. Ю. Полянського та співавт. (2012) та 10 хворих з післяопераційними вентральними грижами (контрольна група). Із 64 хворих дослідної групи чоловіків було 35, жінок — 27. Вік хворих — від 28 до 74 років, середній вік — 55,3±5,13 років.

Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel та програми для статистичної обробки Statgraphics Plus 5.1. Довірчі інтервали визначали точним біноміальним методом.

На основі аналізу результатів експериментальних, клінічно—діагностичних, лабораторних та інструментальних досліджень вважаємо за необхідне виділяти наступні форми порушень функції кишок: кишкову дисфункцію, кишкову, кишкову неспроможність. Кожна з виділених форм порушення функції кишок відрізняється вираженістю місцевих та системних порушень, які зумовлені патогенетичними механізмами при розвитку гнійного запалення в очеревинній порожнині.

На основі даних опрацьованого клінічного матеріалу нами вибрані найбільш інформаційні показники (клінічні, лабораторні, інструментальні), на основі яких напрацьована оцінювальна шкала ступенів порушення функції кишок при перитоніті (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 168/12).

При сумі пунктів, яка не перевищує 12, діагностується кишкова дисфункція, при сумі пунктів від 13 до 30 — кишкова недостатність, сума пунктів від 31 до 44 свідчить про кишкову неспроможність.

Використання запропонованої оцінювальної шкали дозволяє визначити ступінь порушення функції кишок при перитоніті, використовуючи загальнодоступні методи обстежень, одразу при поступленні хворого в стаціонар.

З метою прогностичної оцінки ми за допомогою точного біноміального методу розрахували довірчі інтервали показників летальності, які для хворих з кишковою недостатністю при розповсюдженому перитоніті становлять 0,2% — 33,8%, для хворих з кишковою неспроможністю 19,2 — 74,8%.

Висновки

1. При розповсюдженому перитоніті доцільно виділяти ступені порушення функцій кишок — кишкову дисфункцію, кишкову недостатність та кишкову неспроможність, які відрізняються патогенетичними механізмами, клінічно—діагностичними критеріями і потребують використання відповідних алгоритмів лікування.

2. Для визначення ступеня порушень функцій кишок слід використовувати запропоновану оцінювальну шкалу, яка побудована на найбільш інформаційних загальнодоступних методах обстежень.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ОБРОБКИ АЛОТРАНСПЛАНТАТУ АДАПТУЮЧОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ

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

Науково—практичний центр профілактичної і клінічної медицини ДУС,
Інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, Київ

У 50 роках 20 століття для проведення герніопластики почали застосовувати алотрансплантати у вигляді сіток, які виробляли із шовного матеріалу. Надалі широке розповсюдження набуло використання поліпропіленових матеріалів для проведення герніопластики за Ліхтенштейном. Однак, було встановлено, що у 60% хворих алотрансплантати, сітки для герніопластики, викликають реакцію організму різного ступеня. Через певний час, до 2 років, у пацієнтів виникало неприємне відчуття в місці встановлення алотрансплантату. За даними дослідження було показано, що в результаті реакції організму між елементами сітки утворюються так звані фіброзні містки, що спричиняють ущільненню та зменшенню у розмірах встановленого імплантату. Метою нашого дослідження було визначити переваги застосування обробки сіток для герніопластики адаптуючою композицією (АК).

До клініки ДНУ "Науково—практичний центр профілактичної і клінічної медицини" ДУС у третій декаді липня 2016 поступили пацієнти К. та Т. для проведення планової герніопластики з приводу гриж пахового каналу із використанням алотрансплантату.

Операції проводили за стандартним методом Ліхтенштейна. Перед імплантацією пропіленові сітки обробляли згідно "Методичним рекомендаціям" № 58.16/140.16 (МК), затвердженим МОЗ України 18.07.2016. Для проведення обробки алотрансплантатів згідно МК у пацієнтів було отримано інформаційну згоду відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації.

Операційний час при використанні АК для обробки алотрансплантату скоротився на 20%. Оброблені сітки набули гідрофільності і ними стало зручно маніпулювати в операційному полі. У ранньому післяопераційному періоді у обох пацієнтів не спостерігалось гіперемій та набряків в місці встановлення сітки. Були відсутні традиційні скарги на відчуття стороннього тіла. Використання знеболювального тривало 2 дні. На час зняття швів (10 день) у обох пацієнтів рана затяглася первинним натягом без ознак інфільтрації та запалення. Хворим було призначено контрольний огляд через 3 місяці.

Висновки

Використання обробки алотрансплантату, сітки для герніопластики, адаптуючою композицією, яка готується на основі аутобілків крові реципієнта приводить до:

— Зменшення часу втручання;

— Зручності маніпулювання алотрансплантатом;

— У ранньому післяопераційному періоді рани затягуються первинним натягом без ознак інфільтрації та запалення в даному клінічному спостереженні.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМОГРАФИИ

А. Ю. Дабижа

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины

Полная или частичная утрата молочной железы вследствии мастэктомии, травматического повреждения, ожога, гнойно—некротических процессов приводит к психо—эмоциональным нарушениям и социальной дезадаптации женщины, требующая выполнение реконструктивных операций улучшающим качество жизни пациентки.

Одним из вариантов выбора пластического материала является использование тканей передней брюшной стенки, в частности TRAM—лоскута в различных его модификациях, при этом его подъем должен осуществляться в зоне гарантированного кровоснабжения, определяемого с помощью инструментальных методов исследования.

Цель работы: изучить возможности использования мобильного термографа FLIR для определения мест выхода перфорантных сосудов передней брюшной стенки.

Места выхода перфорантных сосудов передней брюшной стенки изучили у 27 пациенток. Из них 6 пациенток после мастэктомии, у которых выполнялась реконструкция груди с использованием мягких тканей передней брюшной стенки, а так же 21 здоровая женщина волонтер, которым проводили термографию и УЗДС сосудов передней брюшной стенки стационарным и переносным аппаратом (Dopplex II фирмы Huntleigh healthcare) с датчиком 8 МГц.

В нашей работе мы сравнили разные методы диагностики с целью определения достоверности локации перфорантных сосудов методом термографии. С этой целью использовали УЗДС и МРТ с контрастом. Термографию проводили с использованием термографом

FLIR подключенным iphone 5 или 6S, данные обрабатывались программой FLIR ONE и FLIR ONE PAINT, позволяющие определить локализацию сосудов в разных цветовых спектрах.

После предварительного обследования проводили термографию с расстояния 70—100 см после 3—х минут адаптации к окружающей температуре (снятие одежды). Фотофиксация проводилась при комнатной температуре 22 °С и влажности около 50%. После определения перфорантных сосудов их маркировали на передней брюшной стенке и проводили УЗДС с целью уточнения локализации сосудов. У 6—ти пациенток, которым планировалось выполнить реконструкцию груди с помощью TRAM—лоскута, в предоперационном периоде перед термографией выполнили МРТ с контрастом.

Оценивая данные предоперационного инструментального обследования и сравнивая их результаты можно сказать, что локация перфорантных сосудов с помощью термографии полностью соответствует данным, полученными при других инструментальных исследованиях. Однако следует отметить, что при операционном выделении и визуализации перфорантных сосудов выявили набольшую разницу в 1—2 см от места выхода и маркировки.

Заключение

Термография является бесконтактным методом исследования, позволяющим определить места выхода перфорантных сосудов на передней брюшной стенки, что подтверждается данными УЗДС и МРТ с контрастированием.

ИНОВАЦИОННЫЕ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЯЗВЕННО—НЕКРОТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ КОНЕЧНОСТИ

Н. Ф. Дрюк, В. И. Киримов, И. Е. Барна, И. П. Дмитренко

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А .А. Шалимова НАМНУ

Лечение хронических язвенно—некротических дефектов тканей у больных с облитерирующими заболеваниями сосудов в стадии критической ишемии является чрезвычайно сложной проблемой. Риск и частота ампутаций конечности остаются высокими. Невозможность радикальной коррекции основного заболевания, патологическое течение процессов заживления раны обуславливают необходимость разработки специфичных нестандартных методов лечения. Новым перспективным направлением в лечении хронической ишемии тканей и трофических язв является использование клеточно—тканевых технологий (КТТ) и факторов роста (ФР), которое основано на их способности восстановления и оптимизации регенеративно—репаративных процессов и ангиогенеза в ишемизированных тканях конечности.

Одним из наиболее доступных и простых на данный момент методов является использование собственных выделенных аутологичных факторов роста: обогащенной тромбоцитами плазмы (БоТП) и богатого тромбоцитами фибрина (БоТФ), а также собственного аспирата костного мозга (КМ) и выделенной лейкоцитарно—тромбоцитарной фракции (ЛТФ) КМ, содержащие прогениторные клетки, различные цитокины, факторы роста, сигнальные молекулы, мононуклеарные, гемопоэтические клетки; собственного аспирата жировой ткани (ЖТ), содержащего мезенхимально—стромальную фракцию (МСФ), дермальных эквивалентов, биокомпозитных материалов.

В отделении микрососудистой и пластической хирургии НИХТ НАМН Украины разработан алгоритм лечения таких больных на основе использования указанных методов, которые применены в последние годы (с 2005 г.) более чем у 120 больных с гнойно—некротическими очагами и поражением дистального артериального русла конечности.

Наша концепция лечения больных с "нереконструктабельными" формами поражения артерий, осложненных язвенно—некротическими дефектами тканей конечности заключается в улучшение кровоснабжения тканей конечности путем применения современных малоинвазивных КТТ стимуляции ангиогенеза в ишемизированных тканях конечности в сочетании с лечением локальных трофических язвенно—некротических дефектов, путем применения аутологических регенеративных клеток.

Выделение БоТП, БоТФ, ЛТФ КМ, МСФ ЖТ осуществлялось в условиях операционного блока методом градиентного центрифугирования в модификации клиники. Объем аспирата КМ: от 100 мл до 400 мл с концентрацией клеток по фенотипу CD34+: $0,9 \pm 0,5 \times 10^6$ мл.. Объем аспирата ЖТ в виде микрографта: 40—100 мл. Вводили данные аспираты с помощью специальных канюлей в ишемизированные ткани конечности и в область раневых дефектов. Выделенную ЛТФ КМ инъекционно вводили по 0,2 мл на 1 инъекцию в общем объеме: 10 ± 2 мл с концентрацией клеток CD34+: $2,2 \pm 0,5 \times 10^6$ мл, аналогично вводили БоТП в общем объеме от 6 до 10 ± 2 мл, а концентрация тромбоцитов в 1 мл составляла: 1 200 000±100 000. БоТФ в виде сгустков накладывали на дно раневого дефекта. При этом эти хирургические методики применялись также повторно, нередко в

сочетании с другими хирургическими (некрэктомия, кожная пластика) вмешательствами.

Применение данных биотехнологических методов, включающее использование собственных субстратов и выделенных из них фракций у больных с язвенно—некротическими дефектами тканей при хронической ишемии усиливает процессы ангиогенеза, репарации и регенерации тканей, что способствует заживлению ран, улучшает клиническое течение заболевания и позволило сохранить опорную функцию конечности в сроки до 3 месяцев у 90,9% данных больных; в сроки 12 месяцев у 78,78%; в сроки 32—36 месяцев у 75,75% соответственно.

Применение этих методов безопасно, доступно, не требует дорогостоящего обеспечения и осуществляется в условиях операционной одновременно с проводимыми хирургическими вмешательствами. Сочетанное или гибридное применения данных методов с реконструктивными операциями на сосудах, эндоваскулярными вмешательствами, а также в лечении язвенно—раневых дефектов другого генеза свидетельствует о перспективности продолжения этих клинических исследований.

НЕСПРОМОЖНІСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР В КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

О. О. Колеснік, Д. Е. Махмудов, А. А. Шудрак, А. П. Безносенко, В.В. Звірич

Національний інститут раку, Київ

За даними Національного канцер—реєстру України більше половини первинно виявлених хворих на рак прямої кишки (РПК) потребують комбінованого неоад'ювантного та радикального хірургічного лікування. Неспроможність анастомозу (НА) є одним із найбільш частих та найбільш загрозливих післяопераційних ускладнень, що не має стандартизованого алгоритму лікування. Вплив НА на віддалені результати комбінованого лікування РПК залишається недостатньо вивченим.

Мета роботи. Дослідити прогностичне значення НА на віддалені результати комбінованого лікування хворих на РОК

В період з 2008 по 2015 роки комбіноване лікування РПК IIA — III стадій ($cmrT_{3-4}N_{0-2}M_0$) (неоад'ювантна променева або хіміопроменева терапія, низька передня резекція прямої кишки з/без превентивної ілеостоми) проведено 337 пацієнтам.

Неоад'ювантна хіміопроменева терапія сумарною дозою 30Гр в комбінації з фторпіримідинами була проведена 224 (68%) пацієнтам з пухлинами mrT_3. Пацієнтам з місцево—поширеними пухлинами (mrT_{3mrf+} або mrT_4) була проведена променева терапія сумарною дозою 50,4 — 60Гр із поліхіміотерапією на основі препаратів оксаліплатину. Всім пацієнтам після завершення неоад'ювантного лікування були виконані радикальні оперативні втручання в обсязі низької передньої резекції. Превентивна ілеостомія була виконана 288 (85,5%) пацієнтам. Рівень НА склав 14% (47 пацієнтів). Неспроможність типу В виявлена у 33 (78%), типу С — у 14 (22%) пацієнтів. Серед пацієнтів, яким оперативне втручання виконувалось без формування превентивної ілеостоми було зафіксовано достовірно більший рівень НА типу С — 5 (10%) та 9 (4%) ($p<.05$). Загальна трьохрічна виживаність серед пацієнтів без ілеостоми та без НА, з ілеостомою та без НА, з ілеостомою та з НА склала 94 ± 7,8%, 82±11,4% та 71±9,8%. В групі пацієнтів без ілеостоми та з НА трьохрічна виживаність не була досягнута. При мультиваріантному аналізі визначено НА як незалежний прогностичний фактор з огляду на загальну трьохрічну виживаність.

Висновок

Неспроможність анастомозу визначена незалежним прогностичним фактором впливу на загальну трьохрічну виживаність у пацієнтів, що отримали комбіноване лікування з приводу РПК.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫМ ПЕРИТОНИТОМ МЕТОДОМ ВАКУУМ—АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПУЛЬСИОННЫМ ЛАВАЖОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ю. З. Лифшиц, В. Л. Валецкий, Р. Р. Процюк, П. А. Зайченко, П. С. Михальчевский, А. М. Жураковский

Клиника "Борис", Киев

Проблема эффективного лечения распространённого перитонита остается актуальной несмотря на усовершенствование хирургических методов, антибактериальной терапии, о чем свидетельствует сохранение высокой летальности. Лечение перитонита требует дальнейшего изучения и оптимизации хирургических методов.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с генерализированным перитонитом.

С 2006 по 2015 год в клинике находилось 119 пациентов с генерализированным перитонитом различной этиологии. Некротический панкреатит имел место у 19 больных (15,9%), перфорация толстой кишки (дивертикул, опухоль) — у 31 (26%), несостоятельность анастомоза — у 2 (1,6%), кишечная непроходимость — у 31 (26%), тромбоз мезентериальных сосудов с некрозом кишки — у 10 (8,4%), перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки — у 9 (7,5%), острый деструктивный холецистит — у 9 (7,5%), множественные перфорации стенок тонкого кишечника — у 8 (6,7%) больных. Всем больным были выполнены общепринятые вмешательства по устранению первичного очага — источника перитонита.

Все пациенты были разделены на две группы, которые отличались техникой санации брюшной полости во время операции. Первую группу составил 81 пациент, мужчин 56, женщин 25, средний возраст пациентов составил 56 лет (от 35 до 85). В ней применяли вакуум—ассистированную лапаростомию как основной метод лечения. Брюшную полость санировали растворами антисептиков традиционно. Во второй группе было 38 пациентов, мужчин 24, женщин 14, средний возраст составил 52 года (от 31 до 83 лет). Пациентам второй группы интраоперационно осуществляли аппаратный пульсионный лаваж брюшной полости аппаратом Cleanest, с последующей лапаростомией и вакуум—терапией.

Основными послеоперационными осложнениями были: инфицирование послеоперационной раны у 23,5% (28 пациентов), послеоперационная вентральная грыжа у 7,5% (9 пациентов), развитие петехиальных и арозивных внутрибрюшных кровотечений у 3,3% (4 пациента), тонкокишечная непроходимость у 2,5% (3 пациента), наружный временный панкреатический свищ у 0,8% (1 пациент). Умерло 11 пациентов. Послеоперационная летальность составила 9,2 %.

Использование лапаростомии с вакуум—терапией разрешает проблему повышения внутрибрюшного давления и развития компартмент—синдрома, снижает риск развития тяжелого абдоминального сепсиса. Дополнительное применение аппаратного пульсионного лаважа брюшной полости, позволило достичь существенного снижения бактериальной контаминации брюшной полости и повысить эффективность удаления продуктов интоксикации из брюшной полости.

Выводы

Применяемый нами метод вакуум—ассистированной лапаростомии в сочетании с пульсионным лаважом брюшной полости позволяет уменьшить количество повторных санационных лапаротомий, сократить число послеоперационных вентральных грыж, сроки закрытия лапаротомной раны у больных с генерализированным перитонитом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Н. А. Мендель

Национальная медицинская академия последипломного образовая имени П. Л. Шупика, Медицинский центр "Универсальная клиника "Обериг"

Гнойный гидраденит (Hidradenitis suppurativa) — это хроническое воспалительное заболевание кожи, также известное как acne inversa, и исторически, как болезнь Verneuil's.

Первичными очагами ГГ являются воспалительные узлы. Формирование синусов (свищей), скоплений открытых комедонов и рубцевание являются результатами рецидивного или персистирующего заболевания.

Признаной в мире классификацией является клиническая система стадирования Харли (Hurley), при которой выделяют три группы по тяжести заболевания:

Стадия I — Формирование абсцесса (единичного или множественного) без образования свищей и рубцевания.

Стадия II — Рецидивные абсцессы с образованием синусов (свищей) и рубцеванием, единичный или множественные отдельные поражение на расстоянии друг от друга.

Стадия III — Диффузные или почти диффузные поражения или множественные соединенные синусы (свищевые) ходы и абсцессы по всей области поражения.

Пациенты с третьей стадией заболевания встречаются редко, однако представляют собой сложную клиническую задачу. Основным методом лечение гнойного гидраденита третьей стадии является хирургический. Используют следующие методы лечения: дренирование; "снятие крыши" (unroofing); лазерное лечение; экстериоризация; кюретаж; электрокоагуляция свищевых ходов; иссечение зон поражения с ушиванием; иссечение с пластикой местными кожными лоскутами, кожно—мышечными лоскутами, лоскутами на ножке, свободными кожными лоскутами или расщепленными кожными лоскутами; заживление вторичным натяжением.

До настоящего времени нет единого взгляда на выбор способа хирургического лечения.

Цель исследования: Обобщить опыт хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным гидраденитом 3 стадии по Харли.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2014—2016 гг проходили обследование и лечение 7 пациентов с хроническим гнойным гидраденитом третьей стадии по Харли. Возраст пациентов был от 28 до 50 лет, мужчин было 5, женщин 2. Длительность заболевания от 5 до 30 лет. У всех пациентов было обширное поражение обеих подмышечных областей, у двух — мошонки, у одного обеих паховых областей, у двух пациентов ягодичных областей, у одной — складки под грудной железой.

Трое пациентов оперированы, один от оперативного лечения отказался, трое готовятся к операциям. Всем оперированным пациентам (2 мужчин и одна женщина) были проведены операции: одномоментное иссечение очагов гидраденита под наркозом. У одного пациента раны сведены наводящими швами, у второго ввиду большого объема раны она оставлена открытой с последующей через 1 месяц пластикой расщепленным кожным лоскутом, и еще у одной пациентки выполнена первичная кожная пластика перемещенными лоскутами. У всех пациентов наступило полное заживление дефектов, за время наблюдения рецидивов гидраденита не было. У одного пациента (с открытым ведением раны) на 9 день возникло аррозивное кровотечение из подкожной артерии, остановлено проживанием. Срок пребывания в стационаре составил от 1 до 4 дней, полное заживление ран от 14 до 93 дней.

Вывод

Методом лечения хронического гнойного гидраденита является полное иссечение очагов заболевания с одномоментной или отсроченной кожной пластикой.

СРАВНЕНИЕ ПРОТЕЗНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Н. А. Мендель, А. В. Иващенко, Ю. В. Павлович

Универсальная клиника "Обериг", Киев

Лапароскопическая герниопластика является одним из стандартных методов лечения паховых грыж в последние годы, так как обладает меньшей травматичностью, хорошими косметическими результатами, трансплантат закрывает все потенциальные места выхода паховых и бедренных грыж. В то же время единого стандарта выбора трансплантата и способа его фиксации нет.

Цель: сравнить опыт использования различных протезных материалов и способов их фиксации при лапароскопической герниопластике паховых грыж.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2012—2016 гг. выполнено 41 лапароскопических герниопластики при паховых грыжах. Пациенты разделены на 4 группы: Первая — 12 пациентов, у которых использованы комбинированные трансплантаты "Ультрапро" ("Ethicon", США) 10 × 15 см с фиксацией скобками "Protack" ("Covidien", США); Вторая — 4 пациента, у которых использовали сетки "Rebound" ("MMDI", США) с нитиноловым каркасом; Третья — 11 пациентов, у которых использвали анатомические сетки с фиксацией их в центральной точке одиночным интракорпаральным швом (6 — "Bard 3Dmax" ("Bard Medical", США), 5 — "Covidien Parietex Laparoscopic Anatomical Mesh" ("Covidien", США), 4 группа — 14 пациентов с использованием самофиксирующихся протезных материалов "ProGrip" ("Covidien" ("Medtronik"), США). У 31 пациента использовали методику TAPP (трансабдоминальную преперитонеальную пластику) и у 10 — TEP (тотальную экстраперитонеальную пластику). Мужчин было 38, женщин — 3, средний возраст пациентов — 46,2 года (от 30 до 67 лет).

Достоверной разницы по времени операции в группах не было. Срок пребывания в стационаре — 1,1 койко—день (трое пациентов находились в стационаре больше одного дня по собственному желанию). Длительность болевого синдрома составила от 1 до 10 дней, средняя длительность достоверно не отличалась между группами (в первой группе 4,1 дня, во второй группе — 4,2 дня, в третьей 3,6 и в четвертой 3,5 дня). Возник один

рецидив в третьей группе, обусловленный подворотом нижнего края анатомического протеза. Суммарная стоимость протеза и средств фиксации была наивысшей в первой группе, на 36% выше, чем при использовании анатомических и самофиксирующихся протезов.

Выводы

При использовании всех исследованных протезных материалов и способов фиксации не выявлено достоверной разницы в длительности операции, длительности пребывания пациентов в стационаре, продолжительности болевого синдрома, количестве осложнений. Стоимость расходных материалов ниже при использовании анатомических и самофиксирующихся трансплантатов.

ЕНДОСКОПІЧНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

І. Л. Насташенко, О. В. Довбенко, Е. В. Негря, Д. І. Хоменко

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

Мета — визначення показань до застосування ендобіліарного стентування із застосуванням стентів різних типів при біліарної обструкції з урахуванням характеру ураження жовчних проток (ЖП).

В 2013 році в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток стентування ЖП із застосуванням різних типів стентів виконано 63 пацієнтам: 42 (66,7%) — з приводу бластоматозної біліарної обструкції, 8(12,7%) — при невидаленому холедохолітіазі (ХЛ), ускладненому гнійним холангітом, 11 (17,4%) — для закриття ятрогенних зовнішніх жовчних нориць (ЗЖН), 2 (3,2%) — при панкреатиті, ускладненому механічною жовтяницею.

Пластикові стенти використовували в 47 (74,6%) випадках за необхідності налагодження тимчасового дренування ЖП при їх пухлинній обструкції, ХЛ, ускладненому холангітом, для закриття ЗЖН, і в 2(3,2%) в якості самостійного, кінцевого методу лікування у пацієнтів з високим ризиком оперативних втручань.

У 38(60,3%) хворих, яким було виконано стентування ЖП, відновлення природного пасажу жовчі сприяло зниженню рівня білірубінемії, явищ холангіту, покращенню функції печінки, що дозволило в подальшому виконати їм черевні оперативні втручання.

За наявності поширеного пухлинного ураження та віддалених метастазів в 14 (22,2%) випадках застосовували металеві стенти, що розправляються самостійно (СМС). При цьому перевагу надавали стентам без покриття, що унеможливлює блокування ними дольових, сегментарних проток та протоки жовчного міхура з розвитком відповідних ускладнень.

Строки функціонування пластикових стентів обмежені через інкрустацію їх жовчними солями — в середньому 3,6 місяця. Обструкція 2 (14,3%) СМС через 4 та 6 місяців носила інший характер (рихлий детрит з фібрином), після ендоскопічної реканалізації функція стентів була відновлена.

Висновки

1. Показаннями для використання пластикових дренажів при стентуванні жовчних проток є: необхідність їх тимчасового дренування при підготовці хворих до наступних, більш радикальних втручань; лікування зовнішніх жовчних нориць; довічне стентування при не усуненому холедохолітіазі.

2. При довічному стентуванні жовчних проток з приводу їх пухлинного ураження оптимальним є використання металевих стентів, що розправляються самостійно.

ВПЛИВ ЗДІЙСНЕНЕННЯ ІЛЕОДУОДЕНОПЛАСТИКИ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ІНСУЛІНУ

С. Є. Подпрятов, С. С. Подпрятов, І. О. Бєлоусов, В. П. Корчак, Т. А. Довгіч

Київська міська клінічна лікарня № 1,
Київський центр електрозварювальної хірургії та новітніх технологій

Оперували 6 пацієнтів, у яких інсулінорезистентність проявлялась високим рівнем інсуліну в крові, 50,83 ± 10,35 мкМОд/мл при рівні норми 5,9—22,5 мкМОд/мл. Ііндекс маси тіла (ІМТ) у 2 пацієнтів був нижче за 29 кг/м^2, у 4 вище за 40 кг/м^2. Перед виконанням операції рівень С—пептиду у 3 хворих, група І, становив 3920,46 ± 716,41 пмоль/л при рівні норми 295—1162 пмоль/л, у інших 3 хворих, група ІІ, дорівнював 802,52 ± 353,92 пмоль/л. Після здійснення хірургічного втручання, ілеодуоденопластики за ориганільним способом, рівень інсуліну у всіх хворих знизився до 15,50 ± 6,02 мкМОд/мл, рівень С—пептиду становив 1448,75 ± 260,59 пмоль/л в І групі і 1392,54 ± 883,83 пмоль/л в ІІ групі.

Отримані дані свідчать про наявність різних механізмів розвитку інсулінорезистентності. Як до, так і після хірургічного лікування рівень інсуліну в крові у

хворих обох груп був однаковим, що дозволяє припустити однакову суть явища незалежно від механізму його розвитку.

Потребує подальших досліджень механізм підвищення рівня С—пептиду після зникнення резистентності до інсуліну.

ЗМІНИ СТРУКТУРИ СТІНОК ШЛУНКУ ТА ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ЇХ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННІ

С. Є. Подпрятов, С. С. Подпрятов, С. Г. Гичка, Г. С. Маринський, О. В. Чернець, В. А. Ткаченко, Д. А. Грабовський, К. Г. Лопаткіна

Київський центр електрозварювальної хірургії,
Київська міська клінічна лікарня № 1,
Інститут електрозварювання імені Є. О. Патона НАН України

Дослідження проведені на препаратах стінки шлунку та стінки тонкої кишки свині через 12—16 годин після забою.

Клапті стінки шлунку та стінки тонкої кишки фіксували в електрозварювальному інструменті та подавали напругу відповідно до стадій процесу електрозварювання живих тканин.

Здійснювали макроскопічну та морфологічну оцінку змін стінок шлунку та тонкої кишки відповідно до стадій їх електрозварювання.

Встановили, що початок електрозварювання характеризується денатурацією колагенових волокон, частковим пошкодженням слизової оболонки, набряком та розширенням сполучнотканинних перетинок м'язової оболонки стінок шлунку та тонкої кишки.

В подальшому виникають вогнищева коагуляція колагенових волокон, некроз окремих клітин та гладенькоком'язових волокон.

Продовження впливу електричної напруги супроводжується утворенням нової структури, яка складається з щільно з'єднаних коагульованих жмутків гладенькоком'язових колагенових волокон на тлі зникнення серозної оболонки та сполучнотканинних прошарків в м'язовій оболонці, підслизовому шарі.

В подальшому жмутки гладенькоком'язових волокон в зоні шва зливаються з колагеновими волокнами і утворюють багатошаровий щільний шов.

Проведені дослідження засвідчили, що в результаті електрозварювання стінок шлунку та тонкої кишки утворюється шов, в якому відсутні некротизовані тканини.

Встановлено, що електрозварний шов є новою структурою, що виникає в момент здійснення електрозварювання. Створення такої структури є метою електрозварювання.

МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Я. І. Пузич

м. Славута

Нерідко ранній післяопераційний період після герніопластики має важкий перебіг. Особливо це спостерігається у пацієнтів з вентральною грижею у яких мало місце переміщення органів черевної порожнини. Якщо розглядати черевну порожнину як єдину замкнуту анатомічну систему, то мудрість в тім, що будь—яка зміна в об'ємі любого з її складових підвищить внутрішньочеревний тиск (ВЧТ), не нова. В зарубіжній періодиці хірургічних видань часто зустрічається термін ACS (abdominal compartment syndrom), який визначається як домінуючий синдром в розвитку небезпечних ускладнень при деяких гострих хірургічних захворюваннях, розвиток котрих започатковано стрімким підвищенням ВЧТ, таких наприклад, як перерозподіл органів черевної порожнини при герніопластиці. З'ясувалось, що в таких випадках прогресивно зростає ВЧТ, який поширюючись, пошкоджує багаточисленні органи, а в кінцевому рахунку, і системи, більшість з котрих надзвичайно чутливі до змін ВЧТ. Компресія мезентеріальних судин та ішемізація спланхнічного кровообігу сприяє ранній ендотоксемії, а затим і бактеріємії. Гіпоперфузія органів спланхнічної зони спричиняє генералізоване зниження транспорту кисню, в першу чергу до тонкої і товстої кишки серед органів черевної порожнини. Знижується екскурсія грудної клітки, життєва місткість легень, зростає опірність легеневих судин. Максимальний дихальний тиск підвищується. Зміни об'єму легень при коливаннях тиску і судинного опору призводять до порушення дихання. Гіпоксія блокує біоенергетичні обмінні процеси окисно—відновлюючих реакцій з вивільненням радикалів кисню. В портальному кровотоку з'являються проміжні продукти перекисного окиснення ліпідів та цитокінів біологічно активних речовин. При підвищенні ВЧТ до 10 — 15 мм рт.

ст., серцево — судинні наслідки спостерігаються в зменшенні об'єму кровотоку серця за хвилину, відновлення якого досягається збільшенням системного судинного опору, що в свою чергу знижує венозний відтік і збільшує внутрішньогрудний тиск. ВЧТ передається на всі черевні і заочеревинні судини. Найбільш страждають венозний та лімфатичний відток, тим самим збільшуючи руйнівну силу впливу підвищенного ВЧТ на заочеревинний простір і нирковий кровоток. Компресія ниркових вен викликає часткову закупорку ниркового кровотоку, а компресія черевного відділу аорти і ниркових артерій сприяє збільшенню ниркового судинного опору. Надалі, пряма компресія нирок підвищує кортикальний тиск, що веде до формування синдрому підвищенного ниркового тиску, що також супроводжується порушенням функції нирок. Так, ВЧТ від 15 до 20 мм рт. ст. може викликати олігурію.

Складні, несприятливі наслідки підвищенного ВЧТ розвиваються, коли тиск передається на сусідні паренхіматозні органи — печінку та селезінку. Кровоток ворітної вени, мікросудинний кровоток зменшені та уповільненні. Особливо страждає мікросудинний кровоток, що сприяє розвитку портальної токсемії, а за тим і бактеріємії, як одного з важливих факторів ендогенної інтоксикації.

Наведений сценарій розвитку патогенетичних змін підкреслює актуальність проблеми вибору обсягу оперативного втручання у хворих з великими вентральними грижами та ускладнення, які підстерігають в ранньому післяопераційному періоді.

Виявленні чинники кореляції ВЧТ і послідовності патогенетичних змін дозволяють проводити превентивну терапію ускладнень.

ТЕХНІКА ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ ВВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

А. П. Радзіховський, Є. Б. Колесников, М. А. Мендель, К. В. Туманов, Ю. В. Павлович

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння використання стандартної точки введення першого троакара по стандартному анатомічному орієнтиру — пупку (в пупковому кільці, або безпосередньо над пупком) має певні недоліки. У хворих на ожиріння збільшена відстань між пупком і шийкою жовчного міхура. Оптимальною відстанню є 15—20 см, а при ожирінні вона може досягати 25—30 см. Це приводить до того, що у пацієнта з ожирінням, при стандартному введенні першого троакара відбувається погіршення візуалізації структур із—за неможливості адекватно наблизити лапароскоп до зони маніпуляцій, а також зменшується огляд із—за збільшеного сальника, що може привести до збільшення числа ускладнень при дисекції структур в області шийки жовчного міхура.

Метою роботи є аналіз розробленого способу визначення місця введення першого троакара для лапароскопічної холецистектомії у хворих з ожирінням, який, за рахунок визначення оптимальної відстані між зоною дисекції і точкою введення троакара, забезпечує оптимальну візуалізацію структур в області шийки жовчного міхура.

Нами розроблений спосіб визначення точки введення першого троакару (Патент на корисну модель № 74981). До операції додатково проводять ультрасонографічне дослідження у В—режимі за допомогою секторального датчика 2,5—5 Мгц з візуалізацією шийки жовчного міхура (точка С), вимірюють відстань від шийки жовчного міхура до черевної стінки, позначають точку проекції шийки жовчного міхура на черевну стінку (точка В). Потім розраховують відстані від точки В до точки введення першого троакара (точка А) по наступній формулі:

$$AB = \sqrt{AC^2 - BC^2},$$

де відстань АС складає 20 см.

Певну відстань відмірюють від точки В по серединній лінії живота, на якій і відзначають точку введення першого троакара А. В позначеній точці вводять перший троакар.

Індивідуальне визначення точки введення першого троакара дозволяє поліпшити візуалізацію структур в черевній порожнині, підвищити безпеку виконання лапароскопічної холецистектомії і зменшити кількість ускладнень.

Запропонований спосіб виконаний в 15 хворих з жовчнокам'яною хворобою і ожирінням, інтраопераційних і післяопераційних ускладнень при цьому не спостерігали, в той час, як при використанні звичайного способу визначення місця введення першого троакара в двох з 20 хворих виникли інтраопераційні кровотечі при дисекції структур, а в двох — проникнення в просвіт жовчного міхура з контамінацією черевної порожнини жовчю.

Таким чином, вживання даного способу дозволяє зменшити кількість ускладнень і підвищити безпеку виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння.

ІННОВАЦІЙНИЙ НЕІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ НА МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗАХ

Г. О. Рибчинський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Львівський державний онкологічний регіональний лікувально—діагностичний центр

Сьогодні кількість оперативних втручань на молочній залозі має стійку тенденцію до зростання, де кінцевим результатом є утворення рубців. Негативні наслідки при цьому для пацієнтів має патологічне їх формування, яке утворюється при загоєнні вторинним натягом. Наявність гіпертрофованих та келоїдних рубців впливають не тільки на соматичне здоров'я пацієнтів, а має також психоемоційні наслідки. Проблема патологічних рубців після різного роду пошкоджень цілісності шкірних покривів, зокрема залозистої частини в мамології є не тільки лікарів, а й пацієнтів. Особливо, що торкається пацієнтів—жінок у яких косметологічні проблеми призводять до відповідної соціальної адаптацією та депресії.

Існує надзвичайно велика кількість методів лікування та профілактики патологічних рубців: медикаментозні, фізіотерапевтичні, хірургічні, комбіновані. Проте ні один із методів не дає 100% позитивного результату. Всі вони мають певні недоліки оскільки лікування базується на уже сформованих та зрілих гіпертрофічних та келоїдних рубцях.

Тому метою роботи є використання інноваційного неінвазивного методу лікування шляхом поєднаного медикаментозного впливу застосування глюкокортикоїдів, компресійної пов'язки та силіконового пластира з врахуванням морфологічних особливостей та клінічного перебігу наявного патологічного рубця.

Дослідження проводилось у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально—діагностичному центрі на 40 пацієнтках з патологічними рубцями молочних залоз, віком від 19 до 45 років. Термін існування патологічного рубця від моменту його появи до початку лікування складав від 1 до 10 років. Перед лікування пацієнткам проводили гістологічні, гістохімічні та електронно—мікроскопічні методи дослідження, здійснювали морфометрію та проводили бальну оцінку морфологічних ознак за якими визначались із методом лікування. Дотримано вимоги щодо проведення клінічних досліджень (інформована згода пацієнта).

Після цього пацієнткам, які були відібрані в дослідну групу за результатами клініко—лабораторних показників запропоновано інноваційний неінвазивний метод лікування. Лікування патологічного рубцеутворення проводилось шляхом введення Дипроспану з Лідокаїном безпосередньо в рубець в поєднанні з застосуванням силіконового пластиру та давлячої пов'язки, яка накладалась на молочні залози зверху вниз. За відсутності алергії на препарати здійснювали повторне введення Дипроспану та 2% водного розчину Лідокаїну 1 раз на 3—4 тижні. Пластир знімався тільки з гігієнічних міркувань для можливості прийняття душу і ванни 1 раз на три дні, який після попереднього дезинфікування поверхні шкіри 96% розчином спирту знову наклеювався. Важливим моментом був підбір пластиру за розміром, він повинен відступати від країв рубця на 2,5—3 см. В подальшому в кожному окремому випадку приймалось індивідуальне рішення про припинення лікування або, при необхідності, його продовження. Таке поєднане застосування глюкокортикоїдів та силіконового пластиру забезпечувало посилення колагеногенезу, капілярогенезу. Запропонований неінвазивний метод лікування патологічних рубців на молочних залозах сприяв покращенню результатів лікування патологічних рубців без застосування хірургічного втручання та сприяв унеможливленню формування повторних патологічних рубців за умови точного дотримання вимог при лікуванні.

ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФЛОТУЮЧИХ ТРОМБОЗАХ ПІДКОЛІННО—СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ

В. І. Смовженко, С. М. Піотрович, В. С. Андрієць, І. В. Хмеляр, С. О. Симоненко

Клінічна лікарня № 15, м. Київ,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Венозний тромбоз (ВТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини і небезпечний в першу чергу своїми венозними тромбоемболічними ускладненнями (ВТЕУ), що можуть варіювати від посттромботичної хвороби (ПТХ), яка знижує якість життя та інвалідизує хворого до фатальної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Метою роботи було визначення оптимального методу хірургічної профілактики ВТЕУ при флотуючих ВТ підколінно—стегнового сегменту.

У дослідження було включено 44 хворих, що знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні № 2 Київської міської клінічної лікарні № 15 з 2011 по 2015 рік з ВТ підколінно—стегнового сегменту та флотацією

верхівки тромбу. Чоловіків було 14 (31,8%), жінок 30 (68,2%). Вік хворих: 50 — 85 років (середній вік пацієнтів — 62,5).

Методи обстеження включали: клінічне обстеження, ультразвукове дуплексне ангіосканування (УЗДС) з кольоровим картуванням кровоплину, рентгенографія органів грудної клітини. Згідно результатів УЗДС, критерієм флотації, що потребує оперативного втручання, вважали співвідношення довжини тромбу, що омивається з трьох сторін до діаметру вени як 4:1 та більше. Флотуюча верхівка тромбу мала гіпо— чи анехогенну структуру, а глибока вена стегна була інтактною.

Всі хворі були оперовані до 5—7 доби від моменту захворювання під спинно—мозковою анестезією. Під час оперативного втручання через флеботомний отвір в поверхневій стегновій вені (ПСВ), що виконувався на 2—3 см дистальніше місця впадіння глибокої стегнової вени (ГСВ), видалялася флотуюча верхівка тромбу та проводилася відкрита тромбектомія з проксимальних відділів ПСВ. Флеботомний отвір зашивався і виконувалася хірургічна профілактика ВТЕУ. В залежності від методики проведення хірургічної профілактики ВТЕУ, хворі були розподілені на дві групи. 1—шу групу склали 22 хворих, яким після тромбектомії була виконана перев'язка ПСВ вікрилом 2/0. До 2—ї групи ввійшли 22 пацієнта, яким була виконана модифікована операція Лінтона—Харді (плікація ПСВ проленом 5/0). Перев'язка чи плікація ПСВ виконувалася дистальніше місця впадіння ГСВ. В післяопераційному періоді проводилася стандартна антикоагулянтна терапія НОАК (новий оральний антикоагулянт — ривароксабан) згідно протоколу.

Ефективності проведеного лікування оцінювали на підставі результатів УЗДС (наявність реканалізації чи оклюзії оперованого венозного сегменту) на 3, 6 та 12 місяці від моменту хірургічного втручання і клінічних проявів ПТХ на оперованій кінцівці, що розвинулись через 1 рік за шкалою Villalta.

В ранньому післяопераційному періоді та протягом спостереження до 12 місяців ні в одній з груп не було явищ ТЕЛА. В 1—й групі реканалізація оперованого венозного сегменту не була відмічена ні через 3, ні через 6 місяців, а через 12 місяців була виявлена лише у 6 (27,3%) хворих. В 2—й групі реканалізація поверхневої стегнової вени в ділянці плікації спостерігалася вже на 3—6 місяці, а через 12 місяців була виявлена у 16 (72,7%) пацієнтів.

Через 1 рік за результатами оцінки розвитку клінічних проявів ПТХ у хворих 1—ї групи була виявлена наступна ступінь важкості за шкалою Villalta: легка у 6 (27,3%), середня у 6 (27,3%), важка у 10 (45.5%). В 2—й групі у 16 (72,7%) пацієнтів переважала легка ступінь, середня у 4 (18,2%), важка у 2 (9,1%).

Висновки

Оптимальним методом хірургічної профілактики ВТЕУ при флотуючих ВТ підколінно—стегнового сегментує є виконання модифікованої операції Лінтона—Харді, що дає можливість оптимізувати процеси реканалізації оперованого сегменту та досягти розвитку мінімальних клінічних проявів ПТХ у переважної більшості хворих.

ЗМІСТ

3 **Білянський Л. С., Абу Шамсія Р. Н.**
Лапароскопічні втручання в ургентній абдомінальній хірургії

5 **Біляєва О. О., Кароль І. В.**
Гнійно-запальні захворювання м'яких тканин в структурі хірургічної патології

7 **Біляєва О. О., Крижевський В. В., Балінська М. І., Шендрик В. Г., Галицький Т. С.**
Частота виникнення бешихи на фоні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок

10 **Біляєва О. О., Крижевський В. В., Радзіховський А. П., Знаєвський М. І.,**
Риб'янець Ю. В., Ханін Є. О., Крижевський Є. Є.
Лабораторна діагностика при перитоніті та економічні аспекти лікування

13 **Біляєва О. О., Крижевський В. В., Радзіховський А. П., Риб'янець Ю. В., Шендрик В. Г., Устинченко Ф. А.**
Патогенетичне обгрунтування хірургічного лікування бешихи

17 **Бродовський С. П., Козловська І. М.**
Сучасні методи лікування геморою

20 **Вільцанюк О. А., Логачов В. К., Вільцанюк О. О.**
Профілактика ендогенної інтоксикації та ентеральної недостатності при лікуванні гострої кишкової непрохідності

23 **Грищук Я. І., Грищук Б. Я., Литвин П. М., Ничитайло М. Ю., Лазаренко О. М.**
Застосування АСМ-тестування сумісності аутотрансплантату до організму реципієнта (клінічні спостереження)

27 **Дронов О. І., Ковальська І. О., Горлач А. І., Задорожня К. О.**
Сучасні хірургічні підходи в лікуванні тяжкого гострого панкреатиту

31 **Дронов О. І., Насташенко І. Л., Скомаровський О. А.**
Сучасні особливості викладання основ хірургії у вищих навчальних закладах

34 **Дронов О. І., Процюк А. В., Ковальська І. О., Скомаровський О. А., Горлач А. І., Земсков С. В.**
Удосконалення методів засвоєння основ загальної хірургії при самостійній роботі студентів

36 **Дронов О. І., Рощина Л. О., Федорук В. І., Буров Є. Ю., Федорук П. В.**
Спосіб профілактики тромбоемболічних ускладнень в абдомінопластиці

39 **Дронов О. І., В Федорук. І., Рощина Л. О., Колесник В. А., Денека Є. Р., Любенко Д. Л., Федорук П. В., Добуш Р. Д.**
Клінічні спостереження ускладнень контурної пластики молочних залоз поліакріламідним гелем

43 **Крижевський В. В., Мироненко О. І., Мошковський Г. Ю.**
Мініінвазивні втручання при гострому панкреатиті

45 **Крижевський В. В., Радзіховський А. П., Біляєва О. О., Колесников Є. Б., Мироненко О. І., Знаєвський М. І., Рибянець Ю. В., Бродська А. П., Іванченко Р. В.**
15-річний клінічний досвід лікування гострої непрохідності кишкового тракту у міському спеціалізованому центрі

47 **Крыжевский В. В., Мендель Н. А., Вильгаш А. М.**
Обучение практическим навыкам лапароскопической хирургии на краткосрочных курсах

50 **Мироненко О. І.**
Деякі аспекти викладання в інтернатурі з хірургії

52 **Москаленко В. В., Терешкевич І. С., Тивончук О. С.**
Порівняння результатів лапароскопічної езофагокардіоміотомії та ендоскопічної пневмокардіодилатації при лікуванні ахалазії кардії

55 **Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І., Стойка В. І., Радьога Я. В.**
Комбінування лапароскопії та аргоноплазмової коагуляції в лікуванні непаразитарних кіст печінки

58 **Саволюк С. І., Балацький Р. О., Зубаль В. І.**
Результати застосування закису азоту, як газове середовище при лапароскопії

63 **Саволюк С. І., Гудзь М. А., Балабуєва В. В.**
Направлена імунокорекція та мініівазивні методи повторних санацій черевної порожнини в лікуванні гнійного перитоніту

66 **Саволюк С. І., Лосєв В. О.**
Роль комплексного поляризаційно - спектрофотометричного дослідження стінки загальної жовчної протоки в оперативному лікуванні пацієнтів з гострим холангітом різного ступеня важкості

69 **Саволюк С. І., Шепетько - Домбровський О. Г., Шепетько - Домбровський Г. М.**
Лапароскопічні технології у лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки

73 **Соломко А. В., Вильцанюк А. А., Знаевский Н. И.**
Оптимизация формирования толстокишечных анастомозов

76 **Харченко Е. В., Манжура Е. П., Бойко В. В., Поступаленко А. В.**
Использование лапароскопии в диагностике рецидива рака яичника

79 **Барна І. Є., Дрюк М. Ф., Кірімов В. І., Дмитренко І. П.**
Альтернативні методи в лікуванні важких форм хронічної ішемії верхніх кінцівок, ускладнених виразково-некротичними дефектами тканин кисті, з використанням клітинно-тканинних технологій

80 **Войтів Я. Ю., Полянський І. Ю.**
Нові підходи до діагностики порушень функції кишок при розповсюджених формах перитоніту

81 **Грищук Я. І., Грищук Б. Я., Лазаренко О. М., Ничитайло М. Ю.**
Клінічне спостереження застосування обробки алотрансплантату адаптуючою композицією

81 **Дабижа А. Ю.**
Определение перфорантных сосудов передней брюшной стенки с использованием термографии

82 **Дрюк Н. Ф., Киримов В. И., Барна И. Е., Дмитренко И. П.**
Иновационные биотехнологические методы лечения больных с периферическим поражением сосудов, осложненным хроническим язвенно-некротическим дефектом конечности

83 **Колеснік О. О., Махмудов Д. Е., Шудрак А. А., Безносенко А. П., Звірич В. В.**
Неспроможність колоректального анастомозу як прогностичний фактор в комбінованому лікуванні хворих на рак прямої кишки

84 **Лифшиц Ю. З., Валецкий В. Л., Процюк Р. Р., Зайченко П. А., Михальчевский П. С., Жураковский А. М.**
Результаты лечения пациентов с генерализированным перитонитом методом вакуум-ассистированной лапаростомии в сочетании с пульсионным лаважом брюшной полости

84 **Мендель Н. А.**
Хирургическое лечение хронического гнойного гидраденита

85 **Мендель Н. А., Иващенко А. В., Павлович Ю. В.**
Сравнение протезных материалов при лапароскопической паховой герниопластике

86 **Насташенко І. Л., Довбенко О. В., Е Негря. В., Хоменко Д. І.**
Ендоскопічне стентування жовчних проток

86 **Подпрятов С. Є., Подпрятов С. С., Бєлоусов І. О., Корчак В. П., Довгіч Т. А.**
Вплив здійсненення ілеодуоденопластики на резистентність до інсуліну

87 **Подпрятов С. Є., Подпрятов С. С., Гичка С. Г., Маринський Г. С., Чернець О. В., Ткаченко В. А., Грабовський Д. А., Лопаткіна К. Г.**
Зміни структури стінок шлунку та тонкої кишки при їх електрозварюванні

87 **Пузич Я. І.**
Механізм розвитку ускладнень після герніопластики вентральних гриж

88 **Радзіховський А. П., Колесников Є. Б., Мендель М. А., Туманов К. В., Павлович Ю. В.**
Техніка визначення місця введення першого троакара при лапароскопічній холецистектомії у хворих на ожиріння

89 **Рибчинський Г. О.**
Інноваційний неінвазивний метод лікування патологічних рубців на молочних залозах

89 **Смовженко В. І., Піотрович С. М., Андрієць В. С., Хмеляр І. В., Симоненко С. О.**
Хірургічна профілактика венозних тромбоемболічних ускладнень при флотуючих тромбозах підколінно-стегнового сегменту