

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 4 - 5 (781 - 782) квітень - травень 2008
Щомісячний науково-практичний журнал
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

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

Затверджений постановою президії ВАК України
від 10.11.99 № 3-05/11.

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 - 1811, e - mail: jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 15.04.2008. Формат 60 × 84¹/₈.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 13.
Обл. вид. арк. 12,82. Тираж 1 500.
Замов.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417 - 2170.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



© Клінічна хірургія, 2008
© Ліга — Інформ, 2008

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 4 - 5 (781 - 782)
квітень - травень 2008

Головний редактор
В. Ф. Сасенко

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
В. М. Короткий
Д. Ю. Кривченя
В. М. Левенець
В. І. Мамчич
М. Ю. Ничитайло
Є. Г. Педаченко
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятюв
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
М. І. Тутченко
О. Ю. Усенко
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. В. Бойко
М. М. Бондаренко
М. М. Велігоцький
Б. С. Запорожченко
Л. Я. Ковальчук
І. А. Криворучко
О. О. Литвиненко
В. І. Лупальцов
І. І. Мітюк
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

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 – 7–8 с., коротких повідомлень – 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм) через 2 інтервали (29–30 рядків на сторінці) та на дискетах 3,5" (IBM сумісні PC) у форматах *.doc, *.rtf для MS Office без OLE-об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (20–25 рядків, обґрунтування, 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, за алфавітом (спочатку вітчизняних, потім – зарубіжних). Автори відповідальні за правильність даних, наведених в списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

1. А. с. 1697815 СССР, МКИ 5А 61К 31/745. Способ лечения печеночно-почечной недостаточности / А. Ф. Возианов, А. П. Кабан, И. М. Самодурова и др. (СССР). – Заявл. 28.10.85; Опубл. 15.12.91 // Открытия. Изобретения. – 1991. – № 46. – С. 32.
2. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 704 с.
3. Денисов В. К., Серняк П. С., Захаров В. В. та ін. Досвід 400 трансплантацій нирок // Трансплантологія. — 2000. — № 1. — С. 131—133.
4. Гирин Л. В., Дуденко Ф. И., Немченко И. И., Маевский А. А. Профилактика послеоперационных тромбозмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75-летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
5. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori: Метод. рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский и др. – Запорожье, 1992. – 9 с.
6. Патент 9739 А Україна. МПК А61В17/00. Способ аутоканинної реконструкції аорто-стегнового сегмента / А. Б. Доміняк (Україна). – Заявл. 25.04.95; Опубл. 30.09.96 // Бюл. № 3.
7. Сивожезев 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. — X., 1999. — 18 с.

8. Ben-Hamida A., Adesanya A. A., Man W. K. et al. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease // Dig. Dis. Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126–132.
9. Lankisch P. G., Di Mango E. P. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research. – 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 форматі *.tif (не менше 300 dpi). Позначення про-ставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глясовому папері, малюнки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph for MS Office).

Ксерокопії малюнків 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 вважатись 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.

Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова
АМН України
Кафедра хірургії та трансплантології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

науково—практична конференція
за участю зарубіжних фахівців

м. Київ
15 – 16 травня 2008 року





ІНФОРМАЦІЯ

про конференції, заплановані
Національним інститутом хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова
до проведення у 2008 році

- Науково-практична конференція
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ — ФЛЕБОЛІМФОЛОГІЇ».
Сухаревські читання.
- *5 - 7 червня 2008 року, АР Крим, м. Судак*
Науково-практична конференція за участю зарубіжних фахівців
«ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ ТА СУПУТНІХ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ».
- *18 - 19 вересня 2008 року, м. Одеса*
Науково-практична конференція за участю зарубіжних фахівців
«ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ, ТКАНИН І КЛІТИН».
- *9 - 10 жовтня, м. Київ*
Науково-практична конференція за участю зарубіжних фахівців
«РАНИ М'ЯКИХ ТКАНИН. РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ».
18 - 19 грудня 2008 року, м. Київ

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ИСКУССТВЕННОМ ПИЩЕВОДЕ

С. А. Андреещев, С. Д. Мясоедов, Усенко А. Ю., Б. Б. Мовчан

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

При изучении отдаленных результатов пластики пищевода установлено, что у некоторых больных возникают осложнения, что требует выполнения повторного хирургического вмешательства. Впервые заболевания оперированного и искусственного пищевода выделены в самостоятельную нозологическую единицу Э. Н. Ванцяном и соавторами (1967) и Н. О. Николаевым (1972).

Заболевания искусственного пищевода обусловлены рядом причин: выполнение порочных, недостаточно физиологически обоснованных оперативных вмешательств; применение одного из вариантов пластики пищевода, оказавшегося неприемлемым для данного больного; технические погрешности при выполнении эзофагопластики; последствия послеоперационных осложнений, а также сочетание нескольких причин.

Таким образом, частота заболеваний оперированного и искусственного пищевода составляет от 10 до 40%. Это обусловлено различными подходами к оценке отдаленных результатов.

В клинике с 1976 по 2007 г. оперированы 77 больных, которым ранее выполнены различные виды эзофагопластики. Мужчин было 58, женщин — 19, возраст больных от 20 до 66 лет. Пластика с использованием толстой кишки ранее произведена 64 (83,1%) больным, тонкой кишки — 8 (10,4%), желудка — 5 (6,5%).

После эзофагопластики с использованием толстой кишки стеноз пищевода—кишечного и глоточно—кишечного анастомоза на шее возник у 29 (45,3%) больных, свищ соустья — у 10 (15,6%), пептическая язва нижней трети трансплантата — у 5 (7,8%), "избыточная" петля — у 10 (15,6%), сдавление трансплантата в области рукоятки грудины выявлено у 4 (6,3%), "слепой" мешок пищевода — у 2 (3,1%), незавершенная эзофагопластика отмечена у 3 (4,7%), пилоростеноз — у 1 (1,6%) больного.

После эзофагопластики с использованием тонкой кишки стеноз и свищ пищевода—кишечного и глоточ-

но—кишечного анастомоза на шее возник соответственно у 5 (62,5%) и 1 (12,5%) пациента, сдавление трансплантата в области рукоятки грудины выявлено у 1 (12,5%), "слепой" мешок пищевода — у 1 (12,5%).

После эзофагопластики с использованием желудка стеноз и свищ глоточно—кишечного анастомоза на шее возник соответственно у 2 (40%) и 1 (20%) пациента, пептическая язва трансплантата — у 2 (40%).

По поводу стеноза и свища пищевода—кишечного и глоточно—кишечного анастомоза его реконструкция осуществлена у 47 (61%) пациентов, свободная пластика сегментом тонкой кишки — у 1 (1,3%), у 17 (22,1%) больных произведено иссечение "избыточной" петли трансплантата либо его части, у 7 (9%) — стернотомия и мобилизация трансплантата, у 3 (3,9%) — удаление естественного пищевода, повторная эзофагопластика и пилоропластика — по 1 (1,3%) наблюдению.

Умерли 2 (2,6%) больных от тромбоэмболии легочной артерии.

Таким образом, болезни оперированного и искусственного пищевода — это симптомокомплекс сложных заболеваний, требующих от хирурга досконального знания анатомии и виртуозного владения техникой операций на пищеводе. Предупреждение их состоит в правильном установлении показаний к операции и выборе ее адекватного способа. Следует избегать неоправдавших или уже изживших себя методов, таких как подкожная пластика сегментом тонкой кишки с кожными надставками, формирование соустья на шее бок в бок с преднамеренным оставлением "слепого мешка" естественного пищевода и пр. Наконец, очень важное значение имеет правильная и скрупулезная оперативная техника при мобилизации кишки или желудка, формировании трансплантата, наложении анастомозов.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕД ОПЕРАЦІЄЮ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЗВЕДЕНІЙ КИШЦІ ПІСЛЯ ЧЕРЕВНОАНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

Я. С. Березницький, В. В. Гапонов, С. Л. Маліновський
Дніпропетровська державна медична академія

Проведене дослідження з оцінки можливості прогнозування виникнення некрозу зведеної кишки на етапі планування операції. З використанням процедури дискримінантного аналізу обрані найбільш значущі передопераційні параметри з представленої виборки та отримане дозволяюче правило для прогнозування у конкретного хворого виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки.

Вихідні виборки розподілені на дві групи: група 1 — хворі без ішемічних розладів у зведеної кишки, група 2 — хворі з ішемічними розладами у зведеної кишки. За попереднім аналізом передопераційних параметрів з використанням t -критерію Ст'юдента виділені наступні параметри: вік хворого, кольоровий показник, вміст сечовини у крові, залишкового азоту, азоту сечовини, сечовинний коефіцієнт, гепариновий індекс, показник тромботесту. Виключаючи корелюючі одна з одною перемінні з розгляду, у результаті процедури дискримінантного аналізу отримані класифікуючі функції і дозволяюче правило для розподілу груп з ішемічними розладами і без таких.

З початкових 8 параметрів відібрані 3, наведені у порядку зменшення диференціовальної інформативності: кольоровий показник ($F = 4,49$; $P < 0,05$), азот сечовини ($F = 3,88$; $P < 0,05$), вік пацієнта ($F = 4,69$; $P < 0,05$), де F — статистика за Фішером, P — достовірність нульової гіпотези.

Встановлений прямий кореляційний зв'язок між віком пацієнта ($r = 0,45$, $P < 0,05$) та частотою виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки і зворотний зв'язок між кольоровим показником ($r = -0,58$, $P < 0,05$), рівнем азоту сечовини ($r = -0,38$, $P < 0,05$) і частотою ішемічних розладів.

Дозволяючим правилом для прогнозування виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки було значення класифікуючої функції, що обчислювали, підставляючи поточні значення параметрів кольорового показника, вмісту азоту сечовини і віку пацієнта у формулу:

$$G = 37,276 \times \text{значення кольорового показника} + 3,831 \times \text{рівень азоту сечовини} - 0,199 \times \text{вік пацієнта} - 28,169.$$

Якщо $G < 0$, у хворого прогнозували виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки, якщо $G > 0$, ці розлади не прогнозували.

Ефективність математичної моделі прогнозування виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки при використанні передопераційних параметрів кольорового показника, рівня азоту сечовини і віку пацієнтів становила 88,9%.

Таким чином, використання математичної моделі дозволяє на етапі планування операції прогнозувати виникнення ішемічних розладів у зведеної кишки і для їх попередження проводити адекватну передопераційну підготовку хворого з корекцією параметрів, виділених під час дослідження.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ДОППЛЕРІВСЬКОЇ ФЛОУМЕТРІЇ В МОНІТОРИНГУ ПЕРЕБІГУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

О. Є. Бобров, І. А. Алещенко, М. А. Мендель, О. Б. Динник, В. Г. Зінченко, І. Б. Бабенко, С. Л. Шпичка
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України,
НМПО "Медбуд", м. Київ

Для моніторингу ранового процесу використаний метод лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ), який дозволяє об'єктивно оцінити фазність його перебігу.

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку патологічних ферментів гемомікроциркуляції на локальному трофічному рівні загоєння операційної рани первинним і вторинним натягом.

Порівняльне комплексне дослідження загоєння операційних ран проведено з використанням методу ЛДФ у 158 пацієнтів віком від 20 до 73 років, усі чоловіки, яким

виконане оперативне втручання з приводу пахвинної грижі.

Для проведення дослідження випадковим способом сформовані дві групи пацієнтів: група I (77 пацієнтів) — імплантація консервованих гомологічних біоматеріалів широкої фасції стегна, шкіри (Tutogen Medical GmbH, Німеччина); група II (81 пацієнтів) — використання сітчастих проленових ендопротезів.

Під час моніторингу перебігу ранового процесу у пацієнтів досліджуваних груп брали до уваги гемоди-

намічні типи мікроциркуляції, які встановлювали за допомогою оклюзійної проби перед оперативним втручанням.

Стан мікроциркуляторного русла в операційній рані оцінювали за наступними показниками ЛДФ: показника мікроциркуляції, різниці його величини в зоні операції та симетричній зоні, амплітудно—частотного спектра. Найбільш вагомими в діагностичному плані були повільні коливання кровотоку (LF) — в діапазоні частот 0,05 — 0,15 Гц; швидкі коливання (HF) — в діапазоні частот 0,2 — 0,4 Гц і пульсові коливання (CF) — в діапазоні частот 0,8 — 1,5 Гц. При інтерпретації даних амплітудно—частотного спектра за даними ЛДФ у зв'язку з вираженою індивідуальністю змін у різних пацієнтів нами проведено порівняння вкладу трьох основних участків спектра, які характеризують пасивні та активні механізми регуляції місцевого кровообігу — LF, HF і CF. Оцінювали амплітудно—частотний компонент біогенного тону за формулою a/A_m , де A_m — амплітуда в зоні LF—ритму. Проаналізувавши отримані під час клінічного дослідження дані ЛДФ, ми розробили гемодинамічну модель загоєння рани первинним і вторинним натягом, при цьому були виділені фази перебігу ранового процесу.

За ускладненого перебігу ранового процесу зміни за даними ЛДФ реєстрували за 2 — 3 доби до появи перших видимих ознак (набряк країв рани, поява ексудату) та больового синдрому. В усіх спостереженнях динаміка змін показників була однотипною, суть якої полягала у збільшенні різниці рівня перфузії навколо ранової та симетричної ділянок, а також частоти повільних коливань амплітудно—частотного спектра. Всі ускладнення (серома — у 3 хворих, гематома — у 2, нагноєння — в 1) спостерігали після виконання герніопластики з використанням сітчастих проленових ендопротезів.

При прогнозуванні перебігу ранового процесу переважання повільних коливань амплітудно—частотного спектра над швидкими та кардіоколиваннями слід вважати предиктором венозного застою та маркером ускладненого перебігу, а асиметрію між показниками у навколорановій та симетричній ділянках понад 3.0 перфузійні одиниці слід розцінювати як прогностичний критерій виникнення ускладнень.

Слід диференційовано підходити до вибору методу герніопластики і матеріалу для її здійснення з огляду на гемодинамічний тип мікроциркуляції перед оперативним втручанням.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРИУЛЬЦЕРОЗНОЙ ЗОНЫ

В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Н. А. Сыкал

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков,
Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, является актуальной проблемой неотложной хирургии. Выполнение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией у больных с язвой желудка, в том числе осложненной, явилось значительным достижением хирургической гастроэнтерологии. Их малая травматичность и быстрота выполнения позволили значительно снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений. Вместе с тем, чрезмерное увлечение такого рода операциями при язве желудка повлекло за собой ряд характерных осложнений. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, в 85 — 95% наблюдений протекает на фоне хронического гастрита различной выраженности и качественных проявлений. Хронический гастрит, в свою очередь, является состоянием, предшествующим возникновению дисплазии и рака желудка. Наиболее объективным методом, позволяющим достоверно судить о наличии дисплазии, ее локализации и распространенности, является гистологическое исследование. Однако в сложной неотложной хирургической ситуации или по другим объективным причинам выполнение гистологического исследования в полном объеме не всегда возможно.

Способность дисплазированного эпителия окрашиваться метиленовым синим позволяет определить распространенность процесса. Исходя из этого, нами предложен и внедрен метод дооперационного и интраоперационного выявления дисплазии. В плановом порядке больному натошак через назогастральный зонд в желудок вводят 10 мл 1% метиленового синего, спустя 20 — 30 мин через этот же зонд проводят отмывание желудка 2 л чистой воды. После удаления назогастрального зонда проводят эндоскопическое исследование, при котором из наиболее окрашенных участков эпителия желудка берут прицельную биопсию. В неотложной ситуации, без предварительного обследования пациента, интраоперационная методика выявления дисплазии несколько отличается. После гастротомии марлевым тампоном, смоченным 1% раствором метиленового синего, обрабатывают периульцерозную зону на 2 — 3 см от края язвенного кратера, после чего марлевыми тампонами, смоченными теплым изотоническим раствором натрия хлорида, отмывают метиленовый синий. Субъективным количественным критерием дисплазии слизистой оболочки желудка в периульцерозной зоне считаем степень окрашивания. При незначительной интенсивности окраски или

наличии островков диаметром не более 1 см² в периульцерозной зоне выполняем органосохраняющее вмешательство. Причем, при иссечении язвенного субстрата и периульцерозной зоны обязательно удаляем слизистую оболочку желудка на 1 — 2 см шире зоны удаления серозной и мышечной оболочки. При секторальном и сплошном окрашивании слизистой оболочки периульцерозной зоны считаем целесообразным расширить зону иссечения язвы по периметру на 1,5 — 2 см с иссечением всех оболочек стенки желудка. При тотальном окрашивании периульцерозной зоны выполнение органосохраняющей операции возможно лишь при достоверной гисто-

логической верификации границ и степени дисплазии с максимальным объемом зоны иссечения.

Нами проанализирован опыт применения данной методики у 64 пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, с наличием дисплазии в периульцерозной зоне. Всем больным обязательно проводили гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки и тканей желудка, удаленных во время операции. У 52 пациентов при использовании описанных методик достоверно установлена дисплазия и ее распространение, что подтверждено результатами гистологического исследования.

ЗАСТОСУВАННЯ ТАКТИКИ "DAMAGE CONTROL" У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОТЕРПІЛИХ З ДОМІНУЮЧОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

В. В. Бойко, В. П. Польовий

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, м. Харків,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Суттєве збільшення кількості дорожно—транспортних пригод, виробничого травматизму, терористичні акти є основними причинами політравми. За даними ВО—ОЗ, у структурі причин смертності населення травми посідають третє місце, а в осіб молодого віку (до 40 років) — перше. За даними статистики, найчастішою причиною тривалого шоку у потерпілих з політравмою є невчасно розпізнана внутрішньочеревна кровотеча, спричинена закритою абдомінальною травмою, частка якої становить 14 — 60,2% серед поєднаних пошкоджень і супроводжується високою летальністю.

Під спостереженням в лікарні швидкої медичної допомоги ім. проф. А.І.Мещанінова (м. Харків) та Чернівецькій обласній лікарні швидкої медичної допомоги за період з 2002 по 2005 р. перебували 38 потерпілих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини. Вік пацієнтів від 18 до 56 років, у середньому 27 років, тяжкість пошкодження за шкалою ISS становила 23 бала. У 9 потерпілих виявлено травму печінки, в тому числі у 6 — з поєднаними пошкодженнями, у 3 — з ізольованими; у 12 — пошкодження селезінки різної тяжкості, у 15 — пошкодження кишечника та брижових структур, у 2 — пошкодження магістральних судин. Всі потерпілі госпіталізовані у стані шоку. Тяжкість травми за шкалою ISS встановлено у 30 потерпілих, V ступеня — у 8. Об'єм крововтрати від 1000 до 2700 мл, у середньому 1200 мл. Потерпілим проведено оперативне лікування за стандартною тактикою (20) та з використанням багатоетапної хірургічної тактики "damage control" (18). Першим етапом хірургічної тактики "damage control" виконували невідкладну лапаротомію з метою діагностики та припинення кровотечі з застосуванням мінімальних за обсягом гемостатичних втручань і щільної тампонади джерела кровотечі. За обширного пошкодження селезінки здій-

снювали спленектомію. Масивну кровотечу з ран печінки на 15 — 20 хв припиняли шляхом перетискання судин в товщі гепатодуоденальної зв'язки. При пораненні порожнистих органів накладали однорядні шви або виконували резекцію ділянки некрозу без відновлення безперервності травного каналу і дренивання черевної порожнини. Швидко закриття черевної порожнини здійснювали з використанням хірургічних цапок. Тривалість операції не перевищувала 1 год.

Другим етапом стабілізували основні параметри гомеостазу в умовах реанімаційної палати протягом від 2 год до 2 діб, вирішуючи наступні завдання: компенсація крововтрати та нормалізація реологічних показників, корекція та стабілізація показників центральної гемодинаміки, забезпечення нормалізації температурного балансу та усунення ацидозу. Третім етапом здійснювали повну хірургічну корекцію внутрішніх пошкоджень в умовах фізіологічної стабільності. На цьому етапі виконували органозберігальні оперативні втручання, відновлювали безперервність травного каналу, при необхідності накладали різні стоми, проводили інтубацію кишечника й адекватне дренивання черевної порожнини. На наступному етапі вирішували питання щодо адекватного закриття черевної порожнини.

Дослідження показали, що використання багатоетапної хірургічної тактики "damage control" за ізольованого і поєданого пошкодження органів черевної порожнини є ефективним методом хірургічного лікування потерпілих з тяжкими пошкодженнями органів черевної порожнини при нестабільному стані, за умови ризику виникнення коагулопатії та поліорганної недостатності. Використання такої методики дозволило знизити смертність з 48% — при застосуванні стандартної хірургічної тактики до 27%.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ЕНДОВІДЕОГЕРНІОПЛАСТИКИ В УМОВАХ ОБЛАСНОГО ГОСПІТАЛЮ ДЛЯ ІНВАЛІДІВ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

О. О. Воровський

Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, м. Вінниця

За період з 2002 по 2007 г. в умовах хірургічного відділення оперовані 518 хворих з приводу пахвинної грижі віком у середньому ($71,2 \pm 2,3$) року. У 148 (28,6%) хворих здійснено аутогрижопластику (натяжну) — I група, у 370 (71,4%) — алогрижопластику з використання поліпропіленового трансплантата (без натягу) — II група. У 20 (3,9%) хворих, у 6 з яких виявлені двобічні пахвинні грижі, застосовано трансабдомінальну преперитонеальну ендовідеогерніопластику (ТАПЕГ). Техніка виконання ТАПЕГ дещо змінена. У ситуаціях, коли грижовий мішок був спаяний з елементами сім'яного канатика чи з яечком, відділяли спочатку передню стінку грижового мішка, потім відсікали її так, щоб задня стінка залишалася тільки на сім'яному канатику. В цьому "вікні" очеревини розміщували поліпропіленовий трансплантат розмірами від 8×6 до 10×8 см залежно від конституції пацієнта. Трансплантат не розсікали, прикривали не тільки грижові ворота, а й всі "слабкі" місця цієї ділянки. В подальшому ТАПЕГ не відрізнялась від загальноприйнятої методики.

В I групі в ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 8 (6,1%) хворих, зокрема у 2 — орхоепідидиміт, у 3 — серома, в 1 — гематома, в 1 — нориця, в 1 — нагноєння операційної рани; у II групі — у 17 (4,6%), в тому числі у 3 — орхоепідидиміт, у 6 — серома, у 2 — гематома, у 3 — нориця, в 1 — нагноєння операційної

рани. Тривалість лікування хворого у стаціонарі становила у середньому 8,5 дня. Після виконання ТАПЕГ ускладнення виникли у 2 хворих на початку освоєння методики: пошкодження нижньої надчеревної артерії та позаочеревинне пошкодження сечового міхура. В першому спостереженні кровотечу припинили за допомогою біполярної коагуляції, у другому — в позаочеревинний простір був встановлений дренаж, пошкодження усунуто на 14-ту добу. Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила у середньому 4 дня.

Померли 2 (0,4%) хворих від інфаркту міокарда та тромбоемболії легеневої артерії.

Віддалені результати (у строки від 1 до 5 років) вивчені у 94 (63,5%) пацієнтів I групи, у 206 (55,7%) — II групи, у 18 — після ТАПЕГ. Рецидив грижі виник у 6 хворих I групи. У хворих, яким грижопластику здійснювали з використанням поліпропіленової сітки, включаючи ТАПЕГ, рецидив захворювання не спостерігали.

Отже, застосування алопластичних матеріалів дозволило уникнути рецидиву захворювання. Післяопераційні ускладнення спостерігали частіше при використанні пахвинного доступу під час аутопластичного грижосічення. Ускладнення при здійсненні ТАПЕГ були під час освоєння методики. При застосуванні цієї методики зменшилася тривалість лікування хворих у стаціонарі.

ОСОБЕННОСТИ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВОЙ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В. В. Ганжий, С. А. Новак

Запорожский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

Язвы кардиального отдела желудка занимают особое место в структуре язв желудка. Для них характерны: бессимптомное течение, тяжелое кровотечение, плохо поддающееся консервативному лечению, частая склонность к малигнизации. Некоторые авторы единственным радикальным методом хирургической коррекции осложненных (перфорацией, кровотечением) язв данной локализации считают проксимальную, дистальную резекцию желудка и гастрэктомию. Послеоперационная летальность при этом достигает 25%. Органосохраняющие вмешательства эти исследователи относят к группе паллиа-

тивных и даже порочных, приравнивая их к таким операциям, как гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы, операция Келлинга — Мадленера. Основным недостатком клиновидного иссечения язвы считают часто возникающую деформацию желудка с последующим нарушением эвакуации, что сопровождается иссечением больших язв этой локализации. По данным отечественной и зарубежной литературы, частота возникновения гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов, оперированных по поводу язвы кардиального отдела желудка, при применении резекционных типов вмешательства

составляет от 14 до 73%. Следствием прогрессирования этого состояния являются возникновение рефлюкс—эзофагита, который в конечном итоге обуславливает формирование стеноза пищевода—желудочного перехода, образование пептических язв и карциномы пищевода. Улучшению результатов хирургического лечения таких больных способствовали бы разработка и внедрение новых, простых в исполнении органосохраняющих оперативных вмешательств.

В Запорожском городском центре по лечению желудочно—кишечных кровотечений за 4 года оперированы 10 пациентов по поводу язвы кардиального отдела желудка, осложненной кровотечением, у которых применены органосохраняющие методы вмешательств. У 3 больных с язвой небольших размеров, расположенной на малой кривизне желудка, осуществлено иссечение язвенного субстрата с последующей гастропластикой и фундопликацией по Ниссену. У 7 пациентов с большими язвами, расположенными на задней стенке, произведена экономная резекция кардиального отдела желудка (патент Украины 21623). Технической особенностью вмешательства была резекция кардиального отдела желудка в виде треугольника с сохранением кардиоэзофагеального перехода в области дна желудка и последующей Т—образ-

ной эзофагогастропластикой. Следующим этапом, в целях восстановления замыкательной функции кардии, производили эзофагофундопликацию путем боковой инвагинации скелетизированной стенки пищевода и желудка. Операцию дополняли кардиофундопексией, восстанавливая связочный аппарат верхней трети желудка.

Для детального изучения моторно—эвакуаторной функции желудка и наличия гастроэзофагеального рефлюкса после операции применяли динамическую гастросцинтиграфию и контрастное рентгеноскопическое исследование желудка: признаки гастроэзофагеального рефлюкса, а также нарушения моторно—эвакуаторной функции желудка не выявлены. Во время проведения после операции гастрофиброскопии в целях осмотра нижней трети пищевода и зоны оперативного вмешательства выраженной деформация гастроэзофагеального перехода, а также признаки рефлюкс—эзофагита не выявлены.

Таким образом, разработанный метод оперативного лечения пациентов с осложненной язвой кардиального отдела желудка является относительно простым в исполнении, приемлем при выполнении неотложных вмешательств, позволяет достичь хороших функциональных результатов.

ОСОБЛИВОСТІ УСУНЕННЯ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ОБСТРУКТИВНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ ОБОДОВОЇ КИШКИ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

А. В. Гапонов

Дніпропетровська державна медична академія

Обструктивна непрохідність (ОН) ободової кишки (ОК) є одним з найчастіших і найнебезпечніших ускладнень пухлинних захворювань товстої кишки.

Системні порушення в організмі при ОНОК супроводжуються інтоксикацією, яка, виникаючи на ранніх стадіях захворювання, не зникає після усунення причини ОН, що спричиняє летальні наслідки. Тому одним з першочергових завдань при ОНОК є боротьба з ендотоксикозом, яку розпочинають відразу після госпіталізації пацієнта.

Протягом 3 років у клініці під спостереженням перебували 542 хворих (247 чоловіків та 295 жінок) з пухлинними новоутвореннями ОК віком від 25 до 91 року. Ознаки непрохідності кишечника виявлені у 324 (59,8%) хворих, супроводжувались суттєвими змінами лабораторних показників, зокрема, лейкоцитозом з зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення вмісту пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ), показників клітинних тестів реактивності та інтоксикації (КТРІ), а також вмісту оксипроліну, гексозамінів, жовчних кислот. Вплив на показники ПСММ та КТРІ справляли тяжкість ендотоксемії, тривалість хвороби та індивідуальні особливості її

перебігу. У 1—шу добу після операції спостерігали збільшення всіх зазначених показників, що свідчило про необхідність подальшого проведення інтенсивної терапії з застосуванням сорбентів. Перевагу надавали полісорбу як одному з високоефективних неселективних ентеросорбентів на основі полімерного кремнію діоксиду з обширною сорбційною поверхнею (понад 300 м²/г) та здатністю зв'язувати патогенні мікроорганізми — до 10⁹ мікробних тіл в 1 г, токсичні ПСММ та біологічно активні речовини та газу. Незважаючи на те, що у хворих з ОНОК здійснювали перед— та інтраопераційну декомпресію та лаваж кишечника з використанням полісорбу, інтубацію кишечника, в 1—шу добу після операції відзначали достовірне збільшення показників ПСММ та КТРІ. Після операції продовжували введення полісорбу протягом 10 діб, що супроводжувалося поліпшенням показників ПСММ та КТРІ. Проте, навіть на 10—ту добу вони не відповідали аналогічним показникам у пацієнтів контрольної групи, що свідчило про значну тяжкість ендогенної інтоксикації при ОНОК. За фатальних наслідків лікування вивчені показники мали тенденцію до збільшення, що свідчило про наявність ендогенної інтокси-

кації III ступеня, на тлі якої виникала поліорганна недостатність, що спричинило смерть хворих.

У 20 хворих з ознаками ОНОК у стадії субкомпенсації застосування ентеросорбенту та проведення комплексної консервативної терапії з розвантаженням кишечника дозволило усунути непрохідність кишечника та виконати радикальні оперативні втручання у плановому порядку, після додаткового обстеження і передопераційної підготовки.

Аналіз результатів лікування хворих з ОНОК в стадії декомпенсації, що супроводжувалася перитонітом і ендотоксикозом II — III ступеня, свідчив, що проведення перед-, інтра- та післяопераційної дезінтоксикаційної терапії з використанням полісорбу дозволило виконати у деяких хворих первинно-відновні оперативні втручан-

ня, обсяг видалених відділів кишечника залежав від локалізації пухлини та загального стану хворого (від сегментарної резекції ураженого відділу ободової кишки до субтотальної колектомії).

Таким чином, усунення ендогенної інтоксикації при ОНОК пухлинного генезу з проведенням комплексної консервативної терапії та використанням ентеросорбентів дозволяє розширити обсяг радикального оперативного втручання та виконати первинно-відновні операції на товстій кишці. Це сприяє покращенню якості життя хворих, про що свідчать результати вивчення показників життя за допомогою опитувальника КЖ-100 та шкали SF-36 (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey — MOS-SF-36).

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ХОЛЕЦИСТИТА

С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, И. З. Гладчук, В. Ю. Шаповалов, А. А. Тимуш

Одесский государственный медицинский университет,
Военно-медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

С 2001 по 2006 г. холецистэктомия выполнена в клинике у 2699 больных, из них у 2392 — с применением лапароскопической техники, у 307 — открытым методом. Применение лапароскопических технологий обеспечивает возможность выявления сопутствующих заболеваний и их хирургической коррекции во всех отделах брюшной полости. У 259 (10,8%) из 2392 пациентов, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия, выполнены симультанные операции по поводу сопутствующих заболеваний. Во время открытого вмешательства возможности ревизии и расширения зоны операционных манипуляций ограничены размерами и локализацией разреза брюшной стенки, в связи с чем симультанные вмешательства при открытой холецистэктомии не выполняли.

Выделяем две группы симультанных операций у больных холециститом: в первой группе основной операцией является лапароскопическая холецистэктомия, во второй группе — холецистит является сопутствующим заболеванием, а холецистэктомия — сопутствующей операцией.

Из 259 больных первой группы у 206 — вмешательства выполнены с использованием лапароскопических ме-

тодов, у 53 — открытым доступом. У 155 больных отмечен "холодный период" холецистита, у 51 — острый период. Наиболее частыми симультанными операциями были удаление кист яичника и параовариальных кист (в 58 наблюдениях), энуклеация фибромиомы матки (в 32), висцеролиз при спаечной болезни (в 31), термокоагуляция кист и гемангиом печени (в 22), аппендэктомия (в 14) и др. С использованием открытого способа после лапароскопической холецистэктомии у 43 больных выполнена герниопластика, у 10 — иные операции.

Из 39 больных второй группы у 8 — основным вмешательством была лапароскопическая, у 6 — открытая гистерэктомия, у 3 — лапароскопические операции по поводу эхинококкоза печени, у 22 — открытые операции (спленэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, резекция тонкой кишки и др.)

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопические технологии позволяют расширить показания к выполнению симультанных операций у больных холециститом без повышения степени операционного риска и травматичности вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

С. А. Гешелин, М. А. Капталъян, В. Ю. Шаповалов, А. А. Тимуш
Одесский государственный медицинский университет,
Военно-медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

Острый холецистит (ОХ) выявляют у 25 — 42% больных в возрасте старше 61 года. Особенностью течения острого холецистита у больных пожилого возраста является появление морфологических изменений в желчном пузыре раньше клинических признаков: деструктивные изменения возникают в сроки до 1 сут после приступа. Некоторые авторы рекомендуют перевести заболевание в "холодный период" и выполнить отсроченную операцию. В то же время существует критическое отношение к отсроченным операциям, поскольку при длительном консервативном лечении возникают внутрибрюшные осложнения, что обуславливает опасность осуществления хирургических манипуляций в "холодном периоде" и вынуждает выполнить срочную холецистэктомия.

Цель исследования: определить особенности морфологических изменений, частоту осложнений и летальность у больных ОХ пожилого и старческого возраста.

Проанализированы результаты лечения 2600 больных, у которых выполнена холецистэктомия. Из них 1924 пациента были в возрасте до 60 лет, 676 — старше 61 года. У 2392 больных применена лапароскопическая холецистэктомия, 208 — оперированы путем лапаротомии.

Существенные различия частоты выявления деструктивных форм ОХ у больных в возрасте до 60 лет и старше 61 года, оперированных в остром периоде как в сроки до 72 ч, так и позже, не отмечены. Однако в "холодном периоде", когда предполагается, что признаков острого

воспаления быть не должно, у 134 (7%) из 1833 больных обнаружены деструктивные формы воспаления, причем у 22% больных в возрасте старше 61 года, а в группе моложе 60 лет — у 9%. Характер осложнений в возрастных группах различен. У больных в возрасте старше 61 года в 45% наблюдений осложнения не были связаны с морфологическими характеристиками ОХ и ситуацией в брюшной полости. В группе моложе 60 лет такие осложнения выявлены лишь у 2 пациентов. Осложнения, обусловленные патологическим процессом в брюшной полости, отмечены у 30 (3,6%) больных старше 61 года и у 27 (1,5%) — до 60 лет. Летальность в группе больных старше 61 года составила 2,3%, до 60 лет — 0,3%. Однако в обеих возрастных группах, независимо от сроков выполнения операции, различий показателя летальности от хирургических и нехирургических причин не было.

Таким образом, частота деструктивных изменений желчного пузыря при ОХ в сроки до 72 ч после приступа одинакова у больных моложе 60 лет и старше 61 года. В "холодном периоде" деструктивные изменения определяют в 2,4 раза чаще у больных старше 61 года. Осложнения у больных старше 61 года возникают в 4,4 раза чаще, чем до 60 лет. Летальность у пациентов в возрасте старше 61 года обусловлена высоким удельным весом сопутствующих соматических заболеваний. Диагноз ОХ определяет показания к выполнению срочной операции независимо от возраста и в любые сроки.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНИМИ ФОРМАМИ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

А. І. Годлевський, С. І. Саволук
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Специфіка структурно—метаболічних змін в печінці за умови виникнення критичних форм обтураційної жовтяниці непухлинного генезу (ОЖ) зумовлює складність періопераційного ведення таких хворих та незадовільність результатів їх лікування.

Мета: оцінити ефективність етапної тактики біліарної декомпресії та оптимізованої програми періопераційного ведення хворих з критичними формами ОЖ.

У клініці хірургічного гепатологічного центру протягом 2000 — 2007рр. з приводу ОЖ непухлинного генезу оперовані 272 хворих віком у середньому ($60,1 \pm 0,84$) року, жінок — 159, чоловіків — 113. Критичні форми ОЖ верифіковані у 38 (14%) пацієнтів, у 32 (85%) — діагнос-

товані супутні захворювання. Септичний холангіт ускладнював перебіг ОЖ у 17 (44,5%) хворих. Для вирішення поставленої мети сформовано репрезентативні групи: контрольну — 20 хворих, у яких застосовано етапну декомпресію шляхом "відкритого" втручання, та основну — 18 хворих, у яких здійснювали етапну дозовану біліарну декомпресію з використанням мініінвазивних та ендоскопічних технологій з подальшим радикальним усуненням біліарної патології та дисфункції печінки. Комплексне лікування хворих основної групи з критичними формами ОЖ здійснювали з корекцією метаболічних розладів на всіх етапах періопераційного періоду, зважаючи на наявність супутніх системних захворювань, три-

валість існування холестазу та вихідний морфофункціональний стан печінки. Воно включало корекцію порушень гепатоспланхнічного кровотоку та кисневого режиму гепатоцитів, ентеральної недостатності (гастроентероколоносанация з використанням сорбентів, інсуфляція озонованих розчинів, методика комбінованого вегетативного блоку, інтрапортальна озоноперфузія); регіонарний лікувальний вплив (інтрахоледохеальна перфузія антибіотиків, сорбентів, холеозоноперфузія, інтраорганный електрофорез, дозована контрольована декомпресія); методи відновлення структурно—функціонального стану печінки (медикаментозна протекція паренхіми в поєднанні з інтраорганным та внутрішньотканинним електрофорезом та локальною магнітотерапією).

Ефективність тактики біліарної декомпресії та оптимізованої програми періопераційного ведення хворих

з критичними формами ОЖ оцінювали, аналізуючи динаміку маркерів ендогенної токсемії, оксидативно—нітрозативного статусу та системної запальної відповіді, кількісних параметрів спектральної доплерографії печінкового кровотоку та якість життя оперованих пацієнтів з використанням російської версії опитувальника SF—36.

Застосування етапної тактики дозованої біліарної декомпресії з використанням мініінвазивних оперативних технологій та оптимізованої програми періопераційного ведення хворих з критичними формами ОЖ непухлинного генезу характеризується позитивною динамікою вивчених маркерів, поліпшенням якості життя оперованих хворих, зменшенням строків досягнення клініко—лабораторної реабілітації.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В. В. Грубник, О. В. Медведев

Одесская областная клиническая больница

Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), по данным мировой литературы, выявляют почти у 20% взрослого населения планеты. Одной из проблем диагностики ГЭРБ является вариабельность ее клинических признаков. При этом могут преобладать нетипичные, "внепищеводные" симптомы. Из внепищеводных проявлений ГЭРБ выделяют несколько синдромов: респираторный, оториноларингофарингеальный, кардиальный, стоматологический, анемический.

За период с 1994 по 2006 г. в клинике у 627 пациентов с ГЭРБ выполнены лапароскопические антирефлюксные операции.

Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) I степени диагностирована у 88 (14%) больных, II степени — у 129 (20,6%), III степени — у 107 (17,1%), параэзофагеальная грыжа — у 44 (7%); ГЭРБ, не ассоциированная с ГПОД, выявлена у 55 (8,8%) больных. Типичные симптомы ГЭРБ наблюдали у 558 (89%) пациентов, внепищеводные проявления ГЭРБ — у 273 (43,5%), в том числе респираторный синдром — у 175 (28%), кардиальный — у 202 (32,2%), оториноларингофарингеальный — у 164 (26,1%). Жалобы пациентов учитывали с помощью специальной балльной шкалы симптомов. Эффективные методы включали рентгенологическое, эндоскопическое исследование, пищеводную манометрию, суточный внутрипищеводный мониторинг pH с расчетом индекса внепищеводных симптомов ГЭРБ. Пациенты с внепищеводными проявлениями ГЭРБ обследованы с использованием специальных методов исследования (ЭКГ, холтеровское мониторирование, спирография) и

проконсультированы соответствующими специалистами. Нетипичные симптомы разделены на 3 группы: респираторный, кардиальный и оториноларингофарингеальный синдромы. Пациентам с загрудинной болью проведен суточный внутрипищеводный мониторинг pH в сочетании с холтеровским мониторированием, на основании чего выделены пациенты с ишемической болезнью сердца и кардиальным синдромом, обусловленным ГЭРБ. У пациентов, которым не проводили суточный внутрипищеводный мониторинг pH, связь внепищеводных осложнений с ГЭРБ доказана с помощью фармакологических тестов.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. У 337 (53,7%) пациентов на пищеводное отверстие накладывали узловые швы (крупорофия). У 290 (46,3%) пациентов со скользкой ГПОД II — III степени и параэзофагеальной грыжей выполнена пластика пищеводного отверстия сетчатым трансплантатом с использованием композитных сеток по оригинальной методике. Отдаленные результаты изучены у 540 (86,2%) пациентов в сроки от 3 до 11 лет, в среднем 5 лет. Как показал анализ, во многом они зависели от техники выполнения лапароскопической операции. Респираторный синдром полностью устранен у 130 (74,6%) пациентов, кардиальный — у 144 (71,4%), оториноларингофарингеальный — у 125 (76,5%). Внепищеводные симптомы сохранились после операции у 52 (19%) пациентов, рецидив возник у 29 (4,6%).

ГЭРБ часто сопровождается внепищеводными проявлениями, которые могут преобладать над другими симп-

томами, а у некоторых пациентов — быть единственными признаками заболевания.

При наличии заболеваний легких, стенокардии, заболеваний уха, горла, носа и полости рта необходимо провести комплексное обследование, направленное на выявление ГЭРБ как возможной причины указанных заболе-

ваний, особенно при их устойчивости к стандартному лечению.

Лапароскопические антирефлюксные операции высоко эффективны в лечении ГЭРБ и ее внепищеводных проявлений и характеризуются минимальной частотой осложнений.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

О. Г. Дикий

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського

Впровадження в практичну роботу методу динамічного лапароскопічного адгезіолізу (ДЛА) дозволило підвищити ефективність лікування спайкової хвороби очеревини (СХО) до 78,4%, про що свідчать віддалені результати. Це дозволило поставити завдання планового лікування СХО з метою попередження гострої спайкової обструкції кишки (ГСОК).

В дослідження включені 233 пацієнта, госпіталізовані в хірургічний центр з приводу СХО, чоловіків — 123 (37,5%), жінок — 205 (62,5%). Вік пацієнтів від 15 до 85 років, у середньому 40,7 року. З кишковою формою захворювання госпіталізовані 202 (86,7%) хворих, з больовою — 27 (11,6%), з атипичною — 4 (1,7%). У плановому порядку поступили 138 (59,2%) пацієнтів, 80 хворих до появи ГСОК відзначали клінічні прояви СХО. ГСОК спостерігали тільки у пацієнтів з кишковою формою СХО.

Оперовані 197 хворих: у 35 (17,8%) — адгезіотомію доповнено резекцією тонкої кишки, у 3 (1,5%) — сформований обхідний анастомоз, у решти — здійснено розсічення спайок. Метод ДЛА застосований у 111 (56,3%) пацієнтів, одномоментна стандартна адгезіотомія — у 49 (24,9%), шинування тонкої кишки — у 12 (6,1%), одномоментна лапароскопічна адгезіотомія — в 11 (5,6%), одномоментна адгезіотомія з курсом антиадгезивної терапії та програмований лаваж черевної порожнини — по 4 (2%), мезентерикоплікація за Чухрієнком і формування обхідного анастомозу — по 3 (1,5%) спостереження. Кон-

сервативна терапія проведена у 36 (15,5%) пацієнтів. Померли 9 хворих, всі — після операції (загальна летальність — 3,9%, післяопераційна — 4,6%).

Віддалений результат вивчений у 125 (53,7%) пацієнтів: шляхом клінічного огляду — у 78 (62,4%), обстеження у стаціонарі — в 11 (8,8%), хірургічне втручання здійснено у 21 (16,8%), лапароскопія — у 15 (12,0%). Після консервативного лікування рецидив захворювання виник в усіх спостереженнях. При застосуванні методу ДЛА одужали 75,3% пацієнтів, методів керованого спайкового процесу — 30%, одномоментної адгезіотомії — 47,1% ($P < 0,01$).

Отримані результати дозволили змінити тактику лікування СХО у напрямку планового лікування захворювання з метою попередження виникнення ГСОК. Аналіз поширення ГСОК серед населення Житомира показав зменшення частоти її виявлення у 2006 — 2007 рр. у порівнянні з 2000 р. у 2 рази (з 18,5 до 9 на 100 000 населення).

Висновки

1. Виявлення кишкової форми СХО є абсолютним показанням до проведення планового хірургічного лікування пацієнта.

2. Основними методами лікування СХО є ДЛА і керованого спайкового процесу.

3. Планове хірургічне лікування СХО дозволяє попередити виникнення ГСОК у 80% пацієнтів.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Б. С. Запорожченко, В. И. Шишлов, А. А. Горбунов, И. В. Шарипов

Одесский областной медицинский центр

Обобщен опыт хирургического лечения кист печени различного генеза за последние 7 лет. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения при применении лапароскопического криовоздействия и резекции ткани печени.

На лечении находились 98 больных в возрасте от 23 до 76 лет, из них мужчин — 11 (11,2%), женщин — 87 (88,8%). Основными критериями непаразитарных кист по данным ультразвукового исследования (УЗИ) считали наличие четких, ровных контуров с хорошо различимой

задней стенкой, отсутствие внутреннего отражения сигнала (гомогенность содержимого кисты).

У больных при наличии кист диаметром от 3 до 10 см проводили пункцию кисты под контролем УЗИ с последующим криовоздействием и дренированием остаточной полости. При наличии больших кист осуществляли тампонаду полости, оставшейся после криодеструкции, с использованием пряди большого сальника. Для криохирургического воздействия использовали установку "Криоэлектроника — 4". Продолжительность криогенно-

го воздействия от 3 до 25 мин, что зависело от размеров кисты.

В группе больных, которым выполнена резекция, правосторонняя гемигепатэктомия произведена 7, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 3, левосторонняя гемигепатэктомия — 5, три- и бисегментэктомия — 20.

Интраоперационно диагноз подтвержден у 95 пациентов (точность УЗИ непаразитарных кист составила 96,9%).

У 4 (6,3%) больных после криохирургического воздействия и у 10 (28,6%) — после резекции печени возникли осложнения: кровотечение (у 5), абсцедирование (у 5), печеночно-почечная недостаточность (у 3), тромбоз воротной вены (у 1). После резекции печени умерли 2 (5,7%) больных (от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и массивного внутрибрюшного кровотечения); после криодеструкции — умер 1 (1,6%) больной от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

При оценке динамики изменений крови отмечена более быстрая нормализация биохимических показателей и лейкоцитарного звена у больных после лапароскопической криодеструкции.

При проведении гемигепатэктомии после перевязки правой или левой ветви воротной вены отмечены "набу-

хание" и гипертрофии оставшейся части печени, что подтверждено по данным УЗИ, ангиографии, доплерографии и расценено как проявление портальной гипертензии или ее прогрессирование. У 12 больных выявлена спленомегалия, у 8 — асцит, у 5 — варикозное поражение вен пищевода.

Продолжительность лечения больных в стационаре составляла в среднем ($14,2 \pm 2,8$) сут — после резекции печени и ($8,5 \pm 1,7$) сут — после лапароскопического криогенного воздействия ($P > 0,05$). По данным контрольного УЗИ печени через 5 — 6 мес кистозные образования у больных обеих групп не обнаружены.

Полученные результаты показали, что применение лапароскопической криодеструкции стенки кисты представляет высокоэффективный метод лечения, характеризующийся меньшей частотой осложнений по сравнению с таковой при резекции ткани печени. Тампонада остаточных полостей прядью большого сальника высокоэффективна и показана при наличии больших и центрально расположенных кист. При применении криохирургического воздействия признаки нарушения кровотока, асцита, спленомегалии у больных не выявлены, а биохимические показатели, свидетельствующие о функциональном состоянии печени, нормализуются быстрее чем после применения резекционных методов лечения.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ ТА ПОКАЗНИКИ ТЯЖКОСТІ ЇХ СТАНУ

В. О. Кавин

Івано—Франківський державний медичний університет

В абдомінальній хірургії актуальною є проблема гострого перитоніту, смертність від якого досягає 60% і більше.

Метою роботи було вивчення тяжкості стану хворих з гострим перитонітом, розробка комплексного підходу до їх лікування.

Проаналізовані результати лікування 108 хворих з гострим перитонітом. Чоловіків було 61 (56%), жінок — 47 (44%). У строки до 12 год з моменту захворювання госпіталізований 31 пацієнт, до 24 год — 52, пізніше ніж через 24 год — 25. У 49 (45%) пацієнтів причиною виникнення перитоніту був гострий апендицит, у 19 (18%) — проривна виразка дванадцятипалої кишки і шлунка, у 6 (5,5%) — гострий холецистит, у 6 (5,5%) — непрохідність кишечника, у 5 (5%) — травма органів черевної порожнини, у 7 (6%) — рак кишечника з перфорацією, у 16 (15%) — інші захворювання (пельвіоперитоніт, хвороба Крона, тромбоз мезентеріальних судин, перфорація кишечника чужорідним тілом). Місцевий перитоніт діагностований у 52 (48%) хворих, дифузний — у 41 (38%), розлитий — у 15 (14%). Тяжкість стану хворих з перитонітом оцінювали за шкалою АРАСНЕ II та Мангеймським індексом пе-

ритоніту. Тяжкість стану за шкалою АРАСНЕ II після госпіталізації до хірургічного стаціонару до 9 балів, у середньому ($8,3 \pm 0,7$) була відзначена у 68 (63%) хворих, до 17 балів, у середньому ($16,2 \pm 0,4$) бала — у 39 (36%), до 19 балів, у середньому ($18,1 \pm 0,3$) бала — у 4 (1%). Мангеймський індекс перитоніту до 20 балів відзначений у 82 (76%) хворих, до 26 балів — у 26 (24%) хворих з гострим дифузним та розлитим перитонітом.

Всі хворі оперовані. З метою діагностики та лікування у 37 (34%) хворих проведено лапароскопію органів черевної порожнини, з них у 4 — лапароскопічну холецистектомію.

У більшості спостережень за даними бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини виявляли асоціації мікроорганізмів (*Enterobacter* spp., *S. faecalis*, *E. coli*, *S. aureus*); у пацієнтів з розлитим гнійним перитонітом, госпіталізованих пізніше ніж через 12 год від початку захворювання, виявляли переважно анаеробну мікрофлору (*B. fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Proteus*). Показник тяжкості стану у таких хворих за шкалою АРАСНЕ II становив до 19 балів, у середньому ($18,6 \pm 0,2$) бала, Мангеймський індекс перитоніту — ($25,2 \pm 0,5$) бала, що

свідчило про виражені ознаки інтоксикації. Під час операції 16 хворим з місцевим гнійним перитонітом, 41 — з дифузним та 12 — з розлитим перитонітом внутрішньо-венно вводили розчин цифрану по 100 мл. Після ревізії органів черевної порожнини та виявлення патологічного вогнища здійснювали його хірургічну санацію з ретельним видаленням ексудату і патологічного вмісту з черевної порожнини та подальшим багаторазовим промиванням черевної порожнини. З метою дезинтоксикації та санації органів черевної порожнини у 49 хворих використаний 0,74% розчин натрію гіпохлориту, який виявляє бактеріостатичну дію щодо анаеробної та аеробної мікрофлори. У 6 хворих з розлитим гнійним перитоні-

том черевну порожнину промивали 1,46% розчином натрію гіпохлориту. Черевну порожнину дренивали залежно від поширення перитоніту. Після операції дренаж промивали розчином натрію гіпохлориту. За даними бактеріологічного дослідження вмісту дренажів напередодні їх промивання мікроорганізми не виявлені. У таких хворих перебіг післяопераційного періоду був кращим: менш виражені симптоми інтоксикації, перистальтика кишечника відновлювалася на 2—гу добу після операції, операційна рана загоювалася первинним натягом. Після операції всім хворим проводили дезинтоксикаційну терапію з корекцією порушень водно—сольового, білкового, вуглеводного обміну та імунорегуляторну терапію.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ШВА ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ЗАКРЫТОМ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ

А. А. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Резекция печени у пострадавших с закрытой травмой живота требует осуществления быстрого и надежного холе— и гемостаза. С этой целью применяют разнообразные виды швов печени и их модификации. Накопленный хирургами опыт, наряду с преимуществами применяемых швов, выявил их определенные недостатки.

В клинике общей хирургии разработан и внедрен в практику новый метод наложения гемостатического перекрестного шва одной нитью с двумя иглами после резекции печени у пострадавших с закрытой травмой живота (патент Украины 18359). Изучены результаты его применения у 10 пострадавших (основная группа). В контрольную группу включены 12 больных, у которых использовали шов Оппеля. Мужчин было 19, женщин — 3, возраст больных от 20 до 45 лет. Причинами повреждения печени у 13 пострадавших было дорожно—транспортное происшествие, у 6 — кататравма, у 3 — криминальная травма. Тяжесть повреждения печени соответствовала III — IV степени (по классификации В. С. Шапкина и соавторов, 1977). Всем больным выполнена срединная лапаротомия. Временный гемостаз осуществляли, используя прием Pringl — у 9 пациентов, тугую тампонаду марлевыми салфетками — у 8. Реинфузия крови осуществлена у 20 больных в объеме 600 — 2000 мл.

Отмечены следующие преимущества разработанного способа: сокращение на 15 мин сроков наложения шва, использование нити на 38 см короче, после затягивания швов и отсечения удаляемой паренхимы печени реже возникало желче— и кровотечение из ее культи, что поз-

волило уменьшить использование дополнительных методов его остановки (наложение 8—образных швов на кровоточащие сосуды и видимые желчные протоки, электрокоагуляция), сокращение продолжительности достижения местного гемостаза, что позволяло уменьшить кровопотерю и длительность всей операции, следовательно, хирургическую и анестезиологическую агрессию. Течение послеоперационного периода было более благоприятным: кровотечение из культи печени не отмечено, желчеистечение по улавливающим дренажам возникло у 2 больных, в контрольной группе — соответственно у 3 и 5; релапаротомия выполнена только в контрольной группе у 5 пациентов (по поводу кровотечения — у 2, желчеистечения — у 2, поддиафрагмального абсцесса — у 1); продолжительность лечения в стационаре уменьшилась на 14 дней. После операции в основной группе умер 1 (10%) пациент от причины, не связанной с применением разработанного шва печени (тяжелая сочетанная черепно—мозговая травма); в контрольной группе умерли 4 (33,3%) больных, из которых у 2 — возникло крово— и желчеистечение из культи печени, у 1 — некроз культи печени, 1 — умер от тяжелой политравмы.

Таким образом, первые результаты применения разработанного шва печени при ее резекции, обусловленной закрытым травматическим разрывом III — IV степени сложности, обнадеживающие, что свидетельствует о необходимости дальнейшего накопления материала, его изучения и анализа.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

М. А. Капталъян, А. Б. Колотвин, В. Ф. Констанкевич, О. Б. Тымчук
Военно—медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

Проблема лечения хронического колостаза (ХКС) — одна из актуальных в абдоминальной хирургии. Не изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, консервативного и хирургического лечения ХКС.

Для оценки степени тяжести хронического запора использована клиническая классификация по стадиям: стадия компенсации — задержка стула до 3 сут, субкомпенсации — до 7 сут, декомпенсации — более 7 сут.

Больным с ХКС в стадии компенсации проводили консервативную терапию; в стадии субкомпенсации — начинали лечение с консервативной терапии, при ее неэффективности — проводили оперативное лечение; в стадии декомпенсации — выполняли хирургическое вмешательство.

За период с 2005 по 2008 г. по поводу ХКС оперированы 15 больных, выполнено 17 операций. Все женщины, в возрасте в среднем 44,8 года. Длительность заболевания от 2 до 36 лет.

Левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 4 больных, правосторонняя — у 4, субтотальная колэктомия — у 2, тотальная — у 2. При выполнении тотальной колэктомии илеоректоанастомоз накладывали по методу Henley в виде перевернутой девятки или бок в бок, при субто-

тальной колэктомии илеосигмоанастомоз накладывали бок в бок. У 3 больных применено лапароскопическое пособие — фиксация ободочной и слепой кишки по поводу транзверзоптоза и подвижности слепой кишки.

После операции все пациенты живы, осложнений в послеоперационном периоде не было. Продолжительность лечения больного в стационаре после операции в среднем 7,5 сут, при применении лапароскопического пособия — 2 сут.

Функциональные результаты оценены как хорошие у 8 пациентов, удовлетворительные — у 5, неудовлетворительные — у 2.

Одна больная через 6 мес после левосторонней гемиколэктомии оперирована повторно, выполнена субтотальная колэктомия. Еще одна больная оперирована повторно через 6 мес после лапароскопической операции, выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

Таким образом, при выборе метода операции предпочтительна более широкая резекция пораженного участка толстой кишки, поэтому выполнение субтотальной резекции ободочной кишки позволяет достичь наиболее благоприятных функциональных результатов в лечении хронического запора.

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИЙНИЙ ОСТЕОПОРОЗ

Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, Р. Ю. Рузйбаев, Ю. М. Футуйма
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Остеопороз — це проблема не тільки геронтологів, його виявляють у пацієнтів молодого працездатного віку з різними захворюваннями внутрішніх органів. Результати останніх клінічних досліджень свідчать про вплив оперативного втручання на органах гастроуденальної зони на стан кісткової тканини.

Збереження цілісності шлунка за оперативного втручання на ньому сприяє збереженню природної фізіології травлення.

Метою дослідження було вивчення впливу різних оперативних методів лікування ускладненої виразкової хвороби на структурно—функціональний стан кісткової тканини у віддаленому періоді.

З використанням денситометричного дослідження вивчений стан кісткової тканини в L_1 — L_{IV} хребцях у 3 групах пацієнтів. У 61 пацієнта (I—ша група) застосовані органощадні (ОЩ) органозберігальні (ОЗ) методи, зокрема, селективна проксимальна ваготомія (СПВ) з висіченням виразки дванадцятипалої кишки та СПВ з прицільною резекцією ішемізованого сегмента шлунка за Л. Я. Ковальчуком з приводу медіогастральної виразки. До 2—ї та 3—ї груп увійшли відповідно 61 і 100 пацієнтів,

оперованих за Більрот—I та Більрот—II. Мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) визначали за Т—критерієм загальноприйнятої схеми вивчення остеопорозу.

За Т—критерієм денситометра стан кісткової тканини у хворих I—ї групи відповідав рівню ($-0,87 \pm 0,15$) ум. од., МЩКТ — ($1,098 \pm 0,010$) г/см², тобто, був у межах норми; після резекції шлунка за Більрот—I — відповідно ($-1,48 \pm 0,16$) ум. од. та ($1,025 \pm 0,010$) г/см², що свідчило про наявність остеопенії I ступеня; після резекції за Більрот—II — ($-1,95 \pm 0,13$) ум. од. та ($0,971 \pm 0,010$) г/см² — остеопенія II ступеня. Втрати МЩКТ після резекційних методів (Більрот—I та Більрот—II) були достовірно більші ($P < 0,01$), ніж після ОЩ та ОЗ операцій.

Різні структурно—функціональні стани кісткової тканини (норма, остеопенія, остеопороз) в групах виявляли з такою частотою. В I групі нормальний стан кісткової тканини відзначений у 37 (60,6%) пацієнтів, остеопенія виявлена у 18 (29,5%), остеопороз — у 6 (9,9%); у 2—ї та 3—ї групах — норма відповідно — у 23 та 24 (37,7 та 24%); остеопенія — у 23 та 36 (37,7 та 36%); остеопороз — у 15 та 40 (24,6 та 40%).

Таким чином, вивчення стану кісткової тканини після різних оперативних втручань з приводу ускладненої виразкової хвороби у віддаленому періоді свідчить, що за-

стосування резекційних методів зумовлює більшу втрату кісткової маси, ніж ОЩ та ОЗ методи.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ

Е. А. Колесник, Р. Р. Хворостовский, Г. В. Лаврик, К. П. Гордиенко
Национальный институт рака МЗ Украины, г. Киев

Резекция печени по поводу отдаленных метастазов колоректального рака (КРР) обеспечивает достаточно удовлетворительные результаты: показатели пятилетней выживаемости составляют 30 — 40%, рецидивы заболевания после операции возникают в 20 — 60% наблюдений. Широко распространены методы комбинированного лечения больных с метастатическим поражением печени с применением химиотерапии (ХТ). При сочетанном использовании цитостатиков, в частности, оксалиплатина и иринотекана, таргетных препаратов у 40 — 60% больных достигнут объективный эффект лечения. Тем не менее, единого подхода к циторедуктивному и комбинированному лечению больных с метастатическим КРР нет.

Цель исследования: улучшение отдаленных результатов лечения больных КРР с метастазами в печени путем применения циторедуктивных операций и ХТ.

Проанализированы результаты лечения 154 больных метастатическим КРР, которых лечили в отделении абдоминальной онкологии за период с 1998 по 2007 г. Полная циторедукция включала удаление первичной опухоли с резекцией всех метастазов в печени, частичная — удаление первичной опухоли без резекции печени или с ее неполной резекцией. Всем пациентам проведена ХТ в адьювантном режиме. Использовали один из следующих режимов ХТ: FOLFOX, FOLFIRI, ФУ/ЛВ. Эффективность ХТ оценивали по изменению суммарного размера выявленных метастатических очагов в соответствии с критериями REGIST с учетом данных компьютерной томографии. Показатели выживаемости больных определяли методом Kaplan — Meier.

У всех больных обнаружены синхронные метастазы в печени: I стадия — поражение менее 25% паренхимы печени — у 48 (31,2%); II стадия — поражение 25 — 50% — у

68 (44,2%); III стадия — поражение более 50% — у 38 (24,6%).

Циторедуктивные операции выполнены у 154 больных. Полная циторедукция (R0) произведена 43 (28%) больным, из них у 28 (65%) с поражением паренхимы печени I стадии, у 15 (35%) — II стадии.

Использовали режимы адьювантной ХТ: ФУ/ЛВ (у 69 больных) FOLFIRI/FOLFOX (у 51). Число курсов терапии — 6 — 12. Контрольную группу составили 34 больных после операции без ХТ. Общий эффект лечения с применением схем, FOLFIRI/FOLFOX составил 58%, ФУ/ЛВ — 27%. Регресс метастазов в печени более чем на 90% отмечен у 5 больных, полный регресс — у 3 после применения ХТ в режиме FOLFIRI/FOLFOX.

Медиана выживаемости больных в контрольной группе составила 11 мес, в группе больных при частичной циторедукции и режиме ФУ/ЛВ — 15 мес, при частичной циторедукции и режиме FOLFIRI/FOLFOX — 16,5 мес, при полной циторедукции и режиме ФУ/ЛВ — 21,5 мес, при полной циторедукции и режиме FOLFIRI/FOLFOX — 38 мес. Показатели общей двухлетней выживаемости составили соответственно 0%, (5,7 ± 3,1)%, (20,2 ± 7,0)%, (46,9 ± 9,9)% и (92,3 ± 7,1)%; пятилетняя выживаемость достигнута лишь в группе больных при полной циторедукции и проведении ХТ в режиме FOLFIRI/FOLFOX — (57,7 ± 7,9)%.

Отмечены преимущества использования режима FOLFIRI/FOLFOX.

Следовательно, при полной циторедукции медиана выживаемости достоверно (в 1,5 — 2,5 раза) выше, чем после паллиативных операций. Комбинированное лечение больных метастатическим КРР является эффективным методом, позволяет увеличить показатели их выживаемости.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

О. Г. Котенко, Н. Я. Калита, А. О. Попов, А. А. Коршак, А. В. Гусев, А. В. Гриненко, Д. А. Федоров, О. В. Васильев
Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Гемангиома печени — одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей печени, ее выявляют у 15 — 30% больных. В настоящее время достигнут определенный прогресс в лечении гемангиом, расширены возможности их диагностики, разработаны показания к хирургическому лечению. Установлено, что радикальным методом лечения является резекция печени, однако многие хирурги используют рентгеноэндovasкулярные методы редукции артериального притока к гемангиоме.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения гемангиомы печени.

Ретроспективно проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 145 больных с симптомной гемангиомой печени диаметром более 5 см. В контрольную группу включены 23 больных, у которых выполнена рентгеноэндovasкулярная окклюзия печеночной артерии, в основную — 122 больных, у которых применены резекционные методы лечения. В контрольной группе было 15 (65,2%) женщин, 8 (34,8%) мужчин. В постэмболизационном периоде у всех больных возникла гипертермия (повышение температуры тела до 38°C). В 3 наблюдениях выявлен некроз общего желчного протока с последующим желчным перитонитом. В отдаленном послеоперационном периоде исследовали размеры гемангиомы и артериальный печеночный кровоток. В 20 наблюдениях размеры очага не изменились, в 3 — выявлено увеличение гемангиомы, в 16 — реканализация и коллатерализация печеночной артерии.

В основной группе было 93 (76,2%) женщины и 29 (23,8%) мужчин. Все больные обследованы по протоколу, принятому в клинике, включающему общеклинические методы исследования, УЗИ, спиральную компьютерную томографию, УЗДГ. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 19 больных, левосторонняя — у 11, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия — у 6, правосторонняя задняя секциэктомия — у 17, другие виды резекции — у 69. У 3 больных в связи с малым объемом остающейся части печени перед операцией выполнена эмболизация ветвей воротной вены. После операции у 5 больных возникли осложнения в виде скоплений желчи, которые дренировали под контролем УЗИ. У одной больной на 7-е сутки после операции возникла тромбоземболия легочной артерии, выполнена тромбэктомия. Энуклеацию и атипичную резекцию печени не применяли. После операции все пациенты живы. Рецидивов гемангиомы после резекции не было.

Таким образом, систематическая сегментэктомия является операцией выбора при лечении гемангиом печени. При малом объеме остающейся части печени эмболизация ветвей воротной вены позволяет расширить показания к оперативному лечению. Рентгеноэндovasкулярная окклюзия показана только при наличии синдрома Кассабача — Мерита.

ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА У ДЕТЕЙ

О. Г. Котенко, Д. А. Федоров, А. В. Гусев, А. В. Гриненко, А. А. Коршак, А. О. Попов
Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

В последнее время значительно расширены показания к пересадке печени от живого родственного донора. Показанием к трансплантации печени в детском возрасте, как правило, являются различные врожденные пороки развития, а также злокачественные заболевания. Билиарная атрезия — наиболее частая причина хронических холестатических заболеваний у детей, ее выявляют с частотой 1 : 8000 — 1 : 20 000.

Целью исследования явились оценка результатов трансплантации печени, произведенной в клинике за период с 2001 по 2007 г. у 32 пациентов детского возраста, а также эффективности внедренных методик трансплантации, частоты и характера осложнений, особенностей их коррекции.

В исследование включены 32 пациента детского возраста, которым выполнена трансплантация печени. Причиной включения ребенка в лист ожидания на транс-

плантацию печени были: билиарная атрезия — у 17, криптогенный цирроз — у 5, аутоиммунный цирроз — у 4, синдром Бадда — Киари, болезнь Кароли, болезнь Коновалова — Вильсона, рецидив гепатобластомы, первичный склерозирующий холангит, вирусный гепатит В и D — по 1 наблюдению. Детей в возрасте до 6 мес на момент операции было 3, от 6 до 12 мес — 10, от 12 до 36 мес — 2, от 36 до 60 мес — 1. У всех пациентов выявлена печеночная недостаточность класса С (по Child—Pugh). Выполнены такие варианты пластики печеночных вен: с использованием аутовенозной вставки — в 3 наблюдениях, путем формирования общего устья вен C_{II} и C_{III} сегментов — в 5, путем взятия трансплантата с устьем средней вены — в 1. При несоответствии диаметра воротной вены трансплантата и реципиента либо исходном тромбозе воротной вены у реципиента применены кавалортальная транспозиция — у 3 больных, пластика с исполь-

зованием вставки из вены яичника донора — у 1. Острый криз отторжения трансплантата (в том числе стероидорезистентный) возник в 90,6% наблюдений, билиарные осложнения (билома, стриктура) — соответственно в 15,6 и 6,25%, инфекционные осложнения (бактериальной и вирусной природы) — в 75%, тромбоз воротной вены — в 3,1%, стеноз и тромбоз печеночной артерии — соответственно в 9,37 и 6,25%. Ранняя послеоперационная смертность (в сроки до 30 сут после операции) составила 9,3% (умерли 3 больных).

Независимо от первичного заболевания, у всех пациентов исходно отмечена печеночная недостаточность в терминальной стадии, что обуславливало тяжесть их состояния. Однако, несмотря на достаточно высокую частоту послеоперационных осложнений, общая смертность невысока и сравнима с данными мировых клиник. Следует отметить, что внедрение новых способов пла-

стики воротной и печеночных вен позволило оперировать пациентов с сопутствующим тромбозом системы воротной вены, при несоответствии диаметра воротной вены реципиента и трансплантата, а также имплантировать часть печени от доноров с нестандартной сосудистой анатомией, что было невозможно ранее.

Результаты трансплантации печени у детей сопоставимы с мировыми показателями. Трансплантация печени от живого родственного донора является методом выбора лечения детей с первичным (вирусный гепатит В, С) и вторичным (врожденная билиарная атрезия, синдром Аллажиля) циррозом печени, а также злокачественными опухолями (гепатобластома) и другими заболеваниями печени в терминальной стадии. Внедрение новых методик пластики воротной и печеночных вен позволяет значительно расширить показания к трансплантации печени у детей.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В. П. Крышень, В. В. Задорожный, А. А. Полюдов, А. В. Желтяков, Е. К. Самсонова
Днепропетровская государственная медицинская академия

В последнее время отмечена тенденция к высокой частоте выявления осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ). Холедохолитиаз составляет до 30% в структуре осложненного течения ЖКБ. Одним из путей улучшения диагностики холедохолитиаза и его осложнений является изучение печеночного кровотока с использованием ультразвуковых методов (дуплексного сканирования с цветовым картированием).

Комплексное обследование проведено 73 пациентам, у которых течение ЖКБ осложнилось холедохолитиазом и обтурационной желтухой. Мужчин было 21 (28,8%), женщин — 52 (71,2%). Возраст больных в среднем ($59,6 \pm 2,4$) года. В контрольную группу включены 25 практически здоровых лиц.

Всем больным проведено УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны с импульсным цветовым доплеровским картированием для изучения качественных и количественных характеристик печеночного кровотока. При комплексном УЗИ у 90% больных отмечено расширение общего печеночного протока. Конкременты в общем жел-

ном протоке визуализированы в 60% наблюдений. У больных с обтурационной желтухой отмечено достоверное снижение максимальной, средней линейной и объемной скорости кровотока в воротной вене наряду с увеличением объемной и линейной скорости в общей печеночной артерии (ОПА). Индекс артериальной перфузии (ИПА) у больных с обтурационной желтухой вдвое превышал норму. Отмечено увеличение скорости кровотока по ОПА. Снижение индексов периферического сопротивления сосудов соответствовало степени тяжести холестаза. Выраженность портально-артериальной инверсии коррелировала со степенью нарушения функций печени. Пропульсивный характер портальной гемодинамики чаще всего был прогностически неблагоприятным.

Таким образом, применение предложенного диагностического комплекса позволяет более точно оценить характеристики печеночного кровотока у больных с обтурационной желтухой и прогнозировать возникновение печеночной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

В. П. Крышень, Н. В. Трофимов, М. Е. Кононенко, С. И. Нетёса, А. В. Желтяков, Е. К. Самсонова
Днепропетровская государственная медицинская академия

Своевременная точная диагностика причин возникновения неопухолевых заболеваний кишечника позволяет выбрать тактику лечения пациента и улучшить его результаты. Наиболее частой причиной непроходимости кишечника неопухолевого генеза являются патологические процессы в терминальном отделе тонкой кишки. Повышение эффективности лечения таких больных мы связываем с своевременным установлением показаний к выполнению неотложной операции и обоснованным определением ее объема.

Цель исследования: провести клинико—статистический анализ причин возникновения неопухолевых заболеваний кишечника, выделить наиболее часто применяемые виды оперативных вмешательств и показания к ним.

Проведен клинико—статистический анализ историй болезни 92 пациентов до и после операции по поводу неопухолевых заболеваний кишечника за период 2005 — 2007 гг., находившихся на лечении в клинике хирургических болезней клинического объединения скорой медицинской помощи г. Днепропетровска.

Мужчин было 44,1%, женщин — 55,9%. Возраст больных в среднем ($62,3 \pm 1,4$) года. Мезентериальный тромбоз сосудов тонкого кишечника диагностирован у 50% больных, спаечная непроходимость кишечника — у 20,3%, мезентериальный тромбоз сосудов толстого кишечника — у 11,8%, проникающее ранение брюшной полости с повреждением кишечника — у 8,8%, дивертикулез толстого кишечника с перфорацией дивертикула, бо-

лезнь Крона и тупая травма живота с разрывом кишечника — по 2,94% наблюдений.

Резекция участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза или илеотрансверзоанастомоза выполнена у 31,6%, висцеролиз — у 18,5%, зашивание перфоративного отверстия кишечника — у 10,5%, наложение сигмостомы — у 5,3% и илеостомы — у 2,7% больных. Диагностическая лапаротомия выполнена у 29,9% больных. При выполнении вмешательства в сроки до 16 ч от начала заболевания преимущественно по поводу острого мезентериального тромбоза после операции все пациенты живы, в сроки более 24 ч — послеоперационная летальность составила 76,5%. При выполнении резекции 50 — 70 см кишечника послеоперационная летальность составила 18,3%, 100 — 150 см — 92,4%.

Таким образом, наиболее частым неопухолевым заболеванием кишечника является острый мезентериальный тромбоз бассейна верхней брыжеечной артерии. У 31,6% больных удается выполнить резекцию некротизированного участка кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. На исход заболевания оказывает влияние длительность существования патологии до выполнения операции. При увеличении объема операции вдвое послеоперационная летальность увеличивается в 4,7 раза. Применение активной хирургической тактики способствует улучшению результатов лечения больных, как и проведение целенаправленной полноценной предоперационной подготовки.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

А. С. Лаврик, А. С. Тывончук, С. А. Андрещев, А. Ю. Згонник

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Ахалазия кардии (АК) — идиопатическое нарушение моторики пищевода, которое выявляют у 1 больного на 100 000 населения, его частота не имеет тенденции к снижению. Возможности современной лапароскопической хирургии позволили внедрить методы миниинвазивной эзофагокардиомиотомии (ЭКМТ) в лечении АК. Однако вопросы тактики лечения обсуждаются.

В период с 1972 по 2008 г. в клинике оперативное лечение по поводу АК проведено 583 больным. ЭКМТ с полной переднебоковой — у 215, по Готтштейну — Шалимову — у 87, с передней гастропексией — у 6, экстирпация пищевода с одномоментной пластикой пищевода с использованием толстой кишки — у 10, лапароскопичес-

кая внеслизистая ЭКМТ и передняя фундопликация (ЛЭКМТФ) — у 62.

ЛЭКМТФ выполняли с помощью 5 троакаров с использованием аппарата Ultra vision (фирмы Ethicon Endo—Surgery). Длина разреза на 7 — 8 см выше и на 1,5 — 2 см — ниже пищеводно—желудочного перехода. Во всех наблюдениях кардиомиотомию дополняли передней фундопликацией, в 51 — применена модифицированная расширяющая фундопликация.

Всем пациентам в периоперационном периоде проводили рентгеноконтрастное исследование, эндофиброскопию, манометрию и рН—метрию пищевода.

Из открытых методов оперативного лечения АК наиболее эффективной оказалась внеслизистая ЭКМТ с не-

полной расширяющей фундопликацией, отличные и хорошие результаты достигнуты у 96,5% пациентов, после ЛЭКМТФ — у 96,8%. По данным рентгенологического исследования подтверждено восстановление проходимости пищеводно—желудочного перехода. Показатели манометрии в различные сроки после ЛЭКМТ (от 3 до 18 мес) свидетельствовали о длительном и стойком снижении давления в области нижнего пищеводного сфинктера, увеличении амплитуды и уменьшении продолжительнос-

ти глотательного комплекса. При рН—метрии в течение 24 ч и рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга гастроэзофагеальный рефлюкс через 6 — 12 мес после операции обнаружен у 3 (4,8%) больных, рецидив АК — у 2 (3,2%).

Учитывая, что результаты лапароскопического метода сопоставимы с таковыми после открытой операции, ЛЭКМТФ может быть методом выбора хирургического лечения АК.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СВИЩЕЙ, ОБРАЗОВАВШИХСЯ НА ЭВЕНТРИРОВАННЫХ ПЕТЛЯХ КИШЕЧНИКА

В. К. Логачев, Г. И. Андреев, М. Е. Тимченко, В. Ф. Маркевич
Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков
Харьковский национальный медицинский университет

Лечение наружных кишечных свищей (НКС) в стадии их формирования (в остром периоде) является сложной задачей. При этом основные сложности возникают при расположении свища на петлях, эвентрированных в рану, тем более, что такие свищи характеризуются гораздо большим дебитом отделяемого и тенденцией к увеличению размеров, что обусловлено механизмом их образования.

Из 633 больных, которых лечили в клинике, у 212 (28,9%) свищи располагались на эвентрированных петлях, в том числе тонкой кишки — у 194 (91,5%), толстой — у 18 (8,5%). Дебит свищей, расположенных на петлях тонкой кишки, составлял от 500 до 2200 мл в сутки в среднем ($1272,0 \pm 125,0$) мл. При наличии свищей толстой кишки в эвентрированную рану поступал густой кал. В таких ситуациях требовалось либо проведение многократных перевязок в течение суток, либо активная аспирация отделяемого с промыванием раны, что можно с достаточной эффективностью осуществить лишь теоретически. В зависимости от периода деятельности тактика изменялась: в 1—й период — применение обтураторов в 40 — 60—е годы XX века, при неэффективности —

выполнение оперативного вмешательства независимо от степени готовности пациента. 2—й период — выполнение неотложных оперативных вмешательств или открытое ведение свища на фоне массивной инфузионно—трансфузионной терапии. 3—й период — обтурация свища с применением разработанных конструкций при необходимости подготовки либо неотложное вмешательство при компенсированном состоянии пациента. Эффективность обтурации свища на эвентрированных петлях, особенно тонкой кишки, в 1—й период составила 12,5%, в 3—й период — 86,5%. У 13,5% пациентов применение современных конструкций не соответствовало принципу конгруэнтности из—за особенностей расположения петель кишки и свищевых отверстий по отношению к ране. Внедрение в практику усовершенствованного алгоритма лечения пациентов с НКС, технических приемов и устройств позволило в 3—й период деятельности снизить общую летальность при несформировавшихся НКС тонкой кишки с 40,5% — в 1—м периоде и 30,1% — во 2—м до 5,3% — в 3—м периоде, послеоперационную с — 58,3% — в 1—м периоде и 45,4% — во 2—м до 8,8% — в 3—м периоде.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

В. И. Лупальцов, С. С. Мирошниченко, И. А. Никитин
Харьковский национальный медицинский университет

Парез кишечника, или паралитический илеус, относится к "абдоминальным" осложнениям, которые порой определяют исход выполненного оперативного вмешательства. Острота проблемы заключается даже не в том, что, по данным литературы, это осложнение выявляют у

4 — 5% больных, а в его исходе, летальность составляет 60 — 70%.

Целью исследования явилось изучение содержания липидов в тканевых структурах кишечника и установление зависимости между интенсивностью перекисного

окисления липидов (ПОЛ) и тяжестью нарушений моторной функции кишечника.

Для решения поставленных задач проведен эксперимент на 96 белых крысах линии Вистар, у которых моделировали функциональную непроходимость кишечника (ФНК). Критерием ее появления было наличие в брюшной полости большого количества экссудата и раздутых петель тонкой кишки.

В клинике обследованы 77 пациентов, которые распределены на 2 группы: в группу сравнения включен 51 больной, им проводили общепринятую комплексную терапию, включая парентеральное питание; в основную группу — 26 больных, у которых для устранения синдрома ФНК дополнительно применяли 30% раствор α -токоферола ацетата в дозе 600 мг/сут и 1% раствор эмоксипина в дозе 3 мг/кг в сутки.

Состояние липидного обмена оценивали по уровню общих липидов, холестерина, фосфолипидов, триацилглицеридов. Интенсивность ПОЛ оценивали по содержанию в исследуемом материале диеновых конъюгат (ДК) и активных продуктов тиобарбитуровой кислоты. Активность системы антиоксидантной защиты изучали на основании определения активности каталазы и супероксиддисмутаза.

По данным экспериментальных исследований установлена зависимость между морфоструктурными изменениями кишечника и печени и показателями липидного гомеостаза, что подтверждало их роль в патогенезе ФНК. Применение α -токоферола ацетата предупреждает мембранодеструктивные и дистрофические процессы в стенке кишки и паренхиме печени, обусловленные активизацией ПОЛ.

В клинических исследованиях у больных с ФНК отмечены значимые изменения показателей липидного гомеостаза, связанные с нарушениями антиоксидантно-прооксидантной системы и выраженностью нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования изученных показателей в качестве прямых объективных диагностических критериев ранней ФНК.

Медикаментозная коррекция нарушений антиоксидантно-прооксидантной системы является высокоэффективным и патогенетически обоснованным методом, что подтверждается как нормализацией биохимических показателей, так и ранним восстановлением перистальтики кишечника.

EXPERIMENTAL SURGERY: SIMULTANEOUS PANCREAS AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN RAT MODEL

E. Matevossian

Department of Transplantology
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Germany

The special quality of technique and immunologic findings in combined pancreas/kidney transplantation (PNTx) requires experimental basic research. Therefore standardized and reproducible transplantation models which reflect technical and immunologic aspects are necessary.

For the syngeneic transplantation model Lewis—(RT) rats were used to differentiate immunologic aspects after rejection from surgical artefacts. After organoprotective hypothermic perfusion the donor received en-bloc pancreatotomy with duodenal segment/aortic patch and nephrectomy on the right side with an aortic and cava patch. The arterial and venous revascularization of the heterotopic transplanted pancreas in the recipient was performed by using the aorta and vena cava inferior. The exocrine drainage of the pancreas took place through the segment of the duodenum which has been transplanted in side-to-side technique to the jejunum of the recipient. The kidney has been transplanted end-to-side below the artery and vena renalis of the recipient. The ureter has been anastomosed to the bladder by patch-technique. The donor operation took (60 ± 14.0) minutes and the transplantation — (90 ± 17.5) minutes. Whilst serum parameters have been controlled daily, biopsies for histopathology were taken on day 5, 10

and 12. All 12 recipients survived the combined PNTx without serious surgical complications. On the 10th postoperative day a thrombosis of the portal vein segment of the transplanted pancreas occurred in one of the recipients leading to organ failure. The blood glucose levels were normal from the 3rd postoperative day on. From a histopathologic point of view the transplanted pancreas organs appeared like normal pancreas tissue on postoperative day 8. The transplanted duodenal segment showed slight villous atrophy. The original pancreas of the recipient undergoing a vascular exclusion showed total necrosis on day 5 after transplantation. The transplanted kidneys were well perfused and no vascular complications occurred. The anastomosis between ureter and bladder was leakproof in all recipients.

The transplantation model for combined PNTx presented is easily reproducible and associated with a low mortality and postoperative complication rate. Excellent graft function and graft survival rates are achievable due to the simplified operation technique and the short operation time. This transplantation model may thus show high clinical relevance as to answer surgical and immunological questions within the scope of basic research.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

М. Е. Ничитайло, А. П. Кондратюк, И. И. Булик

Институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Рецидив паховой грыжи после осуществления герниопластики выявляют в 10 — 35% наблюдений — при использовании классических методов и в 3 — 5% — синтетических протезов. После применения лапароскопических способов пластики частота рецидивов не превышает 1%.

С совершенствованием эндовидеохирургических методов появилась возможность осуществления лапароскопической коррекции у пациентов с рецидивной паховой грыжей независимо от вида первичной пластики. Данная технология соответствует двум основным условиям надежной пластики: укреплению задней стенки пахового канала и использованию способа пластики без натяжения тканей.

В отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза за период с 1997 по 2008 г. оперированы 28 больных по поводу рецидивной паховой грыжи, из них у 21 — выявлена косая, у 6 — прямая грыжа, у 1 — билатеральная. У 25 больных первичные способы пластики были стандартными, у 3 — рецидив возник после операции Лихтенштейна, что обусловлено, по нашему мнению, недостаточными размерами использованного протеза.

В предоперационном периоде больных обследовали в целях выявления и устранения причин, предрасполагающих к возникновению рецидива. Так, у 3 больных выявлена аденома предстательной железы высокой стадии, первым этапом у них выполнена аденомэктомия с использованием трансуретрального доступа. У 2 больных отмечены функциональные нарушения толстой кишки, что проявлялось частым запором, 1 больной страдал бронхиальной астмой с частыми приступами удушья. Этим больным также проведен курс терапии.

Все больные оперированы в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией легких. У 20 больных

осуществлена предбрюшинная интраабдоминальная, у 8 — экстраабдоминальная пластика. На первых этапах работы у всех больных применяли интраабдоминальный доступ, затем методом выбора считали предбрюшинную экстраабдоминальную пластику, а интраабдоминальную пластику применяли только при нарушении целостности париетальной брюшины. У 3 больных на дефект париетальной брюшины наложен непрерывный шов, операция завершена с использованием экстраабдоминального доступа, пневмоперитонеум устранен путем пункции брюшной полости иглой Вереша. Независимо от доступа синтетическим протезом укрепляли не только грыжевой дефект, но и все "слабые зоны" паховой области: медиальную, латеральную и бедренную ямки, поэтому размеры сетки всегда были не менее 13 × 8 см. Сетку фиксировали с помощью герниостаплера или отдельными узловыми швами. Число точек фиксации от 4 до 8. Обязательным считаем тщательное укрытие протеза брюшиной для предупреждения его контакта с внутренними органами.

Все пациенты выписаны в сроки до 4 сут после операции. У одного больного возникла гематома паховой области, еще у одного — легкая парестезия кожного нерва бедра на стороне операции.

Максимальный период наблюдения после операции составил 7 лет. Рецидивы грыжи не выявлены.

Таким образом, на современном этапе развития лапароскопических технологий эндовидеохирургическая герниопластика рецидивной паховой грыжи является доступным, патогенетически обоснованным, эффективным методом, позволяющим в короткие сроки осуществлять медико-социальную и трудовую реабилитацию больных.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ТРАНСМУРАЛЬНОМУ ДРЕНУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

М. П. Павловський, В. І. Коломійцев, О. І. Кушнірук, С. Перейра

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

Лондонський інститут гепатології Королівської університетської школи,

Університетська колезька лікарня, м. Лондон, Велика Британія

Ендоскопічне внутрішнє трансмуральне дронування (ЕВТД) є альтернативою хірургічних та черезшкірних пункційних методів лікування неускладнених та ускладнених псевдокіст підшлункової залози (ППЗ). При багатьох перевагах ЕВТД, за його здійснення виникають ускладнення, частота яких, за даними літератури, становить 5 — 16%.

Мета роботи: визначити ефективність і проаналізувати інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення при використанні різних методів ЕВТД ППЗ, оптимізувати шляхи їх попередження.

За період 1998 — 2007 рр. ЕВТД ППЗ виконане у 57 пацієнтів віком у середньому 55 років. У 48 пацієнтів діагностовані сформовані ППЗ, тривалість їх існування від 2

до 8 міс, у 6 — несформовані псевдокісти, тривалість їх існування 4 — 7 тиж. Діаметр ППЗ від 30 до 210 мм. ППЗ виникли на тлі алкогольного панкреатиту у 43 хворих, біліарного — у 13; в одного хворого кіста утворилася через 4 міс після тупої травми живота.

ЕВТД застосовували у пацієнтів, якщо діаметр ППЗ перевищував 6 см, за наявності больового синдрому або клінічних ознак нагноєння її вмісту, при виникненні обтураційної жовтяниці внаслідок стискання ППЗ спільної жовчної протоки, рецидивуванні кіст після пункцій або хірургічного втручання.

Під час ендоскопічного втручання застосовували ендоскопи JF — 1T20, TJF — 10, GF — UC30P та GF — UCT140 фірми Olympus (Японія).

У 45 хворих ЕВТД здійснене у ділянці найбільшого вип'ячування ППЗ у просвіт шлунка або дванадцятипалої кишки. Для створення доступу в порожнину ППЗ використаний пункційний метод — у 10 хворих, електрокоагуляційний — у 35. У 12 пацієнтів без чіткого вип'ячування ППЗ у просвіт шлунка або дванадцятипалої кишки та при виявленні під час КТ або МРТ псевдоаневризми у стінці ППЗ, здійснене ЕВТД під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) для створення анастомозів з кістою.

Для стійкого й тривалого підтримання анастомозу з адекватним дренажуванням порожнини ППЗ встановлювали 2 стенти та більше, які часто скріплювали один з одним ендопетлею за власним методом. Цистоназальне дренажування виконували первинно або під час повторної ендоскопії — при нагноєнні ППЗ залежно від клінічної ситуації.

Після ЕВТД виникли 7 ускладнень (у 5 хворих), що становило 13%. При здійсненні ЕВТД за загальноприйнятою методикою спостерігали такі ускладнення: в одного хворого — профузна кровотеча з місця пункції, оперований у невідкладному порядку (під час операції встановлено, що кровотеча припинилася самостійно); ще в одного пацієнта поширення інфікованого вмісту кісти в заочеревинний простір внаслідок дислокації стента, здійснене додаткове цистоназальне дренажування з санацією ППЗ та консервативною терапією; у 2 хворих — рецидив ППЗ через ранню дислокацію стентів.

Після ЕВТД під контролем УЗД ускладнення виникли у 3 хворих: в одного — облітерація цистоентероанастомозу після дислокації стента з рецидивуванням ППЗ; ще в одного — через добу після ЕВТД виявлений пневмоперитонеум та пневмомедіастинум (внаслідок відшарування стінки ППЗ від стінки шлунка під час цистогастростомії), застосовані консервативні заходи. Ускладнень, що спричинили б смерть хворих, не було.

Отже, ЕВТД є ефективним мініінвазивним методом лікування пацієнтів з ППЗ з невеликою частотою ускладнень. Для зменшення частоти інтраопераційних та ранніх післяманіпуляційних ускладнень доцільний суворий відбір пацієнтів, послідовне дотримання алгоритму обстеження перед здійсненням ЕВТД, вдосконалення методів створення й тривалого підтримання функціонування цистоанастомозів.

МОЖЛИВОСТІ І ТРУДНОЩІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

М. П. Павловський, В. І. Коломійцев, Т. І. Шахова, Т. М. Іванків
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За 5 років у клініці лікували 320 пацієнтів з приводу жовчнокам'яної хвороби з постхолецистектомічним синдромом (ПХЕС), з них 294 — оперовані з використанням ендоскопічного методу. Вік пацієнтів від 20 до 87 років, у середньому 62,7 року, чоловіків було 91 (28,4%), жінок — 231 (71,6%). Необхідність виконання невідкладного ендоскопічного ретроградного втручання (ЕРВ) на 2 — 4-ту добу після здійснення холецистектомії виникла у 50 хворих. Показанням до проведення невідкладної ЕРХГ у них було виділення значної кількості жовчі по дренажах (у 31 хворого), виникнення і прогресування обтураційної жовтяниці (у 15), гострий біліарний панкреатит (у 4). Проведення ЕРХГ дозволило діагностувати причини виникнення цих ускладнень, пошкодження жовчних проток. Папілосфінктеротомія виконана у 44 (88%) хворих, у 23 з них видалені або відійшли самостійно конкременти з спільної жовчної протоки, у 3 — здійснене бужування і дилатацію за допомогою балонно-

го дилатора місця перетискання спільної жовчної протоки кліпсою, встановлений стент. У 6 (12%) хворих ЕРВ виявилася недостатньо ефективним, вони оперовані відкритим способом. Всі пацієнти одужали.

У 244 хворих клінічними ознаками ПХЕС у строки від 6 міс до 20 років після холецистектомії були приступи болю у правій підреберній та надчеребній ділянках — у 215 (88,1%), обтураційна жовтяниці — у 168 (68,9%), холангіт — у 78 (32%), біліарний панкреатит — у 22 (9%). Зовнішня жовчна нориця утворилася у 8 (3,6%) пацієнтів. Жовчна гіпертензія і/або холедохолітіаз виявлені за даними ультразвукового дослідження у 101 (41,4%) хворого. При виконанні ЕРХГ холедохолітіаз діагностований у 162 (66,4%) пацієнтів, мікрохоледохолітіаз та "замазка" — у 51 (20,9%), стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки різного ступеня — у 84 (34,4%), у 19 (7,8%) — його обструкція, спричинена вклиненням конкрементом, у 5 (2,0%) — паралапілярний дивертикул. У 16 (6,6%) хворих діаг-

ностований синдром Міріцці. Розміри конкрементів від 2 — 3 до 35 мм, ширина загальної печінкової протоки — від 8 до 35 мм. Гнійний холангіт верифікований у 27 (11,1%) хворих. Ендоскопічна папілосфінктеротомія виконана у 224 хворих, літоекстракція, літотрипсія — у 145, назовбілярне дренивання — у 3.

Невдала спроба усунути причину біліарної гіпертензії шляхом ЕРВ вимагає здійснення невідкладної операції, оскільки ЕРХГ, не завершена біліарною декомпресією, провокує бурхливе прогресування ознак холангіту. Відкриті операції, виконані у 26 (8,1%) хворих, у комплексі хірургічного лікування мали три основні етапи — холедохотомія, внутрішньопроктові маніпуляції з діагностичною та лікувальною метою, завершення холедохотомією. Перевагу віддаємо внутрішньому дрениванню: холедохоеюностомія здійснена у 12 (46%) хворих, холедоходуоденостомія — у 8 (31%). Показання до зовнішнього дренивання у 6 (23%) хворих обмежені перитонітом, абсцедуючим холангітом, запально—некротичними зміна-

ми стінки проток, їх вузьким просвітом. Іноді, особливо за утворення стриктури жовчних проток, використовуємо Т—подібний дренаж. За наявності внутрішніх білідигестивних нориць (у 4 хворих), після усунення нориці у 3 хворих операцію завершено формуванням білідигестивного анастомозу, в 1 — зовнішнім дрениванням проток. Померли 2 (0,6%) хворих з ПХЕС.

Причинами незадовільних результатів ендоскопічного лікування 26 хворих були неможливість візуалізації і канюлювання великого сосочка дванадцятипалої кишки за умови його розташування в порожнині парапапілярного дивертикула (у 4 хворих), наявність великих нерухомих конкрементів у загальній печінковій протоці (в 11), синдром Міріцці (у 6), раніше виконані операції на шлунку або дванадцятипалій кишці (у 2), запальна та рубцева стриктура жовчних проток (у 3).

Отже, ендоскопічне лікування вдається провести з хорошим результатом майже у 90% хворих з ПХЕС за мінімальної летальності.

ЗАСТОСУВАННЯ ДУОДЕНОЛЕОПЛАСТИКИ В ЛІКУВАННІ РЕФЛЮКС—ГАСТРИТУ ТА ДИСКІНЕЗІЇ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

С. Є. Подпрятков, В. Г. Зубарев, С. Г. Гичка, А. Б. Токунов, В. П. Батина, В. М. Кутняк

Київська міська клінічна лікарня №1,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Дискінезія дванадцятипалої кишки (ДПК) характеризується виникненням на тлі підвищення апетиту постійного болю у надчеревній ділянці, що посилюється та супроводжується блюванням після кожного прийому їжі. Зазначені розлади обмежують соціальну активність хворого, суттєво погіршують якість його життя. Обстежені 23 хворих з рефлюкс-гастритом та дискінезією ДПК.

За даними рентгенологічного дослідження у хворих виявлено гіпотонію шлунка, повільну евакуацію з нього контрастної речовини. За даними релаксаційної дуоденографії відзначали м'ягкоподібне переміщення контрастної речовини у ДПК. За даними гастроскопії встановлений жовчний рефлюкс—гастрит. Неодноразове медикаментозне лікування виявилось неефективним.

Здійснення операції дуоденолеопластики у 4 пацієнтів сприяло зменшенню вираженості проявів захворювання, проте, через 2 — 3 роки у них виник рецидив.

Однією з складових операції білопанкреатичного шунтування за Ноуа є пересічення ДПК в її заампульній частині, зашивання дистальної кукси та формування дуоденолеоанастомозу між проксимальною куксою ДПК та клубовою кишкою. Наслідком такого втручання є надходження продуктів травлення з шлунка безпосередньо в клубову кишку.

Під час дослідження евакуаторної функції шлунка у 16 хворих після виконання операції білопанкреатичного шунтування за Ноуа встановлено, що перша, невелика порція контрастної речовини з шлунка переходить у клубову кишку через 30 хв після її введення, основна кількість контрастної речовини — через 3,5 год. Протягом 4 год контрастна речовина проходить через клубову кишку, через 24 год вся її маса перебуває у товстій кишці.

В період 3 — 6 міс після операції білопанкреатичного шунтування за Ноуа стабілізуються пасаж їжі та функція кишечника, через 12 — 14 міс — маса тіла пацієнта. У строки спостереження до 7 років стан пацієнтів стабільний, потреби в лікуванні немає.

Проведені дослідження свідчать про можливість використання клубової кишки для усунення дуоденогастрального рефлюксу.

Дуоденолеопластика з приводу дискінезії шлунка та ДПК, що супроводжувалася дуоденогастральним рефлюксом, здійснена 2 хворим.

Після операції за даними клінічних, рентгенологічних та гастроскопічних досліджень відзначали зникнення ознак рефлюкс—гастриту.

Отже, виконання дуоденолеопластики є ефективним способом лікування рефлюкс—гастриту та дискінезії ДПК.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Ю. С. Семенюк, В. А. Федорук

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського,
Рівненська обласна клінічна лікарня

Мета дослідження: порівняти доступність до об'єкта операції, можливості візуалізації зони операції та ергономічні умови під час виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) з використанням методів французьких, американських дослідників та власного способу.

Дослідження проведені на спеціальному тренажері — просторовій моделі черевної порожнини з муляжем операційної ділянки. Розташування портів на тренажері відповідало методам французьких, американських дослідників та власному способу.

Власний спосіб доступу під час виконання ЛХЕ включає заведення чотирьох портів. Перший порт діаметром 10 мм призначений для лапароскопа, заводять парамбікально по серединній лінії, другий 10 мм — по серединній лінії на 1 — 2 см нижче мечоподібного відростка, третій 5 мм — по середньоключичній лінії на 7 — 8 см нижче реберної дуги, четвертий 5 мм — по передній пахвовій лінії на 2 см нижче реберної дуги. Затискачем, заведеним через третій порт, здійснюють тракцію дна жовчного міхура (ЖМ) у вентрокраніальному напрямку, а за потреби ротації ЖМ — і в медіальному чи латеральному напрямку. Тракцію дна ЖМ у каудальному напрямку, а за потреби ротації ЖМ і в медіальному чи латеральному напрямку здійснюють затискачем, заведеним через четвертий порт. При цьому обома затискачами маніпулює асистент, який правою рукою утримує затискач на дні ЖМ, лівою рукою — затискач на шийці ЖМ. Основні етапи операції хірург здійснює через другий порт.

В умовах експерименту вивчали площу зони недоступності, відстані наближення лапароскопа до операційної ділянки та між центрами кистей рук хірурга, який маніпулює одночасно двома інструментами.

Зона недоступності — частина площі операційної ділянки, недоступна для маніпуляцій хірурга, виникає внаслідок перехрещування основного та допоміжного інструментів, яким здійснюють тракцію шийки ЖМ у медіальному напрямку. Отже, зоною недоступності є сегмент ложа ЖМ, обмежений двома лініями, які є проєкціями ліній перехрещення основного робочого інструмента з допоміжним — по його нижньому та верхньому краю.

За результатами дослідження площа зони недоступності при використанні способу виконання ЛХЕ американських дослідників становила 2,8 — 7 см², французьких

— 2,1 — 5,8 см², власного способу — 2,2 — 5,3 см². Відповідно, найменшою є площа зони недоступності при застосуванні власного способу виконання ЛХЕ та французьких дослідників, яка становить приблизно 4,3 см², найбільшим — при застосуванні способу американських дослідників (5,8 см²).

Відстань між центрами кистей рук хірурга, який здійснює маніпуляції, при використанні запропонованого способу виконання ЛХЕ становила від 18 до 32 см, у середньому 27,7 см, що є найменшим показником у порівнянні з таким при застосуванні способу американських дослідників — 32,5 см та французьких — 38 см.

При порівнянні відстані наближення лапароскопа до об'єкта операції встановлено, що обмеження виникають при медіальній тракції ЖМ. Найменшою вона є при застосуванні власного способу, становить від 1,5 до 2 см, у середньому 1,7 см, — при застосуванні лапароскопа з кутом спостереження 30° та від 2,5 до 3,5 см, у середньому 3 см — при застосуванні лапароскопа з кутом спостереження 0°. При використанні способу американських дослідників ця відстань становить відповідно 3,2 та 3,5 см, французьких — 3,4 та 6 см. Тому, з огляду на необхідність деталізації зображення, кращим є запропонований спосіб ЛХЕ, адже, за максимального наближення до об'єкта операції забезпечує зменшення ймовірності пошкодження структур гепатодуоденальної зв'язки, пов'язаного з недостатньою візуалізацією.

Таким чином, зважаючи на показники доступності до об'єкта операції, можливості деталізації структур в умовах гострого холецистити, коли маніпуляції обмежені через набряк тканин та щільність, що знижує їх піддатливість, оптимальним методом виконання ЛХЕ є власний з огляду також на ергономічність, підтвердженням чого є найменша дистанція між центрами кистей рук хірурга, який маніпулює двома інструментами. Аде, чим менша ця відстань, тим менший кут відведення плечей, а отже й менше м'язове зусилля, яке є однією з причин втоми хірурга. Крім того, перевагою запропонованого способу є виключення можливості перехрещення рук асистента, який утримує відеолапароскоп, з руками хірурга, що характерне для інших двох способів.

Спосіб забезпечує підвищення безпеки маніпуляцій під час виконання ЛХЕ з приводу гострого холецистити.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ И МИНИИНВАЗИВНОЙ ОПЕРАЦИИ

М. М. Сербул

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Выполнение операций в зависимости от их результата оказывает положительное или отрицательное влияние на физическое состояние пациента, существенно меняет психологию его поведения и эмоциональные реакции и, тем самым, продолжительность периода реабилитации. Критерием оценки эффективности проведенной операции, получившим в последние годы широкое распространение, является качество жизни (КЖ). Этот критерий — объективная характеристика физического, психического, эмоционального и социального состояния пациента, основанная на его собственном восприятии. Показатели КЖ могут изменяться со временем, что позволяет оценить эффективность операции путем оценки состояния самим больным.

Целью работы была оценка КЖ у больных с холедохолитиазом после выполнения открытой и миниинвазивной операции. Обследованы 38 больных, из них 18 — оперированы с использованием срединного доступа или доступа в правом подреберье (1-я группа), 20 — с использованием эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) или лапароскопической холедохолитотомии (ЛХЛТ) (2-я группа). У 29 больных холедохолитиаз сопровождался обтурационной желтухой. Показатели КЖ изучали с помощью краткой формы общего опросника SF-36. Результаты анкетирования представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Использовали компьютерный вариант анкетирования. Изучали следующие показатели: общее состояние здоровья; физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальную активность; интенсивность боли; жизненную активность; психическое здоровье. Обследование проводили через 6 — 12 мес после операции. Возраст обследованных в среднем ($62,4 \pm 7,4$) года. У 15 больных сформирован холедоходуоденостомоз при открытой операции, у 2 — при лапароско-

пической, у 10 — выполнена ЭПСТ и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), у 8 — одновременно ЛХЭ и ЛХЛТ. Показатели КЖ изучены также у 20 практически здоровых лиц (контрольная группа), возраст которых в среднем ($34,8 \pm 3,8$) года. Результаты изучения КЖ у больных с холедохолитиазом обработаны статистически.

Анализ результатов изучения показателей КЖ у обследованных пациентов с холедохолитиазом, показал, что после открытой операции имеются достоверные различия их значений по сравнению с таковыми после миниинвазивных вмешательств. Негативное влияние на показатели КЖ после открытой операции оказывало наличие болевого синдрома в правом подреберье как проявление постхолецистэктомического синдрома, спаечной болезни, лигатурных свищей в области послеоперационного рубца, диспептических явлений, образование послеоперационной грыжи брюшной стенки. Эти проявления были значительно меньше выражены у больных после миниинвазивных вмешательств. Период послеоперационной реабилитации у пациентов 2-й группы был значительно короче, в момент обследования показатели КЖ у них были выше, чем у больных 1-й группы. Это касалось как показателей психического здоровья, так и физического состояния. Так, у больных 2-й группы наблюдали существенное повышение показателей физической активности, которая приближалась к уровню в контрольной группе. Достаточно высоким был показатель ролевого функционирования свидетельствующий об уменьшении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Болевые ощущения были незначительно выражены.

Таким образом, использование миниинвазивных хирургических вмешательств у больных с холедохолитиазом существенно влияет на продолжительность периода реабилитации после операции, что подтверждается более высокими показателями КЖ по сравнению с таковыми у больных после выполнения открытых операций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ С ПОЗИЦИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

В. А. Сипливый, В. В. Доценко, В. К. Хабусев, Б. В. Менкус
Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время перфоративные гастродуоденальные язвы выявляют у 15 — 20% пациентов с язвенной болезнью, их частота продолжает увеличиваться. После внедрения в практику органосохраняющих операций с ваготомией казалось, что найден идеальный способ хирургического лечения пациентов по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений. Однако со временем у части оперированных и большинства больных при возникновении рецидива язвы интенсивность кислотообразования приближается к таковой до операции. Установление роли *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в определенной мере изменило представления о патогенезе язвенной болезни. Широкое применение H_2 -блокаторов, блокаторов протонного насоса в сочетании с эрадикацией *H. pylori* путем применения антибиотиков способствовало значительному снижению частоты рецидивов. В настоящее время не существует операции по поводу перфоративных гастродуоденальных язв, которая соответствовала бы всем требованиям "идеального" хирургического вмешательства, поэтому вопросы тактики хирургического лечения таких больных одни из наиболее актуальных в неотложной хирургии.

Целью исследования явилась оценка методов хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с учетом качества их жизни в отдаленном периоде.

Отдаленные результаты оперативного лечения перфоративной гастродуоденальной язвы изучены у 98 больных в сроки от 1 года до 10 лет путем обследования в стационаре и анкетирования. В зависимости от характера операции больные распределены на две группы: первую группу составили 66 больных, которым произведено иссечение перфоративной язвы без ваготомии, вторую группу — 32 больных, у которых выполнено иссечение перфоративной язвы с ваготомией. Для оценки качества жизни использован анкетный метод. Анкета содержит перечень контрольных вопросов для выявления возможных симптомов болезни, выяснения общего состояния респондента, его вредных привычек, сопутствующих заболеваний, вопросов относительно проведенного профилактического лечения, обследования после операции, необходимости ограничений в трудовой дея-

тельности, физической нагрузке и др.

Для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки пациентам проводили гастродуоденофиброскопию с прицельной биопсией в трех точках, морфологическим исследованием биоптатов. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка оценивали в соответствии с Сиднейско—Хьюстонской классификацией хронического гастрита.

В отдаленном периоде после операции как с выполнением ваготомии, так без нее, в слизистой оболочке пилороантрального отдела желудка наблюдали морфологические изменения, характерные для хронического умеренно выраженного неассоциированного с *H. pylori* атрофического гастрита с участками кишечной метаплазии; в теле желудка — признаки хронического умеренно выраженного неассоциированного с *H. pylori* атрофического гастрита; в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки наиболее часто выявляли хронический дуоденит I степени.

При анализе качества жизни больных в первый год после иссечения язвы с использованием ваготомии отмечено отсутствие болевого синдрома; после иссечения язвы без ваготомии болевой синдром выявлен у 57% обследованных. Необходимость ограничения трудовой деятельности, физической нагрузки была одинаковой в обеих группах больных. Через 2 — 5 лет клинические проявления болезни, необходимость ограничения трудовой деятельности, физической нагрузки были одинаковыми как у пациентов, которым выполняли ваготомию, так и без нее. Отмечена низкая медицинская активность и заинтересованность в собственном здоровье респондентов как первой, так и второй групп, независимо от метода операции.

Полученные результаты свидетельствуют, что в неотложной хирургии операцией выбора в лечении больных с перфоративной гастродуоденальной язвой является иссечение язвы без ваготомии с последующим проведением медикаментозной терапии. Необходимо проведение многоцентровых исследований в Украине для получения объективных данных об эффективности методов хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.

РОЛЬ СИНДРОМА ДИСЛОКАЦИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЬСТВЕ И ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШОЙ И ГИГАНТСКОЙ ГРЫЖЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В. А. Сипливый, Д. Г. Петренко, Г. Д. Петренко, А. Г. Петюнин, Б. В. Менкус
Харьковский национальный медицинский университет

Большую и гигантскую грыжу брюшной стенки (ГБС) выявляют у 3 — 15% грыженосителей. Несмотря на совершенствование технологии оперативных вмешательств, развитие анестезиологии, оперативное лечение больных по поводу большой и гигантской ГБС является сложной проблемой современной абдоминальной хирургии. Изучая эту проблему, мы пришли к выводу, что при грыженосительстве у пациентов с большой и гигантской ГБС происходит значительное нарушение анатомо—функциональных показателей, которые можно классифицировать как синдром дислокации внутренних органов (СДВО).

Целью работы явилось изучение анатомо—функциональных нарушений при СДВО у пациентов с большой и гигантской ГБС для улучшения показателей их реабилитации.

За последние 7 лет под наблюдением находились 85 пациентов с большой и гигантской ГБС, у 67 (78,8%) из них выявлена большая, у 18 (21,2%) — гигантская ГБС. Мужчин было 26 (30,6%), женщин — 59 (69,4%). Возраст больных в среднем 59,4 года. Продолжительность грыженосительства от 5 до 16 лет. Невправимая ГБС обнаружена у 31 (36,5%) грыженосителя.

На основании результатов клинико—лабораторного обследования с применением КТН органов брюшной полости и грыжевого мешка выделены три степени СДВО:

СДВО I степени — легкой, диагностируют при объеме грыжевого мешка до 10% объема брюшной полости;

СДВО II степени — средней тяжести, объем грыжевого мешка от 10 до 20% объема брюшной полости;

СДВО III степени — тяжелой, объем грыжевого мешка более 20% объема брюшной полости.

СДВО I степени диагностирован у 46 (54,1%), II степени — у 23 (27,1%), III степени — у 16 (18,8%) пациентов с большой и гигантской ГБС. До операции все пациенты обследованы по принятому в клинике стандарту. Пациентам с СДВО I степени, как правило, специальная подготовка к операции не показана. При СДВО II и III степени длительность предоперационной подготовки составляла от 2 нед до 3 мес. Она включала ношение эластического бандажа, пневмокомпрессию, дыхательную гимнастику, по показаниям, кардио— и ангиотропную терапию, антикоагулянты и т.д. Выбирая способ пластики грыжевых ворот (с использованием аутодермального лоскута, сетчатого эндопротеза, тканей грыжевого мешка по собственной методике), мы основывались на положении, что ее следует выполнять без натяжения во избежание компартмент—синдрома. У пациентов при абдоминальном типе ожирения целесообразно производить резекцию части большого сальника, благодаря этому удается сохранить 200 — 700 мм³ объема брюшной полости.

Ведение послеоперационного периода у таких пациентов предусматривает профилактику кардиореспираторных, тромбоэмболических и гнойно—септических осложнений. До разработки стандарта ведения пациентов с СДВО после операции умерли 2 больных от инфаркта миокарда и тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы

1. При оценке общего состояния пациентов с большой и гигантской ГБС необходимо учитывать СДВО, при этом целесообразно выделять три степени его тяжести.

2. Предоперационную подготовку, выбор способа оперативного вмешательства и ведение послеоперационного периода у этой категории пациентов проводят с учетом тяжести СДВО.

ДИСЕКЦИЯ ТКАНЕЙ СТРУЕЙ ЖИДКОСТИ ПОД ВЫСОКИМ ДАВЛЕНИЕМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. В. Скиба, С. И. Хмельницкий, И. А. Сухин
Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины,
Узловая больница № 1, ст. Дарница

Гидроструйная диссекция позволяет осуществлять послойное препарирование по границе интактных и вовлеченных в воспалительный процесс тканей (осумкованный абсцесс мягких тканей, пиогенная капсула в брюшной полости), что значительно облегчает выполнение некоторых этапов операции и уменьшает ее продолжительность.

Целью исследования явилась оценка эффективности и возможностей метода водоструйной диссекции с применением аппарата оригинальной конструкции при выполнении оперативных вмешательств в эксперименте и клинической практике. Водоструйный диссектор разработан совместно с сотрудниками кафедры гидрогазовых систем Национального авиационного университета Ук-

раины. В основу метода положено использование потока жидкости, который формируется под высоким давлением. Режущая среда — стерильный изотонический раствор натрия хлорида, рабочий инструмент — диссектор. Генерация давления происходит по системе гидрокамеры, которая соединяется с пневмокамерой, подключенной к источнику сжатого газа. В системе создается непрерывный поток струи жидкости с диапазоном давления от 35 до 80 атм. Продолжительность работы в непрерывном режиме 60 — 80 мин, в зависимости от использованного давления.

Гидроструйная диссекция в клинике успешно использована у 147 оперированных больных, в том числе при атипичной резекции печени — у 4, сегментэктомии — у

3, сегментэктомии с холецистэктомией — у 3, левосторонней гемигепатэктомии — у 3, эксцизионной биопсии печени — у 12, перицистэктомии — у 3, холецистэктомии — у 68, выделении билиодуоденального свища — у 5, гидропрепаровке язвы, пенетрирующей в печень и желчные протоки — у 18, в поджелудочную железу — у 28.

Возможность дифференцированно разделять воспалительно-измененные ткани, не повреждая большинство трубчатых и плотных структур, позволяет под визуальным контролем выполнять все этапы выделения и обработки органных структур в сложных условиях патологического очага. Специфических осложнений в виде массивной кровопотери, повреждения полых органов и связанного с ними летального исхода не было.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

В. В. Скиба, В. Д. Черномыз, А. В. Иванько

Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины, г. Киев

Частота обтурационной желтухи (ОЖ) составляет 4,8 — 22,1% в структуре заболеваний желчевыводящих путей, при злокачественных новообразованиях желчных протоков и органов периапулярной зоны — достигает 36,6 — 47%. Несмотря на применение современных способов диагностики и хирургического лечения ОЖ, летальность достаточно высока. Лечение больных с ОЖ — одна из актуальных проблем билиарной хирургии, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, часто в стадии суб- и декомпенсации. Для уменьшения тяжести эндогенной интоксикации, профилактики острой печеночной недостаточности при ОЖ до и после операции применяют такие методы, как озонотерапия, магнитно-инфракрасное лазерное излучение, антигипоксанты. Представляет интерес применение эфферентной терапии до и после операции у пациентов с ОЖ.

Обследованы 78 больных с ОЖ в возрасте от 26 до 82 лет. Больные распределены на две группы: I группа — 39 пациентов, которым проводили стандартное лечение (интенсивная инфузионная, дезинтоксикационная, спазмолитическая терапия, одно- или двухэтапное оперативное вмешательство); II группа — 39 пациентов, кото-

рым, кроме стандартного лечения, до и после операции назначали эфферентную терапию (плазмаферез, гемосорбцию, гемодиализ). В контрольную группу включены 30 здоровых доноров в возрасте от 18 до 40 лет. Для верификации диагноза использовали данные физических методов исследования, лабораторных, лучевых (в том числе УЗИ, компьютерной, магниторезонансной томографии), инструментальных (в том числе эзофагогастроскопии, лапароскопии, ретроградной панкреатохолангиографии) и результаты гистологического исследования препаратов желчного пузыря, поджелудочной железы.

Эфферентную терапию (плазмаферез, гемосорбцию, гемодиализ) применяли накануне операции и в 1, 3 — 5, 7 — 9-е сутки после нее. Все больные оперированы. У пациентов II группы биохимические показатели нормализовались значительно быстрее, чем в I группе. Кроме того, у пациентов II группы летальность была в 5 раз меньше, в 4 раза реже наблюдали острую печеночную недостаточность, в 2,6 раза меньше частота послеоперационных осложнений (перитонит, пневмония, инфицирование операционной раны и др.). Продолжительность лечения больных в стационаре во II группе была на 8,4 дня меньше, чем в I группе.

SIMULTANEOUS KIDNEY—PANCREAS TRANSPLANTATION SURGICAL AND IMMUNOLOGICAL CONSIDERATION

M. Stangl, E. Matevossian, S. Thorban

Department of Transplantology

Klinikum rechts der Isar, Technische Universität, Munich, Germany

Simultaneous kidney—pancreas transplantation (SKP) is the method of choice for treatment of patients with insulin—dependent diabetes and end stage renal disease. SKP offers metabolic control and freedom from dialysis for many years with good quality of life. However the procedure is still flawed by a high degree of morbidity and the question how to anastomose the portal vein. Over the past decade the surgical technique has changed from segmental pancreas transplantation to whole organ transplantation with bladder drainage of the exocrine part. The results with bladder drainage were hampered by a high rate of urinary tract infections. Early results with enteric drainage showed a high rate of leakages of the bowel anastomosis. In the early phase of

pancreas transplantation rejection reactions were a major problem too. Due to improvements in immunosuppression acute rejections are no longer a problem in pancreas transplantation. Today enteric drainage is the standard procedure. Still unsolved is the question where to anastomose the portal vein. In animal experiments portal vein drainage into the portal system of the recipient show an immunological advantage over systemic drainage. So far this advantage could not be shown in human pancreas transplantation. Surgical techniques, postoperative management, postoperative complications and modern regimens of immunosuppressive therapy will be discussed in detail.

SURGICAL MANAGEMENT OF PANCREATIC CANCER

M. Stangl, E. Matevossian, S. Thorban

Department of Transplantology

Klinikum rechts der Isar, Technische Universität Munich, Germany

Pancreatic ductal adenocarcinoma is a common malignancy of the digestive canal. The number of new cases diagnosed and the number of deaths each year are almost identical, demonstrating the particularly dismal prognosis for patients affected by this disease. Despite recent advances in the field of medical and radiation oncology, and the introduction of neoadjuvant and adjuvant regimens, surgery remains the single most important modality for the treatment of pancreatic ductal adenocarcinoma. Surgery for pancreatic cancer is widely viewed as a complex procedure associated with considerable perioperative morbidity and mortality. Many aspects of surgery for pancreatic cancer, such as the extent of resection, the value of vascular resection are currently under debate. The current status of surgical treatment for pancreatic ductal adenocarcinoma, and new developments in this field will be highlighted. Pancreatic carcinoma is classified into four categories according to the tumor status: resectable, locally advanced, locally unresectable, and metastatic. This management classification reflects the major importance of surgical resection. Tumors of the pancreatic head and the periampullary region can be resected

using pancreaticoduodenectomy (with or without preservation of the pylorus), whereas a distal pancreatectomy should be performed for tumours of the pancreatic body and tail. In rare circumstances, a segmental resection can be performed for benign tumors of the pancreatic body. Infiltration of the portal vein/SMV is not a function of the biological aggressiveness of the tumor but of the proximity of the tumor to the pancreatic head. Several clinical studies have confirmed this hypothesis, and shown that the outcome of pancreaticoduodenectomy is unaffected by portal—vein resection. The value of arterial resection is still heavily debated in the literature, as there is currently no formal proof of its benefit. Extend of lymphadenectomy is also still under debate. A recent meta—analysis demonstrated a trend towards increased morbidity rates, and particularly delayed gastric emptying and diarrhea with extended lymphadenectomy. Pancreatic ductal adenocarcinoma remains a devastating disease. For a selected group in which complete resection is possible, surgery prolongs survival. Technical improvements and superior perioperative management have made pancreatic surgery safe, with low rates of morbidity and mortality.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБШИРНОМ ДЕФЕКТЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

И. М. Тодуров, Л. С. Белянский, Ю. Б. Лисун, И. В. Казаков

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Причиной образования обширного дефекта брюшной стенки является повреждение или расхождение прямых и косых мышц живота, что сопровождается нарушением анатомических и физиологических функций как брюшной стенки, так и органов брюшной полости. Расположение петель кишечника за пределами брюшной полости, снижение внутрибрюшного давления, наличие обструктивных и рестриктивных заболеваний легких ставит перед хирургами сложные задачи профилактики послеоперационных осложнений.

Цель работы — улучшение результатов лечения больных при обширном дефекте брюшной стенки путем применения патогенетически обоснованных принципов предоперационной подготовки, выбора оптимального метода пластики с использованием специально подобранных пластических материалов, рационального ведения послеоперационного периода.

Проведен анализ результатов лечения 47 больных с гигантской осложненной грыжей брюшной стенки, в том числе мужчин — 17, женщин — 30, в возрасте в среднем 49,7 года. Ширина дефекта брюшной стенки соответствовала вариантам W3 — W4 (соответственно международной классификации) и составляла в среднем $(19,4 \pm 3,6)$ см. На предоперационном этапе проводили клиническую и анестезиологическую оценку риска возникновения интра- и послеоперационных осложнений, которая включала решение общих и специфических проблем. Общими проблемами являлись: состояние сердечно-сосудистой системы — показатели ЭКГ, фракции выброса, функции внешнего дыхания. Особое внимание уделяли проблеме профилактики венозных тромбозных осложнений (ТЭО). Факторы, связанные с риском возникновения ТЭО, оценивали по балльной системе: уровень риска менее 6 баллов оценивали как низкий, от 6 до 10 баллов — умеренный, более 11 баллов — высокий.

Всем больным назначали низкомолекулярные гепарины и бинтование конечностей эластическими бинтами. Выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию для определения объема брюшной полости и грыжевого мешка, измеряли внутрибрюшное давление (ВБД). Получив

базовые значения, ВБД повышали до 15 мм рт. ст. путем эластической компрессии с помощью бандажа в течение 7 — 14 сут. При наличии фиксированного грыжевого образования у 12 больных использована модифицированная в клинике методика Goni Moreno — создание прогрессирующего предоперационного пневмоперитонеума (ППП) с мониторингом ВБД, которое доводили до субкритического уровня — от 10 до 18 мм рт. ст., с определением порога адаптации.

Оперативное вмешательство выполняли при стабильных показателях фракции выброса и функции внешнего дыхания в течение 3 сут. Завершающим этапом лечения всех больных была герниопластика по Rives. Для закрытия брюшинного покрова у 37 больных этой группы использовали брюшину грыжевого мешка, у 10, при дефиците брюшины — поликомпонентные протезы "Proceed" (Ethicon). В 9 наблюдениях использовано модифицированное в клинике сочетание методик Rives и Ramirez с имплантацией композитного протеза "Ultrapro" (Ethicon). У 8 больных с использованием техники component separation протезы не применяли, у 2 — применен метод T. Fabian в сочетании с "легкими" протезами. Оперативное вмешательство завершали дренированием пространства над сеткой и подкожной основы.

Длительность подготовки больных путем эластической компрессии составила в среднем $(9,3 \pm 5,4)$ сут, ППП — $(18,6 \pm 3,4)$ сут. Объем вводимого воздуха от 800 мл до 4000 мл на одно ведение. Максимальный уровень ВБД, позволявший завершить оперативное вмешательство, не превышал 10 мм рт. ст., в среднем $(6,3 \pm 4,4)$ мм рт. ст. Серома, которую лечили консервативными средствами, образовалась у всех больных. Фатальных ТЭО не было, все пациенты живы.

Таким образом, индивидуальный подход к лечению обширного дефекта брюшной стенки позволяет выполнить оперативное вмешательство у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Улучшения результатов лечения можно достичь путем использования методики ППП, направленного на коррекцию нарушений состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уровня ВБД, а с помощью целенаправленной профилактики — избежать ТЭО.

RISK FACTORS FOR LIVING KIDNEY TRANSPLANTATION

S. Thorban, N. Huser, A. Novotny, A. Schwarznau, V. Assfalg, E. Matevossian, M. Kriner, M. Stangl

Department of Transplantology
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Germany

There is only limited information about recipient risk factors for graft survival in living—donor kidney transplantation. This study aimed to investigate prognostic factors and their impact on living—related and unrelated renal transplant recipients.

From 2000 until 2008 135 adult living—related renal transplants were performed at clinic. Using multivariate analysis, the association of the following variables with kidney graft outcome was studied: age of donors and recipients, sex and body mass index, cold and warm ischemia, mismatches, identity and compatibility of blood group, duration of dialysis, CMV—status, recipient original disease, surgical and general complications, and status of retransplantation. Multivariate analysis revealed significant reduction of graft function and graft survival in recipients with retransplantation, more than four mismatches and a high body mass index. Thus, living—donor kidney transplantation can be regarded as a safe and standardized operation relating to surgical technique, but further consideration of the recipi-

ents body mass index and the number of mismatches during the preparation for transplantation are recommended.

A total of 81 patients were included in our study, with 44 living—related and 37 living—unrelated donor transplants. The analysis of preoperative prognostic factors as mentioned above and their correlation to comorbidity, graft function and rejection rate indicated no significant results. In 18 (22.8%) patients an acute rejection was diagnosed 3 weeks after transplantation, and in 15 (19%) patients a rejection occurred 3 to 6 months after transplantation. Within the first year 8 (8.8%) patients suffered from graft loss caused by rejection, 6 of these patients were living—unrelated and 2 — living—related. In 3 them the rejection took place after retransplantation.

In our opinion, living renal transplantation is a safe and standardized surgical operation for the recipient. With regard to HLA—DR matching and body mass index, these significant pretransplant factors could be favourably influenced before transplantation to improve patient's outcome.

ЦИТОМЕТРИЯ БУКАЛЬНОГО ЕПИТЕЛИЮ ПРИ РАКУ ТА ВИРАЗЦІ ШЛУНКА

К. П. Тумасова, І. В. Гомоляко

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

Пошук неінвазивних тестів для виявлення ранніх форм онкологічних захворювань, особливо травного каналу, є одним з актуальних завдань сучасної медицини. За даними літератури, клітини букального епітелію (КБЕ) слизової оболонки порожнини рота (СОПР) є об'єктом дослідження, який може надати бажану інформацію. Проте, немає чітких критеріїв оцінки КБЕ, які б дозволили використати цей об'єкт у клінічній практиці.

Мета роботи — дослідження цитометричних характеристик КБЕ у хворих на рак та виразку шлунка.

Обстежені 40 хворих з виразкою шлунка (І група), 40 хворих на рак шлунка (ІІ група) та 10 здорових осіб (контроль).

В зішкрібках з СОПР, забарвлених за Романовським — Гімза, проводили візуальну оцінку КБЕ і визначали цитометричні параметри проміжних КБЕ: площу ядер (s , μm^2), яскравість каріоплазми (int., ум.од.), оцінювали переважаючий тип реакції та рівень поліморфізму (ПМ) системи епітеліальних клітин. Статистична обробка результатів здійснена з використанням критеріїв Ст'юдента, Пірсона, теореми Байєса, програмного забезпечення "Paradise".

Проміжні КБЕ в контролі характеризувалися незначною варіабельністю розмірів, форми ядер, яскравості каріоплазми. У І групі спостерігали деяке посилення ПМ

КБЕ, у ІІ групі — виражений ПМ КБЕ, що зумовлене наявністю клітин з ознаками апоптозу та дистрофії.

Відповідно до статистичної процедури, проведене оптимальне квантування сукупності кількісних характеристик КБЕ з виділенням чотирьох типів ядер за площею — "дрібні", "середні", "збільшені", "великі" та яскравістю каріоплазми — "темні", "нормальні", "просвітлені", "світлі". "Середні" ядра з "нормальною" яскравістю оцінені як умовна норма, діагностичне значення мають інші типи ядер КБЕ. Вони і визначали можливість оцінки вираженості диспластичних процесів (слабо, помірно виражені та виражені диспластичні зміни проміжних КБЕ).

У контролі переважали "середні" ядра КБЕ з "нормальною" яскравістю каріоплазми — відповідно у 62 і 64% спостережень; 2 рівень ПМ КБЕ — s 68%, int 71%; диспластичні зміни відсутні. У І групі переважали "збільшені" та "великі" ядра з "просвітленою" каріоплазмою — у 58,6% хворих. Переважав 3 рівень ПМ КБЕ — s 52%, int 63%. Представлена характеристика цитограм відповідає слабо та помірно вираженим диспластичним змінам. У ІІ групі спостерігали виражений ПМ клітин, водночас до 60% були з "дрібними" та "темними" ядрами. Переважав 1 рівень ПМ s 59%, int 75%.

Наведені особливості цитограм свідчать про виражені диспластичні зміни КБЕ. Достовірне зменшення яс-

кравості каріоплазми відображує посилення проліферативних процесів КБЕ, його спостерігають у хворих за наявності пухлинного процесу. При вивченні розподілу різних типів епітеліальних клітин та їх порівняння за критерієм Пірсона виявлені достовірні відмінності між

групами. Виділені більш інформативні цитометричні характеристики, і на підставі теореми Байеса побудовано шкалу бальної діагностики, що дозволяє проводити диференційну діагностику у хворих на рак та виразку шлунка з точністю 72%.

СПОСОБ АДАПТАЦИИ ДИАМЕТРА КИШКИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЕЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ВО ВРЕМЯ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д. А. Харченко, Р. А. Туник, А. С. Толстой, Е. А. Коваленко, В. Н. Коноваленко, А. И. Кузьменко
Глобинская центральная районная больница, Полтавская область

Проблема восстановления непрерывности толстой кишки после ее резекции по поводу опухолевой непроходимости актуальна, имеет важное социальное значение.

Больные после наложения стомы часто отказываются от выполнения реконструктивного вмешательства, а наличие стомы значительно ухудшает качество их жизни, обременительно для пациента и окружающих.

Противопоказанием к одномоментному восстановлению непрерывности толстой кишки после ее резекции по поводу острой непроходимости в практической работе часто является несоответствие диаметра приводящего и отводящего отрезков кишки. С 2000 г. для обеспечения соответствия диаметра отрезков кишечника используем "холодовую адаптацию" резецированной кишки. Перед началом оперативного вмешательства в морозильную камеру помещаем 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Толстую кишку резецируем с помощью аппарата УКЛ с соблюдением онкологических требований и лимфодиссекцией в объеме D2. Приводящий отдел толстой кишки освобождаем от каловых масс и газов путем "сцеживания" или промывания с использованием двупросветного толстокишечного зонда, антеградного лаважа 2,5% раствором натрия хлорида комнатной температуры. Мобилизуем часть толстой кишки для наложения анастомоза по Г. В. Бондарю. На приводящую петлю кишки накладываем салфетку, смоченную ледяным изотоническим раствором натрия хлорида. Как правило, после этого диаметр кишки уменьшается на 1/2 — 1/3 от исходного и становится сопоставимым с диаметром отводящего участка толстой кишки. Длительность процедуры обычно 8 — 15 мин. После сокращения кишки она имеет вид инфильтрированной новокаином. Накладываем анастомоз конец в конец по Г. В. Бондарю.

С использованием описанного способа холодной адаптации непрерывность кишечника восстановлена у 5 больных. Несостоятельность швов анастомоза или признаки анастомозита не наблюдали. Кроме того, активное сокращение приводящей петли под влиянием холода является тестом восстановления моторики растянутой кишки. Неудачная попытка уменьшения диаметра отме-

чена у одной больной, которой наложена одностольная колостома. Приводим наблюдение.

Больная Н., 80 лет, поступила в хирургическое отделение 30.01.06 г., через 5 сут с момента заболевания. Жалобы на вздутие живота, многократную рвоту, отсутствие газов и стула в течение 3 сут, ухудшение аппетита. За медицинской помощью не обращалась. В 1975 г. больной произведена аппендэктомия.

Состояние больной средней тяжести. Повышенного питания. Пульс 80 в 1 мин, ритмичный. Язык сухой. В области послеоперационного рубца выявлена невризма грыжа. При аускультации периодически определяется интенсивная перистальтика. Анализ крови: эр. $4,9 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобин 165 г/л, л. $12,5 \times 10^9$ в 1 л, цв. пок. 0,97, СОЭ 73 мм/ч, гематокрит 0,48, глюкоза 6,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,017; реакция кислая; лейкоциты — 4 — 5 в поле зрения; соли — ураты.

Биохимический анализ крови: мочевины 6,4 ммоль/л, остаточный азот 29 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л, билирубин 12,1 мкмоль/л, ПТИ 85%, фибриноген 3 г/л.

В связи с тяжестью состояния больной, наличием выраженной интоксикации и гемоконцентрации проведена интенсивная предоперационная подготовка.

Операция 30.01.06 начата с выполнения грыжесечения в правой паховой области. Содержимое грыжевого мешка — большой салыник без признаков ущемления, погружен в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевого дефекта местными тканями. Затем произведена срединная лапаротомия. Выявлена опухоль размерами $7 \times 4 \times 4$ см левого изгиба ободочной кишки. Метастазы опухоли в печени и регионарных лимфатических узлах не обнаружены. Подвздошная, восходящая и поперечная ободочная кишки раздуты, переполнены каловыми массами и газами. Нисходящая и сигмовидная ободочная кишка спавшаяся. Установлен диагноз: рак левого изгиба ободочной кишки, стадия III, клиническая группа Па (Т3N0M0), острая обтурационная непроходимость кишечника.

Произведена левосторонняя гемиколэктомия, лаваж приводящего отдела толстой кишки. После применения

холодовой адаптации приводящей петли толстой кишки наложен анастомоз конец в конец по Г. В. Бондарю. Раны зажили первичным натяжением. Контроль рентгеноконтрастного исследования, через 24 ч контрастная масса обнаружена в прямой кишке. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, холодная адаптация кишки является не дорогостоящим, простым в исполнении и повсеместно доступным методом. Ее использование в сочетании с наложением анастомоза по Г. В. Бондарю позволяет сформировать надежный анастомоз при выполнении операции по поводу острой непроходимости толстой кишки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИЧЕСКОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО ЭКСПРЕСС—МЕТОДА

С. Д. Шаповал

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Цель исследования — провести сравнительную оценку разработанного модифицированного экспресс—метода и классического метода определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Материал забирали из содержимого ран с помощью стерильного ватного тампона, который помещали в стерильную пробирку и направляли в бактериологическую лабораторию. Тампон помещали во флакон с мясо—пептонным бульоном, который доводили до температуры 37°C и отмывали в течение 20 мин с помощью встряхивателя биологических жидкостей. Добавляли калия нитрат с таким расчетом, чтобы конечная концентрация его составляла 0,1%. Смесь разливали по 2 мл в пробирки (по числу исследуемых антибиотиков), добавляли 2 стандартных бумажных диска (НИИЭМ им. Пастера, г. Санкт—Петербург), пропитанные антибиотиком. Одновременно готовили контрольные пробы: засеянный бульон с калия нитратом без антибиотика и без калия нитрата. Все пробирки помещали в термостат при температуре 37°C.

Параллельно содержимое тампона засеивали на питательную среду с кровяным агаром для получения культуры. Среду также помещали в термостат при температуре 37°C на 18 — 20 ч. Выросшую культуру микроскопировали и осуществляли дополнительную идентификацию по биохимическим тестам с определением чувствительности к антибиотикам классическим методом.

Через каждый час из контроля брали пробы и определяли в них наличие нитритов. При получении положи-

тельной реакции сухой индикатор Грисса на кончике пинцета добавляли в пробирку с дисками антибиотиков и через 5 мин регистрировали результат. Такое исследование позволяло установить минимальный срок для учета результата, который зависел от степени обсеменения микроорганизмами.

Окрашивание жидкости в малиново—розовый цвет свидетельствовало об устойчивости бактерий к данному антибиотику (присутствие нитритов). Если микроорганизмы были чувствительны к антибиотику, жидкость оставалась бесцветной.

Положительную реакцию на дегидразы в контроле (без антибиотика) давали как грамположительные, так и грамотрицательные микроорганизмы.

При большой концентрации микроорганизмов активность дегидраз можно определять уже через 30 мин (патент Украины 14141). В среднем, срок, необходимый для выявления активности дегидраз, составляет 3 — 4 ч, что практически сразу же делает назначенную антибактериальную терапию направленной. При применении классических методов определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам результат получают не ранее чем через 48 — 72 ч.

Сопоставление данных, полученных в 586 исследованиях, с результатами общепринятой методики, показало отсутствие расхождения практически в 100% наблюдений.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

В. О. Шапринський, О. А. Камінський, В. Ф. Білощицький, Наср Закі
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Серйозну проблему в хірургічній гастроентерології становить лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею. Відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова, на базі якої міститься кафедра шпитальної хірургії, є центром з надання невідкладної допомоги хворим з шлунково—кишковою кровотечею. За період з 2002 по 2007 р. госпіталізовані 1106 хворих з кровотечею з виразки ДПК. Під впливом консервативної та ендоскопічної терапії досягнутий стійкий гемостатичний ефект, і після проведеного лікування хворі у задовільному стані виписані на амбулаторне лікування. Проте, 85 (7,68%) хворих оперовані. Чоловіків — 62, жінок — 23, вік хворих від 30 до 77 років (в основному від 50 до 70 років). Майже у 75% хворих виявлено велику або гігантську виразку. Кровотеча з пенетрацією виразки відзначена у 31 (36,4%) хворого, з стенозом воротаря різного ступеня — у 27 (31,7%), з стенозом та пенетрацією — у 12 (14,1%), з перфорацією — у 4 (4,7%). Тільки в 11 (12,9%) хворих виявлено кровотечу з невеликої виразки, розташованої на передній стінці ДПК.

За неефективності гемостатичної терапії протягом 2 — 4 год у хворих з профузною тривалою кровотечею, рецидивом кровотечі, що виник у стаціонарі, а також за поєднання кровотечі з перфорацією виконували невідкладне хірургічне втручання.

З 85 хворих у 48 виконані органозберігальні операції, з них у 32 — висічення виразки з пілоро— або ду-

оденопластикою та одним з видів ваготомії, у 16 — екстеріоризація виразки з пілородуоденопластикою. З резекційних методів частіше виконували резекцію шлунка за Більрот I — у 20, за Більрот II — у 12 хворих. У 4 хворих за наявності тяжкого стану, геморагічного шоку і нестабільної гемодинаміки здійснене прошивання судини, що кровоточила, з пілородуоденопластикою і передньою стовбуровою ваготомією. За загрози можливих ускладнень хворим проводили зонд за зв'язку Трейтца — для раннього ентерального харчування та зонд в шлунок — для декомпресії.

Після операції хворим, крім основної терапії, обов'язково призначали блокатори протонного насоса та H₂-блокатори.

У 10 хворих виникли ускладнення: неспроможність швів кукси ДПК — у 3, евістрація — у 3, післяопераційний перитоніт, кровотеча з анастомозу, післяопераційний панкреатит, рання спайкова непрохідність кишечника — по одному спостереженню. Померли 8 (9,4%) хворих.

Таким чином, найбільш ефективною операцією з приводу виразки ДПК, ускладненої кровотечею, є органозберігальні втручання з висіченням або виведенням виразкового субстрату з просвіту ДПК в поєднанні з ваготомією, яка забезпечує меншу частоту ранніх післяопераційних ускладнень, хороші безпосередні й віддалені результати у більшості хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ВНУТРИАРТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ У БОЛЬНИХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

О. Г. Югринов, Е. А. Колесник, А. А. Супруненко, Р. Р. Хворостовський
Національний інститут рака МЗ України, г. Київ

Колоректальний рак (КРР) входить в число найбільш часто виявляємых злокачественных новообразований. Ежегодно в мире регистрируют около 1 млн новых случаев КРР, а число умерших превышает половину вновь заболевших.

На момент первичной диагностики у значительной части пациентов выявляют местно—распространенные и метастатические формы заболевания. Из больных, у которых произведено радикальное удаление первичного очага в отсутствие местных рецидивов, у 55% — в последующем выявляют метастазы в печени. Единственным методом, достоверно улучшающим показатели выживаемости этих больных, является резек-

ция печени, которую возможно выполнить не более чем у 25% из них. После резекции печени у 20 — 50% пациентов возникают рецидивы заболевания.

В настоящее время комбинированное лечение с использованием химиотерапии является стандартом лечения больных с метастатическим КРР.

Эндоваскулярные методы играют важную роль в лечении метастазов КРР в печени. Режимы проведения внутриартериальной химиотерапии в настоящее время обсуждаются.

Целью исследования явился сравнительный анализ результатов лечения пациентов с метастазами КРР в печени, которым проводили внутриартериальную хи-

миотерапию и химиоэмболизацию в различных режимах.

Представлены результаты лечения 73 больных КРР с метастатическим поражением печени в отделении абдоминальной онкологии за период с 2000 по 2007 г.

Важным лечебно—диагностическим методом была ангиография, позволявшая выявить характер и степень васкуляризации новообразований, их число, распространенность и объем поражения, выполнить эндоваскулярное вмешательство.

Методики эндоваскулярной терапии

Группа 1: химиоэмболизация с использованием препарата оксалиплатин 100 мг/м² — у 10 больных.

Группа 2: химиоэмболизация с использованием режима FLAP (фторурацил, лейковорин, адриабластин, цисплатин) — у 15 больных.

Группа 3: химиоинфузия с использованием режима FLAP — у 38 больных.

Группа 4: химиоинфузия с использованием оксалиплатина 100 мг/м² — у 15 больных.

Осложнений, связанных с установлением внутриартериального катетера, не было. Токсичность I — II степени, обусловленную химиотерапией, наблюдали у больных всех групп, ее частота не превышала 20%. Токсичность III — IV степени не отмечена. Полный регресс метастазов опухоли не достигнут. Общий эффект проведенной терапии (частичный регресс, стабилизация заболевания) составил 38%.

Показатели общей выживаемости в сроки наблюдения до 2 лет составили: в группе 1 — (55,8 ± 20)%, в группе 2 — (9,7 ± 5,8)%, в группе 3 — (28,7 ± 7)%, в группе 4 — (19,6 ± 10)%; медиана выживаемости — соответственно 14, 10, 16,5 и 15,5 мес.

Полученные предварительные данные свидетельствуют о невысокой эффективности схемы FLAP в качестве режима для химиоэмболизации по сравнению с таковой при применении оксалиплатина. Режим FLAP эффективен для химиоинфузии. Необходимо дальнейшее изучение режимов химиотерапии для внутриартериального введения.

МІНІІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАНКРЕОНЕКРОЗ

МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ: МОЖЛИВОСТІ, ТЕХНОЛОГІЇ, ЕФЕКТИВНІСТЬ

В. П. Андрущенко, Л. М. Когут, О. Т. Гіряк, Д. В. Андрущенко
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

З впровадженням в клінічну практику мініінвазивних методів хірургічного втручання істотно розширились можливості діагностики та лікування гострого панкреатиту (ГП) та його ускладнень, проте, деякі питання щодо показань, доцільності й ефективності їх використання не вирішені.

Мета — з'ясувати можливості та визначити місце мініінвазивних технологій у хірургічному лікуванні ГП та його ускладнень, а також визначити інформативність цитологічного дослідження патологічної рідини у діагностиці, об'єктивізації тяжкості та прогнозування перебігу захворювання.

За останні 5 років у клініці лікували 1040 пацієнтів з ГП та його ускладненнями. Легкий перебіг захворювання (Атланта, 1992) відзначений у 732 (70,4%) пацієнтів, тяжкий — у 308 (29,6%). Консервативна терапія з позитивним ефектом проведена 857 (82,4%) хворим; у 183 (17,6%) — виконане оперативне втручання.

У 98 пацієнтів застосовані мініінвазивні технології, а саме, інтервенційне ультразвукове дослідження (УЗД) — у 69 (70,4%), відеолапароскопія — у 29 (29,6%). Використані клінічні, лабораторно-біохімічні, променеві, ендоскопічні, морфологічні, цитологічні методи дослідження.

Мініінвазивні методи застосовані при гострому некротичному панкреатиті у 21 (21,4%) спостереженні, інфікованому панкреонекрозі — у 28 (28,6%), парапанкреатиті і заочеревинній флегмоні — у 14 (14,3%), панкреатичному та парапанкреатичному абсцесі — у 12 (12,2%), постнекротичній псевдокісті підшлункової залози — у 23 (23,5%) за локалізації рідинних утворень в межах вільної черевної порожнини у 61 (54%) хворого,

сальниковій сумці — у 15 (13,3%), ретроколярних просторах — у 13 (11,5%), кіст підшлункової залози — у 24 (21,2%). Мініінвазивні втручання різнилися за технологією (інтервенційне УЗД, відеолапароскопія) і метою (одномоментно—остаточні, етапні, що стабілізують стан хворого).

Застосування цих методів як самостійно, так і в поєднанні з відкритими втручаннями сприяло покращенню результатів лікування даного контингенту пацієнтів.

У 52 хворих проведено цитологічне дослідження вмісту рідинних утворень (гострі скупчення рідини, перитонеальний ексудат). Характерними ознаками тяжкого перебігу ГП вважали: наявність проліферуючого мезотелію у вигляді синцитіальних утворень, тяжів, з вираженими дистрофічними змінами цитоплазми і ядра, анізоцитоз та анізонуклеоз мезотелію, появу молодих незрілих клітин гранулоцитарного ряду, наявність грудочок та кристалів гематоїдину й холестерину, внутрішньо— чи позаклітинне розташування мікрофлори.

Висновки

1. Сучасні мініінвазивні інтервенційно—сонографічні та відеолапароскопічні технології ефективні у діагностиці та лікуванні ГП та його ускладнень.

2. Мініінвазивні втручання доцільно поділяти на одномоментно—остаточні, етапні та такі, що стабілізують стан хворого, їх використовують як самостійно, так і в поєднанні з відкритими втручаннями.

3. Цитологічне дослідження отриманого за допомогою використаних методик матеріалу є об'єктивним чинником у діагностиці, оцінці тяжкості та прогнозуванні перебігу захворювання.

ДОСВІД МІНІІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТНЕКРОТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

С. М. Антонюк, П. Ф. Головня, В. Б. Ахрамеєв, І. Б. Андрієнко, М. В. Свиридов, А. Б. Чуков, С. В. Міщенко
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Утворення та формування псевдокісти підшлункової залози (ПЗ) є одним з ускладнень гострого деструктивного панкреатиту, перебіг якого завершився відмежуванням вогнища некрозу.

Обстежені 35 хворих з постнекротичною псевдокістою ПЗ, в тому числі 32 чоловіки та 3 жінки, вік хворих від 26 до 62 років. Пацієнти госпіталізовані у строки від 3 до 12 тиж з моменту захворювання. Діаметр псевдокіст ПЗ від 6 до 15 см, об'єм від 40 до 900 мл. Патологічна порожнина локалізувалася в основному поряд з ПЗ — у 31 хворого, в 1 — біля селезінки і займала весь піддіафрагмальний простір, у 3 — поширювалася у ліву пахвинну ділянку.

Найчастіше — у 22 хворих — кісти були поодинокі, у 13 — відшнуровані у вигляді 2 — 3 порожнин та більше.

Залежно від локалізації рідинних утворень пункцію виконували частіше крізь шлунково—ободову зв'язку та малий сальник, в одного хворого — крізь синус по середній паховій лінії ліворуч, дренаж встановлений на 18 діб. У 2 хворих при локалізації процесу у лівій пахвинній ділянці здійснене подвійне контрастування (з використанням клізми сигмоподібну ободову кишку заповнювали розчином фурациліну), а потім праворуч за допомогою троакара виконували пункцію кісти з подальшим дренажуванням її порожнини.

Мініінвазивні втручання виконували з місцевим знеболюванням під контролем ультразвукового дослідження за допомогою апарата "Volusion — 780" з кольоровим доплерівським картуванням.

При досягненні голкою патологічного рідинного утворення здійснюють аспірацію вмісту з подальшим бактеріологічним, цитологічним та біохімічним досліджен-

ням. По результатах досліджень нагноєння псевдокісти ПЗ виявлене у 5 хворих, крововилив у порожнину кісти — у 3, в одного — атипові клітини як доказ перебігу канцерозного панкреатиту. Всім хворим після видалення вмісту кіст в порожнину вводили антибіотики, інгібітори протез, кортикостероїди.

За нагноєння кісти пункцію повторювали до 6 разів. Після проведення пункцій дренажі залишали у 4 хворих (за локалізації процесу заочеревинно у лівій пахвинній ділянці та ліворуч під діафрагмою). У решти хворих дренажі не залишали через ризик підтікання вмісту кісти після його видалення. У 10 спостереженнях проведено рентгеноконтрастне дослідження, у 2 з них — виявлений зв'язок з протокою ПЗ.

З 35 хворих мініінвазивні втручання виявилися ефективними у 28, з них 4 — лікували у стаціонарі повторно з приводу рецидиву ускладнення, пов'язаного з порушенням дієти.

Безуспішним мініінвазивне лікування було у 7 хворих, одна з них переведена до онкологічного відділення. У 2 хворих за багатокамерної структури кіст ПЗ через 6 і 8 міс виконано цистектомію, у 2 — виконані операції внутрішнього дренажування в ті самі строки, оскільки причиною неефективного лікування був зв'язок кісти з протокою ПЗ. У 2 хворих доступом Кохера ліворуч розкривали заочеревинний простір, виконували некрсеквестрэктомію з подальшим дренажуванням порожнин. Ускладнень після виконання мініінвазивних втручань не було.

Таким чином, впровадження в клінічну практику мініінвазивних втручань сприяє ефективному лікуванню таких хворих.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

С. В. Афанасьев, А. В. Снисарь, М. Е. Ничитайло, Д. И. Дзевицкий

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, г. Днепропетровск

В настоящее время для лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений применяют два принципиально различных по технике исполнения способа оперативного вмешательства: лапаротомный и эндовидеохирургический. Как показывает практика, при их применении возможно ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков, что обуславливает тяжелые негативные последствия в отдаленном послеоперационном периоде.

Обследованы 28 больных с последствиями интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. У 13 (46,4%) больных произведены эндовидеохирургические вмешательства, у 15 (53,6%) — лапаротомные. В проведенном исследовании оценивали следующие медико—социальные объективные факторы (в той или иной степени оказывающие влияние на процесс и конечный результат лечения): характер первичного (основного) заболевания, уровень аккредитации лечебного

учреждения, в котором произведено первичное оперативное вмешательство, а также способ операции.

Оперированы в ЦРБ 17 (60,7%) больных, в городских больницах — 11 (39,3%). По поводу острого калькулезного холецистита оперированы 8 (29,6%) пациентов, хронического — 20 (70,4%). Вместе с тем, у больных, оперированных в ЦРБ по поводу острого калькулезного холецистита, повреждение общего желчного протока возникло у 5, что составило 17,9% всех обследованных с повреждением желчных протоков и 38,5% — оперированных в ЦРБ по поводу острого холецистита. Повреждение внепеченочных желчных протоков во время выполнения холецистэктомии по поводу острого холецистита в городской больнице отмечено в 1 наблюдении, что составило 3,6% всех обследованных с повреждением внепеченочных желчных протоков.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что интраоперационной травме внепеченочных желчных протоков в какой-то мере могут способствовать некоторые объективные факторы, в частности, аккредитационный уровень лечебного учреждения, в котором оказана хирургическая помощь пациентам по поводу осложненной ЖКБ, чем он ниже, тем больше вероятность интраоперационного повреждения желчных протоков.

Вместе с тем, характер основного заболевания билиарной системы в меньшей степени влияет на частоту возможных интраоперационных и послеоперационных осложнений и не может рассматриваться как объективный фактор риска.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

О. Е. Бобров, В. И. Паламарчук, Н. А. Мендель, И. Н. Игнатов, А. М. Вильгаш

Национальная медицинская академия последипломого образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

Проанализирован опыт лечения 936 больных острым панкреатитом (ОП), из них у 195 — верифицирован острый некротический панкреатит (ОНП). Гнойно-септические осложнения (ГСО) возникли у 25 (12,8%) из них на 15 — 21-е сутки с момента возникновения заболевания, у 170 (87,2%) больных с ОНП консервативное лечение способствовало постепенному устранению инфильтратов поджелудочной железы (ПЖ) и парапанкреатической клетчатки.

В комплексном лечении больных с ГСО ОНП использовали чрескожные пункционные миниинвазивные хирургические вмешательства (ЧПМХВ). Показанием к выполнению ЧПМХВ являлось наличие жидкостных образований в сальниковой сумке, ПЖ и клетчатке абдоминального пространства.

ЧПМХВ выполнены у 34 пациентов при наличии жидкостных образований и кистозидов. У 3 (8,82%) из них впоследствии отмечено прогрессирование ГСО ОНП, им произведены открытые вмешательства.

У 25 больных с ГСО ОНП выполнены оперативные вмешательства, из них у 16 — неоднократные (от 2 до 9 операций). Особенностью хирургической тактики в этот период было то, что предпочтение отдавали выполне-

нию этапной панкреатосеквестрэктомии, по возможности — с использованием щадящего доступа, контролем ультразвукового исследования с применением наборов инструментов "Лига-7" и "Миниассистент".

Завершали операцию "открытым" способом — создавали регионарную лапаро- или ретролапаростому. Это позволяло осуществлять программированную санацию гнойно-септического очага с удалением свободно лежащих секвестров через каждые 48 — 72 ч, а по показаниям — чаще. Умерли после операции 4 (16%) больных.

Использование чрескожных пункционных миниинвазивных хирургических вмешательств, предусматривающих эвакуацию жидкостных образований в ПЖ и парапанкреатической клетчатке, способствовало уменьшению частоты возникновения ГСО ОНП до 2,68% — у всех больных ОП и до 12,82% — у больных с тяжелым ОНП.

Усовершенствование технологии хирургического вмешательства с внедрением миниинвазивной этапной панкреатосеквестрэктомии способствовало уменьшению частоты выполнения открытых трансабдоминальных операций с 20,48 до 12,82%, снижению общей летальности до 0,43% — у больных ОП, с тяжелым ОНП — до 2,05%, у больных с ГСО ОНП — до 16%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕАТИТА

В. И. Бондарев, А. В. Пепенин, Р. В. Бондарев, А. В. Алексеев, А. А. Ерицяп
Луганский государственный медицинский университет

Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Частота выявления деструктивных форм ОП увеличивается и, по данным некоторых авторов, достигает 20 — 30% от общего числа больных ОП. В 40 — 70% наблюдений происходит инфицирование изначально стерильных зон некроза поджелудочной железы (ПЖ), что обуславливает возникновение гнойных осложнений, которые являются одной из основных причин летальности, которая не имеет существенной тенденции к снижению.

Цель исследования — изучить эффективность миниинвазивных вмешательств (МВ) в лечении инфицированного панкреатита (ИП).

Под наблюдением находились 57 пациентов с деструктивным панкреатитом (ДП) в возрасте в среднем 49 лет. Мужчин было 32, женщин — 25. Стерильный ДП диагностирован у 32 больных, ИП — у 25, гнойные осложнения возникли у 16 из них. Инфицирование определяли путем тонкоигольной пункции (ТИП) под контролем ультразвукового исследования (УЗИ).

Для ТИП использовали иглы Madaxag 18G. Тонкоигольное дренирование (ТИД) осуществляли с помощью дренажных систем pig tail 6F и 9F (Balton). УЗИ осуществляли на аппарате SLE 101 PC с конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц. Возбудителей верифицировали по результатам бактериологического исследования с использованием классических методов на питательной среде.

У 12 пациентов со стерильным ДП в связи с наличием инфильтрата в проекции ПЖ произведена ТИП. По данным бактериологического исследования микроорганизмы не выявлены. Во всех 32 наблюдениях на фоне адекватной консервативной терапии достигнут регресс ДП. У 25 больных в пунктате обнаружены *E.coli* (в 9 наблюдениях), *Proteus* (в 8), смешанная микрофлора (в 8). У 9 из них достигнут регресс ДП путем ТИП. Показаниями к

проведению ТИП было наличие скоплений жидкости объемом более 50 мл, независимо от их локализации. В целом проведено 28 процедур ТИП (в среднем по 3 у каждого пациента). При наличии густого гнойного отделяемого у 16 больных проведено ТИД, которое оказалось эффективным в 5 наблюдениях. Эффект достигнут у больных при локализации гнойных очагов в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (проведено 18 ТИД). Размеры скоплений жидкости значения не имели. Неадекватность ТИД фрагментов детрита стала показанием к санации гнойных очагов с использованием минидоступов в надчревной и поясничной областях (в 11 наблюдениях). Всего проведено 29 процедур ТИД, из которых 20 — в поясничной области. Число дренажей у каждого больного от 2 до 5. Установление 2 дренажных систем и более оказалось значительно эффективнее, чем единичных дренажей благодаря возможности проведения проточного лаважа из разных точек. В 2 наблюдениях в связи с образованием обширной флегмоны клетчатки забрюшинного пространства произведены открытые вмешательства.

Умерли 3 (5,3%) больных, один — через 2 сут от начала заболевания при фульминантном течении ДП, несмотря на своевременное осуществление лапароскопического дренирования брюшной полости и ТИП сальниковой сумки. Еще один больной умер вследствие прогрессирования симптомов полиорганной недостаточности, один — от тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы

1. Наличие ИП является показанием к проведению ТИП, по показаниям — ТИД.

2. При неадекватности ТИД методом выбора санации являются вмешательства с использованием миниинвазивных доступов.

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Н. Н. Велигоцкий, С. Э. Арутюнов, А. Н. Велигоцкий, С. А. Павличенко, А. С. Чеботарев
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ) часто являются обтурационная желтуха и холангит. В лечении холангита в последнее время широко применяют транспапиллярные оперативные вмешательства с назо-

билиарным дренированием. Во время санации желчевыводящих путей создаются условия, способствующие повышению давления во внепеченочных желчных протоках, инфицированию и попаданию мелких конкремен-

тов во внутріпеченочные желчные протоки с образованием холангиовенозного и холангиолимфатического рефлюкса.

Цель исследования — улучшение результатов комплексного лечения пациентов с ЖКБ, осложненной холангитом, путем внедрения новых устройств для санации внепеченочных желчных протоков.

Представлены результаты применения назобилиарного дренирования у 31 пациента с заболеваниями внепеченочных желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) неопухоловой природы, осложненными холангитом, которых лечили в хирургическом отделении Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи в период с 2003 по 2007 г. Для оценки тяжести воспаления желчевыводящих путей применяли дуоденоскопию с визуальной оценкой БСДК и бактериологическое исследование желчи. Назобилиарное дренирование применено у 17 (14,2%) больных основной группы и 14 (10,6%) — группы сравнения. Показанием к проведению назобилиарного дренирования были: гнойный холангит, неудаляемые конкременты общего желчного протока, фрагменты конкрементов на фоне стриктуры терминального отдела общего желчного протока. Установление дренажа в общий печеночный проток позволяло предотвратить вклинение конкрементов с формированием желчной гипертензии и необходимость осуществления повторного эндоскопического вмешательства. Продолжительность назобилиарного дренирования у каждого пациента определяли индивидуально, в зависимости от динамики клинико-биохимических показателей и данных первоначального эндоскопического исследования. Изучая характер отделяемого из БСДК, степень изменения желчи, наличие гноя или фибрина в ней, судили о тяжести гнойно-воспалительного процесса в желчевыводящих путях. Назобилиарное дренирование проводили преимущественно больным с гнойно-фибринозной и гнойно-некротической формой холангита. В лечении больных с гнойным холангитом основной группы применили мо-

дифицированный назобилиарный зонд, на дистальном конце которого расположен трехпросветный катетер—баллон, раздувая или наполняя жидкостью который при его расположении в общем печеночном протоке, проводили интенсивную местную антибактериальную терапию, что позволяло предотвратить осложнения, связанные с попаданием инфицированной желчи и мелких конкрементов во внутріпеченочные желчные протоки (патент Украины 28471 от 10.12.07). Дренаж устанавливали так, чтобы его дистальный конец с баллоном располагался на уровне слияния правого и левого печеночных протоков, а проксимальный конец широкой трубки дренажа находился в просвете ДПК на 2 — 3 см. После установки дренажа растворы антисептиков вводили через его тонкую трубку, при этом инфицированная желчь и мелкие конкременты свободно отходили по широкой трубке в ДПК, раздутый баллон препятствовал проникновению инфекции и мелких конкрементов во внутріпеченочные желчные протоки. В основной группе назобилиарное дренирование оказалось эффективным у 16 (94,1%) больных, в группе сравнения — у 9 (64,3%). Применение назобилиарного дренажа усложняло конструкции способствовало улучшению результатов лечения. Раннее устранение признаков холангита с нормализацией лабораторных показателей (уменьшение количества лейкоцитов, уровня билирубина, активности щелочной фосфатазы, ЛИИ, ГПИ достигнуто у 94,1% больных основной группы и у 64,3% — группы сравнения).

Выводы

1. Использование модифицированного назобилиарного дренажа у больных с холангитом обеспечивает более эффективное лечение, в том числе при неустранимых с помощью эндоскопии нарушениях.

2. Назобилиарное дренирование применяют как этап подготовки к основному оперативному вмешательству, при этом сроки лечения холангита определяются степенью его тяжести и степенью коррекции патологии желчных протоков.

ВИКОРИСТАННЯ ЛЮМБОСКОПІЧНОГО ДРЕНУВАННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

М. М. Велігоцький, С. М. Кобилецький

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Сумська обласна клінічна лікарня

Гострий деструктивний панкреатит є одним з найпроблематичніших захворювань у невідкладній хірургії, що пов'язане з відсутністю консервативного або хірургічного методу лікування, який забезпечував би припинення прогресування некрозу у підшлунковій залозі. Найчастіше при гострому деструктивному панкреатиті здійснюють "відкриті" оперативні втручання, метою яких є санация і дренивання черевної порожнини й заочеревинного простору, зокрема, панкреатонекроеквестрето-

мія, холецистостомія. Виконання широкої лапаротомії характеризується високим рівнем хірургічної агресії, небезпекою виникнення післяопераційних ускладнень, в тому числі нагноєння рани передньої черевної стінки, евентрації внутрішніх органів, утворення кишкової нориді.

В той же час дренивання заочеревинного простору під час таких втручань дуже складне, травматичне, не завжди ефективне.

Альтернативою "відкритим" методам є проведення люмбоскопічної некрсеквестрэктомії з промиванням порожнини розчинами антисептиків та встановленням дренажів.

Дослідження проводили на клінічних базах кафедри торакоабдомінальної хірургії, якими є Харківська міська клінічна лікарня № 4 та Сумська обласна клінічна лікарня. Проведене обстеження й лікування 23 хворих, оперованих у 2005 — 2007 рр. з приводу гострого деструктивного панкреатиту з використанням мініінвазивних методів.

Лапароскопічне розкриття й дренивання абсцесу сальникової сумки здійснене у 3 спостереженнях. Лапароскопічний лаваж і дренивання сальникової сумки та черевної порожнини проведено у 6 хворих. У 3 хворих використана люмбоскопічна некрэктомія, в 1 — секвестрэктомія. Люмбоскопічне дренивання заочеревинної та паранекротичної клітковини виконане у 23 хворих.

Повторно оперовані 6 хворих, з них двічі — 4, тричі — 1, 4 рази — 1.

Всім хворим проведено інтенсивну комплексну консервативну терапію, яка включала ранню інфузійну терапію, адекватне знеболювання, застосування інгібіторів протеаз, антибіотиків, екстракорпоральних методів детоксикації.

Померли 2 хворих, 1 — від тромбоемболії легеневої артерії, ще в 1 — незважаючи на проведення інтенсивної консервативної терапії та своєчасне виконання оперативного втручання, спостерігали швидке прогресування поліорганної недостатності, що спричинило його смерть.

Таким чином, використання люмбоскопії при деструктивному панкреатиті дає можливість ефективно видалити некротизовані тканини, здійснити санацію й адекватне дренивання заочеревинного простору при утворенні інфільтрату та флегмони під візуальним контролем.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А. К. Влахов, К. Л. Гройзик, В. Н. Старосек, А. Ю. Усенко, И. И. Ярошук

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского г. Симферополь

Проведено лечение панкреонекроза у 115 больных, из них у 69 — сформировался панкреатогенный инфильтрат. Всем больным проведено общеклиническое обследование. Тяжесть состояния больных оценивали с использованием шкал APACHE II, Ranson, Glasgow. Чрескожные вмешательства выполняли с применением игл 18 — 14 G под контролем сканеров HS 2000 (Honda, Япония) и SSD 600 (Aloka, Япония), оснащенных конвексными и линейными датчиками с частотой 3,5 — 7,5 МГц. Дренирование выполняли по Сельдингеру, применяли стилет-катетеры и троакары разного диаметра. Проводили бактериологические и биохимические исследования аспиратов. Для направленного введения иглы в гнойно-некротический очаг на основе данных ультразвукового исследования осуществляли предварительное трехмерное моделирование прогрессирования панкреонекроза с последующим определением зоны оптимального минидоступа к эпицентру очага.

Всем больным проведены комплексная интенсивная детоксикационная, антиферментная, антибактериальная, кардиотоническая, респираторная терапия, парентеральное питание. Продолжительность применения антибактериальной терапии в сочетании с противогрибковыми препаратами не менее 14 — 18 сут. Возникновение гнойных осложнений панкреонекроза наблюдали в сроки 16 — 28 сут от начала заболевания. Установлен критический порог объема поражения, превышение которого

обуславливало неизбежное инфицирование, не устраняемое проведением антибиотикопрофилактики. На основании результатов программного расчета зоны поражения при объеме некроза более 200 см³ (у 24 больных) абсцедирование отмечено у 22 (91,7%).

Всем больным проведена тонкоигольная аспирация экссудата из очагов под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Выполнение вмешательства под контролем УЗИ позволило стабилизировать состояние больных, уменьшить тяжесть интоксикации, способствовало отграничению патологического очага. Последующей задачей была эвакуация тканевого детрита и секвестров путем лапаро- и люмботомии с использованием минидоступа. Санацию гнойно-некротических очагов осуществляли путем этапной программированной некрсеквестрэктомии. Для предупреждения полиорганной недостаточности и летального исхода первостепенное значение имеет дренирование очагов деструкции, а не радикальное удаление всех тканей. Применение методики компьютерного виртуального моделирования позволяло точно определить положение остаточных полостей, содержащих некротизированные ткани, и выбрать требуемый доступ к ним. С учетом трехмерного изображения распространенности и направленности очагов выбор между лапаротомией и люмботомией определяли путем расчета глубины раны, он был сугубо индивидуальным, в соответствии с зоной доступности и углом наклона оси

операційного дійства. Из 42 больных, оперированных по поводу гнойных осложнений деструктивного панкреатита, умерли 6 (14,3%).

Применение миниинвазивных методов при лечении постнекротических осложнений деструктивного панкре-

атита позволяет достоверно определить момент перехода инфицирования в абсцедирование, выполнять оперативные вмешательства в оптимальные сроки, выигрывая время для устранения полиорганной дисфункции.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Д. В. Горбач

Дніпропетровська державна медична академія

Сучасна концепція тактики ведення хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту базується на своєчасній діагностиці, поєднанні мініінвазивних хірургічних втручань з багатокomпонентною інтенсивною терапією.

Одним з перспективних методів діагностики захворювання вважаємо тонометрію шлунка (визначення інтрамукозної рН — рНі), що дозволяє виявити інтрамукозний ацидоз як показник тканинної ішемії, порушення бар'єрної функції слизової оболонки кишечника, що зумовлюють транслокацію мікроорганізмів, ендотоксинів у систему циркуляції та виникнення синдрому поліорганної недостатності.

Зниження рНі та підвищення інтрамукозного напруження CO_2 (рiCO₂) співпадає з клінічним погіршенням стану хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту. Дані тонометрії шлунка (рНі понад 7,32, рiCO₂, що не перевищує 25 мм рт. ст.) корелюють з позитивною динамікою при панкреонекрозі. Зниження рНі менше 7,32 у поєднанні з підвищенням рiCO₂ до 35 мм рт. ст. є ранніми інформативними ознаками інфекційних ускладнень та несприятливого перебігу захворювання, що свідчать про неадекватну перфузію судин спланхнічного басейну.

Під час вивчення можливості використання експрес-діагностики вмісту прокальцитоніну (ПКТ) у плазмі (BRANMS PCT-Q) з метою диференційної діагно-

стики стерильного та інфікованого панкреонекрозу встановлено, що у хворих з стерильним панкреонекрозом він не перевищував 2 нг/мл; за інфікованого панкреонекрозу та його гнійних ускладнень — становив 2 — 10 нг/мл, септичних ускладнень — перевищував 10 нг/мл. Таким чином, визначення концентрації ПКТ полегшує ранню діагностику інфікування вогнищ некрозу підшлункової залози та сприяє своєчасному початку специфічного лікування, зокрема, антибактеріальної терапії, а також може бути орієнтиром під час визначення показань до хірургічної санації у хворих з деструктивним панкреатитом.

Використання зазначених методів у комплексі з загальноприйнятими (інтегральні шкали оцінки тяжкості стану хворих; УЗД, КТ—ознаки за шкалами Balthazar та Hounsfield; аспіраційна тонкоіголова біопсія зони деструкції під контролем УЗД з подальшим бактеріологічним дослідженням) дозволило підвищити специфічність діагностики інфекційних ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту на 12%.

Точність і своєчасність діагностики та використання мініінвазивних методів хірургічного лікування (лапароскопія, пункційне дренивання скупчень рідини, використання мінідоступів під час дренивання гнійно—некротичних вогнищ) сприяло зниженню загальної летальності при гнійно—септичних ускладненнях деструктивних форм гострого панкреатиту до 7,2%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. В. Грубник, А. С. Дюжев, А. А. Петренко
Одесский государственный медицинский университет

Лечение острого панкреатита является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Частота острого билиарного панкреатита среди всех его форм составляет 30 — 40%, частота острого билиарного панкреатита при калькулезном холецистите — от 12 до 25%. В эру широкого использования лапароскопических технологий выбор оптимальной тактики лечения острого билиарного панкреатита актуален.

В период с 1999 по 2005 г. с использованием лапароскопического метода оперированы 294 пациента по поводу острого билиарного панкреатита. Преобладали женщины — 74,2%. Возраст больных от 38 до 76 лет. Обследование больных на предоперационном этапе включало общеклинические, биохимические и инструментальные методы исследования. У 27 пациентов проведена компьютерная томография, у 16 — магниторезонансная томография для исключения опухоли головки поджелудочной железы и метастатического поражения печени. У 117 пациентов наличие холедохолитиаза было установлено или предположено с большой долей вероятности на предоперационном этапе.

Продолжительность предоперационной подготовки от 12 до 48 ч, у больных с выраженными проявлениями острого панкреатита, а также пожилого возраста, с сопутствующими заболеваниями сердечно—сосудистой системы — 3 — 5 сут. Все больные оперированы с использованием лапароскопического метода, при этом минимальный объем операции включал холецистэктомию с ревизией и дренированием протоковой системы печени. У 15 больных после операции произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением вклиненных

конкрементов большого сосочка двенадцатиперстной кишки. У 94 пациентов по данным ревизии обнаружены единичные пятна стеатонекроза по ходу большого и малого сальника. У этих больных дренирование подпеченочного углубления дополнено дренированием сальниковой сумки с аспирацией ее содержимого. У 18 из этих больных после операции прогрессировали симптомы деструктивного панкреатита, что в последующем в фазе гнойно—септических осложнений потребовало выполнения релапароскопии. У 8 пациентов осуществлена конверсия ввиду невозможности выполнения адекватной некрсеквестрэктомии, дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Трое (0,98%) больных умерли на фоне сепсиса и прогрессирующей полиорганной недостаточности. У остальных больных деструктивные формы острого панкреатита не наблюдали.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что лапароскопические вмешательства по поводу острого билиарного панкреатита являются адекватным оперативным пособием. У большинства больных с осложненными формами острого панкреатита лапароскопические операции могут конкурировать с лапаротомными вмешательствами. Но при этом не следует забывать, что при субтотальном или тотальном панкреонекрозе с формированием обширных забрюшинных флегмон и абсцессов предпочтительно выполнение открытой операции, когда можно полноценно осуществить необходимый вариант дренирования брюшной полости, забрюшинного пространства и адекватную некрсеквестрэктомию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКЦИОННО—ДРЕНИРУЮЩИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

А. И. Дронов, И. А. Ковальская, С. И. Пахолок, Т. В. Лубенец, А. П. Коваленко
Киевский центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков

Одной из причин неблагоприятного исхода острого некротического панкреатита является неадекватная санация острых скоплений жидкости, очагов деструкции и/или инфекции. Из проблем, касающихся лечения острого некротического панкреатита и требующих дальнейшего изучения, важными являются показания, сроки и выбор метода дренирующего вмешательства с использованием миниинвазивных методов. В последние годы в хирургическом лечении этого заболевания все чаще используют чрескожные пункционно—дренирующие опе-

рации под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Это обусловлено высокой информативностью и специфичностью исследования, его доступностью, возможностью неоднократного проведения, применения метода с лечебно—диагностической целью. Частота осложнений при применении метода незначительна, а тяжелые осложнения (кровотечение, увеличение тяжести заболевания) отмечают крайне редко.

Цель: установить показания и сроки выполнения пункционно—дренирующих вмешательств и их роль в

комплексном лечении острого некротического панкреатита.

В период с 2005 по 2007 г. в клинике лечили 336 больных с острым некротическим панкреатитом. Пункционно—дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполнены у 186 пациентов, при этом у 26 — по 2 — 3 раза, у 11 — от 4 до 7 раз. Показанием к выполнению операции считали наличие скоплений жидкости в сальниковой сумке, поджелудочной железе и забрюшинном пространстве, выполняли по возможности одномоментное опорожнение острых скоплений жидкости, при необходимости в полости оставляли дренаж, что в 75,5% наблюдений позволило выдержать сроки формирования секвестров без прогрессирования синдрома эндогенной интоксикации. Показанием к дренированию считали наличие признаков инфицирования, дренирование выполняли по методике Сельдингера, оно проведено у 82

пациентов. Объем эвакуированной жидкости от 20 до 1600 мл, проводили обязательное микробиологическое, цитологическое исследование пунктата, осложнений не было.

Таким образом, пункционно—дренирующие вмешательства под контролем УЗИ с последующим микробиологическим и цитологическим исследованием аспирата являются высокоинформативным методом диагностики характера поражения тканей и детализации фазы патологического процесса, позволяют дифференцированно подойти к хирургическому лечению при различных формах острого некротического панкреатита, представляются эффективным миниинвазивным методом санации экссудативных и гнойных осложнений при остром некротическом панкреатите. Вопрос о сроках выполнения вмешательства подлежит дальнейшему обсуждению.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б. С. Запороженко, В. И. Шишлов, А. А. Горбунов, И. Е. Бородаев
Одесский областной медицинский центр

Уровень смертности при хроническом панкреатите (ХП) достигает 50% при длительности заболевания 20 — 25 лет. Около 20% пациентов умирают от осложнений, связанных с обострением ХП, в коррекции которых хирургические методы имеют первостепенное значение. В этом отношении, наряду с открытыми операциями, значительные перспективы имеют технологии миниинвазивного хирургического лечения, которые применяют в целях коррекции обструктивных осложнений ХП и дренирования псевдокист поджелудочной железы (ПЖ).

Нами предложен и у 22 больных применен способ миниинвазивного (лапароскопического) лечения кисты ПЖ (патент Украины 22915). Под общим обезболиванием больному накладывали порты в стандартных точках, создавали карбоксиперитонеум. Под контролем лапароскопа осуществляли пункцию кисты через обе стенки желудка. С помощью шприца содержимое кисты аспирировали. На передней стенке желудка электрокоагулятором создавали "дорожку" длиной 3 — 5 см для остановки возможного кровотечения из сосудов передней стенки желудка. По "дорожке" электроножом рассекали переднюю стенку желудка, края раны желудка с помощью манипуляторов разводили в стороны. По металлической игле, введенной в полость кисты, электроножом рассекали зад-

нюю стенку желудка и прилежащую к ней стенку кисты. Длина разреза 3 — 4 см. Металлическую иглу извлекали. Из полости кисты аспирировали содержимое и промывали изотоническим раствором натрия хлорида с антибиотиками. Затем накладывали непрерывный обвивной шов на переднюю стенку желудка. Брюшную полость санировали и через контрапертуру в правом подреберье вводили дренажную трубку диаметром 0,5 — 0,7 см. Удаляли инструменты, раны брюшной стенки зашивали и накладывали наклейки.

Раннее осложнение после лапароскопической цистогастростомии возникло у одного больного, исход благоприятный.

При оценке состояния больных после операции клиническое улучшение в виде полного или частичного устранения болевого синдрома, увеличения массы тела, улучшения экзокринной функции ПЖ отмечено у большинства из них.

Таким образом, миниинвазивное вмешательство при наличии псевдокисты ПЖ в большинстве наблюдений является альтернативой открытой операции, за исключением ситуаций, требующих прямого вмешательства на ПЖ.

ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. В. Зинченко, В. Н. Кононов, Н. А. Шаповалов, А. В. Ковешников, А. Я. Телешов
Областная клиническая больница, г. Луганск

Диагностика и лечение больных с осложненными формами острого панкреатита (ОП) — актуальная проблема панкреатологии. Несмотря на применение современных методов лечения, наиболее частым осложнением ОП является образование псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ). Некротизирующую форму ПКПЖ выявляют у 73% пациентов, интерстициальную — у 5%, кровотечение в полость ПКПЖ — у 10 — 12%, инфицирование содержимого — более чем у 20%.

Цель работы — оценка эффективности миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике и лечении осложненных форм деструктивного панкреатита.

В период с 1996 по 2007 г. обследованы 370 больных, у которых предполагали образование ПКПЖ. Мужчин было 231, женщин — 139, возраст больных от 16 до 77 лет. Основным методом диагностики было УЗИ. В целях дифференциальной диагностики и выбора оптимального доступа применяли доплерографию, спиральную компьютерную томографию, спиральную компьютерную ангиографию, прицельную биопсию. Оценивали локализацию, размеры ПКПЖ, характер содержимого, наличие эхогенных включений, регионарный кровоток, степень развития фиброзной псевдокапсулы. ПКПЖ диагностирована у 338 больных, псевдотуморозный панкреатит — у 9, цистаденокарцинома ПЖ — у 18, псевдоаневризма — у 5.

Пункционное вмешательство под контролем УЗИ при наличии ПКПЖ выполнили у 338 больных. В зависимости от размеров и объема различали ПКПЖ: мелкие (1-я группа) — у 89 (26,3%) больных, средние (2-я группа) — у 169 (50%), большие (3-я группа) — у 80 (23,7%). У 16 больных обнаружены по 2 ПКПЖ и более.

У пациентов 1-й и 2-й групп выполняли преимущественно лечебно-диагностические пункции с цитологическим, биохимическим и бактериологическим исследованиями, с последующим введением в полость кисты концентрированных антибиотиков или 96% этилового спирта. При больших ПКПЖ и средних, осложненных инфицированием, осуществляли их наружное дренирование.

В 1-й группе ПКПЖ устранены у 79 (88,8%) пациентов. Во 2-й группе полностью устранить ПКПЖ удалось у 20 (11,8%) пациентов, достичь уменьшения их размеров — у 149 (88,2%); в 3-й группе ПКПЖ полностью устранены у 7 (8,7%) пациентов, уменьшились — у 52 (65%), объем не уменьшился — у 21 (26,3%).

Выводы

1. Больным с острым панкреатитом показано проведение комплекса современных методов диагностики, дифференциальной диагностики и выбор адекватного лечения.

2. Применение миниинвазивных вмешательств позволяет улучшить результаты лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕНТОПАНКРЕАТОСТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ф. Н. Ильченко, В. И. Кононенко, Л. И. Байда, Ю. В. Артемов, В. И. Толь, С. Г. Гривенко
Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Гергиевского, г. Симферополь

Современная прогрессивная тенденция сдержанных показаний к выполнению ранних операций и стремление максимально использовать миниинвазивные способы в лечении различных форм панкреонекроза все же не исключают применения активной хирургической тактики в различных фазах заболевания. Применение открытого способа операции — оментопанкреатобурсостомии (ОПБС) — один из эффективных методов лечения данной патологии, поскольку в ряде ситуаций он позволяет избежать при наличии инфицированного панкреонекроза многократной травматичной санации патологических очагов в брюшной полости, сальниковой сумке и забрюшинном пространстве.

Проанализированы результаты хирургического лечения в клинике 80 больных с тяжелыми формами панкре-

онекроза. Анализ проведен в 2 группах больных. У 39 больных (1-я группа) применяли "закрытые" методы, в том числе с использованием лапароскопии; у 41 (2-я группа) — "открытый" метод с различными вариантами ОПБС.

Показаниями к применению активной оперативной тактики были: признаки прогрессирования, распространения и инфицирования зоны панкреонекроза; выявление по данным УЗИ панкреатогенных абсцессов при наличии соответствующих клинических признаков, билиарный панкреатит (наличие симптомов деструктивного холецистита, холангита или не поддающейся устранению обтурационной желтухи), неэффективность консервативной терапии при ухудшении состояния больного с прогрессированием признаков полиорганной недо-

статочности. Во 2-й группе после верхней срединной лапаротомии проводили ревизию брюшной полости, рассекали желудочно-ободочную связку, производили ревизию поджелудочной железы, хирургическую санацию выявленных патологических очагов. При необходимости выполняли люмботомии, дренировали, по показаниям, другие отделы брюшной полости и забрюшинное пространство. Фиксировали края желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине и апоневрозу в средней трети лапаротомной раны. Накладывали швы на апоневроз и кожу выше и ниже созданного таким образом канала. Через него к железе подводили марлево-трубчатые дренажи по разработанной методике. После операции это позволяло осуществлять активную аспирацию панкреатического экссудата, гноя и мелких секвестров, в последующем была возможность осуществлять периодическую ревизию поджелудочной железы без выполнения релапаротомии. Лапаростомию у больных этой группы не применяли. При применении такой ме-

тодики ОПБС формирование послеоперационной грыжи наблюдали у 9 больных, оперированных в ранние сроки с использованием протезирующей герниопластики.

Применение ОПБС сопровождалось уменьшением частоты осложнений и летальности по сравнению с таковой при использовании "закрытого" хирургического метода. Так, в 1-й группе различные гнойно-септические осложнения возникли у 8 (20,5%) больных, умерли 12 (летальность 30,8%). Во 2-й группе такие осложнения наблюдали у 5 (12,5%) больных, умерли 7 (летальность 17,5%).

Необходимо отметить, что у больных 2-й группы в комплекс консервативной терапии включали, помимо других компонентов, раннее зондовое энтеральное питание, а также мероприятия, направленные на устранение энтеральной недостаточности и энтерогенной токсемии, в частности, сеансы энтеросорбции, селективную деконтаминацию кишечника, иммуномодуляторы.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО АСЕПТИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

На протяжении 10 лет в клинике общей хирургии с уходом за больными и курсом оперативной хирургии с топографической анатомией при нечетких клинических признаках во время диагностической лапароскопии закрытое повреждение поджелудочной железы выявлено у 40 пациентов, из которых у 27 (65,7%) — диагностирован травматический асептический панкреонекроз. Для лапароскопии применяли аппарат фирмы Karl Storz (Германия). Неотложная открытая операция выполнена у 1 (3,7%) пострадавшего с диагнозом: закрытая травма живота; асептический панкреонекроз; гематома желудочно-ободочной связки и забрюшинного пространства; гемоперитонеум II степени. Зашиты разрывы желудочно-ободочной связки, осуществлена парапанкреатическая блокада, ревизия гематом, люмботомия слева с дренированием, санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза.

Лечебные лапароскопические вмешательства выполнены у 26 (96,3%) пострадавших. Мужчин было 21 (80,8%), женщин — 5 (19,2%), возраст от 15 до 85 лет. В состоянии алкогольного опьянения и шока доставлены 22 (84,6%) пострадавших. Преобладала криминальная травма — у 15 (57,7%) больных, бытовая травма отмечена у 4 (15,4%), ДТП — у 4 (15,4%), кататравма — у 2 (7,7%), причина не установлена — у 1 (3,8%); изолированная травма выявлена у 14 (53,8%), политравма — у 12 (46,2%).

Показаниями к выполнению лечебных лапароскопических вмешательств были асептический панкреонекроз, перитонит в отсутствие повреждений других органов, коррекция которых возможна только при лапаротомии. Тяжесть эндогенной интоксикации оценивали по

уровню пептидов средней молекулярной массы, который при госпитализации составлял в среднем $(0,486 \pm 0,048)$ усл. ед. (в норме 0,240 усл.ед.). Прогностическая тяжесть состояния по Ranson составила 3 балла и более.

Во время выполнения лечебных лапароскопических вмешательств аспирировали агрессивный перитонеальный экссудат с помощью "полого" манипулятора собственной конструкции, выполняли парапанкреатическую блокаду с использованием разработанных в клинике способов, дренировали сальниковую сумку через ее отверстие или желудочно-ободочную связку, брюшную полость. При уровне билирубина в крови более 100 мкмоль/л у одного пациента осуществлена лапароскопическая холецистостомия, многокомпонентная интенсивная консервативная терапия.

Через 12 ч после лечебной лапароскопии открытое вмешательство выполнено у 1 (3,8%) больного в связи с прогрессированием динамической непроходимости кишечника в объеме назоинтестинальной интубации тонкого кишечника, санации и дренирования сальниковой сумки, брюшной полости. Все пациенты выздоровели.

Таким образом, травматический асептический панкреонекроз у 67,5% больных осложнил течение закрытой травмы поджелудочной железы. Миниинвазивные лечебные лапароскопические вмешательства оказались высокоэффективными у 96,3% пострадавших. Показанием к выполнению неотложной открытой операции является гемоперитонеум более 500 мл, возможность хирургической коррекции других абдоминальных повреждений только с использованием лапаротомии.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ТА ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. М. Копчак, І. В. Хомяк, А. В. Дувалко, Г. Г. Шевколенко

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

Проблема застосування хірургічного методу, широко-го використання мініінвазивних технологій, сучасного підходу до медикаментозної терапії в комплексі лікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП) надзвичайно актуальна в сучасній панкреатології.

Мета дослідження — поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів з ГНП шляхом впровадження індивідуалізованої патогенетично обґрунтованої етапної тактики їх ведення залежно від стадії та варіантів перебігу захворювання, широкого застосування мініінвазивних втручань.

Проаналізовані результати лікування 242 хворих з ускладненим та тяжким гострим панкреатитом. Асептичний некроз підшлункової залози виявлений у 137 (56,61%) хворих, гнійно-септичний ускладнення некротичного панкреатиту — у 105 (43,39%). Для виконання черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) використовували апарати ESAOTE BIOMEDICA (Italy), Aloka, (Japan), обладнані лінійним пункційним трансдюсером з частотою 3,5 МГц, з бічним прорізом. Під час діапевтичного лікування використовували різні модифікації катетерів з діаметром просвіту 5 — 14 F за шкалою Шар'єра (1,7 — 4,6 мм). Для одномоментного дренивання застосовували стилети-катетери типу pig tail. Відеолапароскопічні втручання виконували за допомогою апаратури та інструментів фірми "Karl—Storz—Endoskope". Для санації, видалення секвестрів та дренивання парапанкреатичного і заочеревинного простору використовували нефроскоп тієї ж фірми з постійним низьконапірним промиванням та відсмоктуванням промивних вод.

На підставі систематизації обстежених хворих, зважаючи на їх загальний стан під час лікування у стаціонарі, застосованих методів лікування, летальності, вважаємо за доцільне дотримувати розподілу перебігу гострого панкреатиту на легкий, ускладнений та тяжкий. До

тяжкого панкреатиту відносимо інфікований панкреонекроз, фульмінантний панкреатит та панкреатит з ознаками поліорганної недостатності. При ГНП лікування обирали індивідуально, відповідно до фаз і особливостей перебігу захворювання. Починали лікування з консервативних заходів. Застосування розробленого комплексу медикаментозних заходів дозволило досягти одужання 37 (15,29%) хворих з асептичними формами ГНП без будь-яких втручань, у тому числі діапевтичних. У 17 (7,02%) хворих з ГНП в ензимно-токсичній фазі методом вибору вважали санацію та дренивання черевної порожнини під відеолапароскопічним контролем. У 12 (70,59%) з 17 хворих в подальшому вдалося уникнути здійснення лапаротомії і досягти сприятливого перебігу захворювання. Черезшкірні втручання під контролем УЗД виконані у 191 (78,93%) хворого. У 125 (65,45%) пацієнтів застосування комплексного підходу, адекватної консервативної терапії, цитокіно- та озонотерапії в поєднанні з мініінвазивними втручаннями сприяло стабілізації стану та одужанню. Лапаротомія виконана у 74 (30,58%) хворих, у 65 (87,84%) — відзначений гнійно-некротичний панкреатит, у 5 хворих з ГНП, ускладненим заочеревинним скупченням рідини (в 1), псевдокістами підшлункової залози з наявністю секвестрів (у 2), абсцесами (у 2), застосована селективна транслюмбальна санація патологічного вогнища у заочеревинному просторі за допомогою нефроскопа. Післяопераційна летальність при ГНП становила 9,09%.

Таким чином, індивідуалізований комплексний підхід, етапність лікування відповідно до фаз та варіантів перебігу захворювання, використання адекватної консервативної терапії, широке застосування мініінвазивної, селективної малотравматичної лапаро- та люмботомії, відеоендоскопічних втручань сприяли суттєвому покращанню результатів лікування ускладненого та тяжкого гострого панкреатиту.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

И. А. Криворучко, С. Н. Тесленко

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины,
Областная клиническая больница, г. Харьков

Больные острым панкреатитом (ОП) составляют 10 — 12% от общего числа пациентов хирургического профиля, возникновение панкреонекроза и септической MODS в 80% наблюдений приводит к смерти больных.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения больных с панкреонекрозом, осложненным вторичной панкреатической инфекцией (ВПИ).

Проведен ретро- и проспективный анализ результатов хирургического лечения 181 больного с ВПИ в период с 2000 по 2007 г. (126 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 22 до 68 лет. Обследование больных включало: унифицированные лабораторные методы, оценку тяжести состояния по шкале APACHE II, определение содержания в плазме крови прокальцитонина полуколичественным методом (B·R·A·H·M·S PCT— Q), УЗИ (скрининг— метод), спиральную компьютерную томографию с контрастным усилением, стандартные методы эндоскопического исследования.

С использованием закрытого метода оперированы 38 (21%) больных с ВПИ. У них отмечено длительное отхождение по дренажным трубкам некротизированных тканей, которые были удалены не в полном объеме, сохранение гнойно-воспалительного процесса вокруг поджелудочной железы и инфильтрации парапанкреатической клетчатки, что нарушало кровоснабжение железы и микроциркуляцию. Повторные операции произведены 14 больным. Летальность составила 44,7%.

Полуоткрытый метод применен у 20 (11%) больных, после некрэктомии и санации патологического очага у них устанавливали дренажные конструкции после широкой люмботомии справа, слева или с обеих сторон, что определялось конкретной клинической ситуацией, данными до- и интраоперационного обследования. Программированную релaparотомию осуществляли у 14 больных. Летальность составила 30%.

Открытый метод хирургического лечения ВПИ применен у 93 (51,4%) больных, в том числе у 85 — с формированием панкреатооментобурсостомы и широкой одно- или двусторонней люмботомии, у 8 — лапаростомы и временного закрытия брюшной полости с использованием методики "сэндвич" для программированной санации патологического очага. Умерли 17 (18,3%) больных.

Еще у 30 (16,6%) больных осуществлено наружное дренирование нагноившихся жидкостных образований, в том числе у 18 — с биологической тампонадой полости прядью большого сальника. Умерли 4 (13,3%) больных.

Общая летальность при панкреонекрозе, осложненном ВПИ, составила 24,3%. Основной причиной смерти была септическая MODS, отмеченная у 41 из 44 умерших больных в различные сроки после операции.

Таким образом, многообразие вариантов хирургической тактики при панкреонекрозе с ВПИ определяется распространенностью некротического поражения поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства, выраженностью MODS и другими факторами.

ПУНКЦИЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. В. Малоштан, Р. Р. Османов

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

Проблема лечения больных с панкреонекрозом актуальна в течение многих лет, о чем свидетельствуют данные статистики (летальность при инфицированном панкреонекрозе составляет 12 — 80%) и большое число публикаций в специальной литературе. Современные возможности миниинвазивных технологий позволяют улучшить результаты лечения таких пациентов.

Под наблюдением находились 59 больных с панкреонекрозом различной степени тяжести (64,4% мужчин и 35,6% женщин). Причиной заболевания у 67% пациентов были пищевая погрешность или злоупотребление алкоголем, у 33% — установлен билиарный генез панкреати-

та. У 50% больных в анамнезе отмечены от 1 до 5 приступов холецистопанкреатита на фоне погрешностей в диете, 32,2% пациентов переведены в клинику из других стационаров.

Пункции под контролем УЗИ произведены 17 (28,8%) пациентам. После опорожнения жидкостного образования в сальниковую сумку по проводнику устанавливали двупросветный катетер. Обязательно проводили бактериологическое исследование полученного материала с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам. Полость через дренаж промывали растворами антисептиков (фурацил-

лин, декасан) на фоні комплексної медикаментозної терапії.

В групі больних, котрим для лікування застосовували пункційні методики, летальність складала 5,9% (померла одна пацієнтка з тяжким супутнім соматичним захворюванням). Продовжительність лікування больних в стаціонарі складала в середньому $(37,3 \pm 0,9)$ днів, після чого їм проводили амбулаторне лікування. В групі больних, оперированих відкритим способом, летальність складала 26,3% (померли 10 пацієнтів).

Продовжительність лікування в стаціонарі складала в середньому $(58,7 \pm 1,2)$ днів.

Таким чином, мініінвазивні втручання в певних ситуаціях є переважними і не менш ефективними порівняно з лапаротомними методами. Використання сучасних технологій в умовах спеціалізованого стаціонару (відділення) дозволяє досягти покращення результатів, зменшення витрат на лікування і його тривалості, скорочення реабілітаційного періоду.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

М. М. Милиця, Ю. Д. Торопов, В. І. Давидов, В. Б. Козлов
Запорізька медична академія післядипломної освіти

В клініці проведено оперативне лікування 39 потерпілих з травматичним пошкодженням підшлункової залози (ПЗ). Чоловіків було 32, жінок — 7, віком від 16 до 72 років. В строки до 6 год після травми госпіталізовані 23, від 6 до 12 год — 12, від 12 до 24 год — 4 пацієнти.

Причинами пошкодження ПЗ були колото—різані поранення черевної порожнини (у 23 спостереженнях), дорожньо—транспортні пригоди (у 8), удар в живіт (у 6), падіння з висоти (у 2). Відкрите пошкодження ПЗ виявлене у 30 потерпілих, у 8 з них воно поєднувалось з пораненням печінки, у 3 — жовчного міхура, у 7 — шлунка, у 2 — поперечної ободової кишки, у 4 — дванадцятипалої кишки. За закритої травми ПЗ виявлене пошкодження печінки — у 2, жовчного міхура — в 1, селезінки — у 3, розрив тонкої кишки — у 3 потерпілих.

З метою уточнення діагнозу, вирішення питання про оперативне лікування та раннього виявлення ускладнень, що виникли при закритій травмі ПЗ, проводили оглядову рентгеноскопію і — графію грудної клітки та черевної порожнини, ультразвукове та лапароскопічне дослідження. За умови виникнення післяопераційних ускладнень (кровотеча з гострих виразок, нориця) застосовували гастродуоденоскопію та фістулографію.

За допомогою ультразвукового дослідження визначали розміри, контури та дефекти ПЗ, вогнищеві та дифузні зміни її паренхіми, оцінювали стан печінки та позапечінкових жовчних протоків.

Лапароскопічні дослідження, здійснені при закритій травмі живота, дали можливість підтвердити наявність травматичного пошкодження ПЗ (геморагічний випіт з високою активністю панкреатичних ферментів, стеаринові плями) і виявити травму інших органів черевної порожнини.

У 8 потерпілих при розтрощенні частини тіла й хвоста ПЗ виконано її дистальну резекцію в поєднанні з спленектомією. Куксу ПЗ вкривали пасмом великого сальника.

За поєднаної панкреатодуоденальної травми та значного пошкодження головки й тіла ПЗ у 2 потерпілих виконано панкреатодуоденальну резекцію. Оперативне втручання у цих хворих доповнювали декомпресією і

відведенням жовчі, а також дренажуванням тонкої кишки.

При виявленні поєднаного пошкодження печінки 4 хворим здійснено крайову резекцію правої частки, 6 — зашивання ран. При пораненні жовчного міхура у 4 хворих виконано холецистектомію. Ножові поранення шлунка, тонкої і поперечної ободової кишки зашиті.

Після операції хворим призначали анальгетики (промедол, омнопон, кетанов) в поєднанні з епідуральною анестезією, а також блокатори секреції ПЗ (сандостатин, даларгін, фторурацил), інгібітори протеаз (контрикал, трасилол, гордокс), антиоксиданти (церулоплазмін, аскорбінову кислоту). Для профілактики інфікування кишковою мікрофлорою застосовували зондове живлення, корекцію метаболічних розладів (аргінін, глутамін, антиоксиданти), детоксикацію та стимуляцію моторики кишечника (убретид, бензогексоній). Після операції ускладнення виникли у 18 хворих: гострий посттравматичний панкреатит — у 14, нориця ПЗ — у 4.

Хірургічна тактика за травматичного панкреатиту у фазі гнійних ускладнень, що виникають на 2 — 3-му тижні після раніше виконаної операції, була активною.

Повторне дренажування сальникової сумки та черевної порожнини в поєднанні з некрсеквестректомією виконували залежно від локалізації гнійного процесу і ступеня деструкції ПЗ. Здійснювали ревізію сальникової сумки, ПЗ, черевної порожнини, заочеревинного простору, позадутовстокишкових просторів, зони кореня брижі тонкої і товстої кишки та порожнини малого таза.

У 6 хворих сформувалися обмежені абсцеси черевної порожнини, вони дренажовані з використанням мінідоступу під відеолапароскопічним контролем.

З загальної кількості оперованих з приводу травми ПЗ померли 6 хворих. Основною причиною смерті 2 хворих був геморагічний шок, 3 — панкреонекроз, 1 — тромбоемболія легеневої артерії.

Вважаємо, що обсяг оперативного втручання з приводу травми ПЗ залежить від виду, локалізації пошкодження, наявності супутніх травм органів черевної порожнини та ускладнень. Обмежені абсцеси черевної порожнини слід дренажувати з використанням мінідоступів під відеолапароскопічним контролем.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А. А. Моргун, А. А. Мкртчян, Р. В. Полонский, В. И. Садовой
Крымская республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, г. Симферополь

В настоящее время при лечении деструктивного панкреатита общепризнанной является стратегия консервативного ведения больных до тех пор, пока интенсивная медикаментозная терапия эффективна и нет доказательств инфицирования очага некроза в поджелудочной железе (ПЖ). Несмотря на то, что при раннем назначении антибиотиков широкого спектра действия снижается частота возникновения инфекционных осложнений и частота выполнения оперативных вмешательств по поводу деструктивного панкреатита, убедительных доказательств положительного влияния антибиотикопрофилактики на показатели выживаемости пациентов нет. Между тем, инфекционные осложнения являются основной причиной летального исхода при панкреонекрозе, поэтому их профилактика и лечение являются важной проблемой интенсивной терапии заболевания. Идеальный антибактериальный препарат, используемый для профилактики и лечения инфицированного панкреонекроза, должен обладать специфической активностью в отношении основных возбудителей инфекции в ПЖ. Он должен накапливаться в ее ткани, секрете и прилежащих тканях в достаточной концентрации, в том числе при воспалении и некрозе органа, когда вследствие местных нарушений микроциркуляции снижается биодоступность препаратов.

Особый интерес представляет использование в комплексе интенсивной терапии деструктивного панкреатита бета-лактамов антибиотиков разных групп. Важной проблемой при этом является биодоступность препаратов для ткани ПЖ. Существенно повысить биодоступность препаратов позволяет регионарная внутриартериальная инфузионная терапия с катетеризацией чревного ствола. При внутриартериальном введении ингибиторов протеолиза и антибактериальных препаратов уменьша-

ется частота инфекционных осложнений, число оперативных вмешательств по поводу деструктивного панкреатита, летальность. Однако катетеризация чревного ствола является технически сложной манипуляцией, доступной только крупным центрам, оснащенным рентгеноэндохирургической аппаратурой. Альтернативой этому является установка катетера на уровне нижнегрудной части аорты (несколько выше отхождения чревного ствола), что технически значительно проще и, при условии соблюдения правил асептики, может быть проведено в хирургическом отделении.

В экспериментальном исследовании показано, что при назначении антибиотиков в сроки до 2 ч с момента возникновения панкреатита достоверно снижается частота инфицирования очага некроза в ПЖ. Таким образом, как можно более раннее назначение антибиотиков при панкреонекрозе является еще одним из возможных путей повышения эффективности антибактериальной терапии.

За период 2006 — 2007 г. внутриаортальное введение ингибиторов протеолиза и антибиотиков при деструктивном панкреатите использовано у 12 больных. Внутриаортальную терапию начинали сразу после установления диагноза. Общая длительность ее 5 сут. Каких-либо осложнений, связанных с нахождением катетера, не было.

Умер 1 (8,3%) больной в ранней стадии на фоне тяжелой полиорганной недостаточности.

Таким образом, наш опыт внутриартериального введения ингибиторов протеолиза и антибиотиков свидетельствует о перспективности этого направления в комплексе интенсивной терапии деструктивного панкреатита.

ЛАПАРОСКОПИЧНА ХІРУРГІЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк

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

Протягом останніх десятиліть проблема покращання результатів лікування гострого панкреатиту є однією з актуальних у сучасній хірургії.

Обстежені 138 пацієнтів з гострим панкреатитом, яких лікували у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу. Вік хворих у середньому (47 ± 8) років, чоловіків було 63,8%, жінок — 36,2%. В усіх пацієнтів для визначення тяжкості стану застосовували критерії APACHE II. Хірургічні втручання виконували на 2 — 14—

ту добу після госпіталізації пацієнта, на тлі дезинтоксикаційної, антиферментної та антибактеріальної терапії. Обсяг ендохірургічного втручання залежав від ступеня ураження підшлункової залози (ПЗ) та парапанкреатичної клітковини, локалізації, поширення патологічного процесу, характеру випоту в черевній порожнині, стану біліарної системи. За наявності гострого біліарного панкреатиту операцію виконували на 2 — 3—тю добу після госпіталізації хворого. У 20 (14,5%) хворих здійснено ла-

пароскопічну холецистектомію з зовнішнім дренажуванням спільної жовчної протоки. У 16 (11,6%) пацієнтів виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію з екстрацією конкрементів та подальшою лапароскопічною холецистектомією. У 7 (5,1%) хворих при виявленні в спільній жовчній протоці великих конкрементів (діаметром понад 2,5 см) здійснено лапароскопічну холедохолітотомію та зовнішнє дренажування спільної жовчної протоки. У 70 (50,7%) хворих діагностовано набряково—ексудативну форму панкреатиту або ферментний перитоніт без деструктивних змін у сальниковій сумці та парапанкреатичній клітковині. У цих хворих проведено санацію, дренажування сальникової сумки та черевної порожнини. У 25 (18,1%) пацієнтів діагностований інфікований панкреонекроз. Достовірними ознаками деструкції ПЗ були: вогнища стеатонекрозу, геморагічний ексудат, геморагічне просочування кишечника, шлунково—ободової зв'язки. При переважній локалізації деструкції в тілі та хвості ПЗ поетапно з використанням лапароскопічних методів видаляли некротизовані тканини, здійснювали

гемостаз шляхом біполярної коагуляції та з використанням пластин тахокомбу, ізольовано прошивали окремі судини ПЗ, що кровоточили. Перитонізацію ранової поверхні ураженого органа здійснювали збереженими пасмами великого сальника. В подальшому проводили дренажування сальникової сумки та позаочеревинного простору двопросвітним дренажем для пролонгованої іригації. Показаннями до конверсії у 7 (5,1%) хворих були: неконтрольована масивна кровотеча, перфорація порожнистого органа, гнійне ураження ПЗ та парапанкреатичної клітковини, що локалізувалися в ділянці вирізки та головки ПЗ. Висока частота ускладнень після видалення некротизованих ділянок зумовлена анатомічними особливостями локалізації магістральних судин гепатобілярної зони.

Отже, різноманітність патологічних змін ПЗ та навколишніх тканин, анатомо—топографічні особливості білярної системи зумовлюють доцільність використання того чи іншого методу хірургічного втручання, яке повинне бути чітко уніфікованим.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СИНДРОМУ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

О. О. Павлов

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, м. Харків

В основі патогенезу панкреонекрозу лежать переважно судинні, імунопатологічні, гемодинамічні та метаболічні ланки. Під впливом пошкодження активується одна з них, далі підключаються інші, і подальший перебіг процесу визначається вже їх синергізмом. Основним аспектом в патогенезі є активація власних ферментів підшлункової залози (ПЗ) з подальшим ураженням її тканини. Подальший перебіг патологічного процесу відбувається з залученням інших органів та системи, зокрема, травного каналу. Пошкодження шлунка, що виникає при порушенні механізмів його захисту у хворих, що перебувають у критичному стані (гострий панкреонекроз), називають синдромом гострого пошкодження шлунка (СГПШ), що включає: набряк і пошкодження цілісності слизової оболонки, порушення моторики. У 75% пацієнтів з гострим панкреонекрозом ці порушення виражені тою або іншою мірою.

Клінічно значущими показниками, що визначають перебіг та стратегію лікувальних заходів при СГПШ, вважають: дослідження кисневого каскаду, показників системної гемодинаміки та ендоскопічну оцінку функціонального стану органів травного каналу з визначенням інтрамукозної рН. Визначення ступеня порушення кисневого каскаду дозволяє дослідити спланхнічну систему,

яка однією з перших реагує на зниження серцевого викиду, гіповолемію, внутрішньолегеневе та периферійне шунтування.

Визначення змін показників системної гемодинаміки є важливим елементом оцінки порушень гепатоінтестинальної перфузії та спланхнічного кровотоку. Аналіз даних, отриманих з використанням ендоскопічних методів, дозволяє кількісно характеризувати рефлюкс та документально його підтвердити з одночасним виявленням порушень кислотно—основного стану інтрамукозного шару слизової оболонки. Зазначені клініко—лабораторні методи дослідження дозволяють виявити порушення моторно—евакуаторної функції шлунка та кишечника, що виникають внаслідок системних розладів кисневого каскаду, спричинених дезінтеграцією системних та периферійних механізмів аутогеморегуляції, які лежать в основі гострого панкреатиту. В той же час, невирішеним питанням залишається визначення ступеня порушення перистальтичної активності шлунка та кишечника і визначення взаємозалежності між динамікою показників системної запальної реакції, яка супроводжує це захворювання, і показниками функціонального стану травного каналу. Ці питання становляють інтерес для подальшого дослідження.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

М. П. Павловський, Т. М. Іванків, О. Б. Гранат, Є. М. Вацеба
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня

Інфікування вогнищ некрозу у підшлунковій залозі та парапанкреатичних зонах є основним чинником летального наслідку при некротичному панкреатиті.

В основу роботи покладені результати обстеження й лікування 187 хворих на некротичний панкреатит у клініці протягом 2000 — 2005 рр. Антибактеріальну терапію проводили хворим, відразу після госпіталізації. У 64 (34,2%) пацієнтів застосовані цефалоспорины (ЦС) III — IV покоління у дозі 2 — 6 г на добу, у 39 (20,9%) — фторхінолони (ФХ) IV покоління у дозі 400 мг на добу, у 32 (17,1%) — ЦС II покоління у дозі 6 г на добу, у 29 (15,5%) — ФХ III покоління у дозі 400 — 800 мг на добу, у 23 (12,3%) — карбапенемів у дозі 1,5 — 3 г на добу. Хворим також призначали метронідазол або орнідазол у дозі 1500 мг на добу. Препарати вводили внутрішньовенно 116 (62,0%) хворим (контрольна група), внутрішньоартеріально — 71 (38%) (основна група). Для подовженої внутрішньоартеріальної інфузії у 29 хворих використовували гатифлоксацин у дозі 400 мг на добу, у 25 — цефоперазон у дозі 4 г на добу, у 17 — карбапенемів у дозі 1,5 г на добу.

Гнійно-септичні ускладнення виникли у 62 (33,2%) хворих. Частота інфікування чітко корелювала з поширенням некротичного процесу: у 5 (8,1%) — некротичні зміни займали третину паренхіми, у 22 (35,5%) — половину, у 35 (56,4%) — більше половини. Раннє (1-й тиждень від початку захворювання) інфікування відзначене

у 5 (8,1%) хворих, у 19 (30,6%) — інфікування вогнищ некрозу або парапанкреатичних скупчень рідини діагностоване протягом 2-го тижня захворювання, у 28 (45,2%) — протягом 3-го тижня, у 20 (32,3%) — пізніше ніж через 3 тиж.

При внутрішньоартеріальному введенні антибіотиків (використовували менші їх дози, у порівнянні з такими за внутрішньовенного введення) гнійно-септичні ускладнення виникли у 15 (21,1%) пацієнтів, найчастіше — при ураженні більше половини паренхіми залози, за внутрішньовенного введення — у 47 (40,5%).

При використанні ЦС II покоління інфікування відзначене у 18 (53,1%), ФХ III покоління — в 11 (37,9%) пацієнтів, найнижча частота інфікування виявлена при застосуванні карбапенемів — у 5 (21,7%) пацієнтів і ФХ IV покоління — у 9 (23,1%). При внутрішньоартеріальній інфузії частота інфікування була суттєво нижчою, ніж за внутрішньовенного введення антибіотиків, зокрема, при інфузії карбапенемів — відповідно 17,6 і 33,3%, ФХ IV покоління — 20,7 і 30%, ЦС — 24 і 33,3%. Проведення внутрішньовенної терапії вимагає застосування антибіотиків у високих дозах для підтримання їх оптимальної концентрації у тканинах, що може бути небезпечним. Щодо цього подовжена внутрішньоартеріальна терапія має переваги, оскільки оптимальної концентрації препаратів досягають при введенні їх у менших дозах, що зумовлює меншу токсичність.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ РЕЦИДИВНОЙ И РЕЗИДУАЛЬНОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

А. И. Рылов, Н. С. Кравец

Запорожский государственный медицинский университет,
Запорожская городская клиническая больница скорой и экстренной медицинской помощи

Проблема лечения острого панкреатита и его осложнений актуальна в течение последних 30 лет. Основными факторами, влияющими на исход заболевания, являются гнойно-септические осложнения.

Проведен анализ результатов лечения 56 больных с рецидивной и резидуальной инфекцией поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки при панкреонекрозе. Мужчин было 49 (87,5%), женщин — 7 (12,5%). Возраст больных в среднем (56 ± 0,9) года.

Абсцесс поджелудочной железы и брюшинной клетчатки диагностирован у 21 (37,5%) больного, абсцедирующие полости в поджелудочной железе и парапан-

креатической клетчатке — у 9 (16,1%), абсцесс сальниковой сумки — у 7 (12,5%), абсцесс корня брыжейки тонкой кишки — у 6 (10,7%), подпеченочный абсцесс — у 4 (7,1%), поддиафрагмальный — у 2 (3,6%), псевдокисты поджелудочной железы — у 2 (3,6%), парапанкреатический инфильтрат — у 2 (3,6%), флегмона клетчатки брюшинного пространства — у 1 (1,8%), ферментный перитонит — у 2 (3,6%).

Повторное дренирование гнойного очага произведено 16 (28,6%) больным. Сепсис диагностирован у 23 (41,1%) больных. Тяжесть их состояния по шкале APACHE II составила (12,5 ± 1,2) балла.

Применяли общеклинические и биохимические исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ).

Лапароскопическое дренирование осуществляли с помощью аппарата фирмы "Storz". Под контролем УЗИ дренировали полость гнойного очага полихлорвиниловыми трубками с учетом распространения патологического процесса. Число использованных дренажей от 3 до 7. Во время проведения инвазивного исследования удаляли гнойно-некротические массы, проводили санацию очага путем проточного промывания растворами антисептиков, определяли количество и состав микрофлоры, проводили биохимическое и цитологическое исследование аспирата.

После операции проводили системную и местную терапию, направленную на устранение гнойно-септиче-

ских осложнений, нарушений гемо- и гидробаланса. Диагностический мониторинг включал УЗИ, КТ.

Местное комплексное лечение: локальная гипотермия, лазерное облучение гнойно-деструктивного очага, санация растворами антисептиков. У 12% больных в связи с прогрессированием гнойно-септического процесса проведено дополнительное дренирование очага гнойной инфекции. У 9% больных в связи с неэффективностью инвазивного лечения выполнена лапаротомия.

Использование лапароскопического дренирования гнойных очагов при резидуальной и рецидивной инфекции, обусловленной панкреонекрозом, позволило снизить летальность на 3,6%.

МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ГНІЙНО—НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко

Рівненська обласна клінічна лікарня,
Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Серед проблем невідкладної хірургії гострий панкреатит та його гнійно-деструктивні ускладнення посідають одне з провідних місць. Тенденції до зниження або стабілізації захворюваності у теперішній час не спостерігають. Застосування мініінвазивних хірургічних втручань під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) дозволяє значно поліпшити результати лікування та знизити летальність.

Мета роботи — вивчити та покращити результати лікування локальних форм гнійно-некротичного гострого панкреатиту шляхом застосування мініінвазивних пункційно-дренувальних хірургічних втручань під контролем УЗД.

За період 1997 — 2008 р. у Центрі лапароскопічних та мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗД лікували 86 хворих віком від 18 до 65 років. Втручання здійснювали за допомогою апаратів "Aloka 650" та "Echo—tomoscop SLE—101RS" з конвексним датчиком, оснащеним адаптером. Пункцію виконували за допомогою голки Chiba. Дренування патологічних вогнищ проводили катетерами від 3 — 4 до 12 — 14 Fr за методом Сельдінгера, троакаром або голкою-катетером.

У 32 (37,2%) пацієнтів виявлені гострі, у 40 (46,5%) — хронічні постнекротичні кісти, у 7 (8,1%) — нагноєні по-

стнекротичні кісти, у 3 (3,5%) — абсцес підшлункової залози, у 4 (4,7%) — абсцес заочеревинного простору. Виконано 233 пункції порожнистих утворів підшлункової залози та заочеревинного простору під контролем УЗД, дренажування під контролем УЗД здійснене у 16% хворих. Під час лікування гострої постнекротичної кісти перевагу віддаємо подвійному дренажуванню її порожнини та проведенню проточно-промивної та склерозуючої терапії. Ефективність лікування відзначено у 52% пацієнтів, у 31% — отриманий позитивний результат (утворення зменшилися). В 11 (12,8%) пацієнтів з хронічною постнекротичною сформованою кістою (внаслідок неефективності мініінвазивних втручань) та у 2 (2,3%) — з арозивною кровотечею в просвіт кісти (як наслідок прогресування деструктивного панкреатиту) здійснене лапаротомне втручання. Ускладнень після мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗД не було, всі пацієнти живі. Тривалість їх лікування у стаціонарі становила від 5 до 24 днів.

Отримані результати свідчать про доцільність та можливість успішного використання мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗД у лікуванні локальних гнійно-деструктивних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту.

ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНОПРОТЕКТИВНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Л. М. Смирнова

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Среди причин высокой летальности от деструктивно-го панкреатита ведущее место занимает неадекватный выбор метода хирургического лечения и анестезиологического обеспечения. Проведение анестезии осложняется многими факторами: влиянием анестетиков на органы и системы, находящиеся в состоянии тяжелой дисфункции; физиологических расстройств — на распределение анестетиков и реакцию на них органов-мишеней; дисфункции печени, почек — на скорость выведения анестетика и, соответственно, продолжительность его действия. При нарушении регионарного кровотока изменяется связывание препаратов с белками плазмы, нарушается соотношение объема распределения анестетика и его клиренса, повышается чувствительность организма к препаратам, обладающим седативно-гипнотическим действием, вариабельность реакции на анальгетики и анестетики, что затрудняет прогнозирование фармакологического эффекта препаратов у больного.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод тотального внутривенного наркоза (ТВН), который соответствует всем требованиям, предъявляемым к нозогенной адекватности анестезиологического обеспечения. Индукция: капельное введение лидокаина 2 мг/кг в течение 15 — 20 мин, тиопентал-натрия 1% в среднем 4 — 6 мг/кг, натрия оксибутирата 20% 30 мг/кг, кетамин 0,5 — 0,7 мг/кг. Ганглионарная блокада: бензогексоний от

0,25 до 0,5 мг/кг методом тахифилаксии. Хирургическое обезбоживание: фентанил 3 мкг/кг до интубации трахеи, еще 4 мкг/кг — до лапаротомии, затем непрерывно 3 мкг/(кг × ч). Поддержание наркоза: тиопентал-натрий — 1% 1,0 — 1,5 мг/(кг × ч), натрия оксибутират 20 мг/(кг × ч) непрерывно, начиная с 18-й минуты после предыдущего введения с указанными дозами фентанила. При необходимости инфузионную поддержку дополняли введением добутамина.

Искусственную вентиляцию легких проводили в режиме нормовентиляции (альвеолярная вентиляция 4,8 — 5,2 л/мин, FiO₂ — 0,3%). Газообмен должен быть на уровне, исключающем тканевую гипоксию и поддерживающем нормокарбонатэмию. Устранение тканевой гипоксии гарантирует надежное поддержание венозной нормоксии на уровне 37,5 — 40 мм рт. ст. Эти требования, как правило, выполняются, когда частота дыхания не превышает 10 — 12 в 1 мин.

ТВН с применением агонистов ГАМК-рецепторов и управляемой ганглионарной блокадой у больных с деструктивным панкреатитом характеризуется выраженным органопротективным эффектом, что является залогом успешной органопротективной послеоперационной интенсивной терапии и восстановления кислородоресурс-обеспечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

А. М. Тищенко, Р. М. Смачило, Е. В. Мушенко

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

Острый панкреатит в настоящее время занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний после острого аппендицита и острого холецистита. Несмотря на успехи современной панкреатологии, развитие интенсивной терапии и фармации, проблема лечения панкреонекроза не решена, летальность очень высока, достигая при инфицированном некротическом панкреатите 85%. В последние годы широкое распространение получили миниинвазивные методы лечения больных с панкреонекрозом.

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения пациентов с некротическим панкреатитом, осложненным панкреатической инфекцией, путем использования миниинвазивных технологий.

За период с 2006 по 2008 г. на базе отделения хирур-

гии печени и желчевыводящих путей лечили 31 больного с инфицированным некротическим панкреатитом различного генеза. Возраст пациентов в среднем (46 ± 2) года. Тяжесть состояния пациентов оценивали с помощью критериев Ranson и шкалы APACHE II. У 7 (22,5%) больных выполнены полуоткрытые вмешательства, у 4 (12,9%) — открытые, у остальных — применены различные миниинвазивные вмешательства: пункция и дренирование под контролем УЗИ абсцессов поджелудочной железы — у 3 (9,7%), острых инфицированных парапанкреатических скоплений жидкости — у 8 (25,8%), при этом в 5 наблюдениях операции такого типа удалось выполнить внебрюшинно, видеолумбоскопическое дренирование забрюшинной флегмоны произведено у 4 (12,9%) больных, видеолумбоскопическая некрэксест-

рэктомия с дренированием абсцессов поджелудочной железы — у 2 (6,5%). В 3 наблюдениях потребовалось выполнение повторной видеоэндоскопической санации патологических очагов. Еще у 3 (9,7%) пациентов применены дренирующие операции под контролем УЗИ — как первый этап хирургического лечения тяжело больных, что позволило улучшить их состояние и выполнить открытое вмешательство вторым этапом с последующим выздоровлением. Осложнений при выполнении миниинвазивных вмешательств не было. Летальность в дан-

ной группе составила 20% (умерли 4 больных), основной причиной смерти всех больных явилась некорректируемая полиорганная недостаточность. Общая летальность в группе больных, у которых выполняли открытые и полукрытые вмешательства, составила 45,5% (умерли 5 больных).

Таким образом, применение миниинвазивных технологий в хирургическом лечении больных с панкреонекрозом оправдано, позволяет снизить летальность, улучшить ближайшие и отдаленные результаты их лечения.

ТЕРМОСТРУЙНАЯ САНАЦИЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ КУЛЬТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА СВИНЯХ

Ю. А. Фурманов, И. В. Хомяк, И. М. Савицкая, Г. В. Терехов, В. С. Гвоздецкий,
С. В. Турчак, В. И. Дорогожинский

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Острый некротический панкреатит — одна из серьезных проблем современной хирургической панкреатологии. Особую группу составляют пациенты с инфицированными формами заболевания, в частности, панкреонекрозом, абсцессом поджелудочной железы (ПЖ). Это обусловлено тяжелым течением болезни, возникновением полиорганной недостаточности, гнойно-септических осложнений, высокой летальностью (до 85,7%). Успех лечения таких больных во многом зависит от своевременной диагностики, правильно выбранной тактики и метода хирургического пособия, адекватной комплексной медикаментозной терапии. Важной составляющей в связи с этим является санация патологических очагов ПЖ. Обработка полостей растворами антисептиков после выполнения панкреатонексеквестрэктомии, вскрытия абсцесса не обеспечивает должной стерилизации. Поэтому исследователи продолжают поиск более надежных методов, позволяющих осуществить полную санацию патологических полостей ПЖ.

Поиск более доступных и не менее надежных методов побудил коллектив авторов к разработке метода термоструйной обработки тканей с помощью нагретого в диапазоне от 100 до 250°C воздуха. С помощью этого метода возможна не только сварка живых тканей, но и гемостаз, а также стерилизация как поверхностных повреждений, так и ран внутренних органов, в частности, ПЖ. Это доказано результатами проведения 9 операций на свиньях (сроки наблюдения до 4 мес).

Оперативное вмешательство выполняли под интубационным наркозом. После обработки операционного поля производили срединную лапаротомию, вскрывали сальниковую сумку, мобилизовали тело и хвост ПЖ. На хвост накладывали швы—держалки, на которых приподнимали ПЖ. Выполняли дистальную резекцию хвоста ПЖ. Поверхность резекции инфицировали смесью бактериальных культур, включавшей кишечную палочку, зо-

лотистый стафилококк и синегнойную палочку, после чего инфицированную поверхность обрабатывали с помощью термоструйного метода в течение 3 мин. Термическое воздействие на ткань ПЖ осуществляли потоком горячего воздуха при температуре 140°C. С обработанной зоны брали контрольный мазок, после чего повторно осуществляли термоструйную обработку в течение 2 мин (всего 5 мин). Снова брали контрольный мазок для бактериологических исследований. Культуру ПЖ укладывали в ложе, лапаротомную рану зашивали наглухо.

По данным гистологических исследований ткани ПЖ свиней после ее термоструйной санации через 4 сут в ПЖ видны поверхностные очаги некроза, под которыми расположены зоны дисконформации ацинусов и нормальной структуры. Воспалительная реакция стромы была выраженной и распространенной. Видны участки обильной плазморрагии и диапедеза. Лимфоцитарная инфильтрация распространялась вглубь паренхимы от участка резекции. Вблизи зоны резекции выявлены протоки с частично нарушенной эпителиальной выстилкой.

На 30-е сутки отек стромы ПЖ слабо выражен, неравномерный. Целостность большинства ацинусов не нарушена, лишь в некоторых ацинарных клетках отмечено снижение чистоты их поляризации на гомогенную и зимогенную зоны. Умеренно выраженные дистрофические изменения выявлены в островковом аппарате. Кровеносные сосуды, особенно капилляры полнокровны, целостность выстилки протоков не нарушена.

Через 45 сут к поверхности органа в области резекции рыхло подпаян сальник. На одном участке по линии резекции виден небольшой очаг некроза, окруженный толстостенной соединительнотканной капсулой. В окружающей паренхиме отечена дезагрегация ацинусов, снижение базофилии базальной части клеток, значительное расширение кровеносных сосудов. В паренхиме ПЖ видны мелкие лимфоцитарные инфильтраты, расположен-

ные преимущественно по ходу крупных и средних протоков. Кроме того, единичные лимфоцитарные инфильтраты отмечены в паренхиме ПЖ.

Через 120 сут рубец, сформированный в области резекции, представлен зрелой умеренно плотной соединительной тканью с небольшим количеством кровеносных сосудов. Ткань ПЖ непосредственно под рубцом с признаками отека, в более глубоких участках выраженные патологические изменения паренхимы не выявлены.

Таким образом, выраженность возникшего в раннем послеоперационном периоде интерстициального отека

ПЖ с признаками воспаления значительно уменьшилась к 30-м суткам, а через 4 мес патологические изменения в паренхиме отсутствовали, ни в одном наблюдении не выявлены микрофлора, а также процессы, связанные с ее присутствием в тканях.

Применение разработанного термоструйного метода способствовало надежной стерилизации и санации инфицированной ткани ПЖ, поэтому он может быть рекомендован для клинических испытаний.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПАНКРЕАТИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Н. Т. Чемодуров, С. Н. Леоненко, В. А. Яковенко, В. И. Летюк, П. С. Михальчевский, А. Ю. Белоконь
Крымская республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, г. Симферополь

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) как метод лечения холедохолитиаза (ХЛ) и заболеваний дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) стала общепринятой, наиболее радикальной, физиологичной, не требующей доказательств своего преимущества, операцией. В то же время, как и любое хирургическое вмешательство, метод не лишен послеоперационных осложнений, в том числе возникновения реактивного панкреатита (панкреонекроза), частота которого составляет до 1,5%.

В клинике эндоскопические вмешательства на дистальном отделе ОЖП применяют с конца 1998 г. В настоящее время мы располагаем опытом лечения 775 больных (189 мужчин, 586 женщин в возрасте от 19 до 95 лет), у которых выполнено 836 манипуляций, 67 (8,0%) из них сопровождались реакцией поджелудочной железы.

Выделяем три степени реакции поджелудочной железы на выполнение эндоскопических вмешательств на дистальном отделе ОЖП:

— транзиторная гиперамилаземия, активность амилазы до 90 г/(л × ч) без каких-либо клинических и макроскопических (по данным лапароскопии) проявлений — у 38 (4,5%) больных;

— реактивный панкреатит, проявляется умеренно выраженной болью в надчревной области, однократной рвотой после вмешательства, лапароскопически определяется незначительное количество серозного выпота под печенью, отек гепатодуоденальной связки — у 20 (2,4%) больных;

— панкреонекроз, выраженный болевой синдром, многократная рвота, другие типичные клинические признаки, лапароскопически — серозный выпот в под- и надпеченочном углублениях, сальниковой сумке, отек гепатодуоденальной связки, вздутие поперечной ободочной кишки, бляшки стеатонекроза на сальнике — у 9 (1,1%) больных.

Соответственно степени реакции поджелудочной железы применяем следующие лапароскопические вмешательства.

При гиперамилаземии — лапароскопическая холецистэктомия без дренирования внепеченочных желчных протоков; в последующем — введение современных ингибиторов секреции поджелудочной железы (октреотид). Все пациенты живы.

При реактивном панкреатите — лапароскопическая холецистэктомия, дренирование внепеченочных желчных протоков по Холстеду — Пиковскому, дренирование над- и подпеченочного углублений; в последующем комплексная консервативная терапия острого панкреатита в условиях палаты интенсивной терапии. Все пациенты живы.

При панкреонекрозе — лапароскопическая холецистэктомия, дренирование внепеченочных желчных протоков по Холстеду — Пиковскому, дренирование над- и подпеченочного углублений, малого таза справа, встречное дренирование сальниковой сумки (через сальниковое отверстие и "окно" в желудочно-ободочной связке); в последующем — комплексная консервативная терапия острого панкреатита в условиях реанимационного отделения с использованием, при необходимости, экстракорпоральной детоксикации и селективного подведения лекарственных средств к поджелудочной железе по установленному в чревной ствол катетеру. В 2 наблюдениях потребовалось выполнение повторного хирургического вмешательства в связи с возникновением поздних гнойно-воспалительных осложнений панкреонекроза. Операции выполняли с использованием типичных доступов. Умерла одна больная (послеоперационная летальность составила 11,1%).

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З АЛІМЕНТАРНИМ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ЖОВТЯНИЦЕЮ

І. М. Шевчук, М. М. Дроняк
Івано Франківський державний медичний університет

Актуальність проблеми гострого панкреатиту (ГП) зумовлена значним зростанням захворюваності, частоти виявлення некротичних форм, відсутністю тенденції до зниження показників летальності. Синдром жовтяниці діагностують у 42 — 50% хворих з гострим некротичним панкреатитом, що значно ускладнює перебіг ГП та суттєво впливає на вибір хірургічної тактики.

З приводу аліментарного ГП в клініці лікували 73 (37,6%) з 194 хворих. Інтерстиціальний аліментарний ГП діагностований у 39, некротичний, ускладнений синдромом жовтяниці — у 34 (46,6%) хворих.

Методом вибору лікування аліментарного інтерстиціального ГП вважали комплексну консервативну терапію. Вже на 4 — 6-ту добу у 34 (87,2%) хворих за даними ультразвукового дослідження (УЗД) розміри і гіпоехогенність підшлункової залози (ПЗ) зменшилися. Це супроводжувалося значним клінічним покращанням стану хворих.

Проте, у 5 (12,8%) хворих, незважаючи на лікування, жовтяниця прогресувала, що супроводжувалося підвищенням рівня білірубіну у сироватці крові до 100 мкмоль/л. У таких хворих протягом 2 — 3 діб з моменту госпіталізації виконували ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію. З метою декомпресії жовчовивідних шляхів їм проводили тимчасове ендобіліарне стентування (ЕБС), спільної жовчної протоки, що сприяло усуненню синдрому жовтяниці. Тимчасові стенти видаляли на 7 — 10-ту добу. Всі пацієнти, у яких діагностували інтерстиціальний аліментарний ГП, живі.

В клініці лікували також 34 (46,6%) хворих з некротичним аліментарним ГП, ускладненим синдромом жовтяниці.

З приводу розлитого ферментного перитоніту у 12 (35,3%) з 34 хворих здійснено лапароскопічну санацію та дренивання сальникової сумки і черевної порожнини. Жовтяниця у цих хворих була паренхіматозною. Внаслідок прогресування поліорганної недостатності

після застосування відеолапароскопії померли 2 хворих. У стадії формування парапанкреатичного інфільтрату, на 5 — 10-ту добу захворювання, госпіталізовані 13 (38,2%) хворих з некротичним аліментарним ГП. Причиною жовтяниці було збільшення головки ПЗ, стиснення ззовні інтрапанкреатичної частини спільної жовчної протоки. Застосування інтенсивної терапії дозволило у цих хворих усунути ознаки обтураційної жовтяниці вже на 5 — 7-му добу лікування.

Гострі рідинні утворення в сальниковій сумці в ділянці головки ПЗ були причиною виникнення жовтяниці у 9 (26,5%) хворих. У 5 з них діагностовано гостру постнекротичну кісту ПЗ, у 4 — абсцес сальникової сумки. Методом вибору у цих хворих вважали черезшкірну пункцію сальникової сумки під контролем УЗД. При формуванні абсцесу у сальниковій сумці у 4 хворих проведено черезшкірне дренивання гнійника під контролем УЗД з використанням стилет-катетера. В одного хворого з абсцесом сальникової сумки за даними ЕГДФС діагностовано цистогастральну норицю. Після проведення консервативного лікування нориця закрилася через 3 тиж. Ще в одного хворого після дренивання гнійника з використанням стилет-катетера виявлено секвестрацію ПЗ, що потребувало виконання лапаротомії.

Гнійно-септичні ускладнення виникли на 14 — 21-шу добу у 10 (29,4%) хворих з некротичним аліментарним ГП. Обсяг оперативного втручання включав панкреатосеквестректомію, широке дренивання парапанкреатичних гнійників, заочеревинних флегмон. Застосовували метод формування замкнутої сальникової сумки з тривалим постійним промиванням її після операції. Після виконання відкритого оперативного втручання померли 4 (40%) хворих.

Таким чином, пріоритетне застосування мініінвазивних технологій дозволяє покращити результати лікування, припинити прогресування панкреонекрозу, уникнути виконання відкритого оперативного втручання.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ

В. Г. Ярешко, Д. Б. Рязанов, С. Г. Живица

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Одной из наиболее сложных проблем лечения осложненных панкреатита является лечение инфицированного панкреонекроза с образованием флегмоны забрюшинного пространства, возникновением полиорганной дисфункции, сепсиса. Панкреатическую флегмону в виде диффузного поражения клетчатки забрюшинного пространства, занимающего две анатомические области и более, при некротических изменениях поджелудочной железы (ПЖ) выявляют в 90% наблюдений. В протоколе лечения панкреатита это состояние является абсолютным показанием к выполнению оперативного вмешательства. Выполнение стандартных операций в виде удаления некротизированной ПЖ, окружающей клетчатки, широкого вскрытия и дренирования забрюшинных областей на фоне критического состояния больного сопровождается высокой (60 — 80%) летальностью. Подобный подход предопределяет и последующие действия хирурга в виде осуществления повторных травматичных внутри- и внебрюшинных вмешательств. Вместе с тем, выполнение видеоэндолапароскопических, чрескожных вмешательств под контролем ультразвукового исследования, а также использование селективных минидоступов для удаления нежизнеспособных тканей с применением в качестве резерва лапаротомных операций позволяет значительно разнообразить арсенал оперативных вмешательств, выполняемых по поводу осложнений панкреонекроза, и являются основой оптимизации хирургической тактики. Это позволяет выполнять наиболее адекватные по лечебному воздействию вмешательства, что мо-

жет качественно улучшить результаты лечения этой патологии.

Внедрение перечисленных оперативных вмешательств позволило выработать следующую тактику при подтвержденном диагнозе панкреонекроза и его осложнений. При очаговом или диффузном некрозе ПЖ и панкреатогенном перитоните — эндоскопические операции дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. При таких же морфологических изменениях ПЖ с жидкостным компонентом в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве, в том числе при флегмоне — чрескожное дренирование под контролем ультразвукового исследования с последующим выбором локализации и числа минидоступов для удаления некротизированных тканей и проточного дренирования. При прогрессировании перитонита, предположении о наличии внепанкреатических осложнений, увеличении панкреатического инфильтрата и неэффективности пункционных методов, необходимости удаления большого массива некротизированных тканей ПЖ и секвестров, возникновении аррозивного кровотечения — лапаротомия.

Всего оперированы 37 больных с панкреатической флегмоной. Принятая тактика применена у 25 (67,5%) больных, из них 1 раз оперированы 2, 2 раза — 17, 3 раза — 3, 4 раза и больше — 3. Умерли 6 (24,0%) больных. Причиной смерти было сочетание сепсиса и осложнений (кишечный свищ, перитонит, аррозивное кровотечение).

ПРОБЛЕМЫ СУДИННОЙ ТА ЕНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФОРМ АНГИОДИСПЛАЗИИ

И. В. Альтман

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Общим патогенетическим признаком артериовенозных форм ангиодисплазии является массивный сброс артериальной крови в венозное русло, минуя капиллярную сеть. Извращенная артериовенозная циркуляция крови обуславливает распространенное поражение окружающих тканей в зоне дисплазии, диффузное расширение отводящих вен. Социальная значимость проблемы состоит в том, что заболевание возникает у пациентов детского и юношеского возраста, что обуславливает их раннюю инвалидность.

Проанализированы данные обследования и лечения 64 пациентов с артериовенозной формой ангиодисплазий различной локализации в отделе микрососудистой и пластической хирургии в период 2000 — 2007 гг. Возраст больных от 4 до 45 лет, детей до 15 лет было 65% от общего числа больных.

Ведущее значение в диагностике имеет дуплексное сканирование с визуализацией места локализации артериовенозных соустьев, компьютерная томография и ангиографическое исследование с возможностью изучения зоны поражения селективно и суперселективно.

Применяли следующие методы лечения в различных сочетаниях: хирургическое, рентгеноэндоваскулярную окклюзию (РЭО), склерохирургию, компрессионную терапию.

Хирургический метод предусматривал иссечение ангиодиспластических образований, перевязку приводящих сосудов и артериовенозных соустьев (при невозможности осуществления РЭО). Хирургическое вмешательство сочетали с интраоперационным введением эмболов и склерозантов.

После операции проводили поэтапную склерохирургию и компрессионную терапию.

Применение предложенной тактики сочетанного лечения с использованием хирургических, рентгенохирургических

методов и склеротерапии позволило расширить показания к хирургическому лечению артериовенозной ангиодисплазии конечностей, достичь удовлетворительных результатов у 53 больных. У 2 больных вследствие запущенности процесса зона поражения удалена радикально (ампутация конечности).

Рентгенохирургические вмешательства выполнены у 48 больных. В качестве самостоятельного метода лечения РЭО применена у 32 больных, как подготовительный этап к хирургическому вмешательству — у 12, интраоперационная эмболизация произведена 3 больным. РЭО выполнена в 58 наблюдениях, в том числе в 32 — по поводу ангиодисплазии нижних конечностей и таза, в 4 — верхней конечности, в 11 — головы и шеи, в 3 — РЭО верхней прямокишечной артерии по поводу ангиодисплазии прямой кишки, в 2 — мочевого пузыря, в 6 — печени. При ангиодисплазии большого объема с большим количеством вовлеченных в нее сосудов выполняли до 3 процедур и более РЭО у одного больного с промежутками от 3 сут до 3 — 6 мес.

Рецидивы в сроки 6 мес — 5 лет возникли у 60% больных, что обусловлено включением новых артериовенозных соустьев вследствие изменения регионарной гемодинамики.

Таким образом, артериовенозные формы ангиодисплазии представляют наиболее тяжелую форму врожденных аномалий сосудов, характеризующуюся образованием патологических соустьев между артериями и венами.

Применение тактики сочетанного лечения с использованием хирургических, рентгенохирургических методов и склеротерапии позволяет расширить спектр хирургических вмешательств в лечении врожденных сосудистых аномалий.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ И АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ

И. В. Альтман, Н. Ф. Дрюк, С. Н. Фуркало, П. И. Никульников, Л. М. Чернуха

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Образовавшиеся вследствие травмы артериовенозный шунт (АВШ) или ложная аневризма (ЛА) представляют определенную сложность для сосудистого хирурга в плане их оперативного устранения из-за потенциальной угрозы возникновения массивной кровопотери. Проанализированы результаты лечения больных с посттравматическим АВШ и ЛА различной локализации на основе применения методов рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО), рентгеноэндоваскулярного протезирования сосудов и сосудистой хирургии.

Проведен анализ данных обследования и лечения 9 пациентов в период 2000 — 2007 гг. (5 — с АВШ, 3 — с аневризмой, 1 — с аневризмой и АВШ). Локализация патологии: в области таза — в 2 наблюдениях, бедра — в 4, колена, голени, шеи — по одному наблюдению. Посттравматический характер патологии (ножевые и огнестрельные ранения) отмечен у 6 пациентов, ятрогенный (пункция коленного сустава, наложение аппарата Илизарова, хирургическое вмешательство) — у 3.

Методы обследования и лечения включали ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, рентгеноконтрастную флебографию, артериографию, рентгеноэндоваскулярную окклюзию сосудов (РЭО), рентгеноэндоваскулярное протезирование (стентирование) с использованием внутрисосудистых эндопротезов с покрытием, методы сосудистой хирургии (разобщение артериовенозных соустьев, удаление сосудистой аневризмы, дерматопластика при трофических расстройствах).

У 2 пациентов с хроническими АВШ в области таза применен метод РЭО. Эмболизация АВШ в бассейне верхней ягодичной артерии спиральями и полиуретановыми эмболами способствовала полному перекрытию

артериовенозной фистулы и устранению клинических симптомов. У 2 пациентов с артериальной аневризмой на бедре и в подколенной области выполнено хирургическое удаление аневризмы после ее предварительной эмболизации спиральями. У 2 пациентов с хронической травматической АВШ между поверхностными бедренными артерией (ПБА) и веной осуществлена эмболизация артериовенозного соустья и дермопластика трофической язвы на голени с наложением искусственной кожи. У 2 пациентов (ЛА в области наружной сонной артерии справа, АВШ и ЛА в области ПБА) выполнено рентгеноэндоваскулярное протезирование (стентирование) с использованием линейных внутрисосудистых эндопротезов с покрытием с последующей тромбэктомией из полости аневризмы. Одному пациенту с АВШ между аортой и нижней полой веной на уровне бифуркации аорты в целях разобщения соустья установлен бифуркационный аортальный стент-графт. Во всех наблюдениях достигнут положительный клинический эффект.

Таким образом, опыт применения РЭО и рентгеноэндоваскулярного протезирования (стентирования) свидетельствовал об эффективности метода при закрытии посттравматических АВШ и ЛА.

Метод РЭО и эндопротезирования можно применять в качестве самостоятельного при лечении единичных АВШ, локализующихся в труднодоступных анатомических зонах.

Комбинированное применение хирургических и рентгеноэндоваскулярных методов позволяет улучшить результаты лечения больных с посттравматической АВШ и ЛА различной локализации.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

И. В. Альтман, Л. Ф. Никишин, В. А. Кондратюк

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

10-летний опыт применения в клинике эмболизации маточных артерий (ЭМА) при миоме матки позволяет оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения, проанализировать трудности и осложнения, возникающие во время выполнения рентгеноэндоваскулярных вмешательств.

В период 1998 — 2003 гг. оперированы 800 женщин в возрасте от 21 до 68 лет (в среднем 43,2 года) по поводу миомы матки. Размеры матки с узлами по данным УЗИ соответствовали 6 — 24 нед беременности (в среднем — 10,2 нед). Показаниями к ЭМА были тяжелое менструаль-

ное кровотечение (в 89% наблюдений), боль и тяжесть в низу живота (в 78%), давление фибромиомы на окружающие органы и ткани (в 39%). ЭМА выполняли под местной анестезией в сочетании с нейролептаналгезией путем суперселективной катетеризации обеих маточных артерий под контролем рентгеноскопии. В качестве эмболизирующего материала использовали эмболы отечественного производства из пенополиуретана диаметром 400 — 1000 мкм в объеме 200 — 300 мг.

Оценивали технический и клинический успех вмешательства. Операция ЭМА оказалась технически успеш-

ной в 98,2% наблюдений. Клинические результаты оценивали в зависимости от степени регресса основного симптома. В целом субъективное улучшение после ЭМА отметила 781 (94,3%) больная. Уменьшение тяжести кровотечения и нормализация месячных достигнута у 95% больных, исчезновение анемии — у всех, исчезновение компрессионных симптомов — у 83%, уменьшение объема матки и размеров фиброматозных узлов — у 96,5%. Максимальное уменьшение размеров отмечено в сроки 6 — 12 мес после ЭМА, размеров фибромиомы — от 30 до 70% (в среднем 58%), матки — от 20 до 56% (в среднем 43%).

Осложнения в ближайшем периоде после ЭМА возникли в 5,6% наблюдений. Все пациенты живы. Возоб-

новление роста фибромиомы и увеличение размеров матки отмечено у 10 пациенток, это обусловлено реканализацией одной или обеих маточных артерий. Этим больным выполнена повторная эмболизация. Гистерэктомия после ЭМА осуществлена у 3 пациенток.

Таким образом, ЭМА является новым эффективным методом лечения фибромиомы матки с практически нулевой летальностью и минимальной частотой осложнений.

По достижении лечебного эффекта ЭМА значительно расширяет возможности малотравматичного лечения фибромиомы и может быть альтернативой гистерэктомии.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ЛЕРІША: БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ

І. В. Арбузов, Ю. С. Спірін, Є. Ю. Гардубей
Херсонська обласна клінічна лікарня

Синдром Леріша — це оклюзійно—стенотичне ураження термінального відділу черевної частини аорти, поєднане з двобічним ураженням клубових артерій атеросклеротичного генезу. Також цим терміном позначають ізольоване двобічне ураження клубових артерій. За даними статистики, це захворювання виявляють майже у 5% населення віком старше 50 років. За природнього перебігу захворювання без оперативного лікування через 5 — 7 років живими лишаються приблизно 50% пацієнтів. При виникненні критичної ішемії (КІ) нижніх кінцівок (НК) у 25% хворих потрібно здійснити ампутацію НК на рівні стегна. Післяопераційна летальність сягає 40%. Через 1 рік після великої ампутації НК живуть 50% хворих, через 5 років — біля 30%.

Мета роботи: оцінити безпосередні результати лікування хворих з синдромом Леріша залежно від обраної хірургічної тактики.

В основу роботи покладені результати лікування 94 хворих з синдромом Леріша. Всім хворим виконані різні види реконструктивних втручань на судинах аортостегового сегмента (АСС). Показанням до реконструкції було клінічно значуще ураження — КІНК або значне зменшення дистанції, яку пацієнт проходить без болю. Хворі розподілені на три групи: у 37 з них (1—ша група) виконано аорто—стегове біфуркаційне протезування (АСБП); у 15 (2—га група) — однобічне протезування АСС; у 42 (3—тя група) — одночасну реконструкцію судин аорто—клубового та стегового сегментів. У 1—й групі клінічно значуще ураження обох НК відзначене у 21 (56,8%) хворого, у 16 (43,2%) — однієї НК. Проте, виконано ревазуляризацію обох НК, тобто, АСБП. Метод реконструкції стандартний. Загалом виконано 37 втручань. У 2—й групі в усіх хворих виявлене клінічно значуще ураження однієї НК. На протилежній НК не було клінічно

значущого ураження судин клубового сегмента. Також в усіх пацієнтів були анатомічні умови для однобічної реконструкції — відсутність тромбозу інфраренального відділу черевної частини аорти, її дифузного кальцинозу та аневризматичної дегенерації. Аорто—стегове лінійне протезування (АСП) здійснене у 5 (33,3%) хворих, клубово—стегове лінійне протезування (КСП) — у 10 (66,7%). У 3—й групі клінічно значуще ураження обох НК відзначене у 22 (52,38%) хворих, однієї — у 20 (47,62%). Безпосереднім задовільним результатом лікування (в строк до 30 днів після операції) вважали: зникнення болювого синдрому чи збільшення дистанції, яку пацієнт проходив без болю, за перемірної кульгавості, появу ознак загоєння трофічних виразок чи демаркаційної лінії при некротичному процесі на стопах. Також проаналізовано частоту та структуру інтра-, післяопераційних ускладнень та летальність.

Безпосередній позитивний результат лікування досягнутий загалом у 78 (83,0%) хворих, по групах — відповідно у 81,1, 93,3 та 81%. Ускладнень після операції у 2—й групі не було, їх загальна частота у 1—й та 3—й групах становила відповідно 21,62 та 16,7%. Після операції всі пацієнти живі. Госпітальна летальність становила 9,6%, померли 9 хворих, у 1—й групі — 3 (8,1%), у 3—й групі — 6 (14,3%). Тромбоз експлантата під час операції виник у 5 (5,3%) хворих, у 3 (7,3%) — 1—ї групи та у 2 (5,3%) — 3—ї групи. Пошкодження нижньої порожнистої вени виникло в 1 (2,7%) хворого 3—ї групи, в 1 (2,6%) хворого 1—ї групи пошкоджено зовнішню клубову вену. В ранньому післяопераційному періоді тромбоз експлантата виник у 4 (4,3%) хворих, у 3 (7,9%) — з 3—ї групи та в 1 (2,4%) — з 2—ї групи. Ампутація НК виконана у 3 (3,2%) хворих — по одному у кожній групі, що становило відповідно 2,7, 6,7 та 2,4%. У пацієнта 1—ї групи викона-

но резекцію стопи з приводу сухого некрозу після реконструктивної операції.

Висновки

1. Однобічна реконструкція у пацієнтів з синдромом Леріша забезпечує кращі безпосередні результати щодо клінічних показників інтра— та післяопераційного періодів, частоти тромботичних і нетромботичних ус-

кладень, летальності в порівнянні з цими показниками після біфуркаційної та багаторівневої реконструкції.

2. Тактика хірургічного лікування синдрому Леріша має бути індивідуальною, проте, за наявності клінічних та анатомічних умов перевагу слід віддати однобічній реконструкції.

ВОЗМОЖНОСТИ СТУПЕНЧАТОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Я. С. Березницький, С. Н. Курьяк

Днепропетровская государственная медицинская академия

Несмотря на то, что многое известно о факторах риска возникновения венозной тромбоэмболии (ВТЭ), дозах, длительности применения антикоагулянтных препаратов, а также то, что профилактика тромбоза глубоких вен широко распространена во многих странах, до сих пор нет единого мнения относительно практических аспектов профилактики этого осложнения.

Планируя хирургическое вмешательство, необходимо четко понимать факторы риска, которые могут обусловить возникновение послеоперационного осложнения. При анализе факторов риска возникновения тромбоэмболических осложнений как со стороны пациента, так и со стороны оперативного вмешательства, важно точно определить группу риска возникновения ВТЭ, поскольку от этого зависит объем профилактических мероприятий.

Для профилактики послеоперационной ВТЭ широко используем неспецифические мероприятия: раннюю активизацию больных и меры физического воздействия на группы мышц, особенно нижних конечностей. До операции осуществляем эластическую компрессию нижних конечностей, своевременную коррекцию расстройств волеми, нормализацию показателей гемодинамики. Специфические меры тромбопрофилактики используем по показаниям в зависимости от группы риска возникновения ВТЭ.

В клинике для антикоагулянтной профилактики используем преимущественно низкомолекулярные гепарины (НМГ) в течение 7 — 10 сут после оперативного вмешательства. При кратковременном лечении больного в стационаре (лапароскопическая холецистэктомия) проводим профилактику ВТЭ по ступенчатой схеме: переход

на таблетированные формы препаратов с антикоагулянтным эффектом при выписке на амбулаторное лечение с обязательным контролем показателей коагулограммы.

При изучении различных схем профилактики ВТЭ (стандартная — с применением фраксипарина и ступенчатая — НМГ с переходом на таблетированные формы препаратов) не выявлены различия основных показателей гемостаза.

Нами изучен сосудисто—тромбоцитарный гемостаз (количество тромбоцитов в крови), внешний (международное нормализованное отношение — МНО), внутренний (АЧТВ) и общий (концентрация фибриногена в плазме крови) пути коагуляции. Естественные механизмы регуляции свертывания крови контролировали по активности антитромбина III. Исследование проводили до операции, на 1, 3, 7—е и 10—е сутки после нее.

Так, МНО было близким к норме практически в течение всего периода наблюдения в обеих группах; АЧТВ, увеличиваясь в первые 3 сут после операции (соответственно 34,1 и 34,7 с), возвращалось к исходному уровню (33,4 с) к 10—м суткам. Уровень фибриногена не имел тенденции к повышению при применении как стандартной, так и ступенчатой схем профилактики. Активность антитромбина III была на уровне физиологической нормы в течение всего периода наблюдения.

Таким образом, применение ступенчатой профилактики обеспечивает антикоагулянтный эффект, подобный таковому при применении НМГ по стандартной методике, а также профилактику ВТЭ после операции при кратковременном лечении больного в стационаре.

НЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ГРАНУЛОЦИТЫ КРОВИ КАК МАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. В. Гомоляко, Т. А. Царенко, А. В. Ратушнюк, Т. А. Дубович

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (АНК) выявляются у 5 — 7% населения в возрасте старше 60 лет. Одним из наиболее распространенных является облитерирующий атеросклероз (ОА). Нарушение кровотока в нижней конечности обуславливает существенные нарушения тканевого метаболизма и возникновение выраженных дистрофических процессов вплоть до некроза тканей. Хирургическое восстановление кровотока в крупных артериях конечности далеко не всегда способствует устранению ишемических изменений. Своевременная оценка эффективности хирургического вмешательства имеет важное значение для разработки дальнейшей тактики лечения таких пациентов.

Система нейтрофильных гранулоцитов (НГ) крови является одной из наиболее чувствительных систем организма, которая быстро реагирует на изменение тяжести метаболической интоксикации. Целью работы явилось изучение возможностей использования количественных характеристик НГ как маркера эффективности хирургического лечения больных с ОААНК.

У 15 больных с ОААНК и критической ишемией до (а) и после (б) операции проведена цитометрия НГ в мазках крови из пальца руки (I группа) и поврежденной нижней конечности (II группа), окрашенных по Романовскому — Пимза. Определяли параметры площади (s) и яркости цитоплазмы (int), преобладающий тип реакции, уровень полиморфизма (ПМ) и морфофункциональную недостаточность (МФН). Контроль — здоровые доноры крови. Достоверность результатов оценивали по критериям Стьюдента и Пирсона. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу "Statistica for Windows" версия 6.0 (разработчики Stat Soft and Inc. 1984—2001, USA).

В контроле нормальные значения площади — sII(B) и оптической плотности цитоплазмы — intII(B) отмечены соответственно в 66 и 60% наблюдений; 2 уровень ПМ системы — s73% и int80%; в 72% наблюдений — норма, I и II

степень МФН — в 20 и 8%. В группе Ia выявлены признаки повышения уровня метаболической интоксикации: увеличение количества НГ с низким значением площади — sI(A) — 60% и повышенным значением яркости — intIII(C) — 53,3%, в контроле — соответственно 14 и 20%; повышение частоты 3 и 4 уровней sПМ и преобладание II степени МФН системы НГ — в 75% наблюдений. Во IIa группе выявлены подобные изменения, однако выраженные в меньшей степени — частота НГ sI(A) типа — 26,7%, sII(B) типа — 46,6%, при этом количество НГ intIII(C) типа увеличилось до 60%.

После хирургического вмешательства реакция НГ оказывалась неоднозначной в обеих группах. В Ib группе 66% наблюдений структура системы НГ по параметру s существенно не изменилась, по параметру int — появились признаки прогрессирования метаболической интоксикации, достоверно увеличилась частота III степени МФН. В 34% наблюдений структура системы НГ имела тенденцию к нормализации. Во IIб группе распределение различных типов реакции системы более равномерное, наблюдали улучшение характеристик НГ, отсутствие изменений, признаки прогрессирования метаболической интоксикации.

Таким образом, у больных с ОААНК возникают существенные отклонения структуры системы НГ от нормы, характеризующие более или менее высокий уровень метаболической интоксикации. При этом местные характеристики НГ отражают более высокий уровень окислительного метаболизма, что обусловлено хронической ишемией. После хирургического лечения изменения системы НГ разнонаправлены, что позволяет выявить пациентов с сохранившимся ишемическим синдромом. Это может быть предпосылкой для формирования объективных критериев оценки эффективности хирургического лечения больных ОААНК, а также элементом дифференциальной диагностики НГ.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В. Ю. Грубник, О. Н. Загороднюк, В. В. Грубник
Одесский государственный медицинский университет

В настоящее время происходит неуклонный рост заболеваемости циррозом печени в связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией относительно вирусного гепатита, особенно типа С. Прогрессирование цирротического процесса в печени обуславливает возникновение портальной гипертензии. В свою очередь, портальная гипертензия способствует появлению такого тяжелого осложнения, как варикозное поражение вен пищевода. В исследовании изучена эффективность применения эмболизации селезеночной артерии в комплексе лечения больных, у которых возникло кровотечение из варикозно-измененных вен пищевода.

В период с 2003 по 2008 г. на базе Одесской областной клинической больницы в комплексе лечения 34 пациентов с портальной гипертензией и варикозным изменением вен пищевода применена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. У всех больных были выражены признаки гиперспленизма и портальной гипертензии с варикозным изменением вен пищевода, уровень гемоглобина составлял от 54 до 94 г/л, количество эритроцитов $0,9 - 1,8 \times 10^{12}$ в 1 л, лейкоцитов $2,4 - 3,6 \times 10^9$ в 1 л. У всех пациентов тромбоцитопения сопровождалась гипокоагуляцией — протромбиновый индекс составлял от 56 до 72%.

В неотложном порядке госпитализированы 10 пациентов с клиническими признаками кровотечения из варикозно-измененных вен пищевода. Диагноз цирроза печени, осложненного гиперспленизмом, установлен по данным обследования в условиях стационара. У 6 больных острое кровотечение остановлено с помощью консервативной терапии и зонда Блекмора. У 4 пациентов, при неэффективности консервативной терапии выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода. В дальнейшем, через 1,5 — 2 мес после эндоскопического лигирования больным осуществлена эмболизация селезеночной артерии.

У 24 больных, госпитализированных в плановом порядке, и 6 пациентов, у которых кровотечение было остановлено с помощью консервативных средств, в плановом порядке выполнена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии.

Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных выполняли с применением методики "хронической эм-

болизации", т.е. последовательного введения 50 — 80 эмболов из поролонки диаметром 2 мм с последующим введением конусовидной спирали типа Гиантурко с диаметром витков от 12 до 4 мм.

Все пациенты достаточно хорошо перенесли эмболизацию. В течение 1 недели после вмешательства у всех пациентов температура тела была повышена от 38,4 до 37,8°C, затем она нормализовалась. Показатели периферической крови в раннем послеоперационном периоде изменились незначительно, полицитемия не отмечена. Однако уже в течение 1 мес после эмболизации показатели крови значительно улучшались, достигая субнормальных величин. Через 2 мес у всех пациентов показатели крови были в пределах нормы либо на субнормальном уровне. У всех больных по данным эзофагогастрофиброскопии и рентгеноконтрастного исследования пищевода отмечено снижение степени варикозного поражения вен на один уровень либо отсутствие ухудшения. У 18 пациентов в плановом порядке через 1 мес после эмболизации селезеночной артерии выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода. Рецидив кровотечения из варикозно-измененных вен пищевода в течение, как минимум, 1,5 года не отмечали.

Первый опыт применения эндоваскулярных вмешательств в комплексе лечения больных с осложнениями портальной гипертензии свидетельствует о весьма обнадеживающих результатах. Эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии не сопровождается большой частотой осложнений, а коррекция портальной гипертензии вследствие разгрузки гастроспленального бассейна и нормализация картины крови также способствует улучшению состояния пациентов, повышению чувствительности печени к медикаментозной терапии. После эмболизации эффект эндоскопического лигирования варикозно-измененных вен пищевода сохраняется в течение длительного времени.

Таким образом, выполнение эндоваскулярных вмешательств в комплексе лечения осложнений портальной гипертензии в сочетании с эндоскопическими методами гемостаза позволяет улучшить результаты лечения больных.

РЕНТГЕНОЭДОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕПАТОСПЛАНХНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

И. В. Гусак, Ю. В. Иванова, Ю. В. Авдосьев, А. В. Москаленко
Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

Лечение тяжелых гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости, в частности, перитонита — одна из важнейших проблем абдоминальной хирургии. Адекватная коррекция расстройств спланхической микроциркуляции в сочетании с мероприятиями, направленными на восстановление и поддержание основных функций печени, занимают одно из ведущих мест в схеме лечения больных с тяжелой абдоминальной инфекцией.

Проанализированы результаты лечения 8 больных с распространенным послеоперационным гнойным перитонитом, у которых в комплексе лечения применены регионарная внутриартериальная гемодилюция с использованием алпростана, а также внутрипортальная гемодилюция с введением гепатопротектора тиотриазолина 2,5%. По данным ангиографического исследования оценивали паренхиматозную фазу, длительность артериальной (АФ), венозной (ВФ) фаз кровотока, начало ВФ кровотока, а также диаметр воротной вены (ВВ). В течение 3 — 4 сут в чревный ствол или верхнюю брыжеечную артерию (ВБА) вводили алпростан (100 мкг в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида капельно со скоростью 1 мл/мин). Начиная с первых суток после операции, больным в ВВ капельно вводили тиотриазолин 2,5% (6 — 8 мл в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида). В динамике определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень С-реактивного протеина (СРП), активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови, а также активность комплемента.

Паренхиматозную фазу оценивали визуально по скорости прогрессирования и уменьшению интенсивности окрашивания в пределах от 2 — 3 до 20 — 25 с. У всех пациентов выявлены утолщение стенки кишечника, обусловленное ее отеком, симптом "пятнистости", свидетельствующий о микрососудистых изменениях вследствие микротромбоза и паравазатов, а также мелких эрозий слизистой оболочки. У 7 пациентов выявлен симптом "растянутой пружины". До начала лечения отмечено уд-

линение АФ на 175,4% ($P < 0,05$), начало ВФ на 63,7% превышало норму ($P < 0,01$), длительность ВФ превышала нормальные значения на 224,1% ($P < 0,05$), диаметр ВБА был меньше такового в норме на 91,02% ($P < 0,05$), что свидетельствует о стойкой вазоконстрикции. Диаметр ВВ до лечения был меньше такового в норме на 70,7% ($P < 0,01$), объемный кровоток — на 82,9% ($P < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о прогрессировании вазоконстрикции, что обуславливает замедление ВФ кровотока. По данным контрольного ангиографического исследования отмечены нормализация АФ кровотока в среднем до $(1,35 \pm 0,21)$ с, уменьшение ВФ в среднем до $(8,9 \pm 1,18)$ с, начало ВФ наблюдали в среднем через $(5,8 \pm 0,3)$ с, увеличение диаметра ВВ в среднем до $(10,13 \pm 1,41)$ мм и ВБА в среднем до $(7,19 \pm 0,32)$ мм. Объемный кровоток увеличивался в среднем до 415,3 мл/мин. После проведения предложенного комплекса лечебных мероприятий с использованием внутрипортального введения тиотриазолина на 3 — 5-е сутки активность АсАТ снижалась в 1,5 раза, АлАТ — в 1,8 раза, уровень СРП — в 1,8 раза ($P < 0,05$); к 7 — 10-м суткам лечения ЛИИ снизился в 3 раза, активность АсАТ — в 3,5 раза, АлАТ — в 4,2 раза, ЩФ — в 2,4 раза, уровень СРП — в 3,5 раза ($P < 0,05$). Активность комплемента к концу исследования повышалась в 2 раза ($P < 0,01$), что свидетельствовало об угнетении регуляторных и биосинтетических механизмов антителогенеза, повышении белоксинтезирующей функции печени, снижении уровня системного воспалительного ответа.

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий у больных с тяжелой абдоминальной инфекцией спланхической и внутрипортальной гемодилюции в сочетании с внутриартериальным введением алпростана и внутрипортальным введением тиотриазолина способствует раннему восстановлению спланхической микроциркуляции. Полученные данные свидетельствуют, что внедрение предлагаемого комплексного лечебного подхода способствует значительному снижению тяжести эндогенной интоксикации, более быстрому восстановлению функциональной активности печени, сни-

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Н. Ф. Дрюк, Д. Б. Домбровский

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

У больных после мастэктомии по поводу рака молочной железы всегда высок риск возникновения вторичной лимфедемы (ЛЕ) верхней конечности, несмотря на применение щадящих методов лечения. Эффективная система реабилитации больных с постмастэктомическим синдромом (ПМЭС) в масштабах страны отсутствует, больные нередко обращаются за медицинской помощью уже при тяжелых формах ЛЕ конечности. Совершенствование методов лечения постмастэктомической ЛЕ возможно на основе комплексного воздействия на различные механизмы ее патогенеза.

С 1980 по 2007 г. в отделе микрососудистой и пластической хирургии оперированы более 280 пациентов с постмастэктомической ЛЕ. До 1992 г. основным методом хирургического лечения больных было формирование лимфовенозных анастомозов (ЛВА), а при тяжелых формах — операции резекционного типа.

Нами разработана концепция лечения ЛЕ, основанная на сочетанном применении различных хирургических методов. Исследования подтверждают, что формирование ЛВА возможно и эффективно у большинства больных в ранних стадиях, в период до возникновения рожистого воспаления. Дополнительно осуществляем липоаспирацию в области плеча—предплечья, которые не дренируются после наложения ЛВА. Мы отказались от выполнения радикальных резекционных операций при тяжелых формах ЛЕ конечности. Альтернативой им считаем сочетанное применение в несколько этапов липолимфоаспирации, лимфодренирования с последующим наложением ЛВА у части больных или ограниченной резекции тканей (при лимфоцеле или значительном избытке кожи после дренирования лимфы и существенного уменьшения объема конечности). Аспирация жировой ткани и удаление интерстициальной жидкости путем наружного дренирования являются ведущим компонен-

том хирургического лечения. У больных с тяжелыми формами ЛЕ возникает блок оттока лимфы и интерстициальной жидкости, сдавление сохранившихся лимфатических сосудов. Использование липолимфоаспирации и тунелирования тканей, эффективной компрессионной терапии позволяет устранить компонент отека и разорвать сформировавшийся "порочный круг". Аспирационная липэктомия — миниинвазивный метод удаления подкожной основы, которая является основным субстратом патогенетических процессов при прогрессировании заболевания. Обязательный компонент послеоперационного лечения — комплексная физиотерапия и компрессионная терапия. Хорошие и удовлетворительные ближайшие результаты лечения отмечены у всех больных. Наблюдения в отдаленные сроки за больными с постмастэктомической ЛЕ после липоаспирации в области кисти—предплечья—плеча по разработанной нами методике свидетельствуют, что достигнутый положительный эффект стабилен. При отеке II и III степени достигнуто его уменьшение (объем пораженной конечности не превышал 25% объема интактной, что соответствовало ЛЕ I степени) с изменением варианта течения ЛЕ — стабильное или медленно прогрессирующее. У больных с ЛЕ IV степени объем пораженной конечности обычно не превышал 50% объема интактной, что соответствовало ЛЕ II или III степени с медленно прогрессирующим или стабильным течением.

Таким образом, определяющим при выборе тактики лечения и в аспекте прогноза является не степень увеличения объема конечности, а характер и степень изменений подкожной основы и лимфатических коллекторов. Применение разработанной концепции хирургического лечения и реабилитации больных с ПМЭС является эффективным.

НЕПРЯМЫЕ МЕТОДЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЭНДАРТЕРИИТОМ

В. И. Кириков, Н. Ф. Дрюк

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Лечение больных при поражении дистального сосудистого русла нижних конечностей (НК), особенно в стадии критической ишемии, является нерешенной проблемой ангиологии. Поражение периферического и особенно терминального сегмента артериального русла конечности ограничивает, а порой исключает возможность применения прямой реваскуляризации конечности (РК). Новые возможности в лечении пациентов с такими формами заболевания, ранее считавшихся неоперабельными, появились с разработкой и применением различных методов не прямой РК. Улучшение результатов лечения больных с облитерирующим поражением дистального артериального русла конечностей путем совершенствования методов не прямой РК, включающей применение ротационной остеотранспозиции (РОТ) в сочетании с аутомиелотрансплантацией (АМТ) или выполнение АМТ в качестве самостоятельного метода явилось целью исследования.

Проанализирован опыт обследования и лечения 70 пациентов с облитерирующим энтеритом (ОЭ) и 17 — с облитерирующим тромбангиитом (ОТ). Возраст больных в среднем 39,1 года. У 68 больных выявлен ОЭ сосудов НК, у 6 — верхних (ВК), у 13 — НК и ВК. У 3 пациентов ранее выполнена операция бедренно—подколенного аутовенозного шунтирования, в последующем (через 6 мес, 8 мес и 1,5 года) возник тромбоз шунта.

У 38 (43,7%) пациентов отмечена IV стадия заболевания (по Fontaine—Покровскому), у 22 (25,3%) — III стадия, у 27 (31%) — II Б стадия.

Окклюзия сосудов бедренно—подколенного—берцового сегмента выявлена у 29 больных, подколенно—берцового — у 5, берцового — у 34 (у 3 из них — в сочетании с поражением сосудов подвздошного сегмента), берцового сегмента и артерий предплечья — у 13, артерий предплечья — у 6. С учетом выраженности клинических проявлений и данных комплексного обследования, включавшего функциональные, рентгеноконтрастные методы исследования, нами разработана программа комплексного лечения больных. В зависимости от варианта хирургического лечения больные распределены следующим образом: дистракционная компактомия

большеберцовой кости по методике Г. А. Илизарова осуществлена у 1 больного; РОТ в сочетании с созданием аутогемэкстравазатов в мягких тканях голени и стопы — у 8; РОТ в сочетании с АМТ в голень и /или стопу — у 20; АМТ в голень и /или стопу — у 30, АМТ в мышцы ВК — у 6, (у 2 — в сочетании с грудной симпатэктомией), АМТ одномоментно в НК и ВК — у 4. Поясничная симпатэктомия выполнена ранее, на предыдущих этапах лечения у 9 больных, симульганно с не прямой РК — у 13. У 10 пациентов в целях улучшения коллатерального кровотока выполнена энтерэктомия из общей и устья глубокой артерий бедра. Клиническое улучшение в ближайшем послеоперационном периоде (до 1 мес) — отмечено у 62 (71,2%) больных (уменьшение или полное устранение болевого синдрома, увеличение дистанции, проходимой пациентом до появления боли, потепление конечности), активное гранулирование мелких трофических язв и их спонтанное заживление — у 3. После осуществления не прямой РК, включавшей АМТ в мышцы голени и/или стопы 12 (13,7%) пациентов, у которых ранее диагностировали III стадию заболевания, переведены в группу со II Б стадией. Лечение оказалось неэффективным при IV стадии заболевания у 3 больных, в связи с чем выполнена ампутация НК на уровне средней трети бедра.

Результаты лечения проанализированы в сроки от 3 до 8 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты не прямой РК отмечены у 68% пациентов. У 6 пациентов выполнена повторная АМТ в НК (у 2 — трехкратно), у 2 — АМТ в ВК, у всех с хорошим эффектом. Ампутация НК выполнена у 2 больных на уровне средней трети бедра.

Разработанный алгоритм обследования и комплексного лечения больных с ОЭ с применением не прямых методов РК может быть альтернативой неизбежной ампутации конечности у пациентов при критической ишемии и открывает новые возможности лечения заболевания во II Б и III стадиях. АМТ можно (у пациентов молодого возраста — должно) осуществлять как повторное этапное вмешательство, а также в сочетании с реконструктивными операциями на сосудах проксимальных сегментов.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

А. Є. Коваленко, О. В. Омельчук, П. П. Зінич, І. Р. Янчій, Ю. М. Таращенко
Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка АМН України, м. Київ

Починаючи з 1990 р., у дітей і підлітків, що мешкають у регіонах України, які зазнали радіаційного ураження внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, відзначають збільшення частоти виявлення папілярного раку щитоподібної залози (ЩЗ). За останні 10 — 15 років кількість таких пацієнтів збільшилася у 14 разів у порівнянні з такою до аварії. Мінімальний латентний період утворення пухлини ЩЗ становив 4 роки від моменту аварії. Зростання захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ відбувалося в основному за рахунок хворих, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання у віці від 23 тиж внутрішньоутробного розвитку до 4 років.

Проведений аналіз результатів лікування 451 хворого дитячого і підліткового віку з гістологічно доведеним папілярним раком ЩЗ. Порівнювали клінічні прояви захворювання, характер оперативного лікування, результати спостереження за особливостями перебігу післяопераційного періоду та якості життя хворих у подальшому.

У дослідженні оцінювали історії хвороби 290 пацієнтів жіночої і 161 — чоловічої статі (співвідношення 1,8 : 1,0). Вік хворих у середньому ($12,8 \pm 0,1$) року. Папілярна карцинома ЩЗ мала високий біологічний потенціал злоякісності, що проявлялося коротким попереднім періодом перебігу захворювання з високою органом- і лімфоінвазивністю (частота екстратиреоїдного поширення пухлини 46,9%, регіонарного метастазування — 55%, віддаленого метастазування в легені — 11,6%).

З огляду на появу спостережень радіаційно-індукованого раку, високу агресивність його клінічного перебігу, ми переглянули раніше прийняту хірургічну тактику, яка передбачала виконання органозберігаючого втручання, і вважаємо, що методом вибору повинна бути екстра-

фасціальна тиреоїдектомія з подальшим призначенням радіоактивного йоду і проведенням супресивної терапії з використанням тиреоїдних гормонів. Тиреоїдектомія здійснена 137 (30,4%) хворим, тиреоїдектомія з радикальною лімфодисекцією шиї — 252 (55,9%), гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної частки — 62 (13,7%). Виконання тиреоїдектомії сприяло зниженню ризику виникнення рецидивів захворювання у 3,2 разу — з 2,3 до 0,7% у порівнянні з таким після органозберігаючих операцій.

Виконання тиреоїдектомії завжди пов'язане з підвищеним ризиком виникнення таких специфічних післяопераційних ускладнень, як ларингеальний парез і паратиреоїдна недостатність. Багаторічний досвід в тиреоїдній хірургії дозволив визначити комплекс заходів, спрямованих на зниження частоти цих ускладнень. До них належать застосування прецизійної техніки виконання тиреоїдектомії, здійснення операції на абсолютно "сухому" операційному полі з візуалізацією зворотних гортанних нервів і паращитоподібних залоз, заходи з профілактики їх травматизації. Виконання цих принципів дозволило знизити частоту післяопераційних специфічних ускладнень: стійкого ларингеального парезу з порушенням функції гортані — до 2,1%, стійкої паратиреоїдної недостатності — до 0,8%.

Після проведення радикальної програми лікування хворі протягом тривалого часу зберігають працездатність без погіршення якості життя. Об'єктивним критерієм оцінки ефективності запропонованих підходів є сприятливі результати лікування, зокрема, показники виживання протягом 5 років становили 99,5%.

РОЛЬ ПАРЦІАЛЬНОЇ ЕМБОЛІЗАЦІЇ ВОРОТНОЇ ВЕНИ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦІЄНТА К РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧЕНИ

В. А. Кондратюк, О. Г. Котенко, С. Н. Фуркало, С. В. Сухачев, А. А. Коршак, А. О. Попов
Національний інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалимова АМН України, г. Київ

Единственным методом, обеспечивающим длительное выживание больных со злокачественными опухолями печени, является ее радикальная резекция. Одним из наиболее частых осложнений после таких вмешательств является печеночная недостаточность, обусловленная малым объемом оставшейся печени. Перспективной миниинвазивной методикой, позволяющей минимизировать частоту и тяжесть послеоперационной печеночной недостаточности у таких пациентов, является чрескожная парциальная эмболизация ветвей воротной вены.

Применение этой методики в комплексе подготовки пациента к расширенной резекции печени позволяет достичь компенсаторной гипертрофии интактной ткани печени, улучшая таким образом соотношение интактная ткань/опухоль.

В работе обобщены предварительные результаты применения чрескожной чреспеченочной парциальной эмболизации воротной вены в клинике.

В основную группу включены 12 пациентов со злокачественными опухолями печени, которым за период с

2003 г. по 2008 г. произведена чрескожная чреспеченочная парциальная эмболизация воротной вены как этап подготовки к радикальной резекции печени. Выполнение эмболизации показано, если ожидаемый остаточный объем печени не превышает 25%. Сопутствующих заболеваний печени не наблюдали. Всем пациентам осуществляли эмболизацию правой ветви воротной вены, у 2 — она дополнена эмболизацией ветвей воротной вены S_{IV} сегмента. У 2 пациентов катетерный доступ осуществляли через левую ветвь воротной вены, у 7 — через правую ветвь. Пункцию воротной вены под контролем ультразвукового исследования применяли у 3 пациентов на этапе освоения методики. В качестве эмболизирующего материала использовали гемостатическую губку, абсолютный этанол, геласпон, металлические спирали.

Выраженный постэмболизационный болевой синдром не наблюдали, у 3 больных возникла гипертермическая реакция продолжительностью 2 — 3 сут. Ожидаемый остаточный объем печени измеряли по данным компью-

терной томографии через 14 — 21 сут после эмболизации, его увеличение составило от 26,4 до 34,6%, в среднем $(8,2 \pm 1)\%$. Распространение опухоли в непораженные сегменты печени не наблюдали. Это позволило у всех пациентов выполнить радикальную резекцию печени. После операции печеночная недостаточность возникла у 2 пациентов, успешно устранена с помощью консервативных средств.

Выводы

1. Чрескожная чреспеченочная парциальная эмболизация воротной вены способствует компенсаторной гипертрофии части печени. Включение этого вмешательства в протокол подготовки пациентов к резекции печени позволяет снизить частоту и тяжесть послеоперационной печеночной недостаточности.

2. Дальнейшее совершенствование методики выполнения эмболизации воротной вены позволит расширить показания к радикальному хирургическому лечению опухолей печени.

СТОВБУРОВА СКЛЕРОХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. В. Корсак, В. В. Русин

Медичний факультет Ужгородського національного університету

Варикозну хворобу вен нижніх кінцівок спостерігають у 15 — 25% дорослого населення. Одним з методів її лікування є склерохірургія, яка поєднує флебосклерозування з оперативним втручанням. Флебосклерозування використовують для лікування "судинних зірочок" та ретикулярних вен, видалення колатеральних та неспроможних пронизних вен, а також недостатності клапанів стовбурових вен. Запропонований мініінвазивний метод катетерної склерооблітерації стовбурів великої (ВПВ) та малої підшкірних вен ноги за допомогою балонного багатоканального катетера, що виключає виконання навіть кросектомії. За рекомендаціями Німецького товариства флебологів та Американського венозного форуму, одним з протипоказань до проведення склеротерапії є гострий і підгострий тромбофлебіт. Проте, є спостереження успішного склерохірургічного лікування гострого тромбофлебіту поверхневих вен.

У відділенні судинної хірургії Обласної клінічної лікарні стовбутова склерооблітерація здійснена у 23 хворих з магістральним типом варикозного пошкодження вен — II — III клас (за CEAP), у 7 — при поширеній формі тромбофлебіту в системі ВПВ — II — III клас (за CEAP), у 14 — після виконання SEPS — IV — VI клас (за CEAP).

В усіх спостереженнях використовували препарат "Aethoxysklerol" (діюча речовина полідоканол) фірми "Kreussler—Pharma" (Німеччина) з розрахунку 1 мл 2% розчину на 8 — 10 см вени. Усім пацієнтам проведено ультразвукове дуплексне сканування (УДС) вен нижніх кінцівок з маркуванням неспроможних пронизних вен

гомілки. Вертикальний рефлюкс у системі ВПВ відзначений у 84,3% пацієнтів, горизонтальний (на гомілиці) — у 43,6%, змішаний — у 16,8%.

Діаметр ВПВ не перевищував 7 мм, сполучних вен — 2,5 мм. Усім хворим виконано кросектомію. У просвіт вени в дистальному напрямку вводили поліетиленовий катетер діаметром 2 — 3 мм. Біля присередньої кісточки виділяли початковий відділ ВПВ. Вену перерізували, дистальний кінець лігували, у проксимальний — вводили аналогічний катетер. Підтягуючи дистальний катетер назовні, в його просвіт вводили склерозуючу речовину. Катетер видаляли, вену перев'язували, рану зашивали. По ходу склерозованої вени укладали марлевий валик і накладали еластичний бинт. Через катетер у пахвинній ділянці аналогічно вводили склерозант. Марлевий валик укладали по ходу вени до нижньої третини стегна. У 14 пацієнтів після SEPS проведено дистальну стовбутову склерооблітерацію ВПВ — від кісточки до верхньої третини гомілки — у 5 та у ретроградному напрямку — у 9. Біля присередньої кісточки виділяли і перерізували початковий відділ ВПВ. В антеградному напрямку у стовбур вени до перев'язаного проксимального кінця проводили катетер з отвором на кінці. У міру витягання катетера з вени по ньому вводили склерозуючий розчин. Після повного витягання катетера дистальний кінець ВПВ перев'язували. Для забезпечення стикання стінок вени одна з одною на кінцівку одразу накладали еластичний бинт, з марлевым валиком або латексними подушками по ходу вени, що особливо важливо в умовах виражених трофіч-

них змін. Тільки за достатньо щільного бинтування і точного розташування марлевого валика в проекції вени досягають її облітерації. Тому інтраопераційну стовбурову склерооблітерацію виконували останнім етапом оперативного втручання, після венектомії та SEPS.

Ведення хворих у найближчому післяопераційному періоді не відрізнялося від такого за будь-якого іншого втручання на венозній системі нижньої кінцівки. Прово-

дили ранню активізацію пацієнтів. Шви з ран знімали на 7 — 9-ту добу. Через 3 міс при дослідженні якості життя 94,8% пацієнтів вважали її повністю відновленою. Незначне локальне ущільнення та дещо виражена пігментація не спричиняли негативних реакцій. Проте, за даними контрольного УДС у 4 (9,1%) хворих відзначено збереження кровотоку в окремих сегментах ВПВ або ознаки тромбофлебиту майже на всьому протязі вени.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ОБЛІТЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. М. Криса

Івано-Франківський державний медичний університет

Ендоваскулярна облітерація варикозно-змінених поверхневих вен нижніх кінцівок є давнім методом лікування, проте, велика частота рецидивів та різноманітних ускладнень після проведення склерозуючої терапії викликає у хірургів закономірний скепсис до цієї методики. Розробка нових технологій з використанням радіочастотної та лазерної енергії відновили інтерес до ендоваскулярних технологій лікування варикозної хвороби. По суті, теплова енергія, яка генерується під час цих процедур, спричиняє термічний опік ендотелію і стінки судини, що супроводжується вираженим спазмом вени, термокоагуляцією і тромбуванням крові в просвіті вени з подальшою фіброзною трансформацією стінки судини.

Ендоваскулярне лікування варикозної хвороби — це хірургічна мініінвазивна методика, яка зумовлює оклюзію варикозно-зміненої вени без її анатомічного виділення і висічення. До впровадження в хірургічну практику компактних напівпровідникових хірургічних лазерів ендоваскулярне лікування варикозного ураження вен розвивалося обмежено. Оцінка результатів лазерної фотокоагуляції складна, оскільки використовують різні матеріали і техніку, а методика виконання не стандартизована. Відсутні тривалі спостереження, існуючі не перевищують 4 — 6 років, що не дозволяє рекомендувати методу до широкого використання в клінічній практиці.

Мета роботи — вивчення клінічних результатів хірургічного лікування пацієнтів з різними формами варикозної хвороби нижніх кінцівок з використанням ендоваскулярної лазерної коагуляції (ЕВЛК).

У 2007 — 2008 рр. у хірургічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Івано-Франківська виконана 41 операція у 38 пацієнтів з варикозною хворобою в клінічних стадіях С(2 — 6), Е(Р — S), А(S, Р).

Стан клапанного апарату, прохідність та будову поверхневої і глибокої венозної системи оцінювали за допомогою ультразвукового апарату "Shimadzu". Особливу увагу приділяли ультразвуковому та, меншою мірою, пальцевому визначенню топіки неспроможних сполучних вен і великих притоків.

Операцію виконували з використанням вітчизняного портативного високоінтенсивного напівпровідникового лазерного апарату "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм, потужністю 30 Вт виробництва Черкаського МПП "Фотоніка-плюс". Втручання здійснювали під загальним знеболенням або спинномозковою анестезією за протоколом, поданим Л. М. Чернухою та співавторами (2007), який включав:

- кросектомію;
- хірургічну обробку притоків великої і малої підшкірних вен з використанням мінідоступів;
- ендоваскулярну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) стовбурів підшкірних вен після інфільтрації підшкірного прошарку ізотонічним розчином натрію хлориду;
- пересічення і перев'язування сполучних вен з використанням мінідоступів.

Лазерний світловод проводили в просвіт ангіографічного катетера 6—7 Fr і вводили у просвіт вени з мінірозрізів антеградно або ретроградно до протилежного відкритого кінця вени. При невдалому проведенні катетера по всій вені ЕВЛК виконували з кількох доступів. Лазерну обробку вени здійснювали в імпульсному режимі, потужність імпульсів 14 — 18 Вт. Світловод проводили по вені з швидкістю приблизно 1 см за 2 с. Тривалість втручання у середньому 30 — 50 хв. Операцію завершували накладенням еластичного биндажу.

Хворі перебували у хірургічному стаціонарі протягом 1 — 3 діб. Відразу після закінчення дії знеболення пацієнтам рекомендували активний режим. Больовий синдром після операції був мінімально виражений. Після втручання призначали венотоніки (детралекс, нормовен, вазокет, троксевазин) і препарати каштану (ескузан, ескувіт, есплант). Шви знімали амбулаторно на 5 — 6-ту добу. Всі операційні рани загоїлися первинним натягом.

До ускладнень слід віднести невеликі підшкірні гематоми на стегні — у 9 хворих, парестезії підшкірного нерва гомілки — у 3, набряк і болючість по ходу коагульованої вени — у 5. Результати операцій на венозній системі у поєднанні з ЕВЛК свідчать про перевагу цієї методики,

зокрема, мініінвазивність втручання з перспективою виконання в амбулаторних умовах; можливість використання місцевої анестезії; косметичність і зменшення кількості післяопераційних рубців; скорочення тривалості операції; значне скорочення тривалості госпіталізації і періоду непрацездатності після операції; хороші безпосередні результати з клінічної та естетичної точок зору; можливість виконання ЕВЛК як самостійно, так і в поєднанні з іншими видами лікування варикозної хвороби.

Разом з тим, необхідне подальше вивчення режимів використання лазерної енергії в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок, дослідження безпосередніх і віддалених результатів втручання для узагальнення отриманого досвіду, вивчення можливостей методики та вироблення чітких рекомендацій щодо показань і протипоказань до її використання.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ СЕРЦЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АНЕВРИЗМОЮ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ

А. П. Мазур

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

Періопераційний період у пацієнтів, яким виконують великі некардіохірургічні втручання, характеризується значною частотою загрожуючих життю кардіальних ускладнень. До 40% хворих з аневризмою черевної частини аорти (АЧЧА) вмирають у періопераційному періоді внаслідок ускладнень з ураженням серцево-судинної системи. Ризик виникнення кардіальних ускладнень у пацієнта, якому планують виконання великої реконструкції судин, важливо визначити до операції. Внаслідок цього збільшилася кількість дорогих досліджень з використанням специфічних тестів, які не отримали широкого застосування. На практиці під час визначення ступеня ризику виникнення кардіальних ускладнень, як і раніше, провідну роль відіграють клінічні дані. Так звані "клінічні шкали" та індекси ризику (індекс ризику серцевих ускладнень Goldman, модифікація цього індексу, запропонована Detsky, модифікований індекс Goldman за Lee) корисні для виділення пацієнтів груп високого ризику. Найбільш простий у використанні модифікований індекс кардіальних ускладнень Goldman за Lee. Індекс обчислюють на підставі визначення наступних 6 факторів ризику:

- високий ризик хірургічного втручання;
- наявність ішемічної хвороби серця;
- застійна серцева недостатність;
- дані про порушення кровообігу головного мозку в анамнезі (інсульт, транзиторна ішемічна атака);
- інсулінзалежний цукровий діабет;
- рівень креатиніну в плазмі понад 2 мг/дл.

Більший ризик серцевих ускладнень відзначають у пацієнтів за наявності 2 факторів ризику або більше.

Метою дослідження було визначення доцільності застосування та інформативності існуючих індексів ризику серцевих ускладнень. Для виконання поставленої мети вирішені наступні завдання.

1. Визначити показники ризику відповідно до існуючих індексів у хворих з АЧЧА.

2. Визначити частоту серцевих ускладнень на підставі бази даних відділу анестезіології та інтенсивної терапії, наркозних карт, історій хвороби пацієнтів з АЧЧА, яким проведено оперативне лікування у клініці.

3. Визначити достовірність індексів ризику серцевих ускладнень.

Дослідження було проведено у 138 хворих з АЧЧА в період 2005 — 2007 рр. В дослідження не включені 10 хворих з АЧЧА, яким виконане ендоваскулярне втручання та 6 хворих за супраренальною локалізацією АЧЧА. Інформативність індексів (специфічність та чутливість) для прогнозування можливих ускладнень обчислена з використанням програми SPSS шляхом будування кривої взаємної залежності хибно позитивних та справжніх позитивних результатів. За допомогою цієї кривої визначали так звану "точку розділу" та відповідні показники для цієї точки чутливості та специфічності. Прогнозування було більш точним за більшої увігнутості кривої. Критерієм цієї властивості була площа під кривою, яка для тесту з нульовим ступенем прогнозування дорівнювала 0,5, для спостережень з максимальним ступенем прогнозування — 1.

Під час визначення площі під кривими встановлено, що індекс кардіальних ускладнень за Detsky та модифікований індекс Goldman за Lee були інформативними (достовірність відповідно $P < 0,0001$ та $P = 0,016$), чого не можна сказати про класичний індекс Goldman ($P = 0,136$). Перевірка реальних показників частоти серцевих ускладнень у 122 хворих за період 2005 — 2007 рр. підтвердила ці теоретичні положення.

Таким чином, для визначення кардіального ризику інформативні індекси за Detsky та Lee. Зважаючи на простоту визначення модифікованого індексу Goldman за

Lee, його слід рекомендувати для постійного використання в практиці судинної хірургії під час обстеження хворих з АЧЧА перед виконанням відкритого втручання.

Висновки

1. Не всі існуючі індекси ризику виникнення серцевих ускладнень дозволяють достовірно прогнозувати можливі періопераційні події.

2. Найбільш сприятливий для використання в практиці анестезіолога модифікований індекс Goldman за Lee.

3. Класичний індекс Goldman через громіздкість не має важливого практичного значення.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

А. А. Моргун, А. А. Мкртчян, В. А. Бахлицкий, В. И. Садовой

Крымская республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, г. Симферополь

Фибромиома матки — доброкачественная опухоль, состоящая из мышечных клеток и соединительной ткани. Она возникает у 20 — 40% женщин в возрасте старше 30 лет, в связи с чем является наиболее частой опухолью у женщин в репродуктивном периоде жизни. В последние годы фибромиому обнаруживают у пациенток более молодого возраста. К середине 90—х годов XX столетия в мире "золотым" стандартом лечения фибромиомы матки считали гистерэктомию.

Проанализирован собственный опыт применения рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО) маточных артерий в лечении фибромиомы матки на базе отделений инвазивной кардиологии и ангиологии, а также гинекологии, в которых выполнение таких вмешательств стало технически возможным с 2006 г.

Оперирована 51 пациентка в возрасте от 19 до 54 лет. Размеры фибромиомы соответствовали 6 — 23 нед беременности. Критериями отбора пациенток являлись отсутствие противопоказаний к проведению процедуры и их согласие. Размеры фибромиомы и матки определяли путем трансабдоминального ультразвукового исследования до вмешательства, а также через 1, 3, 6 мес и 1 год после него. Маточные артерии визуализировали методом стандартной контрастной ангиографии с использованием неионных контрастных препаратов.

Показаниями к осуществлению РЭО маточных артерий являются: увеличение матки вследствие роста фибромиомы соответственно 6 — 23 нед беременности, маточное кровотечение, особенно при значительном малокровии, боль, возникшая вследствие давления увеличенной матки на окружающие органы и ткани.

У всех больных ангиографию маточных артерий выполняли с использованием одного пункционного доступа. У 49 пациенток эмболизированы обе маточные артерии, у 2 — только одна, из них в одном наблюдении размеры матки соответствовали 6 — 7 нед беременности, одна маточная артерия отходила под прямым углом и была малого диаметра; во втором — при ангиографии второй маточной артерии выявлен ранний венозный сброс. У одной пациентки произведена повторная эмболизация правой артерии яичника через 10 мес. Эмболизацию осуществляли с использованием пенополиуретановых эмболов диаметром 400 — 750 мкм (производства фирмы "Эндомед"), в объеме 200 — 450 мг.

У всех пациенток выполнена технически успешная РЭО, осложнений, связанных с рентгенохирургическим вмешательством, не было. Технически успешными операции были в 96% наблюдений. Через 1 год размеры матки с миомой уменьшились на 70 — 80%. Постэмболизационную боль отмечали 88,2% больных, транзиторную лихорадку — 5,9%, тошноту — 3,94%, рвоту — 1,96%. Осложнений, связанных с выполнением процедуры, не было. Продолжительность процедуры 40 — 135 мин.

Таким образом, РЭО маточных артерий является альтернативой открытому хирургическому вмешательству по поводу фибромиомы матки. Эффективность метода более 95%.

РЭО является миниинвазивной органосохраняющей операцией, которую выполняют под местной анестезией, с практически нулевой летальностью и минимальной частотой осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИОННО—СТЕНОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А. А. Моргун, А. А. Мкртчян, Р. В. Полонский, В. И. Садовой, А. Л. Захарьян, В. М. Йовбак
Крымская республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, г. Симферополь

Эндоваскулярная баллонная ангиопластика и стентирование артерий являются одним из основных направлений рентгенохирургии. Этому способствовали широкая распространенность облитерирующих заболеваний артерий, а также высокая травматичность открытых вмешательств на сосудах, сопровождающихся значительной частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

Представлен опыт проведения баллонной ангиопластики и стентирования артерий в клинике за период с 2006 по 2007 г. у 27 больных с окклюзионно—стенотическим поражением магистральных артерий различных сосудистых бассейнов. Мужчин было 24 (91,9%), женщин — 3 (8,1%).

Основным этиологическим фактором был атеросклероз, который диагностирован у 85,1% больных; у 11,2% — выявлен неспецифический аортоартериит и облитерирующий эндартериит, у 3,7% — фиброзно—мышечная дисплазия; 67,5% пациентов отнесены в группу высокого риска из—за пожилого возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

Для оценки выраженности гемодинамических нарушений всем больным, помимо общеклинических исследований, проводили ультразвуковую доплерографию и рентгеноконтрастную ангиографию. Кроме того, в зависимости от локализации поражения, применяли и другие специальные методы исследования.

Эндоваскулярная баллонная ангиопластика использована у 5 больных с окклюзионно—стенотическим поражением ветвей дуги аорты (у 3 — левой подключичной, у 1 — устья левой позвоночной артерии), стентирование

проведено у 1 больной (левой подключичной артерии). Во всех наблюдениях достигнут хороший или удовлетворительный результат, что проявлялось регрессом клинических признаков, улучшением показателей функциональных методов исследования.

У одного пациента произведена эндоваскулярная баллонная ангиопластика верхней брыжеечной артерии с полным устранением клинических признаков синдрома абдоминальной ишемии.

У 21 больного с окклюзионно—стенотическим поражением артерий нижних конечностей, ишемией II — IV степени выполнены 26 рентгенохирургических вмешательств. У 15 (55,5%) больных выявлено многоуровневое поражение, т. е. сочетанное окклюзионно—стенотическое поражение артерий аорто—подвздошно—бедренного и бедренно—подколенно—берцового сегментов. Баллонная ангиопластика выполнена у всех этих больных.

Стентирование произведено 6 пациентам (4 — с предилатацией, 2 — прямое), из них 4 — в аорто—подвздошном сегменте, 1 — в подвздошно—бедренном, 1 — в бедренно—подколенном. При этом использовали 2 стента для периферического стентирования Palmaz Genesis на баллоне Opta Pro и 4 стента Neptun.

У 1 (3,7%) больного выполнена ампутация конечности.

Таким образом, применение баллонной ангиопластики и стентирования позволяет расширить возможности и улучшить результаты лечения пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий различных бассейнов, особенно при их сочетанном поражении.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО УСТАНОВКЕ ПРОТИВОЭМБОЛИЧЕСКОГО КАВА—ФИЛЬТРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. А. Моргун, А. А. Мкртчян, Р. В. Полонский, В. И. Садовой, А. Л. Захарьян, В. М. Йовбак
Крымская республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, г. Симферополь

Проблема тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) находится в центре внимания специалистов в течение многих десятилетий. Это обусловлено тем, что в общей структуре причин внезапной смерти массивная ТЭЛА занимает третье место. Профилактика, ранняя диагностика

и лечение ТЭЛА требуют самого серьезного отношения. Факторами риска возникновения ТЭЛА являются все состояния, предрасполагающие к тромбозу вен: длительный постельный режим, послеоперационный период, ожирение, заболевания крови, беременность, преклон-

ный возраст. Полный объем показаний к установке противоэмболических кава-фильтров отражен в консенсусе, выработанном на I съезде сосудистых и рентгеноэндovasкулярных хирургов (Киев, 2006).

Цель исследования — оценить опыт работы в Крымском регионе по профилактике ТЭЛА. Мы полностью разделяем мнение о необходимости комплексного подхода к проблеме лечения и профилактики ТЭЛА.

За период с 2003 по 2007 г. в клинике кава-фильтры установлены у 56 больных, из них у 40 — "Осот" (разработчики: Медицинский центр "Эндомед", Международная ассоциация эндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов), у 16 — фирмы Cordis.

Все кава-фильтры характеризуются высокой эмболюлавирующей способностью, простотой установки, надежностью фиксации, возможностью имплантации в нижнюю полую вену любого диаметра без необходимости индивидуального подбора. Возраст пациентов от 35 до 70 лет. Мужчин было 43, женщин — 13. У 46 больных в анамнезе были указания на хронически рецидивирующую ТЭЛА. У всех больных диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей различной локализации, что подтверждено результатами доплерографических исследований и флебографии. Кава-фильтры

устанавливали ретроградным (через подключичные вены) или антеградным (через бедренные вены) способом.

После диагностической каваграфии во всех наблюдениях кава-фильтр устанавливали в инфраренальный отдел нижней полой вены.

Одновременно проводили консервативную терапию, включавшую низкомолекулярные прямые антикоагулянты (эноксапарин или надропарин) с последующим переходом на непрямые антикоагулянты (варфарин, фенилин). У всех больных контролировали коагулирующие свойства крови. После выписки больные находятся под диспансерным наблюдением у сосудистого хирурга.

В процессе установки кава-фильтров осложнений не наблюдали.

В раннем послеоперационном периоде у 4 больных возник тромбоз нижней полой вены, у 1 — рецидив ТЭЛА из-за образования пристеночного тромба в правом предсердии, один больной умер от причин, не связанных с установкой противоэмболического кава-фильтра.

Таким образом, использование данной методики в профилактике ТЭЛА у пациентов с заболеваниями венозной системы нижних конечностей позволяет спасти жизнь больным и значительно улучшить качество их жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ КАВА—ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А. Л. Никишин, М. П. Попик, П. В. Мирошниченко, С. Н. Фуркало

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Ежегодно в большинстве стран мира тромбоз глубоких вен нижних конечностей или тромбоз эмболию легочной артерии (ТЭЛА) выявляют у 80 — 120 пациентов на 100 000 населения. Около 30% из них умирают в ближайший месяц, еще у 20% — в последующие 2 года возникает рецидив заболевания. Учитывая высокую медицинскую и социальную значимость венозных тромбоз эмболических осложнений, их профилактика является одной из важнейших проблем современной медицины.

Одним из эффективных методов профилактики ТЭЛА является имплантация противоэмболических кава-фильтров, анализу результатов применения которых посвящена работа.

Цель: оценить эффективность профилактики ТЭЛА путем имплантации противоэмболических кава-фильтров; изучить в клинических условиях противоэмболическую эффективность, риск возникновения осложнений, связанных с имплантацией кава-фильтра; оценить влияние имплантации кава-фильтров на смертность от ТЭЛА у госпитализированных больных.

Кава-фильтры "Осот" имплантированы 250 больным. Показаниями к их имплантации являлись: тромбоз системы нижней полой вены (НПВ), осложненный ТЭЛА — у 120 (28%) больных, эмболюлавирующий тромбоз системы

НПВ, не осложненный ТЭЛА — у 83 (33,2%), массивная или рецидивирующая ТЭЛА при неустановленной локализации ее источника — у 47 (18,8%). Для диагностики эмболюлавирующей венозной тромбоз, установления показаний к имплантации кава-фильтра использовали: рентгенологические (обзорная рентгенография, илеокаваграфия, ангиопульмонография), ультразвуковые (ультразвуковое сканирование НПВ и забрюшинного пространства, доплерография сосудов нижних конечностей) методы исследования.

В ближайшем послеоперационном периоде от прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности умерли 16 (6,4%) больных. Повторная несмертельная ТЭЛА возникла у 3 (1,2%) больных вследствие миграции кава-фильтра дистально в общую подвздошную вену. Всего миграцию наблюдали у 12 (4,8%) больных. Эмболия кава-фильтр отмечена у 36 (14,4%) пациентов. Летальный исход, связанный с имплантацией кава-фильтра, повторной ТЭЛА при функционирующем в НПВ кава-фильтре не отмечен. Исследовано влияние кава-фильтров на смертность от ТЭЛА у госпитализированных больных. В клинике, где применяли кава-фильтры, отмечено снижение смертности от ТЭЛА на 47,2% по сравнению с таковой в клинике, где кава-фильтры не применяли.

Таким образом, имплантация противоэмболических кава-фильтров является эффективным миниинвазивным методом профилактики ТЭЛА. Используемые в клинике кава-фильтры "Осот" соответствуют современ-

ным требованиям, предъявляемым к противоэмболическим кава-фильтрам, обеспечивают надежную защиту от ТЭЛА при малой вероятности возникновения тяжелых осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А. А. Никоненко

Запорожский государственный медицинский университет

Одной из причин возникновения абдоминального ишемического синдрома является стеноз или окклюзия чревного ствола вследствие его экстравазального сдавления и атеросклеротического стеноза.

Исследование проведено в целях изучения особенностей диагностики и выбора хирургического лечения стеноза чревного ствола. Обследованы 56 больных, у которых предполагали стеноз чревного ствола. Наиболее типичными жалобами были боль в надчревной области, систолический шум в проекции чревного ствола, неэффективность консервативной терапии, похудение. По данным ультразвукового дуплексного сканирования чревной артерии отмечены стенозические изменения в виде уменьшения диаметра чревного ствола менее 5 мм (или его полное отсутствие), наличие стенозического и турбулентного потока, изменение пиковой систолической скорости кровотока до $(3,5 \pm 1,2)$ м/с, пиковый систолический градиент более 20 мм рт. ст. Ангиографическое исследование проведено 24 больным с функциональными пробами. По данным ангиографии у 8,3% больных обнаружена полная окклюзия чревного ствола на протяжении 1,5 см от устья, у 79,2% — стеноз от 40 до

80% просвета, нередко в сочетании с патологическим изгибом чревного ствола, в 12,5% наблюдений стеноз чревного ствола не превышал 10% просвета.

Хирургическое вмешательство выполнено у 21 больного. Причиной стеноза чревного ствола в 90,5% наблюдений была экстравазальная компрессия измененными тканями чревного сплетения либо ножками диафрагмы. Осуществлены декомпрессия, десимпатизация чревного ствола. В 9,5% наблюдений причиной стеноза было атеросклеротическое поражение чревной артерии, при этом изменения в тканях чревного сплетения не выявлены, выполнены эндартерэктомия, аутовенозная пластика чревного ствола.

В послеоперационном периоде хорошие результаты отмечены у 85,7% пациентов, удовлетворительные — у 14,3%. Состояние оценивали по критериям самочувствия, результатам УЗИ и ангиографии. Достоверными положительными признаками считали устранение болевого синдрома, увеличение диаметра чревного ствола (более 7 мм), отсутствие стенозического и турбулентного потока.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ

П. И. Никульников, С. Н. Фуркало, В. А. Кондратюк, А. В. Ликсунов, А. В. Ратушняк, О. В. Павлушин
Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

При мультифокальном атеросклеротическом поражении магистральных артерий травматичность реконструктивных операций максимальна и сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений. Для решения вопроса об улучшении реваскуляризации, а также уменьшении тяжести операционной травмы, снижении частоты послеоперационных осложнений, риска оперативного вмешательства и продолжительности лечения больного в стационаре сотрудниками отделов хирургии магистральных сосудов и рентгеноэндоваскулярной хирургии разработаны методы гибридных и комбинированных операций на брюшной части аорты с одно-

временным стентированием и/или дилатацией сосудов аорто-подвздошного, подвздошно-бедренного, бедренно-подколенного сегментов, в сочетании с открытым классическим доступом в зависимости от уровня поражения. У некоторых пациентов при необходимости осуществляли стентирование/дилатацию ветвей висцеральных артерий.

В период с 2005 по 2008 г. в клинике оперированы 38 больных в возрасте от 47 до 77 лет путем дилатации, стентирования артериального русла, в сочетании с открытым обходным шунтированием и/или аллопротезированием. Отдаленный результат изучен в сроки от 6 мес

до 3 лет с условным разделением пациентов на четыре группы.

У 17 пациентов (1-я группа) осуществлена дилатация/стентирование магистральных сосудов выше уровня паховой складки с бедренно-подколенным аллопротезированием; у 4 (2-я группа) — выше паховой складки устанавливали аллопротез в сочетании со стентированием бедренных артерий; у 7 (3-я группа) — выполняли дилатацию/стентирование висцеральных и почечных артерий с шунтированием периферических сосудов с использованием открытого классического способа; у 10 (группа сравнения) — произведены многоуровневые шунтирующие операции в зависимости от уровня и тяжести окклюзионно-стенотического поражения сосудов.

При выполнении гибридных операций продолжительность госпитализации больных уменьшилась в 1,5 — 2 раза. Тромбоз проксимального шунта возник у 22% больных, дистальное стента — у 7%.

Таким образом, при мультифокальном атеросклеротическом поражении магистральных артерий травматичность реконструктивных многоуровневых операций, частота осложнений, возникающих как во время, так и после оперативного вмешательства, а также связанный с ним риск, могут быть уменьшены путем внедрения гибридных операций на артериальном русле, что улучшает результаты лечения больных.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ

П. И. Никульников, С. Н. Фуркало, А. В. Ликсунов, А. В. Ратушняк, О. Л. Бабий, О. В. Павлушин
Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

В настоящее время имеются сообщения более чем о 3000 наблюдений аневризмы висцеральных артерий (АВА). У большинства пациентов заболевание выявляют в возрасте от 50 до 70 лет. В 22% наблюдений АВА сопровождалась осложнениями клинического течения в виде разрыва с летальностью 8,5%.

Основными причинами образования АВА являются фиброзно-мышечная дисплазия, травма артерий, портальная гипертензия, микотическое поражение, панкреатит, атеросклероз.

Аневризму селезеночной артерии выявляют у 60% больных, печеночной артерии — у 20%, верхней брыжеечной артерии — у 5,5%, чревного ствола — у 4%, артерий, питающих кишечник и поджелудочную железу — у 10,5%.

Цель исследования: разработать алгоритм диагностики и тактики лечения больных с АВА.

В клинике проведено обследование и лечение 18 пациентов с АВА, в том числе 10 мужчин и 8 женщин. Возраст больных в среднем 46 лет. Преобладала аневризма селезеночной артерии (в 10 наблюдениях), аневризма верхнебрыжеечной артерии обнаружена у 5, чревного ствола — у 2, нижней брыжеечной артерии — у 1 больного.

При обследовании пациентов использовали ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое дуплексное сканирование аорты и висцеральных артерий, аортографию с селективной ангиографией, компьютерную томографию, спиральную компьютерную томографию в ангиографическом режиме в дополнение к комплексному клиническому обследованию.

Клинические проявления АВА неспецифичны. У 8 пациентов заболевание протекало бессимптомно, у 6 — от-

мечены дискомфорт, боль в животе различной локализации, интенсивности и характера, у 3 — желудочно-кишечное кровотечение, у 1 — разрыв аневризмы с кровоизлиянием в брюшинное пространство.

Оперированы 10 пациентов (у 7 — осуществлено протезирование пораженной артерии, у 1 — резекция аневризмы с имплантацией артерии в аорту, у 2 — лигирование аневризмы), у 8 — выполнены различные эндоваскулярные вмешательства (у 5 — стентирование, у 3 — эмболизация аневризмы селезеночной артерии).

У 14 больных причиной образования аневризмы был медианекроз, у 1 — артериит, у 3 — атеросклероз. Диаметр аневризмы от 1,5 до 7 см, в 7 наблюдениях отмечен пристеночный тромбоз.

Все пациенты живы. У 14 из них достигнут удовлетворительный и хороший результат, у 1 — при аневризме ветви верхней брыжеечной артерии после ее резекции и лигирования артерии (разрыв аневризмы на фоне разлитого перитонита) возник сегментарный некроз тонкой кишки, что потребовало ее резекции с выведением стомы. У 3 пациентов, которым выполнена эндоваскулярная эмболизация, возник рецидив заболевания, что потребовало проведения повторной эмболизации.

Таким образом, активное хирургическое либо эндоваскулярное лечение АВА у большинства пациентов позволяет сохранить жизнь и достичь благоприятных результатов.

Выбор тактики и метода лечения АВА зависит от локализации, размеров аневризмы, наличия осложнений, их характера. В большинстве ситуаций предпочтение следует отдавать эндоваскулярным вмешательствам.

МОЖЛИВОСТІ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ УРАЖЕННІ СУДИН СТЕГНОВО—ПІДКОЛІННО—ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович

Медичний факультет Ужгородського національного університету

Важливе значення в судинній хірургії має пошук достовірного й інформативного методу дослідження функціональних можливостей судин мікроциркуляторного русла у передопераційному періоді з метою прогнозування ефективності оперативного втручання, оскільки методи, які застосовують сьогодні, недостатньо відповідають необхідним критеріям. З метою усунення ішемії нижньої кінцівки виконують прямі реконструктивні операції, а також застосовують непрямі методи покращання колатерального кровообігу.

На основі результатів комплексного клініко—інструментального обстеження пацієнтів визначені показання і методи хірургічної корекції ішемії нижніх кінцівок за дистальних форм оклюзії судин стегново—підколінно—гомількового сегмента (СПГС). Проаналізовані результати обстеження та лікування 128 хворих з дистальною оклюзією СПГС, у яких застосовані прямі (у 49 пацієнтів — первинна реконструкція, у 17 — повторна з приводу ре-оклюзії) та непрямі (у 62) методи ревазуляризації кінцівки. Вік хворих від 39 до 74 років, у середньому ($54 \pm 3,2$) року. Під час обстеження хворих застосовували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування ("Aloka—3500", Японія; "My Lab—50", Італія; "HDI—1500" ATL—Philips), радіонуклідну ангіографію ("Тамара", ГКС—301Т), рентгеноконтрастну ангіографію (DSA, Integris—2000, Philips). У 22 хворих під час виконання шунтувальних операцій накладений дистальний анастомоз з тибіоперонеальним стовбуром, задньою великогомілковою артерією — у 20, передньою великогомілковою — у 4, малогомілковою — у 12. Відкриту ендартеректомію з підколінної артерії або тибіоперонеального стовбура виконано у 8 хворих. У 14 спостереженнях, зважаючи на виражене ураження артерій гомілки, накладено розвантажувальну артеріовенозну фістулу (в 11 — під час повторних операцій). Важливим моментом щодо вибору методу хірургічної корекції оклюзії є виявлення ураження артерій гомілки. Можливі наступні варіанти:

прохідні всі три артерії гомілки, стеноз артерій або тибіоперонеального стовбура, оклюзія однієї, двох або трьох артерій гомілки. Визначення ступеня ураження дистального судинного русла впливає на вибір методу реконструкції: виконувати пряму відновну операцію або використати один з методів непрямой ревазуляризації нижньої кінцівки. Важливим чинником, що впливає на стабільність результатів прямої або непрямой реконструкції, є збереження прохідності артерій стопи. Ураження артерій стопи можливе як при збереженій трифуркації підколінної артерії, так і при оклюзії однієї або двох артерій гомілки і стенозі третьої. При збільшенні тяжкості та поширенні стенотично—оклюзійного ураження в підколінній артерії та артеріях гомілки значно погіршується кровопостачання стопи. Ангіографічне дослідження судин за критичної ішемії нижніх кінцівок у багатьох ситуаціях виявляється абсолютно неефективним через погано розвинені колатералі, особливо за гострого тромбозу. За відсутності візуалізації артерій стопи для визначення ступеня кровопостачання та життєздатності м'яких тканин гомілки і стопи необхідно використовувати радіонуклідні методи дослідження (у 14 хворих). Можна запропонувати наступний алгоритм хірургічної тактики. При прохідності підколінної артерії і виявленому стенозі або оклюзії однієї (двох) артерій гомілки виконувати пряму реконструкцію. За прохідності однієї артерії гомілки необхідно формувати артеріовенозну фістулу. При стенозі трьох артерій гомілки та збереженні прохідності артерій стопи можлива пряма комбінована реконструкція з формуванням артеріовенозної фістули. При ураженні артерій стопи та оклюзії двох або трьох артерій гомілки показана непрямая ревазуляризація (профундопластика, симпатектомія, ротаційна остеотрєпанация). При оклюзії трьох артерій гомілки та відсутності візуалізації артерій стопи важливою в діагностиці є радіонуклідна ангіографія. При виявленні гіперперфузії стопи можлива непрямая ревазуляризація кінцівки, при гіперперфузії стопи — показана ампутація кінцівки.

РЕАЛІЇ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ

В. І. Русин, Ю. А. Левчак, П. О. Болдіжар

Медичний факультет Ужгородського національного університету

Свідченням постійного збільшення кількості прихильників активної хірургічної тактики лікування глибокого венозного тромбозу є сучасна позиція Американського Венозного Форуму: "Методом вибору у лікуванні іліофemorального флеботромбозу є тромбектомія з формуванням артеріовенозної фістули з подальшим проведенням тривалої антикоагулянтної терапії". В цьому контексті зрозуміле підвищення вимог до проведення діагностичних процедур, адже, визначення рівня, протяжності та характеру гострої оклюзії магістральних вен є основним у виборі оптимального методу хірургічного втручання. Основним методом діагностики венозного тромбозу є ультразвукове ангіосканування. Попри високу чутливість (89%) та специфічність (100%) методу за симптоматичного тромбозу судин стегново—підколінного сегмента, результати обстеження пацієнтів з безсимптомним тромбозом не є такими вражаючими: загальна чутливість становить 59%. Ожиріння, подвійні стегнові вени, неоклюзивні тромби, сегментарні тромби у венах литки або клубовій вені, вагітність є основними чинниками діагностичних помилок і вибору хибної тактики лікування. Тому спиратися тільки на ультразвукову діагностику, на наш погляд, виправдане тільки при варикотромбофлебії. Тривале переважання рентгеноконтрастних методів дослідження у діагностиці змінюється більш виваженим ставленням до них, з огляду на часті ускладнення у вигляді провокування або прогресування тромбозу.

Впровадження у клінічну практику флебосцинтиграфії (ФСГ) при тромбозі глибоких вен дало змогу за-

пропонувати діагностичний алгоритм, оснований на поєднанні сучасних методів діагностики. При припущенні про наявність венозного тромбозу у пацієнтів визначають рівень D—димеру, особливо у пацієнтів з травмою та онкологічним захворюванням, у яких причина набряку може бути іншою. Наступним етапом хворим проводять ультразвукове та радіонуклідне дослідження та співставляють отримані результати. При необхідності імплантації кава—фільтра або сумнівних результатах попередніх досліджень хворим проводять флебографію. За мінімального припущення про втягнення у процес нижньої порожнистої вени пацієнтам виконують комп'ютерну або магніторезонансну томографію.

ФСГ виконана у 21 пацієнта за різної локалізації тромбозу. Як радіоізотоп використовували ^{99m}Tc —пертехнетат. Крім сканування магістральних вен, оцінювали динаміку евакуації радіофармпрепарату, яка дає можливість оцінити стан колатерального відтоку крові до та після втручання.

На основі проведених досліджень зроблений висновок, що ФСГ є високоінформативним методом, який дає змогу провести чітку топічну діагностику та визначити стан колатерального відтоку. Застосування опрацьованого діагностичного алгоритму суттєво зменшує частоту діагностичних помилок, що, в свою чергу, сприяє вибору оптимального методу хірургічного втручання у пацієнтів з тромбозом глибоких вен.

ГОСТРИЙ ТРОМБОЗ У ВАГІТНИХ. ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

В. Й. Смержевський, Н. Р. Присяжна, А. В. Ратушнюк

Національний інститут хірургії і трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України, м. Київ

Венозний тромбоз нижніх кінцівок, що ускладнює перебіг вагітності і пологів, виявляють у 8 — 10% вагітних, нерідко він спричиняє тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). Частота тромбоемболітичних ускладнень в структурі материнської смертності становить від 8% (у Німеччині) до 26,3% (у Швейцарії); ТЕЛА в акушерстві — від 0,5 до 5%.

Мета дослідження: проаналізувати фактори ризику виникнення тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у вагітних, визначити тактику діагностики та лікування.

Проаналізовані результати обстеження й лікування 31 вагітної жінки з тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок.

Діагноз верифікували на підставі аналізу клінічних ознак, даних ультразвукового дуплексного сканування. Загальноклінічне та інструментальне обстеження обов'язково доповнювали лабораторним дослідженням системи гемостазу. Необхідно відзначити, що при вагітності доведений підвищений рівень D—димерів, що знижує специфічність цього методу діагностики тромбозу глибоких вен.

У 7 вагітних діагностований тромбоз вен іліофemorального сегмента з низхідним тромбозом, у 7 — інфраренального відділу нижньої порожнистої вени, у 7 — тромбоз вен стегново—підколінного сегмента, у 10 — тромбоз гомілки. У I триместрі вагітності тромбоз глибо-

ких вен виявлений у 15 пацієнок і був висхідним, у II триместрі — у 2, у III триместрі — у 14 і був низхідним.

У 25 спостереженнях тромбоз був лівобічним, у 6 — правобічним.

Всім пацієнтам, незалежно від строків вагітності, призначали комплексну антитромботичну терапію. Обов'язково застосовували еластичний трикотаж 2-го класу компресії. Місцево — холод протягом 1 — 3 діб, мазеві аплікації (гепаринова, троксевазинова мазь). Призначали також флеботоніки (цикло-3-форт), низькомолекулярні гепарини у профілактичній дозі та фолієву кислоту по 5 мг на добу.

У 7 вагітних при загрозі виникнення ТЕЛА встановлений протиемболічний інтравенозний кава-фільтр.

Тромбоемболічних ускладнень вдалося уникнути в усіх вагітних, у 6 — здійснена операція кесаревого розтину, у решти — пологи відбулися через природні родові шляхи.

Отже, застосування комплексної, науково обґрунтованої тактики лікування вагітних за гострого тромботичного ураження глибокої венозної системи нижніх кінцівок дозволяє уникнути фатальних ускладнень, зберегти життя матері й дитини.

Сучасне медикаментозне лікування неможливе без безпечної, контрольованої антикоагулянтної терапії з використанням низькомолекулярних гепаринів, флеботоніків, компресійного трикотажу.

ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ ТА ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. Й. Сморжевський, М. С. Старцева, Н. Р. Присяжна, С. С. Боклагова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова МОЗ України, м. Київ

Тромбоз і тромбоемболічні ускладнення різних захворювань та хірургічних втручань є основною причиною збільшення тривалості госпіталізації хворих та однією з основних причин їх смерті. Існування сезонних коливань частоти виникнення тромбозу є предметом численних дискусій в зарубіжних медичних публікаціях.

Актуальним питанням є можливість прогнозування небажаних ускладнень та розробка методів їх профілактики.

Проаналізовані спостереження венозного тромбозу та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), які стали причиною госпіталізації та подальшого стаціонарного лікування хворих в клініці за період з 1994 по 2005 р. Застосовували клінічні, лабораторні методи обстеження хворих ЕКГ, ультразвукове дуплексне сканування, ехокардіографію. Статистична обробка проведена з використанням Z-критерію.

Тромбоз та ТЕЛА за зазначений період виникли у 939 хворих, чоловіків — 505 (53,8%), жінок — 434 (46,2%). Вік хворих від 3 до 83 років, у середньому 48,5 року. Тромбоз глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок (НК) діагностований у 198 (21,1%) хворих, у тому числі ускладнений ТЕЛА — у 53 (5,6%); тромбоз нижньої порожнистої вени (ТНПВ) — у 58 (6,2%), у тому числі у поєднанні з ТГВ НК — у 13 (1,38%), з ТЕЛА — у 14 (1,5%); гострий тромбофлебіт

підшкірних вен (ГТПВ) НК — у 666 (70,9%), у тому числі ускладнений ТЕЛА — у 20 (2,1%); тромбоз іншої локалізації — у 17 (1,8%).

Помісячний розподіл частоти виявлення тромбозу з піковим підйомом у лютому та березні:

січень — 85 (9,1%), липень — 56 (6%),
лютий — 97 (10,3%), серпень — 57 (6,1%),
березень — 99 (10,5%) вересень — 84 (8,9%),
квітень — 83 (8,8%), жовтень — 65 (6,9%),
травень — 75 (8%), листопад — 76 (8,1%),
червень — 89 (9,5%), грудень — 73 (7,8%).

Поквартальний розподіл з найбільш частим виявленням захворювання у першому кварталі року:

I (січень — березень) — 281 (29,9%),
II (квітень — червень) — 247 (26,3%),
III (липень — вересень) — 197 (21%),
IV (жовтень — грудень) — 214 (22,8%).

Відзначено тенденцію до збільшення частоти виявлення тромбозу та ТЕЛА у зимово-весняний період та значного її зменшення влітку та на початку осені. При порівнянні показників у I та III кварталі частота тромбозу достовірно більше ($P < 0,05$) у I кварталі.

Виявлені сезонні коливання частоти виявлення варикотромбофлебіту та ТГВ НК слід брати до уваги під час проведення профілактики ТЕЛА.

ПОВТОРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОУРОВНЕВЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ю. С. Спирин

Херсонская областная клиническая больница

Необходимость повторного осуществления реконструкции часто возникает после выполнения реконструктивных операций на сосудах аорто—бедренного сегмента (АБС), когда вследствие прогрессирования атеросклероза происходит окклюзия бедренных артерий, что обуславливает тромбоз эксплантатов и возникновение критической ишемии (КИ) нижних конечностей (НК). Выраженный рубцовый процесс и значительная протяженность поражения — факторы, затрудняющие выполнение операций, существенно ухудшающие их непосредственные и отдаленные результаты. Наиболее часто причиной возникновения тромбоза после реконструкции сосудов АБС является критическое стенозирование или окклюзия глубокой артерии бедра (ГБА) и поверхностной бедренной артерии (ПБА). Самым распространенным методом повторной реконструкции является тромбэктомия из синтетического протеза с последующей расширенной профундопластикой, положительный результат которой в сроки до 5 лет достигают в 79,6% наблюдений. В некоторых ситуациях для адекватного восстановления кровотока НК необходимо выполнение одновременной реконструкции ГБА и

ПБА. Суммарная частота положительных результатов повторной реконструкции составляет не более 73%, летальность — 2,0 — 6,7%. В целях улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов, снижения послеоперационной летальности необходимо дальнейшее изучение этой проблемы.

Цель исследования: разработка хирургической тактики повторной реконструкции артерий у пациентов с многоуровневым атеросклеротическим поражением брюшной части аорты и магистральных артерий НК, оценка ее непосредственных результатов.

Проанализирован опыт выполнения повторных реконструктивных операций у 33 пациентов, которым ранее произведена реконструкция сосудов АБС. Повторную реконструкцию осуществляли в соответствии со следующими принципами. Первым этапом выделяли из рубцов

и отсекали эксплантат (браншу) от места наложения дистального анастомоза и выполняли ретроградную тромбэктомия. По восстановлении адекватного центрального кровотока проводили реконструкцию дистального анастомоза (РДА), тактика которого определялась состоянием ГБА и ПБА. Выполняли следующие типы РДА: реконструкция устьев ГБА и ПБА (в 8 наблюдениях), аутовенозное протезирование ПБА и профундопластика (в 5), изолированная профундопластика (в 20). По окончании реконструкции сосудов бедренного сегмента его анастомозировали с эксплантатом (браншей) с использованием синтетической надвставки конец в конец. Ближайшим положительным результатом (до 30 сут с момента операции) лечения считали исчезновение или уменьшение выраженности болевого синдрома, увеличение дистанции, проходимой пациентом без боли, появление признаков заживления трофических язв и демаркационной линии при некротическом процессе. Сохранение или дальнейшее прогрессирование КИНК считали неудовлетворительным результатом.

Послеоперационная летальность составила 6,1% (умерли 2 больных). Положительный непосредственный результат достигнут у 25 (80,6%) из 31 пациента, у 6 (19,4%) — в раннем послеоперационном периоде возник тромбоз реконструированного сегмента артерий с появлением признаков КИНК, что потребовало выполнения большой ампутации НК. У 3 (9,1%) пациентов наблюдали лимфорею из доступа на бедре.

Выводы

1. Хирургическая тактика при выполнении повторных реконструктивных операций у пациентов с многоуровневым атеросклеротическим поражением магистральных артерий НК определяется состоянием ГБА и ПБА.

2. Использование дифференцированного подхода к реконструкции дистального анастомоза позволило достичь непосредственного положительного результата в 80,6% наблюдений.

ЕНДОВЕНОЗНА ЛАЗЕРНА КОАГУЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ

Р. П. Стащук, Л. Ф. Нікішин

Військово-медичний клінічний центр центрального регіону, м. Вінниця

У клініці за період з 2006 по 2008 р. проведене обстеження та лікування 196 пацієнтів з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок. Вік хворих від 17 до 72 років, у середньому 44 роки. Чоловіків було 64, жінок — 132.

За даними клінічних досліджень та дуплексного сканування в усіх пацієнтів виявлений сегментарний або поширений варикоз з рефлюксом крові по поверхневих та/або пронизних венах. Трофічні виразки спостерігали у 49 (25%) хворих.

Комбінована флебектомія з використанням ендовенозної лазерної коагуляції здійснена у 217 хворих, у 15 — одномоментне втручання на обох нижніх кінцівках. У 6 пацієнтів через виражений поширений варикоз на обох нижніх кінцівках, наявність супутніх захворювань та похилий вік хірургічне лікування проведене у два етапи з інтервалом 5 діб.

Оперативне втручання виконували під місцевою інфільтраційною анестезією 0,25% розчином новокаїну. Першим етапом здійснено операцію Троянова—Тренделенбурга — перев'язування устя великої підшкірної вени ноги з притоками. Другим етапом обробляли розширені притоки великої підшкірної вени ноги та пронизні вени з використанням мінідostępів (довжина розрізів 3 — 4 мм) за технікою Мюллера. Наступним етапом виконували ендовенозну лазерну коагуляцію великої підшкірної вени ноги. Для цього використовували лазерний коагулятор "Ліка—хірург" вітчизняного виробництва (фірма "Фотоніка Плюс", м. Черкаси) з довжиною хвилі 980 нм. У 182 (84%) хворих катетер 5 — 6F з світловодом проводили ретроградно, що дало змогу уникнути розрізу шкіри попередню присередньої кісточки. У 35 (16%) хворих виділяли дистальний відділ великої підшкірної вени ноги через додатковий розріз для антеградного введення катетера з світловодом. Для коагуляції застосовували потуж-

ність 16 — 18 Вт. Операцію завершували зашиванням ран та еластичним бинтуванням кінцівки.

Тривалість операції з кросектомією та ендовенозною лазерною коагуляцією становила від 20 до 90 хв, у середньому 40 хв.

Через 1 — 2 год після операції більшості хворим дозволяли вставати. Тривалість лікування у стаціонарі у середньому не перевищувала однієї доби.

Безпосередні та найближчі результати (у строки до 18 міс) комбінованої флебектомії з ендовенозною лазерною коагуляцією великої підшкірної вени ноги обнадійливі. Інтра— та післяопераційних ускладнень не було, вираженість хронічної венозної недостатності значно зменшилась. Трофічні виразки загоїлись в усіх хворих протягом 1 — 2 міс. В ранньому післяопераційному періоді у більшості хворих спостерігали незначний біль та гематоми, які зникали протягом 1 — 3 тиж. Шви знімали на 5 — 7—му добу після операції. Контроль ефективності ендовенозної лазерної коагуляції здійснювали за допомогою дуплексного сканування через 1, 3, 6, 12 та 18 міс. В усіх хворих відзначено облітерацію великої підшкірної вени ноги за даними ультразвукового контролю. Лише в однієї пацієнтки виявлено часткову реканалізацію на рівні стегна через 6 міс після операції за відсутності будь—яких клінічних проявів. У 8 хворих здійснено компресійну склеротерапію локальних розширених підшкірних вен через 6 — 18 міс після операції.

Переваги методу ендовенозної лазерної коагуляції очевидні: це мінімальна інвазивність, використання лише місцевої анестезії, можливість надавати допомогу більшості пацієнтів амбулаторно, відсутність ускладнень, частота рецидивів не більше, ніж за звичайного хірургічного втручання.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

С. Н. Фуркало

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

За период с 2001 по 2008 г. в клинике наблюдали 24 пациента с поражением основного ствола (ОС) левой венечной артерии (ЛВА), из них 3 женщины и 21 мужчина. Возраст пациентов от 33 до 66 лет, в среднем ($56 \pm 9,8$) года. В одном наблюдении поражение ОС ЛВА было обусловлено системным васкулитом (пациент в возрасте 33 лет с болезнью Такаясу), у остальных — поражение было атеросклеротического генеза. Инфаркт миокарда перенесли 13 (54,2%) пациентов. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на момент выполнения вмешательства составила в среднем ($48 \pm 0,88$)%, у 2 пациентов выявлена исходная ишемическая кардиопатия, ФВ составила 25 и 27%. У 3 пациентов сопутствующим заболеванием был сахарный диабет II типа. Только у 7 пациентов поражение ОС ЛВА являлось единственным, у остальных — оно было множественным. У 5 из них наряду с поражением венечных артерий отмечено атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей и плечевого головного ствола, а также почечных артерий.

В 14 наблюдениях в ОС ЛВА имплантированы элутинг-стенты, диаметр стента в среднем ($3,64 \pm 0,31$) мм,

длина — ($15,12 \pm 5,88$) мм. В среднем у одного пациента установлено 1,87 стента. По данным ангиографии непосредственный хороший результат достигнут у всех пациентов, они выписаны в удовлетворительном состоянии на 2 — 7-е сутки после выполнения вмешательства.

Продолжительность наблюдения за пациентами от 1 мес до 5 лет. Летальность составила 8,3%. В течение 1 года после стентирования от повторного инфаркта миокарда умерла больная с васкулитом Такаясу, через 6 мес после стентирования умер пациент с ишемической кардиопатией.

Повторный инфаркт миокарда не возник ни у одного из пациентов. В 5 наблюдениях потребовалось повторное выполнение вмешательства, в 3 — в связи с вновь возникшим сужением вне ОС ЛВА, в 2 — с рестенозом в ранее установленных стентах в ОС ЛВА. Все вмешательства выполнены эндоваскулярно, в качестве повторного вмешательства осуществление аортокоронарного шунтирования не потребовалось.

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ БИФУРКАЦИОННЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ

С. Н. Фуркало, В. И. Смержевский, И. В. Хасянова

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Применяемый в клинике бифуркационный эндопротез для протезирования брюшной части аорты "Экслюдер" — GORE является продуктом третьего поколения с оригинальной системой доставки и имплантации. Эндопротез саморасширяющийся, покрыт сверхтонким волокном из политетрафторэтилена, имеет нитиоловую основу. Большинство стент-графтов имеют модульную конструкцию. Первая часть, подлежащая имплантации — это подпочечный ствол с ипсилатеральной подвздошной частью; вторая — подвздошный сегмент, подлежащий имплантации из контралатеральной паховой области. После имплантации эндопротеза проводят контрольную ангиографию, что позволяет убедиться в выключении аневризмы и отсутствии эндоподтекания.

За последнее время в клинике обследованы 39 больных с аневризмой брюшной части аорты, которым в соответствии с предварительными данными, показано эндоваскулярное лечение, 23 больным эндопротезирование не показано из-за малых размеров аневризмы, короткой проксимальной шейки, наличия аневризм обеих

подвздошных артерий, узкой проксимальной и дистальной шейки, наличия тромбов в шейке аневризмы. В соответствии с показаниями этим больным осуществлено открытое хирургическое вмешательство либо они находятся под наблюдением.

После комплексного обследования выполнение эндопротезирования было показано 13 (33,3%) больным. Диаметр аневризмы аорты у них от 4,2 до 7,2 см. Все вмешательства выполнены без серьезных осложнений, пациенты находятся под наблюдением. Непосредственно после имплантации эндопротеза по данным контрольной ангиографии эндоподтекание выявлено у 5 (38,5%) больных, устранено путем удлинения проксимальной части протеза (у 1), либо повторного раздувания баллона в месте сочленения ствола и контралатеральной ножки (у 2), либо раздувания баллона в месте крепления проксимальной части протеза (у 2).

Через 1 — 3 мес после имплантации проведено повторное обследование пациентов в клинике, по данным ультразвукового исследования эндоподтекание не обна-

ружено. Компьютерная томография, проведенная в этот период, позволила визуализировать эндопротез, регистрировать динамику состояния аневризматического мешка. Трехмерная реконструкция позволяет детально оценить состояние эндопротеза. Эндоподтекание, выявлен-

ное у некоторых больных непосредственно после операции, при контрольном обследовании обнаружено у одного больного в месте сочленения без увеличения размеров аневризмы.

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С. Н. Фуркало, И. В. Хасянова, И. В. Альгман, А. В. Хохлов

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Наиболее частой причиной возникновения реноваскулярной гипертензии является атеросклероз, другими причинами могут быть фиброзно-мышечная дисплазия, васкулит, микроангиопатия, травма, атероэмболическая болезнь, болезнь Кавасаки.

В связи с внедрением в клиническую практику эндопротезирования и его применением при стенозе устья почечных артерий их стентирование стало операцией выбора.

Мы располагаем опытом выполнения эндоваскулярных вмешательств на почечных артериях у 199 больных с реноваскулярной артериальной гипертензией. Возраст больных от 12 до 72 лет, в среднем $(52,4 \pm 1,4)$ года. Артериальное давление (АД) составляло от 160/100 до 260/160 мм рт. ст., среднее систолическое АД — $(180,7 \pm 26,2)$ мм рт. ст., среднее диастолическое АД — $(116,0 \pm 12,6)$ мм рт. ст. У 16 больных течение артериальной гипертензии было злокачественным. Всем пациентам проведены диагностическая аортография и селективная ангиография почечных артерий. На основании клиниче-

ских данных и результатов ангиографических исследований атеросклероз как причина окклюзионно-стенотического поражения почечных артерий выявлен у 177 (88,9%) больных. Степень стеноза, по данным ангиографии, составила от 60 до 95%, в среднем $(71,3 \pm 4,3)\%$, протяженность стеноза — 0,3 — 2,5 см, в среднем $(0,7 \pm 0,1)$ см. У 20 больных отмечены начальные признаки почечной недостаточности.

Гипотензивный эффект после успешного выполнения РЭД почечных артерий достигнут в 87,5% наблюдений в ближайшем послеоперационном периоде, в 78,1% — он сохранялся в течение 2 — 3 лет и более после вмешательства. Повторное ангиографическое исследование осуществляли при рецидиве заболевания или предположении о возникновении рестеноза.

Ангиографически документированный рестеноз после успешной ангиопластики/стентирования почечных артерий выявлен у 7 (10,4%) больных в сроки наблюдения до 3 лет. Тромбоз артерии, перфорацию не наблюдали, все пациенты живы.

ДИСТРАКЦИОННЫЙ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ КИСТИ И ЕЕ ПАЛЬЦЕВ ПОСЛЕ ИХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТЧЛЕНЕНИЯ

А. Ю. Фурманов

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Одним из методов восстановления формы и функции пальцев кисти после их травматического отчленения является их дистракционное удлинение. Метод разработан и опубликован в 1967 г. И. Матеевым.

Основным недостатком метода является значительная продолжительность лечения для удлинения пальца. В последнее десятилетие с успехом применяют метод ускоренной дистракции с последующей аутокостной пластикой возникшего дефекта.

Целью исследования явилось изучение возможности применения ускоренной дистракции трубчатых костей кисти и ее пальцев с последующей костной аутопластикой возникшего дефекта для формирования кисти и пальцев после различных инвалидизирующих травм.

С 2005 по 2008 г. в отделе трансплантации кисти и комплексов тканей лечили 15 пациентов по поводу инвалидизирующих последствий травмы кисти и пальцев. У 8 пациентов проведено дистракционное удлинение I пястной кости для формирования отчлененного I пальца кисти в целях восстановления оппозиции, общего и тонкого захвата; у 5 — II — V пястных костей для формирования отчлененных трехфаланговых пальцев кисти (7 пальцев) в целях улучшения общего и тонкого захвата; у 1 — II, III и IV пястных костей для формирования клешнеобразной кисти при метакарпальной кисти для создания ножничного захвата; у 1 — выполнены вмешательства после радиальной ампутации кисти для создания I пальца в целях восстановления полностью утраченного

общего и тонкого захвата. Операции дистракционного формирования кисти и ее пальцев выполняли при невозможности или отказе пациентов от применения других методов хирургического лечения (пересадка пальцев со стопы и др.).

Операции дистракционного формирования кисти и пальцев предшествовали различные виды пластики кожи при ее рубцовом изменении в зоне тракции. После иссечения грубых рубцов у 5 пациентов осуществлена местная пластика кожи встречными треугольными лоскутами по Лимбергу; у 1 — пластика кожи путем перемещения ротационного лоскута; у 1 — свободная микрохирургическая пересадка лоскута кожи на прободающих ветвях грудоспинной артерии.

Пястные кости для формирования пальцев удлинляли на 4 — 6 см.

У одного больного произошло прорезывание спиц через дистальный фрагмент кости вследствие его остеопороза. Дистракция продолжена после внедрения в ткани дистракционной скобы по методике клиники. У одного пациента произошло отделение спиц из дистального фрагмента вследствие небрежного отношения к лечению. Спицы заменены нарезными стержнями, дистракция успешно продолжена. У 2 пациентов, несмотря на проведенные профилактические мероприятия, образовалась сгибательная контрактура части основной фаланги пальца, входившей в дистальный фрагмент, подвергавшийся дистракции. Контрактуру не устранили из-за ее функциональной полезности для тонкого и общего захвата. У 2 пациентов возникла приводящая контракту-

ра I пальца кисти, устранена путем замены спицы стержнем с длинной резьбой по методике клиники.

Функцию кисти по окончании лечения оценивали с помощью интегральной системы, применяемой после реплантации крупных сегментов конечностей, системы DASH, проводили Hand Tool Dexterity Test. Исследование функции I пальца кисти дополнено тестом оппозиции по Каранжі.

Выводы

1. Дистракционное формирование кисти и ее пальцев является методом выбора при невозможности или отказе пациента от микрохирургической пересадки комплексов тканей стопы.

2. Разработанные в клинике методы хирургического лечения позволяют достичь значительного улучшения функции кисти после инвалидизирующей травмы.

3. Применение усовершенствованной в клинике методики дистракционного формирования кисти и ее пальцев позволяет избежать осложнений хирургического лечения — прорезывания фиксаторов через пораженные остеопорозом фрагменты кости и образования приводящей контрактуры I пальца.

4. Образование сгибательной контрактуры дистального фрагмента I пальца при его дистракционном удлинении может являться функционально полезным и не всегда требует хирургической коррекции.

5. Сочетание различных методов контроля функции кисти позволяет объективно оценить результат хирургического лечения пациентов.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

И. В. Хасянова

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

Применение в клинике метода эндопротезирования с помощью стентов оказалось эффективным относительно снижения риска возникновения рестеноза, однако обусловило проблему тромботических осложнений. Особенно опасно возникновение тромбоза в венечных стентах, поскольку чревато тяжелыми осложнениями (острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и др.). Причины возникновения тромбоза в стенте различны, как показывает практика, наиболее значимой является повышение агрегации тромбоцитов, как правило, вследствие нарушения режима антиагрегантной терапии.

За период с 2001 по 2008 г. в клинике стентирование венечных артерий выполнено более чем у 1100 пациентов. Из них у 6 возник подострый тромбоз стента в сро-

ки до 7 сут; у 4 — тромбоз сопровождался выраженными клиническими проявлениями и острым Q-инфарктом миокарда, у 1 — тромбоз не сопровождался изменениями данных ЭКГ, однако были выражены клинические признаки, у 1 — возникла внезапная коронарная смерть. При анализе состояния агрегации тромбоцитов у всех больных отмечена выраженная гиперагрегация. Из-за прекращения антиагрегантной терапии во всех наблюдениях агрегация тромбоцитов превышала 70%. Назначение адекватных доз клопидогреля и аспирина способствовало адекватному снижению агрегации уже через 2 ч.

Таким образом, возникновение тромбоза артерий после их стентирования является редким, но очень неблагоприятным осложнением, часто обусловленным нарушением режима антиагрегантной терапии.

ENDOVASCULAR REPAIR OF ABDOMINAL AORTA ANEURISM

P. Heider

Department of vascular and endovascular Surgery
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Germany

Aneurysm of the abdominal aorta (AAA) are asymptomatic in more than 80%. While ruptured aneurysm are associated with high morbidity and mortality it is of vital importance to treat rupture-prone pathologies very early. Over the past 15 years, the management of AAA has changed dramatically because of the development of endovascular aneurysm repair (EVAR). However therapeutic indications are still based on size and location of the aneurysm. These factors determine the individual procedural method (open surgery vs. EVAR). Today endovascular stentgrafts are an accepted alternative to open surgery in elective and increasingly in emergency surgery with appropriate morphology.

By reviewing results of recent multicenter studies (EVAR—1, DREAM) and our own experience we will address EVAR indications, contraindications, outcomes, complications and endograft surveillance.

Perioperative mortality in AAA elective open surgery is between 0.6 and 5.8%. Independent risk factors are kidney insufficiency, cardiac and pulmonary disease as well as age and sex. Most of the complications associated with open surgery are from cardiac (4.9–13.6%) or pulmonary (3.8–13.5%) origin followed by postoperative bleeding (1.9%) and ischemic bowels (2%). Late complications are anastomotic aneurysm (aortic — 4.8%, iliac aneurysms — 6.3%) and infec-

tions caused by intestine fistulas. The randomized EVAR—1 study (1082 patients) showed for endovascular therapy significant lower 30—day mortality rate (1.6 vs. 4.6%) and a reduced hospital stay (7 vs. 12 days) but rate of reinterventions in follow—up was significantly higher (9.8 vs. 5.8%). Concerning perioperative mortality the DREAM—study also demonstrated the benefit of EVAR (1.2 vs. 4.6%) but overall survival rate after 2 years also was not different. However rate of reinterventions was also higher compared to open surgery (11% vs. 4%, HR 2.9). NICE—study (meta—analysis of 606 studies, RCT/NRCT) also showed lower 30—day mortality rate (1.6/2% vs. 3.5/4.3%) but EVAR—specific complications (endoleak, stent—migration, stent—fractures) were seen in 2.5% after 1 year. Conversion rate was 2.1% after 1 year and 2.6% after 3 years. Late conversion was seen in 7.7% with an overall mortality rate of up to 20%.

The emergence of endovascular stent grafting as an alternative therapy to open surgical repair of AAA is an exciting advance. Also it is apparent that high—risk patients will benefit from EVAR, the exact role of this technology remains to be defined as we continue to accumulate experience and techniques and devices evolve. Endovascular repair has a complementary role and offers a less invasive option in our treatment armamentarium.

ВАРИАНТЫ ТИПОВ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ ПО ДАННЫМ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ АНГИОГРАФИИ

Н. А. Шаповалов, П. В. Мирошниченко, А. А. Баранишин, А. Б. Строило, И. Б. Даниленко,
А. В. Зинченко, В. Н. Кононов, Т. Н. Шаповалов

Областная клиническая больница, г. Луганск

Прогресс современной сосудистой и эндоваскулярной хирургии обусловлен внедрением лучевых методов диагностики, позволяющих визуализировать поражение сосудов. Проведение спиральной компьютерной томоангиографии (КТА) брюшной части аорты (БЧА) позволяет получить информацию о размерах просвета сосуда, состоянии его стенки, окружающих органов, степени кальцификации бляшек.

Цель работы: изучить различные варианты типов аневризмы БЧА по данным КТА.

В период с 2005 по 2008 г. обследованы 48 больных, у которых предположено наличие аневризмы БЧА. Возраст больных от 45 до 74 лет, мужчин — 43, женщин — 5. Предварительно проведено дуплексное ультразвуковое сканирование с цветовым картированием. Протоколы КТА создавали индивидуально, с учетом особенностей гемодинамики и зоны интереса. При проведении КТА ис-

пользовали только неионные контрастные вещества (ио-гексол, иодиксанол и др.) с концентрацией йода 300 — 350 мг/мл. Для оценки типа аневризмы БЧА применяли классификацию А. В. Покровского.

Истинная аневризма аорты различного типа диагностирована у 41 (85,4%) пациента. Диаметр аневризмы от 35 до 150 мм. Небольшая аневризма (диаметром 35 — 50 мм) обнаружена у 5 (12,8%) больных, средняя (50 — 70 мм) — у 27 (66,8%), большая (70 — 100 мм) — у 6 (15,6%), гигантская (100 мм и более) — у 2 (4,8%). Аневризма БЧА II типа выявлена у 22 больных, III типа — у 14, IV типа — у 5. У 2 пациентов обнаружен разрыв аневризмы с формированием забрюшинной гематомы, у 1 — медионекроз аорты с ее разрывом и формированием забрюшинной гематомы, у 3 — диагностирована псевдоаневризма ветвей чревного ствола, у 1 — сочетание инфраренальной аневризмы с ее разрывом, формированием ретроа-

ортальной псевдоаневризмы и фистулой в нижнюю полую вену. Расхождение с данными ультразвуковых методов исследования отмечено у 6 (14,6%) больных, касалось трактовки типа аневризмы и ее локализации. Выраженную извитость аорты с горизонтально сформированной проксимальной шейкой аневризмы II, III типа ошибочно оценивали как супраренальную аневризму I или IV типа. У 32 больных диагноз верифицирован интраоперационно.

Выводы

1. КТА позволяет определить локализацию аневризмы БЧА, ее размеры, тип, способствует выбору правильной тактики хирургического лечения и его объема.

2. Ультразвуковые исследования являются скрининг-методом в диагностике аневризмы БЧА, их результаты требуют последующей детализации.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИСХІДНОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ, ПОЄДНАНОГО З ГОСТРИМ ТРОМБОЗОМ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ: ЗАСТОСУВАННЯ КАВА—ФІЛЬТРА АБО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ

О. Є. Швед, Ю. М. Гупало, Г. І. Макаренко

Київська міська клінічна лікарня №1,

Український науково—практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів, м.Київ

Під час проведення ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) з приводу гострого висхідного тромбофлебіту нерідко виявляють флотуючий тромб (ФТ) глибоких вен нижньої кінцівки, що загрожує життю пацієнта. Визначення тактики лікування гострого висхідного тромбофлебіту з ФТ устя великої (ВПВ) або малої (МПВ) підшкірної вени ноги є складним завданням.

Мета роботи: обґрунтувати показання до застосування кава—фільтра або електрозварювання поверхневої стегнової вени в хірургічному лікуванні гострого висхідного тромбофлебіту з ФТ устя ВПВ або МПВ.

Під спостереженням перебував 41 хворий з гострим висхідним тромбофлебітом ВПВ або МПВ, жінок — 11, чоловіків — 7, вік хворих від 44 до 68 років. УЗДС виконували за допомогою апарата Philips "EnVisor" (США) з лінійним датчиком L з частотою 5 — 12 МГц.

ФТ устя ВПВ виявлений у 12 хворих, МПВ — у 6. З 12 спостережень ФТ устя ВПВ гострий тромбоз та ФТ литкових або гомілкових вен однойменної нижньої кінцівки виявлений у 8, контралатеральної — у 4. За наявності ФТ устя МПВ гострий тромбоз литкових вен однойменної нижньої кінцівки та ФТ в них виявлений у 4 спостереженнях, ФТ в підколінній вені контралатеральної нижньої кінцівки — у 2.

Кава—фільтр встановлений у 23 хворих, хороший безпосередній результат відзначений у 19 з них, у 3 (13%)

— виник тромбоз нижньої порожнистої вени, який в 1 (4%) спричинив синю флегмазію. Помер 1 (4%) хворий від тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). За даними патологоанатомічного дослідження виявлені численні тромби вен таза, литкових вен та ФТ в місці пункції лівої стегнової вени. Отже, встановлення кава—фільтра тільки попереджує виникнення масивної ТЕЛА, проте, не запобігає емболії дрібними тромбами з литкових вен, оскільки немає впливу на джерело захворювання — ВПВ та МПВ.

З метою одномоментного повноцінного видалення джерела захворювання та джерела ТЕЛА у 18 хворих здійснено тромбектомію з устя ВПВ або МПВ, видалення поверхневих тромбованих вен та електрозварювання поверхневої стегнової вени чи литкових вен вище місця розташування головки ФТ. Після операції ТЕЛА, синю флегмазію не спостерігали, посттромбофлебітичний синдром мав звичайний перебіг.

Отже, застосування електрозварювання поверхневої стегнової вени чи литкових вен вище місця розташування головки ФТ дозволяє виконати радикальне хірургічне втручання з приводу гострого висхідного тромбофлебіту ВПВ або МПВ на протипагу очікувальній тактиці при встановленні кава—фільтра.



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

УДК 616.361—006.6—007.272—089.87

МОЖЛИВОСТІ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИННОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

Я. Р. Дутка, М. П. Павловський

Кафедра факультетської хірургії (зав. — акад. АМН України М. П. Павловський)
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

КЛЮЧОВІ

СЛОВА:

пухлини
позапечінкових
жовчних проток;
радикальне
хірургічне
лікування.

РЕФЕРАТ

Проаналізований досвід радикального хірургічного лікування 32 хворих з пухлиною позапечінкових жовчних проток (ПЖП). Показник резекційності пухлини Кляцкіна становив 12,5%, пухлини середньої частини ПЖП — 25%. У 8 хворих здійснено відкрите оперативне втручання, в 1 — застосовано лапароскопічну техніку. Показник резекційності пухлини дистальної локалізації становив 29,6%. Післяопераційна летальність дорівнювала 15,6%.

POSSIBILITIES OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING TUMORAL OBSTRUCTION OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTS

Ya. R. Dutka, M. P. Pavlovskiy

KEY

WORDS:

tumors
of extrahepatic
biliary ducts;
radical surgical
treatment.

SUMMARY

Experience of radical surgical treatment of 32 patients, suffering extrahepatic biliary ducts (EBD) tumor, was analyzed. The respectability index of a Clatskin tumor have constituted 12.5%, and of the EBD middle portion — 25%. In 8 patients an open operative intervention was performed and in 1 — laparoscopic procedure was applied. The respectability index of a distal EBD tumors have constituted 29.6%. Postoperative lethality was 15.6%.

Основним методом, який дає шансвилікувати хворого з пухлиною ПЖП, є її видалення, доповнене лімфаденектомією [1, 5]. Незважаючи на успіхи у діагностиці, результати хірургічного лікування обтураційної жовтяниці, зумовленої злоякісною пухлиною ПЖП, не можна вважати задовільними [2, 3, 8]. Резекційність раку цієї локалізації становить 9 — 46,1%, що спричинене складністю діагностики, особливостями клінічного перебігу, а також варіантами анатомічної будови ПЖП [6, 7].

Високу післяопераційну летальність хворих з пухлиною ПЖП (8 — 22%) найчастіше спричиняє печінкова недостатність внаслідок обтураційного холестазу та інфікування, оскільки пацієнти звертаються по медичну допомогу переважно у заданій стадії хвороби, коли здійснення операції є ризикованим [5]. Тому оперативне втручання бажано виконувати після попереднього розвантаження ПЖП, усунення жовчної гіпертензії, ретельного обстеження хворого для з'ясування

можливості радикального видалення пухлини [2, 4, 5, 7].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пухлини ПЖП класифікували за М. Р. Callery, W. С. Meyers (1998): пухлини проксимальної частини ПЖП — правої та лівої печінкових проток та місця утворення ними загальної протоки; пухлини середньої частини ПЖП — від початку загальної печінкової протоки до початку ретродуоденального відділу спільної жовчної протоки; дистальна локалізація — пухлини ретродуоденального відділу спільної жовчної протоки і великого сопочка дванадцятипалої кишки.

Хірургічне лікування проведено 146 хворим на рак ПЖП. Радикально оперовані 32 (21,9%) хворих. Пухлина проксимальної частини ПЖП (пухлина Кляцкіна) виявлена у 7 (21,9%), середньої — у 9 (28,1%), дистальної — у 16 (50%) пацієнтів. Радикальні операції з приводу пухлини ПЖП наведені у таблиці.

Види радикальних втручань з приводу пухлини ПЖП

Операція	Кількість хворих	
	абс.	%
Холецистектомія, резекція ПЖП з пухлиною, бігепатикоєюностомія на петлі, вимкненій за Ру	5	15,6
Холецистектомія, резекція ПЖП з пухлиною, тригепатикоєюностомія на петлі, вимкненій за Ру	1	3,1
Холецистектомія, роз'єднання холедоходуоденоанастомозу, резекція ПЖП з пухлиною, гепатикоєюно-, гастроентеро-, ентероентеростомія	1	3,1
Холецистектомія, резекція ПЖП з пухлиною, холедоходуоденостомія	1	3,1
Холецистектомія, резекція ПЖП з пухлиною, гепатикодуоденостомія	6	18,9
Холецистектомія, резекція ПЖП з пухлиною, бігепатикодуоденостомія	1	3,1
Діагностична лапароскопія, лапароскопічна холецистектомія, холедохотомія, лапароскопічна резекція ПЖП з пухлиною, зовнішнє дренування жовчних проток	1	3,1
Панкреатодуоденальна резекція (ПДР)	11	34,4
Холецистектомія, трансдуоденальна папілектомія	5	15,6
Разом ...	32	100,0

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вибір методу радикального втручання залежав від локалізації пухлини, анатомічних особливостей, стадії раку, раніше здійснених операцій на жовчних протоках.

Радикальні операції виконані у 7 (21,9%) хворих з пухлиною проксимальної частини ПЖП — пухлини Кляцкіна (T1–3N0–1M0). Показник резекційності становив 12,5%.

Ускладнення після здійснення таких операцій виникли у 3 хворих: у 2 — неспроможність швів бігепатикоєюноанастомозу, яка спричинила розлитий фібринозно-гнійний жовчний перитоніт; в однієї пацієнтки — декомпенсована печінкова недостатність.

Післяопераційна летальність в групі хворих з пухлиною Кляцкіна становила 28,6% (померли 2 хворих, причиною смерті одного з них був розлитий фібринозно-гнійний перитоніт, однієї пацієнтки — декомпенсована печінкова недостатність).

Радикально оперовані 9 (28,1%) пацієнтів з пухлиною середньої частини ПЖП (T1–3N0–1M0), 8 (88,9%) — з використанням відкритого методу, 1 (11,1%) — лапароскопічної техніки. Показник резекційності становив 25%.

Ускладнення виникли в 1 (12,5%) пацієнта — декомпенсована печінкова недостатність.

В 1 (11,1%) пацієнтки здійснено діагностичну лапароскопію, лапароскопічну холецистектомію, холедохотомію, лапароскопічну резекцію ПЖП з пухлиною, зовнішнє дренування жовчних проток.

Ускладнень після операції не було. Під час контрольного обстеження через 6 міс стан хворої задовільний. За даними контрастного дослідження жовчні та внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Метастази у печінці за даними ультразвукового дослідження не знайдені.

Післяопераційна летальність становила 11,1%. Помер один пацієнт від декомпенсованої печінкової недостатності.

З приводу пухлини ПЖП дистальної локалізації радикально оперовані 16 (50%) хворих: в 11 (68,8%) з них — виконано ПДР за прийнятим у клініці методом; у 5 (31,3%) — трансдуоденальну папілектомію та холецистектомію. Показник резекційності становив 29,6%.

Ускладнення після здійснення ПДР виникли у 4 (36,4%) пацієнтів: у 3 з них з пухлиною великого сосочка дванадцятипалої кишки — неспроможність швів, в одного — утворилася тонкокишкова нориця, яка закрилася після консервативного лікування, пацієнт виписаний у задовільному стані; в одного — жовчна нориця, для лікування якої застосовані консервативні заходи; в одного — внаслідок неспроможності швів виник жовчний перитоніт, здійснені повторне втручання, санація й дренування черевної порожнини, дренування жовчної протоки за Кером, після успішного лікування пацієнт виписаний у задовільному стані.

В одного хворого з задавленою пухлиною дистального відділу спільної жовчної протоки, незважаючи на виконання ПДР, прогресувала гостра печінкова недостатність, що спричинило його смерть.

Летальність після здійснення ПДР з приводу пухлини ПЖП становила 9,1%.

Трансдуоденальна папілектомія, холецистектомія виконані у 5 (31,3%) хворих на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки T1s–1N0M0.

Після операції в одного хворого виник гострий гнійно-некротичний панкреатит, фібринозний перитоніт, через прогресування інтоксикації пацієнт помер. Післяопераційна летальність після здійснення трансдуоденальної папілектомії становила 20%.

Ускладнення після здійснення радикальних операцій виникли у 9 (28,1%) пацієнтів з пухлиною ПЖП, у 3 (33,3%) — печінкова недостатність, перитоніт та гнійні ускладнення (гнійно-некротичний панкреатит, фібринозний перитоніт), жовчна та тонкокишкова нориця — по одному спостереженню.

Летальність після здійснення радикальної операції з приводу пухлини ПЖП становила 15,6% (померли 5 пацієнтів, в тому числі 3 — від печінкової недостатності, 2 — від гнійних ускладнень: один — від гострого гнійно-некротичного панкреатиту, фібринозного перитоніту, один — від розлитого фібринозно-гнійного перитоніту).

Проте, достовірність цих показників відносна: невелика кількість пацієнтів не дозволяє встановити закономірності.

ВИСНОВКИ

1. У хворих з пухлиною ПЖП радикальне хірургічне втручання має провідне значення і дає шанс отримати хороший результат.

2. У хворих з пухлиною ПЖП проксимальної локалізації резекційність найменша, їх лікування складне внаслідок пізньої діагностики, важкодоступності новоутворення, близькості важливих анатомічних структур.

3. Показник резекційності збільшується у міру віддалення пухлинного вузла від воріт печінки.

4. Вибір методу операції залежить від локалізації, анатомічних умов і місцевого поширення пухлини ПЖП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилов М. В., Глабай В. П., Кустов А. Е. и др. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // *Анналы хирург. гепатологии*. — 1997. — Т. 2. — С. 110—116.
2. Копчак В. М. Хірургічне лікування пухлин супрадуоденально-го відділу позапечінкових жовчних проток // *Галиц. лік. вісн.* — 1998. — Т. 6, № 3. — С. 64.
3. Кубышкин В. А., Вишневский В. А., Данилов М. В. и др. Оценка методов завершения панкреатодуоденальной резекции // *Хирургия*. — 2001. — № 1. — С. 46—50.
4. Шабунин А. В., Бедин В. В. Критерии операбельности опухолей панкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирург. гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 1. — С. 40—43.
5. Шалимов А. А., Копчак В. М., Дронов А. И. Клиника, диагностика и хирургическое лечение опухолей желчных протоков // *Клін. хірургія*. — 2001. — № 6. — С. 11—14.
6. Lee S. G., Lee Y. L., Park K. M. One hundred and eleven liver resections for hilar bile duct cancer // *J. Hepatobil. Pancr. Surg.* — 2000. — Vol. 7, N 2. — P. 135—141.
7. Lin P. W., Lin Y. L. Prospective randomized comparison between pylorus—preserving and standard pancreatoduodenectomy // *Br. J. Surg.* — 1999. — Vol. 86, N 5. — P. 603—607.
8. Ramesh H., Kuruvilla K., Venugopal A. et al. Surgery for hilar cholangiocarcinoma: feasibility and results of parenchima—conserving liver resection // *Digest. Surg.* — 2004. — Vol. 21, N 2. — P. 114—122.

УДК 616.13+616.132]—007.272—089.168

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ЛЕРІША — БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ

I. В. Арбузов, Ю. С. Спирін, Є. Ю. Гардубей
Херсонська обласна клінічна лікарня

РЕФЕРАТ

Проведений порівняльний аналіз ефективності різних методів хірургічного лікування пацієнтів з синдромом Леріша, зокрема, біфуркаційної, однобічної та багаторівневої реконструкції. Проаналізовані клінічні показники інтра— та післяопераційного періодів, частота виникнення тромботичних та нетромботичних ускладнень, летальність за кожного типу втручання. Наголошено, що тактика хірургічного лікування синдрому Леріша має бути індивідуальною, проте, за наявності клінічних і анатомічних умов перевагу слід віддати здійсненню однобічної реконструкції.

КЛЮЧОВІ

СЛОВА:

атеросклероз;
синдром Леріша;
артеріальна
реконструкція.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING LERICHE SYNDROME — IMMEDIATE RESULTS

I. V. Arbuzov, Yu. S. Spirin, E. Yu. Gardubey

SUMMARY

Comparative analysis of the various methods of surgical treatment efficacy was conducted in patients suffering Leriche syndrome, including bifurcational, one-sided and multilevel reconstruction. Clinical indices of intra— and postoperative periods, the frequency of thrombotic and nonthrombotic complications occurrence, lethality for every kind of intervention were analyzed. It was established, that tactics of surgical treatment of Leriche syndrome ought to be individualized, but in presence of clinical and anatomical conditions the one-sided reconstruction must be preferred.

KEY

WORDS:

atherosclerosis;
Leriche
syndrome;
arterial
reconstruction.

Синдром Леріша — це оклюзійно—стенотичне ураження термінального відділу черевної частини аорти, поєднане з двобічним атеросклеротичним ураженням клубових артерій. Також цим терміном позначають ізольоване двобічне ураження клубових артерій. За даними статистики, захворювання відзначають майже у 5% населення віком старше 50 років [5].

У значній кількості пацієнтів з синдромом Леріша виявляють також облітеруюче ураження артерій стегново—підколінного сегмента, майже у 60% — мультифокальне ураження з локалізацією бляшок атеросклерозу в судинах плечоголового стовбура, вінцевих та ниркових артеріях. Це суттєво ускладнює лікування пацієнтів та погіршує його результат [2].

За природнього перебігу захворювання без оперативного лікування протягом 5 — 7 років живуть приблизно 50% пацієнтів. При виникненні критичної ішемії (КІ) нижньої кінцівки (НК) 25% хворих показане виконання її ампутації на рівні стегна. Післяопераційна летальність за таких обставин сягає 40%. Через 1 рік після здійснення високої ампутації НК живуть лише 50% хворих, через 5 років — біля 30% [2].

Оперативне лікування визнане стандартом у пацієнтів з синдромом Леріша, оскільки дозволяє зберегти НК за тяжкої форми хронічної артеріальної недостатності більш ніж в 90% спостережень [1]. Проте, деякі питання тактики лікування не вирішені. Так, не визначений спосіб хірур-

гічного лікування пацієнтів з синдромом Леріша за наявності КІ однієї НК та переміжної кульгавості (ПК) другої. За таких обставин можливе виконання або біфуркаційної, або однобічної реконструкції артерій. Не визначені показання до застосування кожного з цих втручань, немає порівняльного аналізу безпосередніх та віддалених результатів, ускладнень та летальності.

Мета роботи: оцінити безпосередні результати лікування хворих з синдромом Леріша залежно від обраної хірургічної тактики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 94 хворих з синдромом Леріша. Всім пацієнтам виконане реконструктивне втручання на артеріях аорто—стегнового сегмента (АСС). Показанням до виконання оперативного втручання були КІНК у 55 (58,5%) хворих, ішемія НК II ступеня (за класифікацією Фонтейна) за обмеження працездатності та погіршення якості життя — у 39 (41,5%). Протокол передопераційного обстеження включав здійснення дуплексного ангіосканування з кольоровим картуванням кровотоку в черевній частині аорти, артеріях НК, гілках дуги аорти та ехокардіоскопію. Також всім пацієнтам проводили клінічні та біохімічні дослідження крові, ЕКГ, флюорографію органів грудної клітки. За наявності супутніх захворювань призначали консультацію відповідного фахівця з подальшим проведенням курсу передопераційної підготовки.

Таблиця 1. Клінічна характеристика пацієнтів з атеросклеротичним ураженням АСС

Показник	Величина показника в групах		
	1-й	2-й	3-й
Вік, років	55,4	63,4	54,9
ПК	16	6	17
КІНК	21	9	25
Ішемічна хвороба серця	20 (48,8%)	12 (80%)	24 (63,1%)
Артеріальна гіпертензія	16 (39,0%)	8 (53,3%)	18 (47,4%)
Хронічна недостатність кровообігу головного мозку	7 (17,1%)	3 (20%)	8 (21,0%)
Виразкова хвороба	5 (12,2%)	2 (13,3%)	6 (15,8%)
Хронічна ниркова недостатність	2 (4,9%)	—	—
Хронічна легенева недостатність	7 (17,1%)	3 (20%)	7 (18,4%)
Тривалість захворювання, років	4,5	3,8	4,6

Таблиця 2. Інтраопераційні та післяопераційні клінічні показники у пацієнтів трьох груп

Показник	Величина показника в групах ($\bar{x} \pm m$)		
	1-й	2-й	3-й
Загальна тривалість лікування у стаціонарі, днів	27,2±4,3	26,7±2,9	29,6±4,5
В тому числі після операції	20,4±3,4	16,8±2,7	23,5±3,8
Крововтрата, мл	527,0±45	319,2±43	451,5±56
Тривалість виконання операції, год	4,2±1	2,9±0,4	4,1±0,7
Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії, год	20,2±5,6	18,9±3,5	18,75±3,8
Початок харчування після операції, год	55,4±7,8	49,7±8,5	63,3±6,5
Початок самостійного пересування після операції, год	52,4±9,1	43,2±7,6	61,7±7,4

Таблиця 3. Структура й частота нетромботичних післяопераційних ускладнень

Показник	Кількість спостережень в групах					
	1-й		2-й		3-й	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотеча з рани	1	2,4	—	—	1	2,6
Лімфорея з рани	—	—	—	—	1	2,6
Гнійно-септичні ускладнення	1	2,4	—	—	1	2,6
Інфаркт міокарда	1	2,4	—	—	1	2,6
Парез кишечника	1	2,4	—	—	2	5,3
Гостра ниркова недостатність	2	4,9	—	—	1	2,6
Гостре порушення мезентеріального кровообігу	2	4,9	—	—	—	—
Разом ...	8	21,62	—	—	7	16,66

Хворі розподілені на три групи: у 37 пацієнтів (1—ша група) виконане аорто—стегнове біфуркаційне протезування (АСБП); у 15 (2—га група) — однобічне протезування АСС; у 42 (3—тя група) — одночасно реконструкція артерій аорто—клубового та стегнового сегментів. Порівняльна характеристика пацієнтів трьох груп представлена в *табл. 1*.

В 1—й групі клінічно значуще ураження обох НК відзначено у 21 (56,8%) хворого, однієї НК — у 16 (43,2%).

У 2—й групі в усіх пацієнтів виявлене клінічно значуще ураження однієї НК. Також в усіх пацієнтів відзначені анатомічні умови для здійснення однобічної реконструкції судин: відсутність тромбозу інфраренального відділу черевної частини аорти, її дифузного кальцинозу та аневризматичної дегенерації. Аорто—стегнове лінійне протезування (АСП) здійснене у 5 (33,3%) хворих, клубово—стегнове лінійне протезування (КСП) — у 10 (66,7%).

У 3—й групі клінічно значуще ураження обох НК спостігали у 22 (52,4%) пацієнтів, однієї НК — у 20 (47,6%).

Показаннями до одномоментного здійснення реконструкції були:

— ураження артерій аорто—клубового сегмента в поєднанні з оклюзією поверхневої стегнової артерії (ПСА) та критичним стенозом (понад 70% діаметра) глибокої стегнової артерії (ГСА);

— ураження артерій аорто—клубового сегмента в поєднанні з ураженням ПСА на рівні верхньої третини стегна або загальної стегнової артерії (ЗСА).

В 3—й групі АСБП здійснене 31 (73,8%) хворому, КСП — 7 (16,6%), АСП — 4 (9,6%). Одночасно з метою реконструкції судин стегнового артеріального сегмента створено нову біфуркацію стегнових артерій — у 8 (21,0%) хворих, профундопластика виконана у 23 (60,5%), поєднане стегново—підколінне аутовенозне протезування — у 2 (5,3%), ендартеректомія (ЕАЕ) з ЗСА — у 3 (7,9%), ЕАЕ з ПСА — у 4 (10,5%).

Після операції всім хворим протягом 3 — 4 діб проводили гепаринотерапію з подальшим застосуванням не-

прямих антикоагулянтів. Антибіотики призначали за день до операції та протягом 4 — 7 днів після неї. Перед виписуванням усім пацієнтам рекомендували застосування потрійної терапії: аспірин, клопидогрель, статини.

Безпосереднім задовільним результатом лікування (в строк 30 днів після операції) вважали: зникнення больового синдрому чи збільшення дистанції, яку пацієнт проходив до появи ПК, ознаки загоєння трофічних виразок чи демаркаційної лінії за некротичного ураження стопи. Також проаналізовано частоту й структуру інтраопераційних, післяопераційних ускладнень та летальність.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Реконструктивні оперативні втручання з приводу синдрому Леріша є одними з найбільш поширених в ангіохірургії. Після реконструкції артерій АСС майже у 95% спостережень зникають прояви КІНК, протягом 5 років хороший результат зберігається у 80 — 90% пацієнтів. Летальність, за даними світової літератури, становить від 1 до 3,3% [4]. А. А. Спиридонов і співавтори [3] узагальнили 11-річний досвід лікування 232 хворих з атеросклеротичним ураженням артерій АСС. Однобічна реконструкція здійснена у 63 (30%) пацієнтів, двобічна — у 147 (70%), у 54 — одномоментно дворівнева реконструкція. Післяопераційна летальність становила 3%, частота виникнення тромбозу експлантата — 3,9%, позитивний результат досягнутий у 93,1% спостережень. Проте, порівняльної характеристики результатів застосування різних типів реконструкції судин у пацієнтів з таким ураженням в літературі не знайдено. За наявності КІ однієї НК та ПК другої можливе виконання біфуркаційної або однобічної реконструкції. Основними перевагами однобічної реконструкції теоретично є невелика тривалість операції, перебування хворого у відділенні інтенсивної терапії та стаціонарі, менше медикаментозне навантаження, менша інтраопераційна крововтрата, менша частота інтра— та післяопераційних ускладнень. Основний недолік: необхідність виконання реконструкції артерій контралатерального клубового сегмента при прогресуванні захворювання у віддаленому періоді. Основна перевага біфуркаційної реконструкції — радикальна одномоментна ревазуляризація обох НК.

За даними нашого дослідження, безпосередній позитивний результат лікування досягнутий загалом у 78 (83%) хворих, відповідно по групах — 81,1, 93,3 та 81%. Основні клінічні параметри інтра— та післяопераційного періодів у пацієнтів трьох груп наведені у *табл. 2*.

У пацієнтів з синдромом Леріша, яким здійснено тільки однобічну реконструкцію, відзначені кращі клінічні показники в інтра— та післяопераційному періоді в порівнянні з такими після виконання біфуркаційної та багаторівневої реконструкції.

Структура й частота післяопераційних нетромботичних ускладнень наведена у *табл. 3*.

Отже, після операції у пацієнтів 2-ї групи нетромботичних ускладнень не було, загальна частота таких ускладнень у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп становила відповідно 21,6 та 16,7%.

Під час виконання операції всі пацієнти живі. Госпітальна летальність становила 9,6%, померли 9 хворих, в тому числі 3 (8,1%) — з 1-ї групи, 6 (14,3%) — з 3-ї групи. Тромбоз експлантата під час здійснення операції виник у 5 (5,3%) — 3-ї групи. Пошкодження нижньої порожнистої вени виникло в 1 (2,7%) хворого 3-ї групи, в 1 (2,6%) хворого 1-ї групи пошкоджено зовнішню клубову вену. В ранньому післяопераційному періоді тромбоз експлантата виявлений у 4 (4,3%) спостереженнях: 3 (7,9%) — з 3-ї групи та 1 (2,4%) — з 2-ї групи. Ампутацію НК здійснено у 3 (3,2%) хворих, по одному з кожної групи, що становило відповідно 2,7, 6,7 і 2,4%. При цьому у пацієнта 1-ї групи виконана резекція стопи з приводу її сухого некрозу після здійснення реконструктивної операції.

ВИСНОВКИ

1. Виконання однобічної реконструкції артерій АСС у пацієнтів з синдромом Леріша забезпечує кращі безпосередні результати щодо клінічних показників в інтра— та післяопераційному періоді, частоти тромботичних та нетромботичних ускладнень, летальності в порівнянні з такими після біфуркаційної та багаторівневої реконструкції.

2. Тактика хірургічного лікування синдрому Леріша має бути індивідуальною, проте, за наявності клінічних та анатомічних умов перевагу слід віддати здійсненню однобічної реконструкції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доминяк А. Б., Ящук Ю. И., Влайков Г. Г., Ратушнюк А. В. Повторные реконструктивные операции у больных с многоуровневой реокклюзией артерий нижних конечностей // Клін. хірургія. — 2005. — № 4 — 5. — С. 51.
2. Покровский А., Зотиков А., Замский К. Синдром Лериша (поражение терминального отдела брюшной аорты) // Врач. — 2003. — № 3. — С. 14—16.
3. Спиридонов А. А., Бузишвили Ю. И., Тутов Е. Г. и др. Результаты хирургического лечения пациентов с окклюдирующими поражениями аорто—бедренного сегмента // Грудная и сердеч.—сосуд. хирургия. — 2004. — № 3. — С. 48 — 54.
4. Український консенсус з діагностики і лікування пацієнтів з хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок, поєднаною з мультифокальним атеросклерозом. — К., 2006. — 69 с.
5. Хамитов Ф. Ф., Белов Ю. В., Базылев В. В. и др. Миниинвазивная хирургия синдрома Лериша // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 14—17.

УДК 616.33/34—002.44—005.1:616.12—005.8

СИНДРОМ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ШЛУНКОВО—КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОЇ ПРИРОДИ

І. О. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк, В. І. Ляховський, О. А. Крижановський, М. І. Горлачов,
П. П. Сакевич, М. О. Дудченко, О. А. Шкурупій, Т. Г. Діхтенко, О. Г. Ходатенко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

КЛЮЧОВІ

СЛОВА:
виразкова
хвороба;
шлунково-
кишкова
кровотеча;
коронарна
недостатність.

РЕФЕРАТ

За 2004 — 2007 рр. в клініці спостерігали 249 хворих, у яких виникла шлунково—кишкова кровотеча (ШКК) виразкової природи. З 107 хворих похилого віку 43 (40,1%) — госпіталізовані у строки пізніше ніж через 24 год від початку ШКК. Для пошуку джерела кровотечі та визначення стану місцевого гемостазу хворим проводили гастродуоденофіброскопію (ГДФС). В день госпіталізації у 19 (17,7%) хворих на тлі ШКК діагностований інфаркт міокарда. Одночасно лікували ШКК та інфаркт міокарда. В програмі лікування основним вважали своєчасне усунення дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК) під постійним контролем артеріального (АТ) та центрального венозного (ЦВТ) тиску, погодинного діурезу, динаміки ЕКГ. Після проведення інфузійно—трансфузійної терапії синдром гострої коронарної недостатності усунений на 3 — 5—ту добу.

AN ACUTE CORONARY INSUFFICIENCY SYNDROME IN THE ULCER GASTRO—INTESTINAL HEMORRHAGE

I. O. Gilenko, D. G. Demyanyuk, V. I. Lyakhovskiy, O. A. Kryzhanovskiy, M. I. Gorlachov,
P. P. Sakevych, M. O. Dudchenko, O. A. Shkurupiy, T. G. Dikhtenko, O. G. Khodatenko

KEY

WORDS:
ulcer disease;
gastro-intestinal
hemorrhage;
coronary
insufficiency.

SUMMARY

In 2004 — 2007 in the clinic 249 patients, in whom the ulcer disease gastro—intestinal hemorrhage (GIH) occurred, were observed. Of 107 elderly patients 43 (40.1%) were hospitalized later than 24 hours after GIH beginning. Gastroduodenofibroscopy was conducted for the hemorrhage origin investigation and the local hemostasis state determination. In a hospitalization day in 19 (17.7%) patients myocardial infarction on the GIH background was diagnosed. GIH and myocardial infarction were treated simultaneously. Timely elimination of the circulating blood volume deficiency under constant control of arterial and central venous pressure, the hourly diuresis and ECG dynamics was considered the main element of a treatment program. After infusion—transfusion therapy conduction the acute coronary insufficiency syndrome was eliminated on the 3 — 5th day.

Шлунково—кишкова кровотеча (ШКК) виразкового генезу є найактуальнішою медичною й соціальною проблемою. Захворюваність на виразкову хворобу (ВХ) зростає і сьогодні становить 10% серед дорослого населення.

Стійкої ремісії при використанні сучасних консервативних методів лікування досягають у 35 — 40% пацієнтів, решта — складають групу ризику. У 20 — 28% пацієнтів ВХ ускладнюється ШКК [1 — 3, 5].

Віковий діапазон ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки значно розширився. В літературі існує термін "ВХ у пацієнтів похилого віку", якому притаманні особливості клінічного перебігу захворювання, що визначають двома формами: відсутністю характерних клінічних ознак та маскуванням хвороби симптомами іншої недуги.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період 2004 — 2007 рр. в клініці спостерігали 249 хворих з ШКК виразкової природи. Чоловіків було 163 (65,4%), жінок — 86 (34,5%). Вік хворих від 22 до 81 року, похилого та старечого

віку [8] було 107 (42,9%). Слід зазначити особливості клінічного перебігу ВХ у цих пацієнтів до ускладнення її ШКК [3]. Біль як основну клінічну ознаку ВХ відзначали 24 (22,4%) пацієнти, у 12 з них під час здійснення ГДФС діагностовано виразку дванадцятипалої кишки. За 3 — 5 років до появи ШКК під впливом консервативної терапії досягнута стійка ремісія ВХ. Зниження апетиту, неприємні відчуття у животі, запор відзначали 44 (41,1%) пацієнти, нудоту — 9. Вважали себе здоровими 30 (28,3%) пацієнтів. Артеріальну гіпертензію діагностовано у 73 (68,2%) госпіталізованих хворих. З приводу появи частого болу в ділянці серця перебували під наглядом кардіолога 58 (54,2%) хворих, інфаркт міокарда раніше був у 13 (12,1%), у 63 (58,9%) — діагностовано аритмію, з приводу хронічної цереброваскулярної недостатності періодично лікували 14 (13%), 1 — 2 епізода гострого порушення кровообігу головного мозку було у 3. Під час аналізу результатів обстеження встановлено, що у кожного пацієнта похилого і старечого віку було у середньому 3,1 захворювання, переважно серцево—судинних.

Хворих похилого та старечого віку частіше госпіталізували з запізненням через пізні звертання по медичну допомогу та помилки у діагностиці на догоспітальному етапі. З 107 таких хворих 43 (40,1%) госпіталізовані у строки пізніше ніж через 24 год з моменту появи ознак ШКК, в тому числі 9 — через допущені діагностичні помилки.

Всі хворі госпіталізовані з переконливими ознаками ШКК: блювання кров'ю — у 47 (43,9%), темні випороження — у 49 (47,5%), поєднання цих ознак — в 11 (10,2%). Ознаки прихованої ШКК — запаморочення, посилене потовиділення, мереттіння перед очима, загальна слабкість — не можна використовувати для розпізнання кровотечі у таких хворих, оскільки ці відчуття з'являлися в їх повсякденному житті до початку ШКК.

Індивідуальну програму лікування хворих визначали з огляду на такі чинники: джерело кровотечі, стан місцевого гемостазу у ділянці виразки, величина крововтрати, наявність ознак геморагічного шоку, супутніх захворювань. Всім хворим під час госпіталізації здійснювали ГДФС, ЕКГ, всіх оглядав кардіолог. Від термінового проведення ендоскопічного дослідження утрималися у 30 пацієнтів, госпіталізованих через 2 — 5 год від початку захворювання. У приймальному відділенні в 11 хворих виявлені ознаки триваючої кровотечі та геморагічного шоку. Їм виконали ГДФС через 4 — 6 год після стабілізації стану за допомогою інфузійно—трансфузійної терапії. У 19 (17,7%) хворих діагностований інфаркт міокарда. За даними ЕКГ відзначені тахікардія, порушення ритму серця, зниження вольтажу складових ЕКГ, негативний зубець Т. Вогнище ішемії міокарда найчастіше локалізувалося у задній стінці лівого шлуночка [3, 8]. При припущенні про виникнення інфаркту міокарда ГДФС виконували на 2 — 4—ту добу перебування хворого у стаціонарі за умови позитивної динаміки даних ЕКГ, що давали підстави виключити інфаркт міокарда.

При визначенні стану місцевого гемостазу у виразці використовували класифікацію Forrest [10]. На час проведення обстеження кровотеча тривала у 39 (36,4%) хворих. Пульсуюча кровотеча з судини (F IA) відзначена у 5, капілярна (F IB) — у 13, кровотеча з—під згортка крові (F IC) — у 18 хворих. Під час огляду кровотеча зупинилася спонтанно у 68 (63,6%) госпіталізованих. У 7 з них по краю виразки виявлено тромбовану судину (F IIA), у 37 — кратер виразки був заповнений червоним згортком, що виступав над поверхнею слизової оболонки (F IIB), у 9 — виразковий дефект не містив згортка, на його поверхні були помітні дрібні тромбовані судини, стан місцевого гемостазу оцінений як нестійкий, у 15 — виразковий дефект був прикритий шаром фібрину сірого забарвлення (F IIIA).

Одночасно з пошуком джерела кровотечі та оцінкою стану місцевого гемостазу у виразці визначали величину крововтрати.

На підставі аналізу цих показників складено програму лікування хворих. Якщо з початку кровотечі минуло менше 24 год, величину крововтрати та ОЦК визначали за показниками венозного гематокриту [2]. Визначаючи

об'єм крововтрати за гематокритом через 6 год від появи чітких ознак ШКК, через 12 год і пізніше, дійшли висновку, що цей показник найбільшою мірою корелює з його величиною, визначеною за іншим методом, зокрема, з огляду на показники червоної крові, починаючи з 18 год від початку захворювання.

Використовували класифікацію, що передбачає виділення 3 ступенів постгеморагічної анемії [2]. Анемія першого ступеня (втрата до 20% ОЦК) виявлена у 49 (45,7%) хворих, другого ступеня (дефіцит 20 — 30% ОЦК) — у 31 (28,9%), третього ступеня (втрата понад 30% ОЦК) — у 27 (25,2%).

В літературі наведені параметри, які можна отримати вже під час госпіталізації хворого, що дають можливість оцінити наявність та ступінь тяжкості геморагічного шоку [6 — 8]. Це, зокрема, стан свідомості, характер пульсу, АТ, ЦВТ, погодинний діурез, показники червоної крові. При цьому брали до уваги, що величина цих показників постійно зменшується внаслідок аутогемодилуції, тому їх контроль здійснювали через 2 — 4 год.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Лікування усіх хворих розпочинали з консервативних заходів. Основні чинники, які брали до уваги під час складання індивідуальної програми лікування: гемостатична терапія, зниження впливу агресивних факторів секреції шлунка, посилення захисних властивостей слизової оболонки шлунка, швидке відновлення ОЦК, функцій транспорту кисню, лікування супутніх захворювань [4 — 6].

Не зупинятимемося на лікуванні ШКК та зумовленого нею геморагічного шоку. Складним лікування було у 19 хворих, у яких під час госпіталізації діагностований інфаркт міокарда. Хворі скаржилися на задишку, серцебиття, неприємні відчуття в ділянці серця. Проте, вираженого болю у лівій половині грудей хворі не відчували. Миготлива аритмія відзначена у 14 хворих, поодинокі та групові екстрасистоли — у 5, зниження АТ на 25 — 40 мм рт. ст. у порівнянні з цільовим — у 16, олігурія — у 8 (менше 500 мл сечі за добу — у 6), дефіцит ОЦК понад 1500 мл — у 3. Оцінка величини крововтрати дає підстави встановити наявність геморагічного шоку у госпіталізованих хворих. З огляду на показники ЦВТ, який не перевищував 10 мм вод. ст., у 9 пацієнтів встановлений діагноз геморагічного шоку.

Лікування було багатоцільовим. З гемостатичних засобів вводили етамзилат (дицинон) 12,5% розчин по 2 — 4 мл через кожні 4 год внутрішньовенно, 2 мл 1% розчину вікасолу внутрішньом'язово протягом 3 — 4 діб. Для зменшення агресії складових шлункового соку використовували квамател по 40 мг внутрішньовенно, далі — по 20 мг з поступовим переходом на таблетовану форму. Призначали омепразол 80 мг, лансопразол 30 мг. Для посилення захисту слизової оболонки шлунка призначали обволікальні засоби та препарати, що стимулюють утворення слизу.

Дефіцит ОЦК коригували у два етапи. Спочатку лікування спрямовували на якнайшвидше усунення дефіциту

ОЦК, зважаючи на індивідуальні особливості хворого. Встановлювали катетер у центральну вену, найчастіше шляхом пункції підключичної вени. Вимірювали ЦВТ. У 8 хворих він дорівнював 0, в 11 — не перевищував 10 мм вод. ст. Крапельно внутрішньовенно вводили 300 — 500 мл інфузійних розчинів, у 10 хворих — 7,5% розчин натрію хлориду 200 — 300 мл, у решти — гідроксипроцетил- крохмаль (рефортан, ХАЭС—стерил 10%) з розрахунку 6 — 8 мл/кг маси тіла. Проводили безперервне спостереження за показниками АТ, пульсу, ЕКГ, погодинного діурезу, вимірювали ЦВТ. Перші 300 мл рідини вводили з розрахунку 2 — 3 мл/хв. За відсутності змін, які свідчили про перевантаження серця, швидкість введення рідини збільшували. У 7 хворих після вливання 250 — 300 мл розчинів збільшилися тахікардія, задишка. Суттєвих змін ЕКГ не спостерігали. Після введення нітроглицерину під язик та внутрішньовенно крапельно 10 — 20 мкг/хв добутаміну інфузійну терапію продовжували. У 15 хворих через 2 — 4 год безперервної інфузійної терапії зменшилися задишка, частота скорочень серця, стабілізувався АТ. Погодинний діурез визначали в межах 15 — 20 мл/год. ЦВТ вдалося стабілізувати в межах 10 — 15 мм вод. ст. Через 1 год від початку інфузійної терапії починали введення білкових колоїдних препаратів: свіжозамороженої нативної плазми, альбуміну, а по закінченні — одногрупну еритроцитну масу.

У хворих з ШКК дотримували такої схеми заміщення крововтрати (об'єму ОЦК). При анемії першого ступеня кров хворим не переливаємо. Здійснюємо інфузію розчинів кристалоїдів в об'ємі до 300% від втраченої крові або переливаємо розчини колоїдів та кристалоїдів у співвідношенні 1 : 1 в об'ємі 200% від втраченої крові. При анемії другого ступеня переливаємо еритроцитну масу в об'ємі 30 — 50% від втраченої крові. Об'єм інфузійно—трансфузійної терапії становив не менше 180% від втраченої крові. Під час проведення інфузійної терапії співвідношення розчинів колоїдів та кристалоїдів було 1 : 2. Загальний об'єм інфузійно—трансфузійної терапії при анемії третього ступеня сягає не менше 170% від втраченої крові, еритроцитної маси — 50 — 60% від об'єму втраченої крові, співвідношення розчинів колоїдів та кристалоїдів 1 : 3 [4, 6, 9].

У хворих з ШКК та припущенням про наявність інфаркту міокарда поповнення ОЦК, що мало також диференційнодіагностичне значення, відрізнялося. Визначаючи необхідність швидкого поповнення ОЦК, ми змушені були обмежити темпи введення рідини. Основну увагу звертали на толерантність хворого до введення рідини. Тому підвищення ЦВТ до 10 — 20 мм вод. ст., погодинного діурезу — до 10 — 25 мл досягали протягом 3 — 7 год. Таку швидкість внутрішньовенного введення рідини підтримували до стабілізації стану хворого. Помітної стабілізації стану хворих досягли через 10 — 18

год безперервної терапії. Зміни даних ЕКГ, що свідчили про наявність інфаркту міокарда, поступово зникли у міру усунення постгеморагічної анемії на 2 — 3—тю добу. Діагноз інфаркту міокарда виключений у 12 хворих на 3—тю добу, у 7 — на 4 — 5—ту добу після госпіталізації.

Вважаємо, що ознаки гострої коронарної недостатності у пацієнтів похилого й старечого віку з'явилися внаслідок порушень коронарного кровообігу, що існували до початку ШКК. Постгеморагічна анемія спричинила перевищення меж компенсації, що зумовило ішемію міокарда і сприяло появі ознак інфаркту міокарда.

ВИСНОВКИ

1. Серед госпіталізованих з приводу ШКК виразкової природи хворих похилого і старечого віку було 42,9%.

2. Під час госпіталізації у 19 (17,7%) хворих на тлі ШКК виявлений синдром гострої коронарної недостатності.

3. Диференційну діагностику гострої коронарної недостатності проводили шляхом моніторингового спостереження за хворими під час лікування ШКК та одночасної терапії інфаркту міокарда. Основним завданням при цьому було відновлення ОЦК під контролем АТ, ЕКГ, ЦВТ, погодинного діурезу.

4. Під впливом інфузійно—трансфузійної терапії синдром гострої коронарної недостатності зникав на 3 — 7—му добу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березницький Я. С., Васишин Р. Й., Клігуненко О. М., Кабак Г. Г. Виразкова гастродуоденальна кровотеча: проблеми уніфікації підходів до надання медичної допомоги // *Харк. хірург. школа.* — 2003. — № 1. — С. 57—60.
2. Бойко В. В., Криворучко И. А., Брусицина М. П. и др. Современные аспекты хирургического лечения осложненной язвенной болезни // *Там же.* — С. 60—64.
3. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно—кишечных кровотечений. — К.: Здоровья, 1991. — 272 с.
4. Гуменюк Н. И., Киркилевский С. И. Инфузионная терапия. — К.: Книга плюс, 2004. — 208 с.
5. Дзюбановський І. Я., Басистюк І. І., Луговий О. Б., Дзюбановський О. І. Роль імуноморфологічних критеріїв у виборі хірургічної тактики в лікуванні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею // *Клін. хірургія.* — 2006. — № 4 — 5. — С. 10—11.
6. Дикий О. М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. — Полтава: Б. и., 2003. — 287 с.
7. Малая Л. Т. Неотложная помощь в кардиологии. — К.: Здоровья, 1999. — 320 с.
8. Никитюк Б. А. Медицинская антропология. — К.: Здоровья, 1992. — 200 с.
9. Руководство по интенсивной терапии // Под ред. проф. А. И. Трещинского, Ф. С. Глумчера. — К.: Вища шк., 2004. — 582 с.
10. Forrest J., Finlayson N., Shearman D. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // *Lancet.* — 1974. — N 1. — P. 394—397.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.329—006.81

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕЛАНОМИ СТРАВОХОДУ

А. А. Ткач, Б. А. Болух, С. М. Пригуляк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

OBSERVATION OF PRIMARY ESOPHAGEAL MELANOMA

A. A. Tkach, B. A. Bolyukh, S. M. Prytulyak

Первинна меланома стравоходу (ПМС) виникає надзвичайно рідко, її частота становить 0,2% в структурі злоякісних новоутворень стравоходу [8]. До 1997 р. в світовій літературі опубліковані 240 спостережень ПМС [12]. Меланома стравоходу є вкрай агресивною пухлиною, схильною до раннього лімфогенного й гематогенного метастазування, характеризується низькими показниками п'ятирічного виживання, які, за даними різних дослідників, становлять від 2,2 до 5%, та поганим прогнозом [2, 5].

В більшості спостережень меланома стравоходу має вигляд поліпоподібного утворення, яке росте екзофітно, локалізується переважно в середній та нижній третинах грудної частини органа [6]. Пігментовані новоутворення (темного забарвлення) і безпігментні пухлини виявляють майже однаково часто, тому для точної морфологічної діагностики типу пухлини необхідне проведення імуногістохімічного дослідження з специфічним меланомним антигеном HMB-45 та протеїном S-100 [7].

Сьогодні плану та стандартів лікування ПМС немає. Хірургічне втручання в обсязі субтотальної резекції стравоходу або езофагектомії з лімфодисекцією є методом вибору при лікуванні таких пацієнтів [4, 9]. На думку деяких вчених, хіміопроменеє лікування та імунотерапія в більшості спостережень неефективні, їх можна застосовувати лише з паліативною метою, за неможливості здійснення оперативного втручання [3, 11], хоча в літературі є відомості про ефективне застосування різних модифікацій хіміотерапії, імунотерапії, опромінення в поєднанні з хірургічним втручанням в плані комбінованого та комплексного лікування хворих з меланомою стравоходу [1, 10]. Наводимо клінічне спостереження лікування хворого з ПМС.

Хворий Н., 67 років, госпіталізований до торакального відділення онкологічного диспансера 15.05.07 зі скаргами на дисфагію, блювання, гіперсалівацію, схуднення, загальну слабкість. Захворів у вересні 2006 р., коли з'явилися перші ознаки дисфагії. Обстежений за місцем про-

живання, проведене консервативне лікування з приводу езофагіту. Після значного погіршення стану та прогресування вказаних ознак хворий направлений для обстеження до онкологічного диспансера. У поліклінічному відділенні під час проведення контрастної рентнографії стравоходу виявлене його циркулярне звуження у нижній третині з горбистими краями та супрастенотичне розширення ретроперикардіального сегмента. Під час езофагогастроскопії з біопсією діагностована горбиста пухлина, що росте екзофітно, яка на 3/4 перекриває просвіт стравоходу, розташована на рівні від 30 до 40 см від великих кутніх зубів. Висновок: стенозуючий рак середньої та нижньої третини стравоходу, що росте екзофітно. Висновок гістологічного дослідження: плоскоклітинний незроговілий рак. Під час комплексного обстеження хворого віддалені метастази не виявлені. Після проведення передопераційної підготовки хворому здійснена розширена субтотальна резекція стравоходу з одномоментною внутрішньошлунковою пластиком з використанням широкого клаптя шлунка (операція Lewis).

Висновок гістологічного дослідження видаленого препарату: меланома з інвазією в м'язову оболонку стравоходу, метастази в лімфатичних вузлах малої кривини шлунка.

Заключний клінічний діагноз: первинна меланома середньої та нижньої третин грудної частини стравоходу рT2N1M0.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Під час рентгеноконтрастного дослідження шлунково-кишкового анастомозу на 7-му добу після втручання встановлено його спроможність, нормальну евакуацію з трансплантата. Ентеральне харчування розпочате з 7-ї доби. Рани зажили первинним натягом. Від проведення хіміотерапії після операції пацієнт утримувався. У задовільному стані пацієнт виписаний під нагляд онколога за місцем проживання. Ознак рецидиву та метастазування у строки спостереження 8 міс після операції немає.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Симонов Н. Н.** Первичная злокачественная меланома внутригрудного отдела пищевода // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1998. — № 2. — С. 71—73.
2. **Стилиди И. С.** Первичная меланома пищевода // Рос. онкол. журн. — 2003. — № 4. — С. 44—45.
3. **Axel W. J.** Primary melanoma of the esophagus // *Ann. Thorac. Surg.* — 1995. — Vol. 60. — P. 206—208.
4. **Boni L., Benevento A.** Primary malignant melanoma of the esophagus: a case report // *Surg. Endosc.* — 2002. — Vol. 16. — P. 359—360.
5. **Gerger A., Smolle—Juttner F.—M.** Asymptomatic primary malignant melanoma of the esophagus // *Oncologie.* — 2007. — Vol. 30, N 4. — P. 206—208.
6. **Gollub M. I., Prowda J. C.** Primary melanoma of the esophagus: radiologic and clinical findings in six patients // *Radiology.* — 1999. — Vol. 213, N 1. — P. 97—100.
7. **Lam K. Y., Law S.** Malignant melanoma of the oesophagus: clinicopathological features, lack of p53 expression and steroid receptors and a review of the literature // *Eur. J. Surg. Oncol.* — 1999. — Vol. 25. — P. 168—172.
8. **Niezychowska K.** Primary malignant melanoma of the esophagus. A case report // *Pol. J. Pathol.* — 1997. — Vol. 48. — P. 205—207.
9. **Sabanathan S.** Primary malignant melanoma of the esophagus // *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1990. — Vol. 24. — P. 83—85.
10. **Ueda Y., Shimizu K.** Induction of peptide—specific immune response in patients with primary malignant melanoma of the esophagus after immunotherapy using dendritic cells pulsed with MAGE peptides // *Jap. J. Clin. Oncol.* — 2007. — Vol. 37, N 2. — P. 140—145.
11. **Volpin E., Sauvanet A.** Primary malignant melanoma of the esophagus // *Dis. Esophag.* — 2002. — Vol. 15, N 3. — P. 244—249.
12. **Yoo C. C.** Primary malignant melanoma of the esophagus: radiographic findings in seven patients // *Radiology.* — 1998. — Vol. 209. — P. 455—459.

ЗМІСТ

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

- 5-5 **Андреещев С. А., Мясоєдов С. Д., Усенко А. Ю., Мовчан Б. Б.**
Повторные операции на искусственном пищеводе
- 6-6 **Березницький Я. С., Гапонов В. В., Маліновський С. Л.**
Прогнозування перед операцією виникнення ішемічних розладів у зведеній кишці після червноанальної резекції прямої кишки
- 6-7 **Бобров О. Є., Алещенко І. А., Мендель М. А., Динник О. Б., Зінченко В. Г., Бабенко І. Б., Шпичка С. Л.**
Застосування лазерної доплерівської флоуметрії в моніторингу перебігу ранового процесу після алогерніопластики
- 7-8 **Бойко В. В., Криворучко І. А., Сыкал Н. А.**
Выбор хирургической тактики и лечение больных с язвой желудка, осложненной кровотечением, в сочетании с дисплазией слизистой оболочки перипульцерозной зоны
- 8-8 **Бойко В. В., Польовий В. П.**
Застосування тактики "damage control" у хірургічному лікуванні потерпілих з домінуючою абдомінальною травмою
- 9-9 **Воровський О. О.**
Перший досвід застосування трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики в умовах обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни
- 9-10 **Ганжий В. В., Новак С. А.**
Особенности эзофагогастропластики при выполнении органосохраняющих оперативных вмешательств у пациентов с язвой кардиального отдела желудка, осложненной кровотечением
- 10-11 **Гапонов А. В.**
Особенности усунення ендогенної інтоксикації при обструктивній непрохідності ободової кишки пухлинного генезу
- 11-11 **Гешелин С. А., Каштальян М. А., Гладчук І. З., Шаповалов В. Ю., Тимуш А. А.**
Симультанные лапароскопические и открытые операции по поводу холецистита
- 12-12 **Гешелин С. А., Каштальян М. А., Шаповалов В. Ю., Тимуш А. А.**
Особенности лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом
- 12-13 **Годлевський А. І., Саволук С. І.**
Хірургічна тактика лікування хворих з критичними формами обтураційної жовтяниці непухлинного генезу
- 13-14 **Грубник В. В., Медведєв О. В.**
Оценка результатов хирургического лечения внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 14-14 **Дикий О. Г.**
Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини
- 14-15 **Запорожченко Б. С., Шишлов В. І., Горбунов А. А., Шарапов І. В.**
Хірургическое лечение кист печени различного генеза
- 15-16 **Кавин В. О.**
Лікування хворих з гострим перитонітом та показники тяжкості їх стану
- 16-16 **Капшитарь А. А.**
Первые результаты применения нового шва печени при ее закрытом травматическом повреждении
- 17-17 **Каштальян М. А., Колотвин А. Б., Констанкевич В. Ф., Тымчук О. Б.**
Опыт лечения хронического колостаза
- 17-18 **Ковальчук Л. Я., Беденюк А. Д., Рузібаєв Р. Ю., Фугуйма Ю. М.**
Постгастрорезекційний остеопороз
- 18-18 **Колесник Е. А., Хворостовский Р. Р., Лаврик Г. В., Гордиенко К. П.**
Комбинированное лечение больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени с применением циторедуктивных операций и различных режимов химиотерапии
- 19-19 **Котенко О. Г., Калита Н. Я., Попов А. О., Коршак А. А., Гусев А. В., Гриненко А. В., Федоров Д. А., Васильев О. В.**
Хірургическое лечение гемангиом печени

- 19-20 Котенко О. Г., Федоров Д. А., Гусев А. В., Гриненко А. В., Коршак А. А., Попов А. О.
Особенности и результаты трансплантации печени от живого родственного донора у детей
- 20-20 Крышень В. П., Задорожный В. В., Полюдов А. А., Желтяков А. В., Самсонова Е. К.
Особенности современной диагностики желчнокаменной болезни, осложненной обтурационной желтухой
- 21-21 Крышень В. П., Трофимов Н. В., Кононенко М. Е., Нетёса С. И., Желтяков А. В., Самсонова Е. К.
Результаты хирургического лечения острых неопухолевых заболеваний кишечника
- 21-22 Лаврик А. С., Тывончук А. С., Андреев С. А., Згонник А. Ю.
Современные принципы лечения ахалазии кардии
- 22-22 Логачев В. К., Андреев Г. И., Тимченко М. Е., Маркевич В. Ф.
Консервативная терапия свищей, образовавшихся на эвентрированных петлях кишечника
- 22-23 Лупальцов В. И., Мирошниченко С. С., Никитин И. А.
Функциональные и морфологические изменения при функциональной послеоперационной непроходимости кишечника
- 23-23 Matevossian E.
Experimental surgery: simultaneous pancreas and kidney transplantation in rat model
- 24-24 Ничитайло М. Е., Кондратюк А. П., Булик И. И.
Опыт лапароскопической герниопластики при рецидивной паховой грыже
- 24-25 Павловський М. П., Коломійцев В. І., Кушнірук О. І., Перейра С.
Аналіз ускладнень при ендоскопічному трансмуральному дренажу псевдокіст підшлункової залози
- 25-26 Павловський М. П., Коломійцев В. І., Шахова Т. І., Іванків Т. М.
Можливості і труднощі ендоскопічного лікування постхолецистектомічного синдрому
- 26-26 Подпратов С. Є., Зубарев В. Г., Гичка С. Г., Токунов А. Б., Батина В. П., Кутняк В. М.
Застосування дуоденоїлеопластики в лікуванні рефлюкс-гастриту та дискінезії дванадцятипалої кишки
- 27-27 Семенов Ю. С., Федорук В. А.
Експериментальне обґрунтування нового способу лапароскопічної холецистектомії з приводу гострого холециститу
- 28-28 Сербул М. М.
Продолжительность реабилитации и качество жизни пациентов с холедохолитиазом после выполнения открытой и миниинвазивной операции
- 29-29 Сипливыи В. А., Доценко В. В., Хабусев В. К., Менкус Б. В.
Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы. Анализ результатов с позиций качества жизни пациентов в отдаленном периоде
- 30-30 Сипливыи В. А., Петренко Д. Г., Петренко Г. Д., Петюнин А. Г., Менкус Б. В.
Роль синдрома дислокации внутренних органов при грыженосительстве и оперативном лечении пациентов с большой и гигантской грыжей брюшной стенки
- 30-31 Скиба В. В., Хмельницкий С. И., Сухин И. А.
Диссекция тканей струей жидкости под высоким давлением в хирургической практике
- 31-31 Скиба В. В., Черномыз В. Д., Иванько А. В.
Применение эфферентной терапии в комплексе лечения обтурационной желтухи
- 32-32 Stangl M., Matevossian E., Thorban S.
Simultaneous kidney-pancreas transplantation surgical and immunological consideration
- 32-32 Stangl M., Matevossian E., Thorban S.
Surgical management of pancreatic cancer
- 33-33 Тодуров И. М., Белянский Л. С., Лисун Ю. Б., Казаков И. В.
Профилактика послеоперационных осложнений у больных при обширном дефекте брюшной стенки
- 34-34 Thorban S., Huser N., Novotny A., Schwarznau A., Assfalg V., Matevossian E., Kriner M., Stangl M.
Risk factors for living kidney transplantation
- 34-35 Тумасова К. П., Гомоляко І. В.
Цитометрія букального епітелію при раку та виразці шлунка
- 35-36 Харченко Д. А., Туник Р. А., Толстой А. С., Коваленко Е. А., Коноваленко В. Н., Кузьменко А. И.
Способ адаптации диаметра кишки при восстановлении ее непрерывности во время ее резекции по поводу острой непроходимости
- 36-36 Шаповал С. Д.
Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам с использованием классического и модифицированного экспресс-метода

- 37-37 **Шапринський В. О., Камінський О. А., Білощицький В. Ф., Наср Закі**
Хірургічне лікування дуоденальної виразки, ускладненої кровотечею
- 37-38 **Югринов О. Г., Колесник Е. А., Супруненко А. А., Хворостовский Р. Р.**
Результаты внутриартериальной химиотерапии у больных по поводу колоректального рака с метастазами в печени

МІНІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАНКРЕОНЕКРОЗ

- 39-39 **Андрющенко В. П., Когут Л. М., Грняк О. Т., Андрющенко Д. В.**
Мінінвазивні методи в лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень: можливості, технології, ефективність
- 40-40 **Антонюк С. М., Головня П. Ф., Ахрамеєв В. Б., Андрієнко І. Б., Свиридов М. В., Чуков А. Б., Міщенко С. В.**
Досвід мінінвазивного лікування хворих з постнекротичними псевдокістами підшлункової залози
- 40-41 **Афанасьєв С. В., Снисарь А. В., Ничитайло М. Е., Дзевіцкий Д. И.**
Факторы риска интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков
- 41-41 **Бобров О. Е., Паламарчук В. И., Мендель Н. А., Игнатов И. Н., Вильгаш А. М.**
Применение миниинвазивных технологий в комплексном лечении больных острым панкреатитом
- 42-42 **Бондарев В. И., Пепенин А. В., Бондарев Р. В., Алексеев А. В., Ерицян А. А.**
Эффективность миниинвазивных вмешательств в лечении инфицированного панкреатита
- 42-43 **Велигоцкий Н. Н., Арутюнов С. Э., Велигоцкий А. Н., Павличенко С. А., Чеботарев А.С.**
Применение назобилиарного дренирования в лечении пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холангитом
- 43-44 **Велигоцький М. М., Кобилецький С. М.**
Використання люмбоскопічного дренивання заочеревинного простору при деструктивному панкреатиті
- 44-45 **Влахов А. К., Гройзик К. Л., Старосек В. Н., Усенко А. Ю., Яроцук И. И.**
Миниинвазивное хирургическое лечение постнекротических осложнений деструктивного панкреатита
- 45-45 **Горбач Д. В.**
Діагностика та хірургічне лікування деструктивних форм гострого панкреатиту
- 46-46 **Грубник В. В., Дюжев А. С., Петренко А. А.**
Эффективность лапароскопических вмешательств по поводу острого билиарного панкреатита
- 46-47 **Дронов А. И., Ковальская И. А., Пахолук С. И., Лубенец Т. В., Коваленко А. П.**
Применение пункционно-дренирующих методов в комплексном лечении острого некротического панкреатита
- 47-47 **Запорожченко Б. С., Шишлов В. И., Горбунов А. А., Бородаев И. Е.**
Миниинвазивный метод лечения кист поджелудочной железы
- 48-48 **Зинченко А. В., Кононов В. Н., Шаповалов Н. А., Ковешников А. В., Телешов А. Я.**
Инвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в лечении псевдокист поджелудочной железы
- 48-49 **Ильченко Ф. Н., Кононенко В. И., Байда Л. И., Артемов Ю. В., Толь В. И., Гривенко С. Г.**
Применение оментопанкреатостомии в хирургическом лечении тяжелых форм панкреонекроза
- 49-49 **Капшитарь А. В.**
Лапароскопические вмешательства в лечебной программе травматического асептического панкреонекроза
- 50-50 **Копчак В. М., Хомяк І. В., Дувалко А. В., Шевколенко Г. Г.**
Хірургічне лікування ускладненого та тяжкого гострого панкреатиту
- 51-51 **Криворучко И. А., Тесленко С. Н.**
Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции
- 51-52 **Малоштан А. В., Османов Р. Р.**
Пункция парапанкреатических скоплений жидкости в комплексе лечения инфицированного панкреонекроза
- 52-52 **Милиця М. М., Торопов Ю. Д., Давидов В. І., Козлов В. Б.**
Оперативне лікування пошкодження підшлункової залози
- 53-53 **Моргун А. А., Мкртчян А. А., Полонский Р. В., Садовой В. И.**
Внутриартериальная антибактериальная терапия в комплексном лечении деструктивного панкреатита
- 53-54 **Ничитайло М. Ю., Кондратюк О. П.**
Лапароскопічна хірургія гострого панкреатиту

- 54-54 **Павлов О. О.**
Діагностичні критерії синдрому гострого ураження шлунка у хворих на гострий панкреонекроз
- 55-55 **Павловський М. П., Іванків Т. М., Гранат О. Б., Вацєба Є. М.**
Особливості внутрішньоартеріальної антибактеріальної терапії хворих на гострий некротичний панкреатит
- 55-56 **Рылов А. И., Кравец Н. С.**
Лапароскопическое вмешательство при рецидивной и резидуальной гнойной инфекции, обусловленной панкреонекрозом
- 56-56 **Семенюк Ю. С., Потійко О. В.**
Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем ультразвукового дослідження при гнійно-некротичних ускладненнях деструктивного панкреатиту
- 57-57 **Смирнова Л. М.**
Технология органопротективной анестезии для хирургического лечения острого деструктивного панкреатита
- 57-58 **Тищенко А. М., Смачило Р. М., Мушенко Е. В.**
Применение миниинвазивных технологий в хирургическом лечении больных инфицированным панкреонекрозом
- 58-59 **Фурманов Ю. А., Хомяк И. В., Савицкая И. М., Терехов Г. В., Гвоздецкий В. С., Турчак С. В., Дорогожинский В. И.**
Термоструйная санация инфицированной культи поджелудочной железы в эксперименте на свиньях
- 59-59 **Чемодуров Н. Т., Леоненко С. Н., Яковенко В. А., Летюк В. И., Михальчевский П. С., Белоконь А. Ю.**
Лапароскопическая хирургия панкреатита как осложнения эндоскопических вмешательств на дистальном отделе общего желчного протока
- 60-60 **Шевчук І. М., Дроняк М. М.**
Особливості застосування мініінвазивних оперативних втручань у хворих з аліментарним гострим панкреатитом, ускладненим жовтяницею
- 61-61 **Ярешко В. Г., Рязанов Д. Б., Живица С. Г.**
Лечение панкреатической флегмоны

ПРОБЛЕМИ СУДИННОЇ ТА ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ХІРУРГІЇ

- 62-62 **Альтман И. В.**
Диагностика и лечение артериовенозных форм ангиодисплазии
- 63-63 **Альтман И. В., Дрюк Н. Ф., Фуркало С. Н., Никольников П. И., Чернуха Л. М.**
Эндоваскулярное лечение посттравматической ложной аневризмы и артериовенозных шунтов
- 63-64 **Альтман И. В., Никишин Л. Ф., Кондратюк В. А.**
Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки
- 64-65 **Арбузов І. В., Спирін Ю. С., Гардубей Є. Ю.**
Досвід хірургічного лікування пацієнтів з синдромом Леріша: безпосередні результати
- 65-65 **Березницький Я. С., Курьяк С. Н.**
Возможности ступенчатой профилактики венозного тромбоза у хирургических больных
- 66-66 **Гомоляко І. В., Царенко Т. А., Ратушнюк А. В., Дубович Т. А.**
Нейтрофильные гранулоциты крови как маркер эффективности хирургического лечения больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей
- 67-67 **Грубник В. Ю., Загороднюк О. Н., Грубник В. В.**
Эндоваскулярные вмешательства в комплексном лечении осложненной портальной гипертензии
- 68-68 **Гусак І. В., Іванова Ю. В., Авдосьєв Ю. В., Москаленко А. В.**
Рентгеноэндоваскулярная терапия гепатоспленических нарушений у больных с послеоперационным перитонитом
- 69-69 **Дрюк Н. Ф., Домбровский Д. Б.**
Новые подходы в хирургическом лечении постмастэктомической лимфедемы верхней конечности
- 70-70 **Киримов В. И., Дрюк Н. Ф.**
Непрямые методы реваскуляризации в комплексном лечении больных облитерирующим эндартериитом
- 71-71 **Коваленко А. Є., Омельчук О. В., Зінич П. П., Янчій І. Р., Тарашенко Ю. М.**
Хірургічне лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків
- 71-72 **Кондратюк В. А., Котенко О. Г., Фуркало С. Н., Сухачев С. В., Коршак А. А., Попов А. О.**
Роль парциальной эмболизации воротной вены в подготовке пациента к резекции печени
- 72-73 **Корсак В. В., Русин В. В.**
Стовбурова склерохірургія в лікуванні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок

- 73-74 **Криса В. М.**
Застосування ендоваскулярної лазерної облітерації в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок
- 74-75 **Мазур А. П.**
Прогнозування ризику серцевих ускладнень при проведенні оперативного лікування хворих з аневризмою черевної частини аорти
- 75-75 **Моргун А. А., Мкртчян А. А., Бахлицкий В. А., Садовой В. И.**
Рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий как альтернатива лечения фибромиомы матки
- 76-76 **Моргун А. А., Мкртчян А. А., Полонский Р. В., Садовой В. И., Захарьян А. Л., Йовбак В. М.**
Применение баллонной ангиопластики и стентирования в лечении больных с окклюзионно-стенотическим поражением магистральных артерий
- 76-77 **Моргун А. А., Мкртчян А. А., Полонский Р. В., Садовой В. И., Захарьян А. Л., Йовбак В. М.**
Опыт работы по установке противоэмболического кава-фильтра для профилактики тромбоэмболии легочной артерии у пациентов при заболевании вен нижних конечностей
- 77-78 **Никишин А. Л., Попик М. П., Мирошниченко П. В., Фуркало С. Н.**
Применение кава-фильтров в профилактике тромбоэмболии легочной артерии
- 78-78 **Никоненко А. А.**
Диагностика и лечение абдоминального ишемического синдрома
- 78-79 **Никольников П. И., Фуркало С. Н., Кондратюк В. А., Ликсунов А. В., Ратушнюк А. В., Павлушин О. В.**
Гибридные операции в хирургии облитерирующего атеросклероза аорты и ее ветвей
- 79-80 **Никольников П. И., Фуркало С. Н., Ликсунов А. В., Ратушнюк А. В., Бабий О. Л., Павлушин О. В.**
Диагностика и хирургическое лечение аневризмы висцеральных ветвей брюшной части аорты
- 80-80 **Русин В. I., Корсак В. В., Попович Я. М.**
Можливості реконструктивної хірургії при ураженні судин стегново-підколінно-гомількового сегмента
- 81-81 **Русин В. I., Левчак Ю. А., Болдіжар П. О.**
Реалії сучасної діагностики венозного тромбозу
- 81-82 **Сморжевський В. Й., Присяжна Н. Р., Ратушнюк А. В.**
Гострий тромбоз у вагітних. Особливості етіології, діагностики, лікування
- 82-82 **Сморжевський В. Й., Старцева М. С., Присяжна Н. Р., Боклагова С. С.**
Хронобіологічні аспекти варикотромбофлебиту та тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок
- 83-83 **Спирин Ю. С.**
Повторная реконструкция у пациентов с многоуровневым атеросклеротическим поражением магистральных артерий нижних конечностей
- 84-84 **Стащук Р. П., Нікішин Л. Ф.**
Ендовенозна лазерна коагуляція в лікуванні варикозної хвороби
- 85-85 **Фуркало С. Н.**
Результаты стентирования основного ствола левой венечной артерии у пациентов с ишемической болезнью сердца
- 85-86 **Фуркало С. Н., Сморжевский В. И., Хасянова И. В.**
Особенности имплантации бифуркационных эндопротезов у больных с аневризмой брюшной части аорты
- 86-86 **Фуркало С. Н., Хасянова И. В., Альтман И. В., Хохлов А. В.**
Интервенционное лечение реноваскулярной гипертензии
- 86-87 **Фурманов А. Ю.**
Дистракционный метод формирования кисти и ее пальцев после их травматического отчленения
- 87-87 **Хасянова И. В.**
Тромботические осложнения при стентировании венечных артерий
- 88-88 **Heider P.**
Endovascular repair of abdominal aorta aneurism
- 88-89 **Шаповалов Н. А., Мирошниченко П. В., Баранишин А. А., Строило А. Б., Даниленко И. Б., Зинченко А. В., Кононов В. Н., Шаповалов Т. Н.**
Варианты типов аневризмы брюшной части аорты по данным спиральной компьютерной ангиографии
- 89-89 **Швед О. Є., Гупало Ю. М., Макаренко Г. I.**
Лікування гострого висхідного тромбофлебиту, поєданого з гострим тромбозом глибоких вен нижньої кінцівки: застосуванням кава-фільтра або електрозварювання

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**90-92 Дутка Я. Р., Павловський М. П.**

Можливості радикального хірургічного лікування пацієнтів з пухлинною обструкцією позапечінкових жовчних проток

93-95 Арбузов І. В., Спірін Ю. С., Гардубей Є. Ю.

Досвід хірургічного лікування пацієнтів з синдромом Леріша - безпосередні результати

96-98 Гіленко І. О., Дем'янюк Д. Г., Ляховський В. І., Крижановський О. А., Горлачов М. І., Сакевич П. П., Дудченко М. О., Шкурупій О. А., Діхтенко Т. Г., Ходатенко О. Г.

Синдром гострої коронарної недостатності при шлунково-кишковій кровотечі виразкової природи

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ**99-100 Ткач А. А., Болюх Б. А., Притуляк С. М.**Спостереження первинної меланоми стравоходу

ДЛЯ НОТАТОК





ДЛЯ НОТАТОК
